



**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UNA MUJER ADULTA DE 29  
AÑOS CON TRASTORNO DE PÁNICO**

**Línea de investigación:  
Salud mental**

Trabajo académico para optar el título profesional de segunda  
especialidad en Terapia Cognitivo Conductual

**Autor:**

Barrientos García, Eusebio

**Asesor:**

Mendoza Huamán, Vicente Eugenio  
(ORCID: 0000-0003-1946-6831)

**Jurado:**

Sullcahuamán Amesquita, Jessica Jesús

Manrique Rivera, Ilich  
Cuya Barzola, César Enrique

**Lima - Perú**

**2023**

# INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UNA MUJER ADULTA DE 29 AÑOS CON TRASTORNO DE PÁNICO

## INFORME DE ORIGINALIDAD

16%

INDICE DE SIMILITUD

14%

FUENTES DE INTERNET

3%

PUBLICACIONES

9%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

## FUENTES PRIMARIAS

|   |  |     |
|---|--|-----|
| 1 | <a href="http://repositorio.cedro.org.pe">repositorio.cedro.org.pe</a><br>Fuente de Internet                 | 1%  |
| 2 | <a href="http://documentop.com">documentop.com</a><br>Fuente de Internet                                     | 1%  |
| 3 | Submitted to Universidad Señor de Sipan<br>Trabajo del estudiante  | 1%  |
| 4 | <a href="http://es.slideshare.net">es.slideshare.net</a><br>Fuente de Internet                               | 1%  |
| 5 | <a href="http://doku.pub">doku.pub</a><br>Fuente de Internet   | 1%  |
| 6 | Submitted to Universidad Cesar Vallejo<br>Trabajo del estudiante   | 1%  |
| 7 | <a href="http://renati.sunedu.gob.pe">renati.sunedu.gob.pe</a><br>Fuente de Internet                         | <1% |
| 8 | <a href="http://repositorio.upeu.edu.pe">repositorio.upeu.edu.pe</a><br>Fuente de Internet                   | <1% |
| 9 | <a href="http://www.casosclnicosensaludmental.es">www.casosclnicosensaludmental.es</a><br>Fuente de Internet |     |



## **FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

### **INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UNA MUJER ADULTA DE 29 AÑOS CON TRASTORNO DE PÁNICO**

Línea de investigación: Salud Mental

Trabajo académico para optar el Título Profesional de Segunda Especialidad en  
Terapia Cognitivo Conductual

#### **AUTOR:**

Barrientos García, Eusebio

#### **ASESOR:**

Mendoza Huamán, Vicente Eugenio  
(ORCID: 0000-0003-1946-6831)

#### **JURADO:**

Sullcahuamán Amesquita, Jessica Jesús  
Manrique Rivera, Ilich  
Cuya Barzola, César Enrique

**Lima – Perú**

**2023**

### **Pensamientos**

“No tengo que perseguir momentos extraordinarios para encontrar la felicidad – ella está justo en frente de mi si presto atención y practico la gratitud”

-Brené Brown

### **Dedicatoria**

A las personas más importantes y significativas de mi vida, quienes me dieron la oportunidad de aprender, servir, amar y seguir luchando por mis ideales, mis padres: Urbano Barrientos Echaccaya y Clementina García Martínez; mis hermanos: José, Aldo, Betmar y Hamilton Barrientos García.

Gracias a todos ustedes por su apoyo y depositar su confianza sincera en mi capacidad.

### **Agradecimientos**

A mi gran Dios, fuente de fortaleza y sabiduría. A mi asesor Dr. Vicente Eugenio Mendoza Huamán.

Gracias por su enseñanza, asesoría, apoyo y disposición en todo. A mi alma mater Universidad Nacional Federico Villarreal, por permitirme realizar esta importante investigación de estudio de caso para la obtención de mi título profesional de segunda especialidad en terapia cognitivo conductual, muchas gracias.

## Índice

|  |     |
|--|-----|
| Pensamientos .....                                       | ii  |
| Dedicatoria .....  | iii |
| Agradecimientos .....                                    | iv  |
| Índice.....  | v   |
| Índice de tablas .....                                   | vii |
| Índice de figuras .....                                  | xv  |
| Resumen .....  | x   |
| Abstract .....   | xi  |
| I. Introducción .....                                    | 12  |
| 1.1 Descripción del problema .....                       | 14  |
| 1.2 Antecedentes .....                                   | 15  |
| 1.2.1 Antecedentes Nacionales .....                      | 15  |
| 1.2.2 Antecedentes Internacionales .....                 | 17  |
| 1.2.3 Fundamentación Teórica .....                       | 19  |
| 1.3 Objetivos .....                                      | 28  |
| 1.4 Justificación .....                                  | 28  |
| 1.5 Impactos esperados del trabajo académico .....       | 29  |
| II. Metodología .....                                    | 30  |
| 2.1 Tipo y diseño de Investigación .....                 | 30  |
| 2.2 Ámbito temporal y espacial del estudio de caso ..... | 30  |
| 2.3 Variables de Investigación .....                     | 30  |
| 2.3.1 Variable independiente .....                       | 30  |
| 2.3.2 Variable dependiente .....                         | 31  |
| 2.4 Participante .....                                   | 31  |

|  |    |
|--|----|
| 2.5 Técnicas e intervención .....                  | 31 |
| 2.5.1 Técnicas .....                               | 31 |
| 2.5.2 Instrumentos .....                           | 35 |
| 2.5.3 Evaluación psicológica .....                 | 39 |
| 2.5.4 Evaluación psicométrica .....                | 53 |
| 2.5.5 Informe psicológico integrador .....         | 56 |
| 2.6 Intervención .....                             | 61 |
| 2.6.1 Plan de intervención y calendarización ..... | 61 |
| 2.6.2. Programa de intervención .....              | 61 |
| 2.6. Procedimiento .....                           | 62 |
| 2.7 Consideraciones éticas .....                   | 72 |
| III. Resultados .....                              | 73 |
| 3.1 Resultados pre y post intervención .....       | 73 |
| 3.2 Discusión de Resultados .....                  | 76 |
| 3.3 Seguimiento .....                              | 80 |
| IV. Conclusiones .....                             | 81 |
| V. Recomendaciones .....                           | 82 |
| VI. Referencias .....                              | 83 |
| VII. Anexos .....                                  | 91 |



## Índice de tablas

|   |    |
|---|----|
| Tabla 01. Tres generaciones de la terapia conductual .....                                      | 21 |
| Tabla 2. Criterios diagnósticos de trastorno de pánico, según DSM-V.....                        | 24 |
| Tabla 3: Modelo ABCDE .....   | 33 |
| Tabla 4. Datos de los familiares del paciente .....   | 52 |
| Tabla 5. Resultado de Test de pensamientos automáticos .....                                    | 56 |
| Tabla 6. Análisis funcional .....   | 59 |
| Tabla 7. Diagnóstico Funcional .....  | 60 |
| Tabla 8. Sesión 1. Técnica: Psicoeducación .....  | 62 |
| Tabla 9. Sesión 2. Técnica: Psicoeducación en Trastorno de Pánico, Biblioterapia .....          | 63 |
| Tabla 10. Sesión 3. Técnica: Videoterapia .....   | 63 |
| Tabla 11. Sesión 4. Técnica: Psicoeducación en Ejercicios de Respiración<br>Diafragmática.....  | 64 |
| Tabla 12. Sesión 5. Técnica: Psicoeducación en Relajación Muscular. ....                        | 64 |
| Tabla 13. Sesión 6. Técnica: Psicoeducación en Terapia racional emotiva .....                   | 65 |
| Tabla 14. Sesión 7. Técnica: Terapia racional emotiva conductual – ABCDE .....                  | 65 |
| Tabla 15. Sesión 8. Psicoeducación en Reestructuración cognitiva .....                          | 66 |
| Tabla 16. Sesión 9. Técnica: Generando alternativas racionales .....                            | 66 |
| Tabla 17. Sesión 10. Técnica: Debate Socrático .....  | 67 |
| Tabla 18. Sesión 11. Técnica: Debate Socrático .....  | 67 |
| Tabla 19. Sesión 12. Técnica: Búsqueda de evidencias .....                                      | 68 |
| Tabla 20. Sesión 13. Técnica: Búsqueda de evidencias .....                                      | 68 |
| Tabla 21. Sesión 14. Técnica: Psicoeducación en EI, Exposición interoceptiva<br>imaginaria..... | 69 |
| Tabla 22. Sesión 15. Técnica: Exposición interoceptiva modelamiento .....                       | 70 |

|   |    |
|---|----|
| Tabla 23. Sesión 16. Técnica: Exposición interoceptiva modelamiento .....   | 70 |
| Tabla 24. Sesión 17. Técnica: exposición interoceptiva naturalista .....    | 71 |
| Tabla 25. Sesión 18: Entrevista psicológica, Evaluación del Post Test. .... | 71 |
| Tabla 26. Sesión 19: Entrevista psicológica, Prevención de recaídas .....   | 71 |
| Tabla 27. Sesión 20: Entrevista psicológica, Prevención de recaídas .....   | 72 |
| Tabla 28. Nivel de ansiedad Zung, Pre y Post de Tratamiento .....           | 73 |
| Tabla 29. Cuestionario de Multiaxial de Millon Pre y Post evaluación .....  | 73 |
| Tabla 30. Pensamientos automáticos Pre y Post evaluación .....              | 74 |

**Índice de figuras**

|  |    |
|--|----|
| Figura 1. Registro de frecuencia de pensamientos durante Pre y Post Test ..... | 75 |
| Figura 2. Registro de intensidad de emociones durante Pre y Post Test .....    | 75 |
| Figura 3. Registro de frecuencia de síntomas durante Pre y Post Test .....     | 76 |

## Resumen

**Caso:** Una mujer adulta de 29 años, que presenta trastorno de pánico, para lo cual se aplicó la terapia cognitiva conductual. **Objetivo:** Disminuir la sintomatología ansiosa para devolver la funcionalidad en el paciente adulto a través de la Terapia Cognitivo Conductual. **Método:** Se aplicó el diseño experimental univariable multicondicional AB. **Instrumentos:** Escala de ansiedad de Zung, Inventario Multiaxial de Millon, Inventario de Pensamientos Automáticos de Ruiz y Lujan (1991). **Técnicas:** se aplicaron Psicoeducación, Biblioterapia, Videoterapia, Relajación muscular, Terapia racional emotiva, Restructuración cognitiva y Exposición interoceptiva. **Resultados:** Indicaron que las técnicas empleadas mostraron un cambio favorable en la disminución de la sintomatología ansiosa (ataques de pánico) en comparación a la línea base. Asimismo, la intervención desarrollada ayudó positivamente en el ámbito personal, familiar y laboral.

*Palabras claves:* terapia cognitivo conductual, trastorno de pánico, adulto.

### Abstrac

**Case:** A 29-year-old adult woman with panic disorder, for which cognitive behavioral therapy was applied. **Objective:** Reduce anxious symptoms to restore functionality in the adult patient through Cognitive Behavioral Therapy. **Method:** The univariate multiconditional AB experimental design was applied. **Instruments:** Zung Anxiety Scale, Millon Multiaxial Inventory, Ruiz and Lujan Automatic Thoughts Inventory (1991). **Techniques:** Psychoeducation, Bibliotherapy, Videotherapy, Muscle Relaxation, Rational Emotive Therapy, Cognitive Restructuring and Interoceptive Exposure were applied. **Results:** They indicated that the techniques used showed a favorable change in the reduction of anxious symptoms (panic attacks) compared to the baseline. Likewise, the intervention developed helped positively in the personal, family and work spheres.

*Keywords:* cognitive behavioral therapy, panic disorder, adult.

## I. INTRODUCCIÓN

Según, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2018) manifiestan que los trastornos de ansiedad (donde se incluye el trastorno de pánico) son el segundo trastorno mental más discapacitante en la mayoría de los países de la región de las Américas, en Brasil con un 7.5% de la discapacidad total; en Perú 5.3% de la discapacidad total y en Canadá con un 3.4% de la discapacidad total.

Asimismo, en nuestro país, el programa Buenos Días Perú del canal televisivo Panamericana publicó un reportaje con fecha 3 de octubre de 2019, donde afirma que el 2% de la población ha presentado un ataque de pánico en su vida y que por lo menos el 1%, es decir, 330 mil peruanos, sufren de estos ataques de pánico de forma permanente (Gonzales, 2020). Al respecto, CIE 10 elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1992) incorpora al trastorno de pánico dentro de otros trastornos de ansiedad, en el cual señala que el síntoma primordial de estos trastornos es la presencia de una ansiedad, que no se restringe a ninguna situación ambiental en específico.

Actualmente en nuestro país, los trastornos de ansiedad son las patologías que más se atienden en los consultorios psicológicos y psiquiatría. Dentro de estos trastornos encontramos un número significativo a los trastornos de pánico y de Agorafobia. La problemática de estos trastornos reside en la situación incapacitante que expone al usuario, afectando su calidad de vida, la convivencia saludable con su entorno familiar, social y laboral, ocasionando en muchas veces a las personas que lo padecen a depender de muchos fármacos de por vida (Sánchez, 2019).

El presente estudio de caso se trata de una persona adulta de 29 años, que en la actualidad la evaluada muestra respuestas de trastorno de pánico, a partir de un contagio por Covid 19, la misma que desencadenó sintomatología ansiosa, evidenciando pensamientos, sentimientos y conductas negativas, lo cual que impedían su desenvolvimiento personal, familiar, laboral, académico y social de manera adecuada. El objetivo fue Disminuir la

sintomatología ansiosa para devolver la funcionalidad en el paciente adulto a través de la Terapia Cognitivo Conductual.

Asimismo, el presente caso se divide y se desarrolla de la siguiente manera, en la primera parte se desarrolla: descripción del problema, antecedentes nacionales e internacionales del problema, fundamentación teórica de los variables de estudio, objetivos, justificación e impactos esperados del trabajo académico. En la segunda parte, se desarrolla: la metodología, tipo y diseño de Investigación, variables de investigación, participante, técnicas e intervención. En la tercera parte se desarrolla los resultados de la investigación del caso, lo cual incluye resultados de pre y post test; y finalmente en la cuarta parte de desarrollan las conclusiones, recomendaciones y anexos.

## 1.1 Descripción del Problema

Según, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2018) manifiestan que los trastornos de ansiedad (donde se incluye el trastorno de pánico) son el segundo trastorno mental más discapacitante en la mayoría de los países de la región de las Américas, en Brasil con un 7.5% de la discapacidad total; en Perú 5.3% de la discapacidad total y en Canadá con un 3.4% de la discapacidad total. Asimismo, los trastornos de Ansiedad son más frecuentes en las mujeres (7.7%) que en los hombres (3,6%), según datos revelados por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017, citado en Chacón et al., 2021)

Asimismo, en nuestro país, el programa Buenos Días Perú del canal televisivo Panamericana publicó un reportaje con fecha 3 de octubre de 2019, donde afirma que el 2% de la población ha presentado un ataque de pánico en su vida y que por lo menos el 1%, es decir, 330 mil peruanos, sufren de estos ataques de pánico de forma permanente (Gonzales, 2020). Además, Ochando y Peris (2012) indican que el trastorno de pánico suele surgir durante la etapa de adolescencia, habiendo una prevalencia del 16% en adolescentes entre 12 y 17 años de edad, manifestándose con mayor frecuencia en las mujeres.

Además, según la Asociación Americana de Psicología (APA, 2017) manifiesta, que el trastorno de pánico se determina por ataques de pánico recurrente cuyos síntomas son aceleración del ritmo cardiaco, sudoración, falta de aire, temblores y sensación de miedo. Los cuales, se pueden presentar de manera inesperada, haciendo sentir a las personas temibles sobre cómo y cuándo les volverá a suceder lo mismo, llevándolo a limitarse o cambiar sus actividades cotidianas

El presente estudio de caso se trata de una persona adulta de 29 años, que en la actualidad la evaluada muestra respuestas de trastorno de pánico, los cuales se manifiestan con mayor frecuencia con miedo a volverse loca, miedo a morir, palpitaciones, taquicardia, sudoración, dificultades para respirar, inestabilidad, temblores, inquietud por la posibilidad de tener más crisis (tiene miedo cómo será la siguiente crisis). Los mismos que se muestran ante



diferentes situaciones en su día a día, lo cual limitando a desarrollar una vida saludable y de calidad.

Es por ello, es muy importante desarrollar programas de intervención que tengan mayor efectividad en el tratamiento, que posteriormente puedan ser usadas por otros profesionales y/o establecimientos de salud, con la finalidad de reducir la sintomatología ansiosa que vienen aquejando muchas familias por diferentes situaciones.

## **1.2 Antecedentes**

Para el presente caso se consideró necesario recopilar la información disponible relacionada con el trastorno de pánico, y se procedió recopilar investigaciones recientes que se asemejan con tema de investigación, para ello se procedió buscar información a través de los repositorios, scielo, alicia, dialnet, redalyc, google académico, bibliotecas universitarias y otros para contar con fuentes fiables.

### **1.2.1 Antecedentes Nacionales**

Bossio (2020) realizó un estudio de caso clínico: Tratamiento cognitivo conductual para el trastorno de pánico en un adolescente de 17 años. Se aplicó el diseño experimental ABA. Las técnicas utilizadas fueron: la Psicoeducación, la respiración profunda 4x4, la relajación muscular, la reestructuración cognitiva, la instigación verbal, el reforzamiento positivo, las autoinstrucciones y la exposición interoceptiva. Los resultados indicaron que las técnicas que se utilizaron en la terapia cognitiva conductual lograron disminuir la frecuencia y la intensidad de las crisis de ansiedad en un trastorno de pánico.

Gonzales (2020) realizó una intervención cognitivo conductual para un varón adulto de 39 años con trastorno de pánico. Para la evaluación consideró Inventario de Ansiedad Rasgo y Estado (IDARE), Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), Inventario de Personalidad Eysenck Forma B - para adultos, Inventario de Pensamientos Automáticos de Ruiz y Lujan, Inventario

de Registro de Opiniones Forma A de Davis, McKay y Eshelman, Lista de Chequeo de Habilidades Sociales de Goldstein y Cuestionario de Pánico y Agorafobia (CPA) de Sandín y Chorot. En base a los resultados se desarrolló un tratamiento que tuvo una duración de 26 sesiones, empleando técnicas de Psicoeducación, Entrenamiento en respiración, Técnica de relajación, Reestructuración cognitiva, Terapia Racional Emotiva, Exposición interoceptiva, Modelamiento, Entrenamiento en Habilidades Sociales y Psicoeducación en prevención de recaídas. Los resultados evidenciaron la efectividad del tratamiento en la modificación de los síntomas del trastorno de pánico, y demostró el logro de los objetivos terapéuticos.

Reyes (2020) realizó una intervención cognitivo conductual en un varón adulto de 25 años con trastorno de pánico. Para la evaluación consideró Evaluación de las dimensiones de la personalidad según Eysenck, Cuestionario Multiaxial de Millon y Test de pensamientos automáticos. En base a los resultados se desarrolló un tratamiento que tuvo una duración de 10 sesiones, empleando las técnicas de psicoeducación, biblioterapia, videotapia, Terapia Racional Emotiva Conductual, Role Playing, respiración diafragmática lenta, autoinstrucciones y reforzamiento positivo. Los resultados, mostraron un cambio favorable en comparación a la línea base; es decir, la eliminación y reestructuración de las creencias pensamientos desadaptativos, disminuyendo la sintomatología de la ansiedad a los niveles esperados y las conductas problemas. Además, la intervención desarrollada impacta positivamente en el ámbito personal, familiar, laboral y académico del evaluado.

Fernández (2018) realizó un estudio de caso clínico: terapia cognitiva en un trastorno de pánico de un varón de 57 años. Consideró Escala de inteligencia WAIS revisada de Weschler, Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II y el Inventario Millon de Estilos de Personalidad (MIPS), Inventario de Ansiedad de Zung, el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI). En base a los resultados, se desarrolló un tratamiento de 14 sesiones más de 3 sesiones de seguimiento, empleando técnicas de psicoeducación, relajación progresiva de Jacobson, la respiración intercostal, realización de

una escala emocional idiosincrásica, registro de pensamientos distorsionados, las tareas conductuales, exposición interoceptiva, debate socrático, exposición encubierta, modelado encubierto, solución de problemas, escucha activa y seguimiento. Como resultado el tratamiento cumplió su objetivo general de brindar mecanismos de afronte y reducción de la ansiedad de una manera racional.

Miranda (2018) realizó un estudio de caso clínico: programa de intervención cognitivo conductual para un caso de trastorno de pánico de una mujer de 26 años. Para la evaluación consideró Escala de Ansiedad Estado - Rasgo (STAI), Inventario de Depresión de Beck (IDB), Inventario Clínico Multiaxial de Millon II y el Cuestionario sobre la Historia de la Vida de Lazarus. En base a los resultados, se desarrolló un tratamiento que tuvo una duración de 18 sesiones de intervención psicoterapéutica y 3 sesiones de seguimiento, programadas 1 vez por semana, por 45 minutos cada una, empleando técnicas de relajación abdominal e imaginación, reestructuración cognitiva, exposición interoceptiva, columnas de la autoestima solución de problemas y el entrenamiento en la comunicación asertiva. El tratamiento evidenció mejoró significativamente el estado emocional, mostrando un mayor nivel de funcionabilidad en su vida personal, social y laboral, recuperando actividades que había dejado de lado por temor a los síntomas de las crisis de pánico.

### ***1.2.2 Antecedentes Internacionales***

Castro (2021) realizó una intervención cognitivo conductual sobre un caso de Trastorno de pánico a consecuencia del confinamiento por el COVID-19 y su influencia en el entorno laboral de un adulto de 25 años de la ciudad de Montalvo, provincia de Los Ríos, Ecuador. Se evaluó la sintomatología a través de la Escala de Hamilton y el Inventario de Ansiedad de Beck. Los resultados demostraron eficiencia en la disminución de la frecuencia de pensamientos catastróficos relacionados a la pandemia por COVID-19.

Álvarez y Hernán (2019) realizaron una intervención cognitivo-conductual en un caso de ataques de pánico, de una mujer de 31 años de México. Para la evaluación se consideró Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y el Inventario de Ansiedad Rasgo Estado (IDARE). En base al programa de tratamiento tuvo una duración de 11 sesiones individuales de hora de duración, se trabaja una vez por semana, empleando técnicas psicoeducación, autorregistro de pensamientos, respiración diafragmática, relajación muscular progresiva, reestructuración cognitiva y exposición interoceptiva. Como resultado el tratamiento evidenció que las sesiones ayudaron al usuario a retomar aspectos importantes en su vida y que debido a los malestares clínicos había abandonado.

Bermejo (2019) se realizó un estudio sobre la eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual en formato grupal para el trastorno de pánico y la agorafobia. La intervención se realizó a nivel ambulatorio con una muestra clínica de seis pacientes de un centro de salud mental público español. Para la evaluación se aplicó el cuestionario de pánico y agorafobia CPA, el inventario de autoevaluación STAI y el inventario autoadministrado BDI-II. Se realizaron 12 sesiones de una hora y media de duración y una periodicidad semanal. Para ello se aplicó las técnicas: psicoeducación, exposición (en imaginación, en vivo e interoceptiva), reestructuración cognitiva, respiración, relajación y técnicas de distracción. Los resultados evidenciaron que la mayoría de pacientes tuvieron una mejora de la sintomatología relacionada con el pánico y la agorafobia, y en menor medida de los síntomas depresivos, siendo la sintomatología ansiosa igual o incluso mayor en algunos casos.

Esteban y Ardila (2019) realizaron un estudio sobre el tratamiento cognitivo conductual de un caso único de trastorno de pánico, a una mujer de 25 años. Para la evaluación se utilizó la entrevista inicial, el programa de tratamiento tuvo una duración de 6 sesiones, empleó técnicas de técnica de reestructuración cognitiva y redefinición del proyecto de vida. Los resultados evidenciaron que el proceso de las sesiones se fortaleció cada área de la paciente

que estaba afectada, identificando los pensamientos negativos, de esta manera, generar pensamientos positivos que bloquearan aquellos que generaban malestar en la paciente.

Fernández, et al. (2018) desarrollaron un estudio de caso único en un adolescente de 14 años con trastorno de pánico para comprobar la eficacia de la Terapia cognitivo conductual. La terapia fue de 8 sesiones, se realizó cada 15 días, con una duración de 01 hora en cada sesión y se emplearon técnicas como: psicoeducación, respiración, relajación y técnicas de distracción, exposición (en imaginación, en vivo e interoceptiva), reestructuración cognitiva, entre otras técnicas. Para la evaluación se consideraron la Escala de Pánico, Escala de Ansiedad de Hamilton antes y después del tratamiento. Los resultados indicaron una disminución de síntomas de ansiedad y los ataques de pánico hasta en un 60%.

### ***1.2.3 Fundamentación Teórica***

**Terapia Cognitivo Conductual.** Según, Acuña (2018) menciona que el enfoque cognitivo conductual se centra en investigación científica y está establecido en las prácticas científicas, las cuales han sido comprobadas a lo largo del tiempo.

La finalidad de la terapia cognitiva conductual es poder limitar y poner a prueba para comprobar las creencias o afirmaciones falsas y los supuestos desadaptativos. Además, refiere que el método consiste en experiencias de aprendizaje, especialmente va dirigido a los usuarios para enseñar como: controlar sus pensamientos automáticos negativos, identificar la relación entre cognición, afecto y conducta, examinar la certeza a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados, remplazo de cogniciones irracionales por interpretaciones realistas o racionales, aprender a identificar las creencias o imaginarias (Beck 2006, citado en Gonzales, 2020)

Por otro lado, McNally (1996) nos indica que el tratamiento más eficiente que existe a la fecha para el problema del trastorno de pánico es la terapia cognitivo conductual, ya que esta terapia es ampliamente indagada por la comunidad científica internacional, la cual se enfoca a

establecer y modificar los pensamientos negativos que comprometen al trastorno de pánico; modificar las conductas contrarias relacionadas con este problema.

Asimismo, Pastor y Sevilla (1998) indican que el principal objetivo del tratamiento es lograr que la persona afronte a sus temores. Para ello, el tratamiento también se enfoca a vencer las cogniciones y emociones negativas que están obstaculizando dicho afrontamiento. En otras palabras, para contradecir las cogniciones catastróficas se emplea la terapia cognitiva, para el manejo de las emociones negativas se aplican técnicas de desactivación como: la relajación y otros, y para confrontar el ataque de pánico se recomienda técnicas de exposición a estímulos internos y externos. Además, dentro de los tratamientos realizados por Barlow y Clark, se enfatizan las técnicas de psicoeducación sobre el pánico, reestructuración cognitiva, la exposición a las sensaciones corporales interoceptivas temidas como (fatiga, taquicardia, temblor y parestesia) y exposición en vivo a situaciones que producen la ansiedad (Amodeo, 2017).

***Generaciones de la Terapia Conductual.*** En cada generación de terapia conductual, los principales representantes de este enfoque, priorizaron diversas técnicas para el tratamiento de los problemas emocionales, como se detalla según (Monteseny, 2022)

**Tabla 01***Tres generaciones de la terapia conductual*

| <b>Generaciones de la terapia de conducta</b> |  |  |
|---|--|--|
| <b>Primera generación</b>                     | - Sudáfrica (Joseph Wolpe)                 | - Desensibilización sistemática DS   |
|   | - Inglaterra (Grupo del Maudsley)          | - H. J. Eysenck<br>- Shapiro<br>- Yates<br>- Neoconductista mediacional<br>- Conductismo metodológico<br>- Psicología clínica  |
|   | - USA (Skinner)                            | - Análisis conductual aplicado<br>- Control de contingencias.<br>- Análisis funcional.<br>- Datos objetivos como elementos de estudio  |
| <b>Segunda generación</b>                     | - Aprendizaje social de Bandura            | - Autoeficacia<br>- Autocontrol<br>- Aprendizaje vicario   |
|   | - Enfoque cognitivo                        | - Técnicas de reestructuración cognitiva<br>- Ellis, terapia racional emotiva-conductual<br>- Terapia cognitiva de Beck<br>- Reestructuración racional sistemática (Golfried)                    |
|   | - Técnica para el manejo de situaciones    | - Entrenamiento en inoculación de estrés (Meichenbaum)   |
|   | - Técnica de solución de problemas         | - Terapia de solución de problemas (D' Zurdilla y Golfried)  |
| <b>Tercera generación</b>                     | - Terapias cognitivas                      | - Metáfora de condicionamiento<br>- Técnica de condicionamiento encubierto (Cautela, 1967)<br>- Técnica de parada del pensamiento (Mahoney, 1974)<br>- Auto-instrucciones, inoculación de estrés |
|   | - Metáfora de procesamiento de información | - Terapia cognitiva de Beck<br>- Terapia racional emotiva conductual de Ellis  |
|   | - Metáfora de la narración constructiva    | - Terapia cognitiva estructural de Guidano y Liotti<br>- Terapia de los constructos personales de Neimeyer<br>- Psicoterapia constructiva de Mahoney   |
|   | - Terapias contextuales                    | - Psicoterapia funcional analítica (Kohlenberg y Tsai, 1987)<br>- Terapia de aceptación y compromiso (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999)<br>- Terapia de conducta Dialéctica (Linehan, 1993)        |

Fuente: Monteseny (2022)

**Modelo de Terapia Cognitivo Conductual.** La terapia cognitivo conductual se basa inicialmente en la teoría del aprendizaje, lo cual está basado en la investigación científica y muchos de sus técnicas y procedimientos tienen bases experimentales, aunque muchos de otros procedimientos y técnicas surgen desde la experiencia clínica de los terapeutas (Díaz et al., 2017 citado en López, 2022).

Asimismo, la intervención terapéutica del modelo cognitivo conductual para el trastorno de pánico se encuentra entre las primeras intervenciones para el abordaje de este trastorno. Incluye diversas técnicas como: la psicoeducación, relajación, reestructuración

cognitiva, exposición interoceptiva y exposición en vivo, ya que la aplicación de estas técnicas tiende a ser muy útiles en la disminución de frecuencia de la sintomatología de los ataques de pánico y agorafobia (Manrique, 2014 citado en López, 2022).

***Modelo de Terapia Racional Emotiva Conductual – TREC.*** Ellis 1993 citado en Velasco (2022) sustenta que las personas llegan a presentar algún trastorno debido a las interpretaciones irracionales que se tienen frente a las situaciones que se vive. Asimismo, manifiesta que la TREC se ha creado con el fin de reducir o disminuir las patologías, así lograr tener una vida más saludable con menos conductas de derrota y desesperanza. Además, la finalidad de esta terapia es lograr que el cliente sea consciente de sus pensamientos, emociones y conductas, teniendo en cuenta que nuestros pensamientos es la clave para sentirnos bien a través de pensamientos racionales.

También indica que su modelo terapéutico (A-B-C) dentro de la TREC, se logra identificar las dificultades psíquicas que presentan las personas, quienes sobrellevan algún trastorno psicológico. Este modelo lo esquematiza de la siguiente manera:

- Es la situación: acontecimiento activador o adversidad
- Son las creencias: pensamientos (racionales o irracionales) que surgen ante la situación.
- son las consecuencias: que pueden ser emocionales y conductuales, es el resultado que se tiene sobre el A y B.

Mas adelante, Ellis extiende su modelo en A-B-C-D-E, donde (D) es el debate de las creencias irracionales y (E) es la representación de la nueva forma de pensar de manera racional, frente a la situación que acontece creencias o pensamientos irracionales (Magallanes 2009 citado en Velasco, 2022).



**Trastorno de Pánico.** Rueda (2019) determina al trastorno de pánico como la aparición imprevista del miedo intenso y que puede permanecer hasta 10 minutos; asimismo, puede presentar síntomas como aumento de pulso, miedo a morir, sudoración, escalofríos, temblores y otros. Además, las crisis de pánico no tienen un origen específica; sin embargo, en otros estudios se enfatiza la importancia de las diferencias personales con respecto a las cogniciones propias acerca de las sintomatologías físicas de la ansiedad, en lo específico, las taquicardias y sensaciones de ahogo. Además, se tiene certeza que los ataques de pánico son padecidos por aquellas personas que tienen un sistema nervioso muy frágil; es decir, son más frágiles a la angustia y tiende presentar múltiples emociones con mayor intensidad que los demás (Osma et al., 2014)

Según, CIE 10 elaborada por la Organización Mundial de la Salud OMS (1992) incorpora al trastorno de pánico dentro de otros trastornos de ansiedad, en el cual señala que el síntoma primordial de estos trastornos es la presencia de una ansiedad, que no se restringe a ninguna situación ambiental en específico. Además, menciona que pueden presentarse síntomas obsesivos y depresivos e inclusive algunos componentes de ansiedad fóbica, con tal de que éstos sean menos graves.

Asimismo, según American Psychiatric Asociación (APA, 2014) definen que los ataques de pánico llegan a ser un tipo de trastorno de ansiedad que se identifican, básicamente, por la aparición inesperada y reincidente de crisis de ansiedad, las cuales provienen de un temor intenso e irracional a sufrir un ataque de o pánico y a la posibilidad de no ser auxiliado. Asimismo, las crisis de pánico se dan de manera imprevista y adquieren su máxima duración de 10 o 15 minutos desde que se presentó, sobrellevando en su gran mayoría a una flaqueza completo del individuo quien lo padece (Botella, 2001). Además, las crisis de pánico, ataques de pánico o crisis de angustia son características de ansiedad aguda, con inquietudes fuertes que suelen presentarse descontroladamente y así lograr su máxima manifestación en los primeros 10 minutos (Roca, 2015)

***Criterios Diagnósticos de Trastorno de Pánico.*** Según, Asociación Americana de Psiquiatría (APA) en la publicación de la última versión del Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) (APA, 2014) indica que para ser considerado un trastorno de pánico se han de existir por lo menos cuatro de los siguientes síntomas:

**Tabla 2**

*Criterios diagnósticos de trastorno de pánico, según DSM-V*

| <b>Signos y síntomas</b>   |
|--|
| - Palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardíaca            |
| - Sudoración   |
| - Temblor o sacudidas  |
| - Sensación de dificultad para respirar o de asfixia                                     |
| - Sensación de ahogo   |
| - Dolor o molestias en el tórax  |
| - Náuseas o malestar abdominal   |
| - Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo                              |
| - Escalofríos o sensación de calor   |
| - Parestesias (sensación de entumecimiento o de hormigueo)                               |
| - Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (separarse de uno mismo) |
| - Miedo a perder el control o de “volverse loco”,  |
| - Miedo a morir.   |

Fuente: APA (2014)

El DSM-V también indica que al menos a uno de los ataques le ha seguido un mes o más de uno o los 2 hechos siguientes:

- A. Inquietud o preocupación permanente acerca de otros ataques de pánico o de sus consecuencias (por ejemplo: tener un ataque de corazón, pérdida de control, “volverse loco”)
- B. Un cambio importante de mala adaptación en el comportamiento relacionado con los ataques (por ejemplo: comportamientos destinados a evitar los ataques de pánico, como evitación del ejercicio o de las situaciones no familiares).

Además, menciona que la alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo: una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (por ejemplo: hipertiroidismo y trastornos cardiopulmonares). De igual forma, la alteración no se manifiesta mejor por otro trastorno mental (por ejemplo: los ataques de pánico no se originan únicamente en respuesta a situaciones sociales temidas, como en el trastorno de ansiedad social; en respuesta a objetos o situaciones fóbicas concretos, como en la fobia específica; en respuesta a obsesiones, como en el trastorno obsesivo-compulsivo; en respuesta a recuerdos de sucesos traumáticos, como en el trastorno de estrés postraumático; o en respuesta a la separación de figuras de apego, como en el trastorno de ansiedad por separación)

**Epidemiología.** Las investigaciones epidemiológicas evidencian que entre el 13 y 16% de la población general presentan al menos un ataque de pánico durante su vida (Wittchen y Essau, 1991 citado en Gonzales, 2020). Además, el trastorno de pánico perjudicó durante el año 2004 al 1.8% de los europeos entre los 18 a 65 años de edad (Wittchen y Jacobi, 2005, citado en Gonzales, 2020).

Con respecto a América Latina, la Organización Panamericana de la Salud (2013) informa que el trastorno pánico tiene una prevalencia de 1,4% a lo largo de la vida y la prevalencia a 12 meses es de 0,9 %. En cuanto al Perú, enfatizando en la ciudad de Lima y Callao, se encontró que el trastorno de pánico alcanzó un 0.5% de prevalencia en las historias de vida de los trastornos mentales en adultos (Saavedra et al., 2012)

**Etiología del Trastorno de Pánico.** Dentro de la etiología del trastorno de pánico, existen estudios que explican su origen. Sandín, 2009 citado en Torres, (2018) indica que el surgimiento de los ataques de pánico podría originarse en momentos de elevado estrés personal, así como cuando existe hechos importantes negativos que son vistos como situaciones

amenazantes. Asimismo, el autor menciona que puede anticipar a la aparición de ataques de pánico el hecho de haber sufrido o padecido ansiedad por separación.

Adicionalmente APA, 2015 citado en Torres (2018) menciona tres grandes grupos que están relacionados con los factores de riesgo, asociados al trastorno de pánico, como son:

- **Temperamento.** Refiere que las personas que tienen una tendencia a experimentar emociones negativas sumadas a una sensibilidad a la ansiedad están más expuestas a experimentar o padecer los ataques de pánico.
- **Ambientales.** Con respecto se enfatizan factores de estrés que están asociados a la historia personal tales como malos tratos, abusos sexuales, etc. Asimismo, Camerini (2003) menciona algunos factores que están vinculados al grupo familiar, ya que reconoce la existencia de una influencia paternal por lo que es preciso considerar los valores junto con las creencias, los estilos de crianza, formas de disciplinas utilizados, los modelos o tratos ofrecidos por los adultos que tienen un vínculo familiar, el lugar que ocupa la persona en relación a sus hermanos.
- **Genéticos y fisiológicos.** Hasta el momento aún no se ha podido establecer los genes exactos que sean responsables de la transmisión del trastorno pánico, sin embargo, Saviñon et al. (2002) nos dice que existe un riesgo para el trastorno de pánico entre los hijos de los padres que han sufrido o tenido depresión, ansiedad o trastornos bipolares.

***Modelos Explicativos del Trastorno de Pánico.*** Según las investigaciones existen modelos que explican el trastorno de pánico como:

- **Modelo biológico.** Stein, Jang y Livesley, 1999 citado en Gonzales (2020) consideraron que es improbable que el trastorno de pánico tenga una base hereditaria. Además, propusieron que podría haber factores de riesgos psicológicos como la sensibilidad a la ansiedad la cual pudiera transmitirse genéticamente. Pero, en contraste, Barlow (2002)

describe que puede percibirse en familias con tendencia al pánico y que tal vez ésta pueda poseer un factor genético.

- **Modelo cognitivo de Clark y Salkovskis (1987).** El modelo expone que inicialmente hay un estímulo desencadenante, que normalmente comprende la percepción de un cambio en las sensaciones físicas. Estos cambios fisiológicos son percibidos como una amenaza y como consecuencia de ello, el individuo entra en un estado de miedo o temor. Además, este estado de miedo origina un incremento de las sensaciones físicas, la cual serán entonces interpretadas catastróficamente. El nivel de amenaza percibida se incrementa y el ciclo continúa hasta que se origina un gran aumento de ansiedad, que a su vez ocasiona un aumento de las sensaciones físicas, y así sucesivamente hasta establecer un círculo vicioso que finaliza con un ataque de pánico (Salkovskis 1987, citado en Gonzales, 2020)
  
- **Modelo integrador de Barlow y Durand (2003).** La predisposición a estar nerviosos o angustiado podría ser hereditaria, la cual se interpreta como vulnerabilidad biológica. Quizás un individuo haya crecido construyendo el concepto de que el mundo no es controlable y que no podría ser capaz de enfrentarlo cuando las cosas se empeoren. Si este concepto es fuerte, se entiende como vulnerabilidad psicológica a la ansiedad. Es posible también, que un sujeto se encuentre tensionada debido a los estresores interpersonales, y esto dando origen a que experimente ataques de pánico imprevistos. Estos ataques de pánico en sujetos con vulnerabilidad psicológica ocasionarán que estos desarrollen ansiedad focalizada y la probabilidad de tener otro ataque de pánico en el futuro, además, estarán muy atentos en relación a los síntomas físicos que vienen alertando para el comienzo del próximo ataque de pánico, así, creando falsas alarmas en situaciones en las que no hay peligro.

- Asimismo, indica que estas falsas alarmas pueden condicionarse con estímulos fisiológicos internos, así generando el condicionamiento interoceptivo y, en consecuencia, alarmas aprendidas. Además, cuando estas alarmas aprendidas se relacionan o se asocian con determinadas situaciones, aumentará la posibilidad de responder con escapatoria en busca de protección (conducta de evitación a través del reforzamiento negativo), y esto puede ocasionar la agorafobia (Barlow y Durand, 2003).

### **1.3 Objetivos**

#### ***Objetivo General***

- Aplicar un programa de intervención de terapia cognitivo conductual para reevaluar su eficacia del caso clínico de trastorno de pánico.

#### ***Objetivos Específicos***

- Evaluar la situación del paciente que presenta sintomatología del trastorno de pánico para diseñar un programa de intervención cognitivo conductual.
- Diseñar un programa de intervención cognitivo conductual para disminuir la sintomatología del caso clínico de trastorno de pánico.
- Demostrar la eficacia del programa cognitivo conductual para disminuir la sintomatología del trastorno pánico.

### **1.4 Justificación**

El presente caso de investigación es importante, ya que, para el tratamiento del caso, utiliza el modelo cognitivo conductual para intervenir en los pensamientos distorsionados, modificar conductas inapropiadas y disminuir la sintomatología ansiosa. De esta manera, se pretende efectuar un programa de intervención, a través de las técnicas cognitivo conductuales (psicoeducación, Videoterapia, Biblioterapia, respiración diafragmática, relajación muscular,

terapia racional emotiva y modelo de ABCDE, reestructuración cognitiva y exposición interoceptiva.

El propósito de este presente trabajo, es presentar un caso existente de una persona que padece el trastorno de pánico e identificar los pasos terapéuticos a trabajar desde el enfoque cognitivo conductual, el cual puedan ayudar a su tratamiento y recuperación. Asimismo, la importancia del presente caso consiste en el aporte teórico práctico para futuras investigaciones e intervenciones desde el modelo cognitivo conductual. Así, plantear una intervención con mayor eficacia para reducir la sintomatología ansiosa del paciente que amerita un apoyo para vivir una vida de calidad.

### **1.5 Impactos Esperados del Trabajo Académico**

Con el presente estudio de caso se espera que la terapia cognitiva conductual tenga un impacto favorable en la intervención para el caso de trastorno pánico, ya que, se tienen antecedentes que respaldan a través de las investigaciones nacionales e internacionales. Además, el estudio impacte positivamente en el ámbito personal, familiar, laboral y académico del evaluado y así retomar aspectos importantes en su vida.

Asimismo, el estudio beneficiará al paciente, esto, a través de la aplicación de un programa de tratamiento terapia cognitivo conductual que fue diseñado específicamente para este caso. Además, se espera la reducción de frecuencia e intensidad de las crisis de la sintomatología ansiosa, con ello tener un mayor nivel de funcionabilidad en su vida personal, social y laboral, así lograr alcanzar el objetivo principal. Igualmente, este estudio de caso, será un aporte muy importante para la comunidad científica, siendo de utilidad como base teórica y evidencia de eficacia de la intervención cognitivo conductual en casos similares.

## II. METODOLOGÍA

### 2.1 Tipo y Diseño de Investigación

Investigación es experimental Aplicada (Kerlinger, 1975) con diseño de caso único (Hernández et al., 2014). El presente estudio de caso se incluye dentro de los estudios experimentales en los que un solo individuo es el propio control. Al respecto, Creswell (2009) menciona que los experimentos manipulan tratamientos, estímulos, influencias o intervenciones denominadas variables independientes (intervención cognitivo conductual), para observar sus efectos sobre otras variables las dependientes (trastorno de pánico) en una situación de control.

El diseño es de caso único, se trabaja con el diseño univariable multicondicional AB. Al respecto Kazdin (2001) diseño unicondicional A es la línea base (pre test), B la intervención cognitiva conductual.

### 2.2 Ámbito Temporal y Espacial del Estudio de Caso

El presente estudio de caso se realizó dentro el periodo: enero 2022 hasta julio de 2022, considerando únicamente el tratamiento en trastorno de pánico, a través de las sesiones, 1 sesión por semana y 3 sesiones de seguimiento lo cual se realizó cada 15 días con una duración de 60 minutos aproximadamente. La intervención se realizó de manera presencial en domicilio de sus padres, en la ciudad de lima.

### 2.3 Variables de Investigación

#### 2.3.1 *Variable Independiente*

**Plan de Intervención Basada en Terapia Cognitivo Conductual.** El plan de intervención consistirá en 20 sesiones con una duración de 60 minutos, 01 sesión por semana, donde se aplicarán técnicas cognitivas y conductuales como: psicoeducación, biblioterapia,



videoterapia, Técnicas de respiración y relajación muscular, terapia racional emotiva, reestructuración cognitiva y exposición interoceptiva.

### ***2.3.2 Variable Dependiente***

**Cuadro Clínico del Trastorno de Pánico.** La usuaria presenta sintomatologías como: “me voy a volver loca”, “me voy a morir”, “estas cosas solo me pasan a mí”, “nunca podré superar este problema que tengo”, “siempre estoy mal”, “nunca podré salir adelante”, “soy una mala madre”, “soy una mala esposa”; ansiedad, miedo, tristeza y cólera; temblores, llanto, taquicardia y sudoración de las manos, falta de aire, falta de sueño y bajo apetito.

## **2.4 Participante**

Usuaría de 29 años de edad, vive junto a su hijo y padres, tiene un hijo, es separada de su pareja, estudió admiración bancaria (incompleta). Es la primera vez que participa en la terapia psicológica, evidencia un cuadro clínico compatible con un trastorno de pánico, desde hace más de un año aproximadamente.

## **2.5 Técnicas e intervención**

### ***2.5.1 Técnicas***

**Psicoeducación.** La técnica consiste en explicar empezando de los más básico y resumida al usuario acerca del diagnóstico que sobrelleva y del modelo cognitivo a trabajar, así como los principios que se plantean respecto a la ansiedad y cómo se origina (cognición, emoción y conducta). La psicoeducación resulta ser muy importancia durante la intervención, ya que aumenta la adherencia del usuario al tratamiento, la cual es un componente muy importante para un eficiente terapéutico (Camacho, 2003; Clark y Beck, 2012).

**Biblioterapia/Videoterapia.** Según, Camacho (2003) refiere que estas técnicas se enfatizan en ofrecerle nuevas perspectivas y mayor información al usuario sobre su situación diagnóstica, para ello se le da ciertos libros o recomienda para leer, y con respecto de los videoterapia, se comparte en consultorio o se le sugiere ver en casa algunos videos y películas que se relacionen a los que presenta el paciente, con la finalidad de reforzar ciertos aspectos trabajados en la intervención.

**Técnicas de Respiración.** Martínez, Inglés, Cano y García (2012) citado en Reyes (2020) mencionan, que la respiración diafragmática, es la más apropiada para controlar la ansiedad, debido a que moviliza tanto en el pecho y abdomen, ventilando los pulmones y obteniendo una mejor oxigenación de la sangre. Además, Smith (2009) agrega, que en el transcurso de la práctica de los ejercicios de respiración se debe pedir al usuario que se mencione y repita mentalmente frases tranquilizadoras “no me va a suceder nada”, "me estoy calmando”, “ya va a pasar”.

**Técnicas de relajación muscular.** Según Jacobson, 1938 citado en Gonzales (2020) manifiesta que esta técnica enfatiza realizar que el usuario sea capaz de darse cuenta el estado de tensión de cada parte de su cuerpo mediante ejercicios físicos de tensión - relajación de sus diferentes partes de músculos. Después al identificar tensión en zonas específicas del cuerpo, iniciará los recursos asimilados para relajar o destensar dichas zonas (Labrador, 1993).

**Terapia racional emotiva.** La terapia racional emotiva, es como un instrumento de psicoterapia, que consiste en establecer cuáles son las creencias irracionales del usuario sobre sí misma y sobre las demás, para luego debatir tales hipótesis si parecen ocasionar escasas consecuencias emocionales y conductuales a través del modelo ABC (Ellis y Abrahms, 2005). Además, el modelo de la TREC, se conoce como el modelo ABC. En donde el (A) son los

acontecimientos de la vida; el (B) son las creencias o pensamientos que se tenga respecto a (A); y el (C) son las conductas y emociones que alteran los objetivos del usuario, dificultando a desempeñarse eficientemente y ocasionando sufrimientos. La cognición B, son las que conllevan a las reacciones del (C). Es fácil concluir que el modelo cognitivo conductual emplea su esfuerzo de tratamiento a (B) o sistema de creencias (Ruíz y Cano, 1992 citado en Mainieri, 2015).

Asimismo, Ellis et al. 1981 citado en Pérez et al. (2008) explican dentro de las técnicas a emplear, según el modelo cognitivo en que se basa la reestructuración cognitiva, se encuentra la teoría del A-B-C-D-E. Esta propuesta de Ellis se esquematiza de la siguiente manera:

**Tabla 3**

*Modelo ABCDE*

---

| <b>A-B-C-D-E</b>  |
|---|
| - A: es una situación o experiencia activadora real y objetivo que origina (B).   |
| - B: se refiere autoverbalizaciones o pensamientos apropiadas o disfuncionales acerca de (A), las cuales conducen al (C).   |
| - C: se refiere a la consecuencia emocional o conductual del usuario, el cómo reacciona ante la ocurrencia del (A).   |
| - D: consiste a los esfuerzos del terapeuta para modificar y sustituir (B), enfatizando en la lógica y lo racional. En esta parte se discrimina críticamente los pensamientos que aparecen en (B), entre las que son objetivamente verdaderas e irracionales.         |
| - E: en este componente se enfatiza la eliminación del pensamiento irracional, ya que ha sido remplazado por una funcional o racional mediante el debate, teniendo como consecuencias emociones y conductas más adaptativas acerca de sí mismo, los demás y el mundo. |

---

Fuente: Pérez et al. (2008)

**Reestructuración Cognitiva.** Cormier y Cormier (2000) esta técnica se enfatiza en la identificación y modificación de las ideas irracionales y cogniciones punitivas o autoenunciados del paciente. El proceso de reestructuración cognitiva se realiza a través de seis factores: explicación de los objetivos y revisión del procedimiento; reconocimiento de los

pensamientos del cliente durante las situaciones de problema; inclusión y práctica de los pensamientos de manejo; reemplazo de los pensamientos autopunitivos por pensamientos de manejo; introducción y uso de autoenunciados positivos o reforzantes; tareas para casa y seguimiento.

Asimismo, esta técnica consiste en cuestionar las cogniciones y verbalizaciones desadaptativas o inadecuadas, de modo que sean reemplazadas por otras cogniciones y verbalizaciones que ocasionen conductas y emociones más adaptativas para el usuario. El componente terapéutico central de la reestructuración cognitiva es el debate de las cogniciones o creencias inadecuadas con el usuario (Sánchez, 2019).

**Exposición Interoceptiva.** Frangella y Gramajo (2018) manifiestan que la exposición interoceptiva fue explicada por Barlow y Craske en los años 1980, la cual se consiste en ocasionar intencionalmente las sensaciones del pánico, para luego descubrir a través de ellas que no son ofensivas. Además, como indicación previa es conveniente realizarse un control médico. Asimismo, el trabajo interoceptivo es muy efectivo si logra experimentar profundamente las sensaciones originadas. Durante los ejercicios se pondrá a prueba sus cogniciones distorsionadas y podrá emplear las habilidades cognitivas asimiladas o aprendidas. El objetivo es provocar o estimular al usuario las sensaciones del pánico y así dejar de temerles, de esta manera logrando realizar una apreciación más adaptativa de las mismas. Es recomendable iniciar por los ejercicios que reflejen más fáciles hasta llegar a los más complejos. Si no puede soportar las sensaciones deténgase y trate de regresar a la exposición lo más rápido posible, de lo contrario estaría reforzando la evitación y a los síntomas.

**Modelamiento.** Es una técnica terapéutica en la cual se enfatiza en dar instrucción al individuo, quien aprende comportamientos nuevos que desea incrementar, a través de la observación e imitación los clientes adquieren las respuestas esperadas sin llevarlas a cabo

(Kazdin, 1996). Asimismo, esta técnica es de uso extendido en la práctica clínica, tanto para eliminar miedos como para aprender nuevas formas de comportarse. Además, el modelado es muy útil en aquellos casos en los que la conducta que el cliente requiere adquirir no se encuentra en su repertorio de habilidades (CETECIC, 2022).

### **2.5.2 Instrumentos**

Para el presente caso trastorno de pánico se utilizó los siguientes instrumentos de evaluación:

- Escala de ansiedad de Zung
- Inventario Multiaxial de Millon
- Inventario de Pensamientos Automáticos de Ruiz y Lujan (1991)

### **Ficha Técnica**

#### ***Escala de Ansiedad de Zung***

|                     |   |
|---------------------|---|
| Nombre:             | Escala de automedición de ansiedad de Zung  |
| Autor:              | William Zung y Zung (1971)  |
| Aplicación:         | Adolescentes y adultos de manera colectiva o individual.  |
| Adaptación peruana: | Fue validado por Novara, Sotillo y Warthon (1985), quienes aplicaron el instrumento en 178 pacientes que acudían a consulta externa del Instituto de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi. |
| Finalidad:          | Evaluación de la ansiedad.  |
| Duración:           | Indeterminado, pero con el tiempo promedio de entre 15 y 20.  |
| Material:           | Manual, protocolo y software de calificación  |
| Ítems               | Consta de 20 ítems.   |

**Puntuación** Los 20 ítems son frases que se miden mediante respuestas en escala Likert que van desde "Nunca o Raras veces"(1), "Algunas veces" (2), "Buen número de veces" (3) y "La mayoría de las veces" (4). Las sumas de los puntajes se convierten en un índice basado en 100, de los cuales se obtienen los siguientes niveles de ansiedad: Menos de 45: Dentro de los límites normales. No hay ansiedad presente.

- De 45 – 59: Presencia mínima de Ansiedad leve.
- De 60 – 69: Presencia Ansiedad moderada
- De 70 o más: Presencia de Ansiedad intensa.

Las respuestas pueden ser introducidas al software, el cual muestra los niveles y puntajes obtenidos de manera general y específica con cada una de las dimensiones.

**Validez y fiabilidad:** Escala de 20 puntos con Alfa de Cronbach de .77. En Perú, la escala obtuvo un Alfa de Cronbach de .75 (Terrones, 2019)

### ***Inventario Multiaxial de Millon***

|                     |   |
|---------------------|---|
| Nombre              | Inventario de estilos de personalidad de millon (MIPS)                                  |
| Autor               | Theodore Millon (1994)  |
| Procedencia         | The Psychological Corporation, San Antonio, EE.UU.                                      |
| Adaptación española | Ma. P. Sánchez López, j. F. Díaz morales y m. Aparicio García, Universidad Complutense. |

|                           |   |
|---------------------------|---|
| Adaptación Peruana        | Sánchez López, Thorne, Martínez, Niño de Guzmán y Argumedo (2002).  |
| Objetivo:                 | Evaluación de 24 escalas de personalidad y 3 de validez de las respuestas.  |
| Numero de Ítems:          | 175 ítems   |
| Ámbito de aplicación:     | A partir de 17 años con un nivel de comprensión lectora adecuad   |
| Administración:           | Individual o colectiva, adolescentes y adultos  |
| Tiempo de aplicación:     | Tiempo variable, entre 30 y 40 minutos  |
| Confiabilidad:            | Realizada por el método de las dos mitades, arroja un resultado oscilante de 0.80 y 0.85  |
| Descripción de la prueba: | <p>Instrumento diagnóstico que evalúa las características de personalidad y síndromes clínicos:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- 11 escalas básicas de personalidad: Esquizoide, evitativo, depresivo, dependiente, histriónico, narcisista, antisocial, agresivo(sádico), compulsivo, negativista (pasivo agresivo), autodestructivo.</li><li>- escalas de personalidad patológica: Esquizotípico, límite, paranoide. 7 síndromes clínicos: Trastorno de ansiedad, trastorno somatomorfo, trastorno bipolar, trastorno distímico, dependencia de alcohol, dependencia de sustancias y trastorno por estrés postraumático.</li></ul> |

- síndromes clínicos de graves: Trastorno del pensamiento, depresión mayor, trastorno delirante.
- 4 índices modificadores: Sinceridad, deseabilidad social, devaluación y validez.

#### Validez y confiabilidad:

La adaptación del MIPS en el Perú partió de una adecuación lingüística al español que se habla en el país y fue aplicado a una población de estudiantes de una universidad privada de Lima (Sánchez-López y Aparicio, 1998; Sánchez-López et al., 2002). El índice de confiabilidad en la muestra de universitarios peruanos fue de 0,72, oscilando entre 0,59 (Intuición, 5B) y 0,84 (Vacilación, 9A). De esta manera, los datos indican que dichos índices de confiabilidad se consideran aceptables y permiten utilizar el MIPS en población peruana (Sánchez-López et al., 2002).

#### ***Inventario de Pensamientos Automáticos de Ruiz y Lujan (1991)***

|                     |  |
|---------------------|--|
| Nombre:             | Inventario de Pensamiento Automáticos              |
| Autor:              | Ruiz y Lujan, 1991                                 |
| Procedencia:        | México   |
| Adaptación:         | Riofrio y Villegas (Perú, 2016)                    |
| Tipo de aplicación: | Individual y colectiva, a partir de 12 años a más. |
| Tiempo:             | 35 minutos aproximadamente                         |
| Calificación:       | Puntuación directa                                 |



- Evalúa:** Los pensamientos automáticos: filtraje, pensamiento polarizado, interpretación de pensamiento, sobre generalización, personalización, visión catastrófica, falacia de control, falacia de cambio, falacia de justicia, razonamiento emocional, culpabilidad, etiquetas globales, deberías, tener razón y falacia de recompensa divina (Ruiz y Lujan, 1991 citado en Pérez, 2017)
- Puntuación:** Presenta una escala de calificación tipo Likert de 0 a 3 con las siguientes valoraciones: 0 = Nunca pienso eso, con 3 = mucha frecuencia lo pienso. Una puntuación de dos o más para cada pensamiento automático suele indicar que está afectando en la actualidad a la persona considerablemente.
- Confiabilidad y validez:** El Inventario de Pensamientos Automáticos ha sido empleado en varios estudios, demostrando índices y criterios aceptables para su aplicación. En el Perú, se confirmó la validez y confiabilidad en una población de 372 personas de la provincia de Chiclayo, alcanzando resultados entre 0.664 y 0.824 respecto a su validez. igualmente, logró un coeficiente de confiabilidad de 0.945 (Alfa de Cronbach), demostrando altos niveles en sus escalas (Riofrio y Villegas, 2016)

### ***2.5.3 Evaluación Psicológica.***

#### **Datos de Afiliación:**

- Nombres y Apellidos : D. Y. CH
- Edad : 29 años
- Lugar y fecha de nacimiento : Lima
- Sexo : Femenino
- Religión : Cristiana

- Grado de instrucción : Superior incompleto
- Ocupación : Ama de casa
- Estado civil : Separada
- Consentimiento informado : Si acepta la evaluación

**Motivo de Consulta.** Paciente refiere “estoy nerviosa, tengo mucho miedo y a veces lloro cuando tengo una crisis, además, comienzo a temblar, tengo dificultades para respirar y me sudan las manos”, “para no estar así me encierro en mi habitación y me quedo dormida”. Además, refiere “que con todo lo que me está pasando pienso que, “me puedo volverme loca”, “me voy a morir”, “no podré superar este problema” y “estas cosas me pasan sólo a mí”. Asimismo, la usuaria manifiesta “la primera crisis comencé presentar el mes de marzo del año pasado, cuando me contagié de Covid y a partir de la fecha tengo mucho miedo de volver a contagiarme, siento que mis temores se han aumentado por eso ya no frecuento con mis amigos y no puedo trabajar porque me siento tensa y fatigada por eso ahora solo estoy en casa de mis padres cuidando a mi hijo, ya que él es muy inquieto, la verdad pierdo el control y reacciono agrediendo”, “mi familia me dicen que todo esto pasará lentamente y volveré a estar bien por eso no aprueban que vaya al hospital para mi tratamiento”

**Descripción del Problema.** Paciente manifiesta, desde hace más de un año, siente temor debido al contagio de covid-19, ya que el mes de marzo del año pasado se contagió con esta enfermedad y a partir de la fecha ya no frecuenta con sus amigos, no puede trabajar y solo está en casa de sus padres cuidando a su hijo, además indica que su crisis y temor han aumentado estos últimos dos meses a consecuencia de que su padre se contagió del Covid 19, teniendo como componente cognitivo el pensar: “me voy a volver loca”, “me voy a morir”, “estas cosas solo me pasan a mí”, “nunca podré superar este problema que tengo”, “siempre estoy mal”, durante las crisis exterioriza principalmente el miedo (9/10) de volver a contagiarse

y presentar otra crisis. Asimismo, presenta respuestas de tipo fisiológica como: temblores, dificultad para respirar, taquicardia y sudoración de las manos, este último síntoma permanece en diferentes momentos del día en los cuales hay elevación de ansiedad. Estas crisis se dan con una frecuencia de cuatro días a la semana en promedio y con una duración en promedio 20 minutos como máximo y 10 minutos como mínimo. Por eso para no estar así se encierra en su habitación y se queda dormida.

Asimismo, la paciente indica, que a veces pierde el control hacia su hijo, ya que este es muy inquieto, desordena sus juguetes y corretea cada rato, ante este hecho su hijo le dice “extraño a mi papá, él no me grita”, al respecto piensa que “soy una mala madre”, y ante ello siente colera (7/10), mostrando conductas de “gritarle a su hijo”. Además, la usuaria, manifiesta que en julio se separó de su pareja, pero su expareja va a visitar a su hijo los fines de semana y cada vez que llega a su casa le reprocha sobre el cuidado de su hijo y discuten, al respecto piensa que “soy una mala madre y esposa”, “nunca podré a salir adelante” “me va quitar a mi hijo” y siente miedo de 9/10 mostrando respuestas fisiológicas como: temblores, dificultad para respirar, taquicardia y sudoración de las manos. Además, manifiesta que ante este cuadro su familia le dice que todo esto pasará lentamente y volverá a estar bien por eso no aprueban que vaya al hospital para su tratamiento y lo mantienen en casa sin ocupaciones laborales.

**Desarrollo Cronológico del Problema.** A los 6 y 7 años señaló presentar “preocupaciones continuas” por su padre, ya que el padre asistía a reuniones familiares y/o con amistades, este hecho hacía que llegara tarde a casa, por lo que la paciente se preocupaba y le era difícil dormir. Imaginaba que algo malo podría suceder al padre. Esto se dio ya que en una ocasión el padre, luego de una reunión en con sus amigos, retornó a casa si sus pertenencias, sucio y semidesnudo. Recuerda que su familia comentaba que “lo habían pepeado” y lo dejaron en otro distrito distante (San Juan de Lurigancho). Luego de estos eventos permanecía despierta

en cama, imaginando las cosas malas que le podría pasar a su papá y no podía dormir. Señala que no se quejó de estos problemas con la madre u otro familiar hasta la fecha.

A los 8 años, tuvo problemas de ansiedad al iniciar el 3° grado de primaria. Presentaba temblores, sudoración, palpitaciones, llanto y fuertes molestias estomacales por lo que tenía que defecar (diarrea). Una hora antes de ir al colegio, durante el almuerzo, comenzaba con los malestares y trataba de comer una menor cantidad de alimentos durante el almuerzo. Al medio año de iniciado la escuela, deciden el cambio de colegio por recomendación del profesor a cargo y se la retira de la institución. Este cambio de ambiente hizo que este tipo de respuestas desaparecieran en el periodo escolar.

A los 13 años, señala que tuvo problemas de “ansiedad, preocupaciones continuas, tenía mucho miedo que algo malo le pase a su madre”, ya que su padre retornó del trabajo borracho y le golpeó a su madre. Luego de estos hechos permanecía despierta en su cama, imaginando que algo malo le podría pasar a su mamá, a veces no podía dormir y le dolía la cabeza de tanto pensar.

A los 19 años, señala que se sentía “preocupada, con mucho miedo a que le pase algo malo y a veces le sudaban las manos”, ya que había iniciado a convivir con su enamorado y trasladándose a la casa de su suegra. Además, desde el inicio de la relación, estuvo marcada por conductas de celos y desconfianza a ella por parte de la pareja y no le dejaba tener amistades masculinas. La relación se mantuvo con altibajos.

A los 24 años, señala que su pareja otra vez empieza mostrar conductas de desconfianza, celos constantes, evitaba a que ella se relacione con amigos del sexo masculino, le revisaba su celular, su cuenta de Facebook y le pedía que conteste las llamadas con él presente y en alta voz. Un día la pareja observa un mensaje de texto de un antiguo compañero de trabajo de ella, tuvieron una discusión y su pareja terminó por echar a Fiorella de casa de sus padres y ella decide irse a casa de sus padres. Luego de estos hechos ella estaba con “mucho miedo a que le pase algo malo, sentimientos de tristeza a la separación, no podía dormir al estar

imaginando cosas malas que le puede pasar y a veces le sudaban las manos y sentía como estaría temblando, ante ello se encerraba en su cuarto y se quedaba dormida. Sus padres le decían que esto pasará. Luego conversa con una amiga y le recomienda que “olvide a su pareja y se dedique más a ella misma”, comienza a salir a conversar con sus amigas y “sentirse mejor”.

A los 25 años, a 2 meses de separación la pareja retoma su relación y regresa a casa de su suegro, ya que se entera que estaba embarazada, pero la pareja no aceptaba su paternidad. Ante ello siente miedo de no poder criar a su hijo sola, y piensa “nunca podré salir adelante, así me voy a volver loca”. Luego del nacimiento de su hijo, los dos primeros meses empieza a sentir “celos hacia su hijo” y piensa “me va quitar a mi hijo”, ya que la familia y el padre, quien ya no discutía la paternidad, le prestan más atención al niño.

A los 27 años, nuevamente se embaraza, la pareja no desea el hijo, sin embargo, deciden tenerlo. A los 4 meses tuvo aborto espontáneo. La pareja y la familia de este le recrimina, diciéndole que quizás ella haya hecho algo para que el niño muera. La relación se deteriora más, incrementando el número de discusiones diarias. Al respecto ella piensa “soy una mala madre y esposa”, “me voy a volver loca” y siente “miedo a que le quiten a su hijo” y llora. La pareja decide separarse definitivamente y ella retornaría a casa de sus padres y se mantendrían separados con su ex pareja hasta la fecha.

A los 28 años, empezó sentir mucho miedo, debido durante el mes de marzo del 2021 se contagió de covid 19, a partir de la fecha ya no frecuenta con sus amigos, no puede trabajar y solo está en casa de sus padres cuidando a su hijo, además indica que su crisis y temor han aumentado estos últimos dos meses a consecuencia de que su padre se contagió del Covid 19. Al respecto piensa “se va volverse loca”, “que se va morir”, “estas cosas solo me pasan a mí”, “nunca podrá superar este problema que tiene” y siente mucho miedo de “volver a contagiarse y presentar otra crisis”. Ante estos hechos empiezan sudar sus manos, siente que le falta el aire, comienza presentar temblores en el cuerpo y su corazón palpita muy rápido. Además, señala que su hijo es muy inquieto y esto hace perder el control hacia él, ante este hecho su hijo le

dice “extraño a mi papá, él no me grita”, y esto la hace sentir colera y pienso que “es una mala madre” a veces “le grito a su hijo” y su expareja cada vez que visita a su hijo le reprocha y discuten, le dice que no sabe cuidar ni a su hijo”. Al respecto piensa que “es una mala madre y esposa”, “nunca podrá a salir adelante” y siente miedo “a que le quiten a su hijo”

### **Historia Personal:**

*Desarrollo Inicial.* Nace por parto natural sin complicaciones.

*Conductas Inadecuadas Resaltantes de la Infancia.* La paciente señala que cuando tenía los 6 y 7 años, presentaba “preocupaciones continuas” por su padre, ya que el padre asistía a reuniones familiares y/o con amistades, este hecho hacía que llegara tarde a casa, por lo que la paciente se preocupaba y le era difícil dormir. Imaginaba que algo malo podría suceder al padre. Esto se dio ya que en una ocasión el padre, luego de una reunión en con sus amigos, retornó a casa si sus pertenencias, sucio y semidesnudo. Recuerda que su familia comentaba que “lo habían pepeado” y lo dejaron en otro distrito distante (San Juan de Lurigancho). Luego de estos eventos permanecía despierta en cama, imaginando las cosas malas que le podría pasar a su papá y no podía dormir. Señala que no se quejó de estos problemas con la madre u otro familiar hasta la fecha.

Asimismo, cuando tenía los 8 años, tuvo problemas de ansiedad al iniciar el 3° grado de primaria. Presentaba temblores, sudoración, palpitaciones, llanto y fuertes molestias estomacales por lo que tenía que defecar (diarrea). Una hora antes de ir al colegio, durante el almuerzo, comenzaba con los malestares y trataba de comer una menor cantidad de alimentos durante el almuerzo. Al medio año de iniciado la escuela, deciden el cambio de colegio por recomendación del profesor a cargo y se la retira de la institución. Este cambio de ambiente hizo que este tipo de respuestas desaparecieran en el periodo escolar.

Actitudes de la familia hacía la paciente durante la niñez y adolescencia:

El padre mostraba actitudes de sobreprotección, en tanto que la madre se mostraba con un perfil de tipo sumiso, preocupada y sobreprotectora por sus hijos. Durante la adolescencia el padre se mostró permisivo y despreocupado hacia las actitudes de ella y su hermano, producto de encontrarse más tiempo fuera por motivos de trabajo, mientras que la madre, continuaba con las actitudes descritas anteriormente. Las relaciones con el hermano, durante la niñez y adolescencia, se mantuvieron con lazos de confianza. Para los padres, el hermano era el encargado de cuidar a la hermana.

***Educación:***

Inicial: No refiere problemas académicos.

Primaria: A los 6 y 7 años estudia el 1° y 2° grado en un colegio particular, próximo a su casa, pequeño y con poco alumnado. Se relacionaba con compañeros y personas conocidas para ella, no hubo problemas de aprendizaje, ni adaptación.

A los 8 años, ingresa al 3° grado, siendo cambiada a una unidad escolar, colegio nacional que era de mayor tamaño en el turno tarde. Refiere que el cambio fue un “trauma” para ella, ya que se asustaba de la cantidad de alumnado que había en este. Se iba a los baños a llorar hasta las 3 o 4 de la tarde aproximadamente, presentaba problemas estomacales (diarrea) que la llevaban a ir continuamente a los servicios higiénicos y había temblor de sus extremidades. Sus notas disminuyeron, siendo desaprobatórias y los padres deciden retirarla de la institución para dejarla en casa por sugerencia del profesor.

A los 9 años retoma el 3° grado y es matriculada en otra institución más distante de su casa. Sin embargo, no presentó las dificultades anteriores por estar en compañía de amigos y hermano. Logra adaptarse adecuadamente.

Secundaria: A los 13 años, inicia la secundaria, retornando al colegio donde repitió el 3° grado de primaria. No presenta dificultades académicas. Pero a finales del año se descuida en sus notas. A consecuencia de que su “padre le golpeó a su madre”. Luego de estos hechos permanecía despierta en su cama “imaginando que algo malo le podría pasar a su mamá, a veces no podía dormir y le dolía la cabeza de tanto pensar”. Estas dificultades promueven su cambio de institución.

A los 14 años, empieza sus labores en el Colegio Nacional T. A. en Chorrillos, cerca de la familia paterna. Comienza a haber una disminución en su rendimiento académico, producto de las salidas con las amigas y evasiones del aula de clases. Repite el 2° año, ya no quiere seguir estudiando en dicha institución porque siente vergüenza. Los padres acceden y deciden cambiarla nuevamente de colegio.

A los 15 años retoma el 2° año de secundaria, empezando a estudiar en el Colegio Nacional E. A de Barranco, donde los padres deciden enviarla con su hermano. Señala que el ambiente “era muy relajado” y “no podía estudiar bien” por las distracciones que había, además, llegaba tarde a clases. Al final del año, logra aprobar los cursos del 2° año, les pide a los padres que la trasladen de colegio, porque no quería distraerse o llegar tarde debido a la distancia desde su casa y temía repetir otra vez.

Finalmente, a los 16 años, retorna al Colegio Nacional M. P y finaliza su secundaria en dicha institución. Su rendimiento es promedio.

Estudios Técnicos: A los 20 años, inicia sus estudios en el Instituto de Formación Bancaria (IFB), en la carrera de Administración, donde señala que su adaptación fue adecuada. Sin embargo, abandona los estudios a mediados del segundo ciclo, por mostrarse estresada con el trabajo y los estudios, presentado dificultades para trabajar durante el día y estudiar acabada la tarde.



Área laboral: Entre los 14 y 15 años trabajó esporádicamente de vendedora en la tienda (bazar) de una tía paterna, durante la época de colegio o en momentos libre como los fines de semana y durante el periodo de vacaciones. Apoyaba en el despacho de productos y en el almacén. No refiere problemas de interacción con los compradores.

En el lapso de 16 y 17 años tiene trabajos eventuales, teniendo como empleo el de impulsadora y vendiendo en zapaterías. Generalmente los fines de semana y siempre con una amiga puesto que le costaba buscar empleo sola en un lugar que no fuera conocido.

A los 18 años comienza su trabajo como impulsadora para un supermercado, promocionando productos de la Avícola San Fernando, permanece en este trabajo aproximadamente durante un año. El trabajo era de su agrado debido al salario, aunque era agotador por estar mucho tiempo de pie. Posteriormente deja el empleo por la dificultad para movilizarse a las diferentes tiendas del supermercado, la mayoría lejanas de su casa.

A los 19 y 22 años, durante dos años trabaja medio tiempo, en un restaurante (cevichería) de Surquillo, negocio donde trabajaba su tía. Tenía función de azafata. Deja el empleo por “sentirse estresada” por el cruce que tenía con sus estudios, hecho que la llevaba a salir de prisa hacia el instituto.

A los 23 y 25 años, comienza a trabajar como cajera y facturadora de ingresos en un taller automotriz y alquiler de vehículos para servicios de turismo y funerarios. El negocio era de un amigo de la familia. Deja el empleo a inicios del año 2018 por embarazo. No tiene dificultades porque el negocio era de un amigo.

A los 26 años retorna al empleo como cajera. Su eficiencia en el trabajo se tornó intermitente, ya que debía de cuidar a su hijo y por las continuas discusiones con su pareja, quien no deseaba que ella trabaje para que se dedique a las labores de casa. Todo esto disminuyó la continuidad en el trabajo haciendo que progresivamente se aleje de su centro de labores.

A los 28 años regresa a trabajar de azafata, en el restaurante de un amigo refiriendo una mejoría general, lo cual la posibilitaba para desempeñarse nuevamente en su trabajo. En la segunda semana del mes de marzo del 2021, o deja el empleo debido al contagio de covid 19 y por la presencia de una nueva crisis de pánico.

En los años posteriores hasta la actualidad solo ha estado trabajando esporádicamente no mayores a tres meses, desertando por tener dificultades para adaptarse en sus trabajos e interactuar con sus compañeros, esto aumentó en los últimos años de 2020 y 2021 por motivos de la pandemia del COVID -19. En la actualidad vive en casa de sus padres cuidando a su hijo, realizando ocasionalmente trabajos esporádicos.

***Desarrollo Afectivo y Psicosexual.*** Primera relación afectiva de un año y medio de duración durante la etapa escolar. Tres meses termina la relación e inicia una nueva luego de dos meses.

A los 15 años, cuando retorna a estudiar en San Juan de Miraflores, conoce a Mario (18 años), el cual tenía una ocupación moto taxista. Fueron amigos durante dos años; posteriormente, fueron enamorados. Inicia su actividad sexual, utilizando como anticonceptivo el método del ritmo y de barrera.

A los 19 años de edad Inicia convivencia con su enamorado, trasladándose a la casa de su suegra. Desde el inicio de la relación, estuvo marcada por conductas de celos y desconfianza por parte de la pareja. Él se mostraba crítico frente a las amistades masculinas que ella tenía. La relación se mantenía con altibajos.

A los 25 años, a 2 meses de separación la pareja retoma su relación y regresa a casa de su suegro, ya que se entera que estaba embarazada, pero la pareja no aceptaba su paternidad. Ante ello siente miedo de no poder criar a su hijo sola, y piensa “nunca podré salir adelante, así me voy a volver loca”. Luego del nacimiento de su hijo, los dos primeros meses empieza a

sentir “celos hacia su hijo” y piensa “me va quitar a mi hijo”, ya que la familia y el padre, quien ya no discutía la paternidad, le prestan más atención al niño.

A los 27 años, nuevamente se embaraza. La pareja no desea el hijo, sin embargo, deciden tenerlo. A los 4 meses tuvo aborto espontáneo. La pareja y la familia de este le recrimina, diciéndole que quizás ella haya hecho algo para que el niño muera. La relación se deteriora más, incrementando el número de discusiones diarias. Al respecto ella piensa “soy una mala madre y esposa”, “me voy a volver loca” y siente “miedo a que le quiten a su hijo” y llora. La pareja decide separarse definitivamente y ella retornaría a casa de sus padres y se mantendrían separados con su ex pareja hasta la fecha.

***Educación y Actitudes Religiosas.*** Por formación familiar, la paciente fue de religión católica no practicante, sin embargo, tenía influencia de los Testigos de Jehová por parte de la madre. Comienza a tener proximidad con este culto desde los 20 años, lo cual fue siendo progresivo hasta la edad de 23 años, asistiendo a reuniones y frecuentando amistades en ese lugar.

Actualmente tiene una participación más activa, va frecuentemente a las reuniones y es preparada en las actividades propias de esta religión.

***Historia de Interacción Social.*** Durante la infancia, no tuvo inconvenientes para adaptarse, y tenía amigos con los cuales interactuaba sin problemas.

A los 8 años cuando cursaba el 3° de primaria presenta dificultades en la relación con sus pares del colegio. El cambio le resultó traumático por no conocer a nadie con quien interactuar y evidenciaba temor por estar sola con mucha gente, este hecho le producía mucha ansiedad. Se iba a los baños a llorar a veces hasta las 3 o 4 de la tarde, tenía problemas estomacales que la llevaban a ir continuamente a los servicios y presentaba temblores en todo el cuerpo.

A los 9 años, luego de repetir el año, es cambiada de institución, empezando a interactuar sin dificultades ya que en el aula se encuentra con amigos del barrio y su hermano menor. Logró adaptarse a la escuela y mantuvo buen desempeño escolar durante el resto de la primaria. La paciente refiere que aquella época necesitaba estar con gente conocida (amigos, primos, hermano) para sentirse más tranquila. No hay dificultades durante toda esta etapa escolar. En su vecindario las relaciones son adecuadas, compartiendo actividades con la mayoría de los compañeros de su colegio.

A los 13 años, se relacionaba más con su grupo de pares, comenzando a salir en grupo de amigas y evadiendo sus labores en el colegio por seguir en compañía de estas. Cuando sus amigas la llamaban o buscaba a sus primos, prefería estar con alguien. Posteriormente, a los 14 años, sus relaciones con las amistades y el grupo de amigas son su interés principal, dejando de lado sus estudios. Al reprobar el año, siente vergüenza de continuar y convence a los padres para que la cambien de institución, le preocupa que los compañeros sepan acerca del haber repetido de año.

A los 15, cuando estudia en Barranco, señala que había muchas distracciones, evadiendo las clases y yendo a pasear en grupo de amigos y las dos relaciones afectivas que tuvo, yendo a la playa generalmente o paseando por el lugar.

Desde los 16 años, mantuvo un grupo de amigos próximos a su casa y a casa de su familia paterna en Chorrillos, con quienes mantenía comunicación constante. Sus relaciones no mostraban problemas.

A los 18 años empieza su alejamiento progresivo de amigos de sexo masculino por motivos de celos por parte de Mario, su enamorado, con quien un año después, cuando ella tenía 19 años, empieza la convivencia, Marco desde el inicio de la relación le prohíbe que se vea con sus amigos y amigas. La comunicación con sus amigas disminuye y solo mantiene comunicación con algunas próximas. Esto se intensifica por motivos de la mudanza de la paciente a otro distrito.

A los 24 años, pasado dos semanas del retorno a casa de sus padres y luego de la separación con Mario, empezó a salir continuamente a fiestas y discotecas por espacio de un mes aproximadamente. Señala que se sentía “liberada” e independiente por no tener a su pareja cerca. Comienza a salir con más frecuencia a discotecas un promedio de tres veces por semana, y así empieza a frecuentar a muchos amigos. Además, durante este periodo llega a establecer lazos íntimos con una amiga cercana, la cual asistía a la iglesia cristiana.

A los 25 al 27 año ya no frecuentaba mucho con sus amistades, debido la pareja mostraba conductas frecuentes de celos, desconfianza y discusiones constantes sobre la paternidad de su hijo. Asimismo, la pareja evita que ella frecuente con sus amistades del sexo masculino. Ante ello siente miedo de no poder criar a su hijo sola, y piensa “nunca podré salir adelante, así me voy a volver loca”. Luego del nacimiento de su hijo, los dos primeros meses empieza a sentir “celos hacia su hijo” y piensa “me va quitar a mi hijo”, ya que la familia y el padre, quien ya no discutía la paternidad, le prestan más atención al niño.

A los 28 años, empezó sentir mucho miedo, debido durante el mes de marzo del 2021 se contagió de covid 19, a partir de la fecha ya no frecuenta con sus amigos, no puede trabajar y solo está en casa de sus padres cuidando a su hijo, además indica que su crisis y temor han aumentado estos últimos dos meses a consecuencia de que su padre se contagió del Covid 19. Al respecto piensa “se va volverse loca”, “que se va morir”, “estas cosas solo me pasan a ella”, “nunca podrá superar este problema que tiene” y siente mucho miedo de “volver a contagiarse y presentar otra crisis”. Ante estos hechos “empiezan sudar sus manos, siente que le falta el aire, comienza presentar temblores en el cuerpo y su corazón palpita muy rápido”. Actualmente sus relaciones con sus amistades se mantienen disminuido.

**Enfermedades.** No refiere antecedentes de accidentes, sin embargo, menciona que los dos últimos años ha ido creciendo molestias estomacales como ardor y acides, sin llegar a desarrollarse algún problema de mayor dificultad.

***Historia familiar.*****Tabla 4***Datos de los familiares del paciente*

| <b>Familiar</b> | <b>Nombres</b> | <b>Edad</b> | <b>Instrucción</b>  | <b>Trabajo</b> | <b>Procedencia</b> |
|-----------------|----------------|-------------|---------------------|----------------|--------------------|
| Padre           | Alberto        | 56 años     | Secundaria completa | Obrero         | Ayacucho           |
| Madre           | María          | 57 años     | Secundaria completa | Ama de casa    | Huancavelica       |
| Hijo            | Fabian         | 4 años      | Ed. Inicial         | Estudiante     | Lima               |
| Hermano         | Juan           | 27 años     | Secundaria completa | Taxista        | Lima               |
| Cuñada          | Irma           | 26 años     | Secundaria completa | Ama de casa    | Lima               |

Fuente: Elaboración propia

Procede de una familia nuclear, con problemas en para la educación de los hijos producto de la permisividad y condescendencia de los progenitores hacia los hijos. Posteriormente inicia la convivencia con su pareja en casa de la suegra. Aquí convive con la madre de su pareja y la hermana de este. Hay una inicial buena acogida por parte de ellas, pero luego producto de los celos de la pareja y de haber sembrado la duda en su familia, la madre y la hermana de este comienza a crear un clima hostil para la paciente, ya que le recriminaban aspectos como la posible infidelidad de su parte, el hecho de haberse provocado el aborto y las burlas frente a su cuadro ansioso, verbalizando comentarios como, “Tienes que ponerte bien, para que se arreglen”, “Ya te va a dar tu crisis” y “¿Por qué no apoyas a mi hijo”. Luego retorna a casa de sus padres, estos se muestran comprensivos; posteriormente empiezan a criticarla por sus crisis nerviosas, especialmente los padres, quienes no aprueban el tratamiento en el hospital y se burlan por su enfermedad, señalando que no debe tomar medicamentos o ir al psicólogo por ser algo para “locos”. Actualmente reside en ciudad de Ayacucho en casa de sus padres.

Antecedentes familiares. No hay presencia de antecedentes de tipo psiquiátrico ni de consumo de sustancias psicoactivas. Sin embargo, la paciente refiere que la madre es sobreprotectora y tiene características de tipo ansiosa, mostrando preocupación y fáciles respuestas de sobresalto frente a situaciones estresantes. Así mismo, el padre se muestra poco preocupado por su hija y prefiere no involucrarse a profundidad en el tratamiento de ella, a lo largo de la historia clínica se ha observado que es el padre quien toma las decisiones por la hija, pero estas decisiones lo alejan mucho más de ella.

#### **2.5.4 Evaluación Psicométrica**

##### **A) Informe Psicológico de Escala de Ansiedad de Zung**

Datos de Afiliación:

- Nombres y Apellidos : D. Y.CH
- Sexo : Femenino
- Edad : 29 año
- Lugar y fecha de nacimiento : Lima
- Religión : Cristiana
- Grado de instrucción : Superior incompleto
- Ocupación : Ama de casa
- Estado civil : Separada

Instrumento aplicado: Informe Psicológico del Escala de ansiedad de Zung

Motivo de consulta: Evaluar posibles signos y síntomas de la ansiedad que presenta la paciente.

Resultados. Suma total: 64; Índice EAM: 80

Diagnóstico de ansiedad. Presencia Ansiedad Marcada a Severa

Interpretación: La evaluada en el área afectiva, se evidencia indicadores correspondientes a una ansiedad moderada, manifestadas por pesimismo, fatiga y cansancio, dificultad para respirar, palpitaciones del corazón, sudoración excesiva de las manos, percepción de hallarse tenso, intranquilidad, molestias estomacales, presencia de alteraciones en el curso del sueño y mucho miedo a que le pueda suceder algo malo.

Recomendaciones: Terapia cognitivo conductual para disminuir la sintomatología ansiosa.

### **B) Informe Psicológico del Inventario Multiaxial de Millon**

Datos de afiliación:

- Nombres y Apellidos : D. Y. CH
- Sexo : Femenino
- Edad : 29 años
- Lugar y fecha de nacimiento : Lima
- Religión : Cristiana
- Grado de instrucción : Superior incompleto
- Ocupación : Ama de casa
- Estado civil : Separada

Motivo de consulta: Identificar posibles trastornos o estilos de personalidad psicopatológicos.

Instrumento aplicado: Cuestionario Multiaxial de Millon

Resultados: El evaluado presenta las siguientes características de personalidad:

- Dependiente 89
- Ansiedad 83



Interpretación: En el área de personalidad, la paciente presenta rasgos de una Personalidad Dependiente, mostrando temor frente a la posibilidad del abandono, en un inicio del padre y posteriormente de la pareja, sentimientos de incompetencia frente a su rol de esposa y de madre, así como la aceptación pasiva de la voluntad de la pareja, evidenciada en las constantes reconciliaciones y en los celos injustificados por parte del ex conviviente y en su incapacidad para afrontar las demandas de la vida cotidiana, como el hecho de permanecer como víctima de forma continua. Tiene comportamientos de tipo obstruccionistas expresados en un perfil de tipo sumiso y amable cuando desarrolla lazos de confianza y respuestas negativas, expresando su malestar de manera pasiva cuando percibe que no puede enfrentar la situación, posteriormente desarrollando ideas de culpa y arrepentimiento por albergar esos pensamientos. Se muestra proclive a la evitación del contacto social por temor a ser juzgada, sin embargo, desea establecer relaciones para recibir afecto. La preocupación por el abandono y la falta de vínculos afectivos y la idea de incompreensión puede generar respuestas de tipo ansioso, dirigiendo su malestar hacia las personas de su medio.

Recomendaciones: Terapia cognitivo conductual para trabajar la dependencia y la ansiedad.

### **C) Informe Psicológico del Inventario de Pensamientos Automáticos**

Datos de afiliación:

- Nombres y Apellidos : D. Y. CH
- Sexo : Femenino
- Edad : 29 años
- Lugar y fecha de nacimiento : Lima
- Religión : Cristiana
- Grado de instrucción : Superior incompleto
- Ocupación : Ama de casa
- Estado civil : Separada

Instrumento aplicado: Test de pensamientos Automáticos

Resultados:

### Tabla 5

*Resultado de Inventario de pensamientos automáticos*

| <b>Pensamientos automáticos</b> | <b>Significado</b>                        |
|---------------------------------|---|
| - Visión catastrófica (8)       |   |
| - Sobre generalización (6)      | Le afecta en su vida de manera importante |
| - Etiquetación (8)              |   |

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: La evaluada se ha visto afectado por un periodo largo con sentimientos de desánimo o culpabilidad, baja autoestima con mayor frecuencia de pensamientos y expresiones de incompetencia y autodesvalorativos, tales como “Soy una mala madre, no soy una buena esposa, nunca podré superar este problema, nunca podré a salir adelante, siempre estoy mal”, que en su mayoría han sido a consecuencia de las limitaciones que provocaba su temor de volver a contagiarse del covid 19. Al respecto muestra algunos pensamientos irracionales “si salgo a la calle, buscar trabajar o si me encuentro con amigo voy a volver a contagiarme de covid 19, así me voy a volver loca, siento que voy a morir”. Ante estas dificultades a veces pierde control y le grita a su hijo, luego siente temor y señala “me va quitar a mi hijo”

Recomendaciones: Terapia cognitivo conductual, a través de la técnica reestructuración cognitiva para modificar los pensamientos distorsionados que presenta.

### **2.5.5 Informe Psicológico Integrador**

Datos de afiliación:

- Nombres y Apellidos : D. Y. CH
- Sexo : Femenino
- Edad : 29 años

- Lugar y fecha de nacimiento : Lima
- Religión : cristiana
- Grado de instrucción : Superior incompleto
- Ocupación : Ama de casa

Motivo de consulta: Evaluación del perfil psicológico

Pruebas psicológicas administradas: Escala de ansiedad de Zung; Inventario Multiaxial de Millon; Inventarios de Pensamientos Automáticos.

Análisis e interpretación de resultados: En la escala de ansiedad de Zung, obtiene un puntaje de 64 (índice de EAM: 80), que indica (presencia ansiedad marcada a severa). Esto significa que, en área afectiva, que la evaluada, se evidencia indicadores correspondientes a una ansiedad moderada, manifestadas por pesimismo, fatiga y cansancio, dificultad para respirar, palpitations del corazón, sudoración excesiva de las manos, percepción de hallarse tenso, intranquilidad, molestias estomacales, presencia de alteraciones en el curso del sueño y mucho miedo a que le pueda suceder algo malo.

En Inventario Multiaxial de Millon, la evaluada presenta dentro de los patrones clínicos: Dependiente (89); Dentro de síndromes clínicos: Ansiedad (83), esto indica la paciente presenta rasgos de personalidad dependiente con un indicador elevado y la ansiedad con un indicador moderado, los demás patrones y síndromes clínicos se encuentran dentro de indicadores sugestivo y bajo. Lo que nos sugiere que la paciente, es una persona con rasgos de una Personalidad Dependiente, mostrando temor frente a la posibilidad del abandono, en un inicio del padre y posteriormente de la pareja, sentimientos de incompetencia frente a su rol de esposa y de madre, así como la aceptación pasiva de la voluntad de la pareja, evidenciada en las constantes reconciliaciones y en los celos injustificados por parte del ex conviviente y en su incapacidad para afrontar las demandas de la vida cotidiana, como el hecho de permanecer como víctima de forma continua. Tiene comportamientos de tipo obstruccionistas expresados en un perfil de tipo sumiso y amable cuando desarrolla lazos de confianza y respuestas

negativas, expresando su malestar de manera pasiva cuando percibe que no puede enfrentar la situación, posteriormente desarrollando ideas de culpa y arrepentimiento por albergar esos pensamientos. Se muestra proclive a la evitación del contacto social por temor a ser juzgada, sin embargo, desea establecer relaciones para recibir afecto. La preocupación por el abandono y la falta de vínculos afectivos y la idea de incompreensión puede generar respuestas de tipo ansioso, dirigiendo su malestar hacia las personas de su medio.

En Inventario de pensamientos Automáticos, en el área cognitiva la evaluada obtiene puntajes en: visión catastrófica (8), sobre generalización (6) y etiquetación (8), esto indica que estos pensamientos automáticos le afectan en su vida de manera importante al paciente, ya que la evaluada se ha visto afectado por un periodo largo con sentimientos de desánimo o culpabilidad, baja autoestima con mayor frecuencia de pensamientos y expresiones de incompetencia y autodesvalorativos, tales como “Soy una mala madre, no soy una buena esposa, nunca podré superar este problema, nunca podré a salir adelante, siempre estoy mal”, que en su mayoría han sido a consecuencia de las limitaciones que provocaba su temor de volver a contagiarse del covid 19. Al respecto muestra algunos pensamientos irracionales “si salgo a la calle, buscar trabajar o si me encuentro con amigo voy a volver a contagiarme de covid 19, así me voy a volver loca, siento que voy a morir”. Ante estas dificultades a veces pierde control y le grita a su hijo, luego siente temor y señala “me va quitar a mi hijo”

## Presunción Diagnóstica.

**Tabla 6**

*Análisis funcional*

| Ea   | R   | C  |
|--|---|--|
| <p>- El mes de marzo del año pasado se contagió de covid 19, desde la fecha ya no frecuenta con sus amigos, no puede trabajar y solo está en casa de sus padres.</p>               | <p><b>A nivel cognitivo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “Me puedo morir”</li> <li>- “Me voy a volver loca”</li> <li>- “No voy a superar esto”</li> <li>- “Nunca podré a salir adelante”</li> <li>- “Siempre estoy mal”</li> <li>- “Soy una mala madre”.</li> <li>- “No soy una buena esposa”.</li> <li>- “No voy a superar esto”</li> <li>- “Nunca podré a salir adelante”</li> <li>- “Me va quitar a mi hijo”</li> </ul>   | <p><b>A nivel conductual:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se encierra en su habitación y se queda dormida (por miedo a presentar otra crisis)</li> <li>- Permanece en su habitación.</li> <li>- Reniega y grita a su hijo (porque desordena sus juguetes y corretea)</li> <li>- Discute con su expareja (porque este reprocha sobre el cuidado de su hijo)</li> <li>- Se falta y renuncia al trabajo.</li> <li>- Se dice “yo no puedo superar todo esto...” “yo no sirvo para esto...”</li> </ul> |
| <p>- Su hijo es inquieto y a veces pierde el control, ya que su hijo desordena sus juguetes y corretea, ante este hecho su hijo Fabio le dice “extraño a papá, él no me grita”</p> | <p><b>A nivel fisiológico:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Temblores</li> <li>- Falta de aire</li> <li>- Falta de sueño</li> <li>- Taquicardia</li> <li>- Llanto</li> <li>- Sudoración de manos</li> </ul> <p><b>A nivel emocional:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Miedo (volver contagiarse de covid, y a que le quiten a su hijo)</li> <li>- Colera (porque su hijo es inquieto y su expareja le reprocha sobre el cuidado de su hijo)</li> <li>- Tristeza (no poder superar su problema)</li> </ul> |  |

Fuente: Elaboración propia

**Tabla 7***Diagnóstico Funcional*

| <b>Exceso</b>                                   | <b>Debilitamiento</b>                             | <b>Déficit</b>   |
|---|---|--|
| <b>Cognitivo:</b>                               |   |  |
| - “me voy a volver loca”,                       | - Falta de aire                                   | - No cuenta con información sobre TP   |
| - “me voy a morir”,                             | - Falta de sueño                                  | - No realizar ejercicios físicos y de relajación                                 |
| - “estas cosas solo me pasan a mí”,             | - Bajo apetito                                    | - No aceptar la situación que está viviendo.                                     |
| - “nunca podré superar este problema que tengo” | - Faltas y renunciaciones frecuentes a su trabajo | - No conversar sin discusión con la expareja                                     |
| - “siempre estoy mal”,                          | - Pocas veces sale caminar                        | - No tener paciencia con su hijo.  |
| - “nunca podré salir adelante”                  |   | - No conversar con sus padres y amistades para expresar sus emociones.           |
| - “soy una mala madre”,                         |   | - No tener más amistades de confianza y compartir momentos saludables con ellos. |
| - “soy una mala esposa”                         |   |  |
| <b>Emocional:</b>                               |   |  |
| - Ansiedad                                      |   |  |
| - Miedo   |   |  |
| - Tristeza                                      |   |  |
| - Colera  |   |  |
| <b>Fisiológico:</b>                             |   |  |
| - Temblores                                     |   |  |
| - Taquicardia                                   |   |  |
| - Llanto  |   |  |
| - Sudoración de manos                           |   |  |
| <b>Conductual:</b>                              |   |  |
| - Reniega y grita a su hijo                     |   |  |
| - Discusión con su expareja                     |   |  |
| - Permanece y se encierra en su habitación      |   |  |

Fuente: Elaboración propia

### **Diagnóstico Psicológico Según el DSM- V. F41.0 Trastorno de pánico (300.01)**

La paciente cumple con los siguientes criterios: miedo a volverse loca, miedo a morir, palpitations, taquicardia, sudoración, dificultades para respirar, inestabilidad, temblores, inquietud por la posibilidad de tener más crisis (tiene miedo cómo será la siguiente). Los

síntomas se dan de forma brusca, son inesperados y no se asocian a ejercicio físico ni a exposición a situaciones que amenacen su vida.

**Recomendaciones.** Terapia cognitivo conductual para disminuir la sintomatología ansiosa del trastorno de pánico; Orientación para abordar el problema familiar; Recibir tratamiento psiquiátrico.

## **2.5 Intervención**

### ***2.5.1 Plan de Intervención y Calendarización***

Se presentan las sesiones terapéuticas para el cuadro clínico de trastorno de pánico, trabajadas bajo el modelo cognitivo conductual, con las técnicas como: psicoeducación, biblioterapia, videoterapia, técnicas de respiración y relajación muscular, terapia racional emotiva, reestructuración cognitiva y exposición interoceptiva. El tratamiento fue de 20 sesiones, con una duración de 60 minutos, 01 sesión por semana, la intervención se inició desde el mes de enero del 2022 hasta el mes de julio del 2022 (siete meses), las sesiones fueron presenciales (17 sesiones de intervención, lo cual se realizó una vez por semana), y (3 sesiones de seguimiento, lo cual se realizó cada 15 días) Estos procedimientos y actividades fueron registrados en tablas estadísticas de frecuencia e intensidad.

### ***2.5.2 Programa de Intervención***

#### **Objetivo General:**

- Disminuir los ataques de pánico y mejorar el estado emocional para devolver la funcionalidad en la paciente a través de la Terapia Cognitivo Conductual.

#### **Objetivos Específicos:**

- Incrementar la información sobre la ansiedad para mejorar las relaciones interpersonales a través de la Psicoeducación.

- Reducir la sintomatología fisiológica para que pueda generalizarla en situaciones estresantes a través de técnicas de relajación.
- Modificar los pensamientos automáticos para disminuir creencias irracionales a través técnicas de la terapia racional emotiva y reestructuración cognitiva.
- Disminuir la evitación de situaciones temidas para mejorar la calidad de vida a través de técnicas de exposición interoceptiva.
- Comprobar la evolución del tratamiento, a través del post test
- Conocer el sostenimiento de los avances, a través del seguimiento

## 2.6. Procedimiento

### Tabla 8

#### *Sesión 1. Técnica: Psicoeducación*

| Objetivos   | Actividad y tarea  |
|---|--|
| Incrementar la información sobre la ansiedad para mejorar las relaciones interpersonales a través de la Psicoeducación. | <p>Se explicó al paciente sobre los resultados de su evaluación.</p> <p>Además, se justificó la importancia de llevar a cabo la intervención, para este caso, a través del enfoque cognitivo conductual. Asimismo, se explicó al consultante sobre el modelo cognitivo conductual, y en qué consiste la ansiedad y sus síntomas.</p> <p>Tarea: Se dejó como actividad leer el libro “Cómo controlar la ansiedad y los ataques de pánico” de Ronna Browning</p> |



**Tabla 9***Sesión 2. Técnica: Psicoeducación en Trastorno de Pánico, Biblioterapia*

| <b>Objetivos</b>  | <b>Actividad y tarea</b>   |
|---|--|
| Incrementar la información sobre trastorno pánico para mejorar las relaciones interpersonales a través de la biblioterapia. | <p>Se analiza la tarea de la sesión anterior sobre leer el libro (como controlar la ansiedad y los ataques de pánico).</p> <p>Luego en terapia, se conversaba y analizaba extractos de la lectura considerados importantes para la evaluada.</p> <p>Asimismo, explicó al consultante referente a la diferencia entre (pánico y miedo), (pánico y ansiedad). Además de los síntomas de un ataque de pánico.</p> <p>Tarea: Buscar más información y ejemplos sobre la diferencia de entre (pánico y miedo) y (pánico y ansiedad)</p> |

**Tabla 10***Sesión 3. Técnica: Videoterapia*

| <b>Objetivos</b>   | <b>Actividad y tarea</b>  |
|--|---|
| Incrementar la información sobre trastorno de pánico para mejorar las relaciones interpersonales a través de la videoterapia | <p>Se analiza la tarea de la sesión anterior, luego se conversa en la terapia.</p> <p>Asimismo, a través de un video se le muestra un caso de una persona con ataques de pánico y acerca del proceso de respuestas de lucha o huida de una persona ante el peligro, a través de tres niveles de respuesta: fisiológico, conductual y cognitivo. Videos: Documental Trastorno de Ansiedad y Crisis de Pánico (<a href="https://www.youtube.com/watch?v=oTvZqXRrI3E">https://www.youtube.com/watch?v=oTvZqXRrI3E</a>); Testimonio real de ansiedad y ataques de pánico (<a href="https://www.youtube.com/watch?v=THzxc3CVES4">https://www.youtube.com/watch?v=THzxc3CVES4</a>).</p> <p>Tarea: Registrar los síntomas del pánico a través de respuestas fisiológicas, cognitivas y conductuales.</p> |

**Tabla 11***Sesión 4. Técnica: Psicoeducación en Ejercicios de Respiración Diafragmática.*

| <b>Objetivos</b>   | <b>Actividad y tarea</b>   |
|--|--|
| Reducir la sintomatología fisiológica para que pueda generalizarla en situaciones estresantes a través de ejercicios de respiración diafragmática. | <p>Se analiza la tarea de la sesión anterior, luego se conversa en la terapia.</p> <p>Debido a su reciente ataque de pánico previamente se ha introducido en este entrenamiento, luego se procede a entrenar a la cliente en forma sentada en ejercicios de respiración. Se hará que este entrenamiento sea a través de ejercicios lentos para ir adaptando el cuerpo y el modo de respiración. Además, se enseña a responder con esta técnica de respiración ante situaciones que provoquen pánico.</p> <p>Tarea: Practicar la respiración diafragmática al menos cuatro veces al día. Asimismo, realizar el ejercicio cada vez que presente su crisis.</p> |

**Tabla 12***Sesión 5. Técnica: Psicoeducación en Relajación Muscular.*

| <b>Objetivos</b>  | <b>Actividad y tarea</b>  |
|---|---|
| Reducir la sintomatología fisiológica para que pueda generalizarla en situaciones estresantes a través de técnicas de relajación muscular progresiva. | <p>Se analiza la tarea de la sesión anterior, luego se conversa en la terapia.</p> <p>Luego el terapeuta explica sobre relajación muscular progresiva ¿De qué se trata la técnica de Jacobson?, Pasos para iniciar tu RMP, y sus Beneficios de RMP. Después, se explicó el procedimiento de la técnica de la RMP. Se explica la técnica y se procede a enseñar el relajamiento. Se inicia con la primera etapa la cual comprende 16 grupos musculares. Se realiza dentro del consultorio y en un sofá. Los tiempos de tensión son de 6-7 segundos y de relajación de 20 segundos. La duración aproximada es de 20 minutos.</p> <p>Tarea: Practicar la relajación muscular progresiva al menos dos veces al día, durante un mínimo de 20 minutos cada vez que realiza.</p> |

**Tabla 13***Sesión 6. Técnica: Psicoeducación en Terapia racional emotiva.*

| <b>Objetivos</b>   | <b>Actividad y tarea</b>  |
|--|---|
| Modificar los pensamientos automáticos para disminuir creencias irracionales a través de terapia racional emotiva. | <p>Se analiza la tarea de la sesión anterior, luego se conversa en la terapia.</p> <p>Se le explicó al paciente sobre ¿Qué es la Terapia racional emotiva TREC?, para que sirva y su importancia para el caso. Además, se enfatizó sobre las consecuencias que generan al mantener los pensamientos catastróficos.</p> <p>Asimismo, se explicó los niveles de pensamientos que existen según Ellis: inferencias, evaluaciones y creencias, la diferencia entre pensamientos racionales e irracionales, y el modelo A (acontecimiento activador) B (sistema de creencias) C (consecuencia emocional y conductual), de acuerdo a este modelo se trabajó sus creencias más frecuentes que conlleva al ataque de pánico.</p> <p>Tarea: Autorregistro de ABC por un periodo de 6 días.</p> |

**Tabla 14***Sesión 7. Técnica: Terapia racional emotiva - ABCDE*

| <b>Objetivos</b>   | <b>Actividad y tarea</b>  |
|--|---|
| Modificar los pensamientos automáticos para disminuir creencias irracionales a través de terapia racional emotiva. | <p>Se analiza la tarea de la sesión anterior, luego se trabaja el autorregistro de pensamientos o creencias que realizó durante la semana según el modelo de ABC.</p> <p>Luego se explica sobre los componentes (D) que comprende: detectar, diferenciar y debatir a través de preguntas, y el componente (E) es la nueva consecuencia cognitivo (creencia racional), nuevo efecto emocional y conductual.</p> <p>Luego según el registro realizado se enfatiza a modificar racionalmente dichos pensamientos o creencias, siguiendo el modelo ABCDE.</p> <p>Tarea: Autorregistro de ABCDE por un periodo de 6 días</p> |

**Tabla 15***Sesión 8. Técnica: Psicoeducación en Reestructuración cognitiva*

| <b>Objetivos</b>   | <b>Actividad y tarea</b>  |
|--|---|
| Modificar los pensamientos automáticos para disminuir creencias irracionales a través de reestructuración cognitiva. | <p>Se analiza la tarea de la sesión anterior sobre el autoregistro de ABCDE, y se conversa en la terapia.</p> <p>Luego se explica al paciente lo referente a las técnicas de reestructuración cognitiva (generando alternativas racionales, debate socrático y búsqueda de evidencias), enfatizando en las consecuencias de sus creencias irracionales.</p> <p>Tarea: Realizar autorregistro de situaciones, pensamientos y conductas</p> |

**Tabla 16***Sesión 9. Técnica de generando alternativas racionales*

| <b>Objetivos</b>  | <b>Actividad y tarea</b>   |
|---|--|
| Modificar los pensamientos distorsionados para disminuir creencias irracionales a través de técnica de generando alternativas racionales. | <p>Se analiza la tarea de la sesión anterior el autoregistro de ABCDE, luego se conversa en la terapia.</p> <p>Asimismo, se enfatiza a que el paciente aprenda a reelaborar sus pensamientos a partir de las evidencias con la realidad. Aprenda a modificar sus pensamientos irracionales a racionales, a través de búsqueda de alternativas.</p> <p>Tarea: Autorregistro de ABCDE por un periodo de 6 días y sus alternativas de racionales.</p> |

**Tabla 17***Sesión 10. Técnica: Debate Socrático*

| <b>Objetivos</b>  | <b>Actividad tarea</b>   |
|---|--|
| <p>Modificar los pensamientos automáticos para disminuir creencias irracionales a través de debate socrático.</p> | <p>Se analiza la tarea de la sesión anterior, luego se conversa en la terapia.</p> <p>Se afronta las situaciones asociadas a las crisis y la atribución catastrófica que la paciente le designa; y como sustituirlas por alternativas más racionales.</p> <p>Finalmente se entrena a la paciente para que reconozca que la ansiedad y los síntomas de angustia se deben a sus creencias erróneas de que las sensaciones físicas son peligrosas y que estas se pueden sustituir por explicaciones alternativas.</p> <p>Se le solicita a la paciente que realice una descripción detallada de la situación catastrófica que más temida y se le pide realizar un listado de posibles explicaciones alternativas para las sensaciones físicas.</p> <p>Tarea: Realizar autorregistro de distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos diarios por espacio de 7 días, así como su respectivo debate y refutación.</p> |

**Tabla 18***Sesión 11. Técnica: Debate socrático*

| <b>Objetivos</b>  | <b>Actividad y tarea</b>  |
|---|---|
| <p>Modificar los pensamientos automáticos para disminuir creencias irracionales a través de debate socrático.</p> | <p>Se analiza la tarea de la sesión anterior, luego se conversa en la terapia.</p> <p>Se procede a cuestionar la veracidad de los pensamientos irracionales, hasta remplazar por pensamientos más racionales, mediante el debate socrático.</p> <p>Se finaliza la sesión con una retroalimentación de lo aprendido.</p> <p>Tarea: Realizar autorregistro de distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos diarios por espacio de 7 días, así como su respectivo debate y refutación.</p> |

**Tabla 19***Sesión 12. Técnica: Búsqueda de evidencias*

| <b>Objetivos</b>   | <b>Actividad y tarea</b>   |
|--|--|
| Modificar los pensamientos automáticos para disminuir creencias irracionales a través de búsqueda de evidencias. | <p>Se analiza la tarea de la sesión anterior, luego se conversa en la terapia.</p> <p>A través de las técnicas basadas en la verdad, se busca que la paciente encuentre evidencias racionales acerca de su pensamiento negativo “soy una mala madre”, “soy una mala esposa”, “nunca podré salir adelante”. Así mismo, se induce a la búsqueda de pruebas que respalden sus creencias, cuestionando acerca de la propia experiencia o la de otros.</p> <p>De otro lado, se promoverá encontrar la utilidad de su pensamiento y en el caso de suponer qué es cierto, qué se podría hacer para afrontarlo y mejorar su situación.</p> <p>Tarea: Se le dejará una lectura del libro “Enamórate de ti” de Walter Riso</p> |

**Tabla 20***Sesión 13. Técnica: Búsqueda de evidencias*

| <b>Objetivos</b>   | <b>Actividad y tarea</b>   |
|--|--|
| Modificar los pensamientos automáticos para disminuir creencias irracionales a través de búsqueda de evidencias. | <p>Se analiza la tarea de la sesión anterior, luego se conversa en la terapia.</p> <p>A través de las técnicas basadas en la verdad, se busca que la paciente encuentre evidencias racionales acerca de su pensamiento negativo “soy una mala madre”, “soy una mala esposa”, “nunca podré salir adelante”. Así mismo, se induce a la búsqueda de pruebas que respalden sus creencias, cuestionando acerca de la propia experiencia o la de otros.</p> <p>De otro lado, se promoverá encontrar la utilidad de su pensamiento y en el caso de suponer qué es cierto, qué se podría hacer para afrontarlo y mejorar su situación.</p> <p>Tarea: continuar leyendo el libro “Enamórate de ti” de Walter Riso</p> |

**Tabla 21**

*Sesión 14. Técnica: Psicoeducación en EI, Exposición interoceptiva imaginaria.*

| <b>Objetivos</b>  | <b>Actividad y tarea</b>   |
|---|--|
| Disminuir la evitación de situaciones temidas para mejorar la calidad de vida a través de técnica de exposición interoceptiva imaginaria. | <p data-bbox="627 409 1356 443">Se procederá a comentar respecto a la tarea de la sesión anterior.</p> <p data-bbox="627 488 1356 745">Se explica el concepto de exposición interoceptiva (imaginaria, modelamiento y naturalista). Además, se enfatizó que se debe poner a prueba posibles creencias de la paciente sobre las consecuencias “catastróficas” que pueden generar estas sensaciones físicas y el modo en que la evitación de las sensaciones temidas sirve para mantener el temor.</p> <p data-bbox="627 790 1356 1193">Para ello se realizó una lista jerárquica de las sensaciones corporales temidas junto a la paciente cuando se haya establecido la lista, se inducirá a experimentar la primera sensación interna empezando por el menos ansiógeno mediante la experimentación conductual. Además, se explicó al paciente que a través de la imaginación se va afrontar a situaciones problemáticas que generan ansiedad, miedo y sensaciones fisiológicas. Para ello la paciente puede imaginar aquellas situaciones tímidas y así poco a poco va afrontando hasta superar el temor o la ansiedad, ante esa situación.</p> <p data-bbox="627 1238 1356 1451">Los ejercicios deben ser repetidos hasta desensibilizarla cuando se alcanza ello, se pasará al siguiente ítem que induzca a otra sensación corporal de mayor valoración ansiógena. Asimismo, cuando la paciente sienta la sensación corporal se le solicita llevar a cabo la técnica de respiración aprendida.</p> <p data-bbox="627 1496 1356 1626">Tarea: Se solicita que realice una réplica del ejercicio una vez al día al menos como mínimo, mientras mayor sea, será mejor los resultados.</p> |

**Tabla 22***Sesión 15. Técnica: Exposición interoceptiva, modelamiento*

| <b>Objetivos</b>   | <b>Actividad y tarea</b>   |
|--|--|
| Disminuir la evitación de situaciones temidas para mejorar la calidad de vida a través de técnica de exposición interoceptiva, modelamiento. | <p>Se realiza la revisión de la tarea de la sesión anterior y se refuerzan los logros.</p> <p>Se continúa con la experimentación conductual induciendo las sensaciones corporales de mayor valoración ansiógena de la lista anteriormente establecida con la paciente. Se realiza esta experimentación conductual a través del modelado, siendo primero modelados por el terapeuta.</p> <p>Los ejercicios deben ser repetidos hasta desensibilizarla cuando se alcanza ello, se pasará al siguiente ítem que induzca a otra sensación corporal de mayor valoración ansiógena. Asimismo, cuando la paciente sienta la sensación corporal se le solicita llevar a cabo la técnica de respiración aprendida. Se finaliza la sesión con una retroalimentación de lo aprendido.</p> <p>Tarea: Se solicita que realice este ejercicio en la semana facilitándole un cuestionario donde deberá predecir el miedo, inseguridad, posibilidad de una crisis y su intensidad antes de afrontar la sensación corporal y posteriormente anotar lo que realmente pasó.</p> |

**Tabla 23***Sesión 16. Técnica: Exposición interoceptiva, modelamiento*

| <b>Objetivos</b>   | <b>Actividad y tarea</b>   |
|--|--|
| Disminuir la evitación de situaciones temidas para mejorar la calidad de vida a través de técnica de exposición interoceptiva, modelamiento. | <p>Se continúa con la experimentación conductual induciendo las sensaciones corporales de mayor valoración ansiógena de la lista anteriormente establecida con la paciente. Se realiza esta experimentación conductual a través del modelado, siendo primero modelados por el terapeuta.</p> <p>Los ejercicios deben ser repetidos hasta desensibilizarla cuando se alcanza ello, se pasará al siguiente ítem que induzca a otra sensación corporal de mayor valoración ansiógena. Asimismo, cuando la paciente sienta la sensación corporal se le solicita llevar a cabo la técnica de respiración aprendida. Se finaliza la sesión con una retroalimentación de lo aprendido.</p> <p>Tarea: Se solicita que realice este ejercicio en la semana facilitándole un cuestionario donde deberá predecir el miedo, inseguridad, posibilidad de una crisis y su intensidad antes de afrontar la sensación corporal. Y posteriormente anotar lo que realmente pasó.</p> |



**Tabla 24***Sesión 17. Técnica: exposición interoceptiva naturalista*

| <b>Objetivos</b>   | <b>Actividad y tarea</b>   |
|--|--|
| Disminuir la evitación de situaciones temidas para mejorar la calidad de vida a través de técnica de exposición interoceptiva naturalista. | <p>Se realiza la revisión de la tarea de la sesión anterior y se refuerzan los logros.</p> <p>Se explico al paciente ampliar la exposición interoceptiva a tareas o actividades diarias que el paciente hubiera evitado a causa de las sensaciones asociadas.</p> <p>Para ello se sugirió realizar las actividades: hacer deporte, llamar a sus amigas, salir con sus amigas, hacer gimnasia, salir correr y a caminar, apoyar con los trabajos en casa, lleva a su hijo al jardín, ir buscando algún trabajo cerca de su casa. Estas tareas se practicaron en casa, y a los alrededores. Algunas de estas tareas con mayor jerarquía se practicaron en compañía del terapeuta.</p> <p>Asimismo, cuando la paciente sienta la sensación corporal se le solicita llevar a cabo la técnica de respiración aprendida.</p> <p>Tarea: Se solicita que realice una réplica del ejercicio una vez al día al menos como mínimo, mientras mayor sea, será mejor los resultados.</p> |

**Tabla 25***Sesión 18: Entrevista psicológica, Evaluación del Post Test*

| <b>Objetivos</b>                        | <b>Actividad</b>   |
|---|--|
| Comprobar la evolución del tratamiento. | Se continuó resaltando la importancia de reconocer el progreso logrado a lo largo de las sesiones. Además, se sugirió dar cumplimiento a su proyecto de vida y a sus objetivos, siempre teniendo presente los posibles contratiempos que pueda enfrentar a lo largo de vida. Asimismo, se realizó la evaluación del Post test. |

**Tabla 26***Sesión 19: Entrevista psicológica, Prevención de recaídas*

| <b>Objetivos</b>                                       | <b>Actividad</b>  |
|--|---|
| Conocer el sostenimiento de los avances de la paciente | Se resaltó la importancia de reconocer el progreso logrado a lo largo de las sesiones. Además, se solicitó que redacte objetivos en las principales áreas de su vida, en las cuales necesita seguir velando y manteniendo sus ganancias. Asimismo, explicó acerca de los posibles contratiempos que pueda enfrentar, los motivos de estos contratiempos y la manera de afrontarlos, a través de estrategias ya aprendidas y como identificar las primeras señales de advertencia, reconocer los pensamientos irracionales, y como reestructurarlos a un pensamiento racional. |

**Tabla 27***Sesión 20: Entrevista psicológica, Prevención de recaídas*

| <b>Objetivos</b>  | <b>Actividad</b>   |
|---|--|
| Conocer el sostenimiento de los avances de la paciente. | Se continuó resaltando la importancia de reconocer el progreso logrado a lo largo de las sesiones. Asimismo, se solicitó seguir redactando su proyecto de vida y seguir mejorando los objetivos de sus principales áreas de su vida. Igualmente continuó enfatizando, acerca de los posibles contratiempos que pueda enfrentar, los motivos de estos contratiempos y la manera de afrontarlos, a través de estrategias ya aprendidas y como identificar las primeras señales de advertencia, reconocer los pensamientos irracionales, y como reestructurarlos a un pensamiento racional. |

**2.7 Consideraciones Éticas**

Se le pidió el permiso al paciente para presentar el problema que presenta para un trabajo académico, mencionándole que no van los datos personales cuidando su identidad.

### III. RESULTADOS

Las técnicas cognitivo conductuales empleadas en el programa de intervención lograron demostrar su efectividad en la reducción de sintomatología de los ataques de pánico y mejora del estado emocional del usuario.

#### 3.1 Resultados Pre y Post Intervención

##### 3.1.1 Análisis e Interpretación de Resultados

**Tabla 28**

*Nivel de ansiedad Zung, Pre y Post de Tratamiento*

| <b>Escala de Ansiedad de Zung</b> | <b>Pre Test</b> | <b>Post Test</b> |
|-----------------------------------|-----------------|------------------|
| Ansiedad                          | 64              | 35               |

Fuente: Elaboración propia

*Nota.* En la escala de ansiedad de Zung, en Pre Test obtuvo un puntaje de 64 (índice de EAM: 80), que indica (presencia ansiedad moderada). En Post Test obtuvo el puntaje de 35 (índice de EAM:43) que se ubica dentro de una ansiedad normal.

**Tabla 29**

*Inventario de Multiaxial de Millon Pre y Post evaluación*

| <b>Cuestionario de Multiaxial Millon</b> | <b>Pre Test</b> | <b>Post Test</b> |
|--|-----------------|------------------|
| Dependiente                              | 89              | 71               |
| Ansiedad                                 | 83              | 49               |

Fuente: Elaboración propia

*Nota.* En el Inventario Multiaxial de Millon, en Pre Test, obtuvo un puntaje Dependiente (92) que está dentro de los patrones clínicos y se ubica en un indicador elevado; Ansiedad (83) que está dentro de síndromes clínicos y se ubica dentro del indicador moderado. En Post Test obtuvo un puntaje: Dependiente (71) que se ubica dentro de un indicador sugestivo, y en Ansiedad (49) que se ubica dentro de un indicador bajo o leve.

**Tabla 30**

*Inventario de Pensamientos automáticos Pre y Post evaluación.*

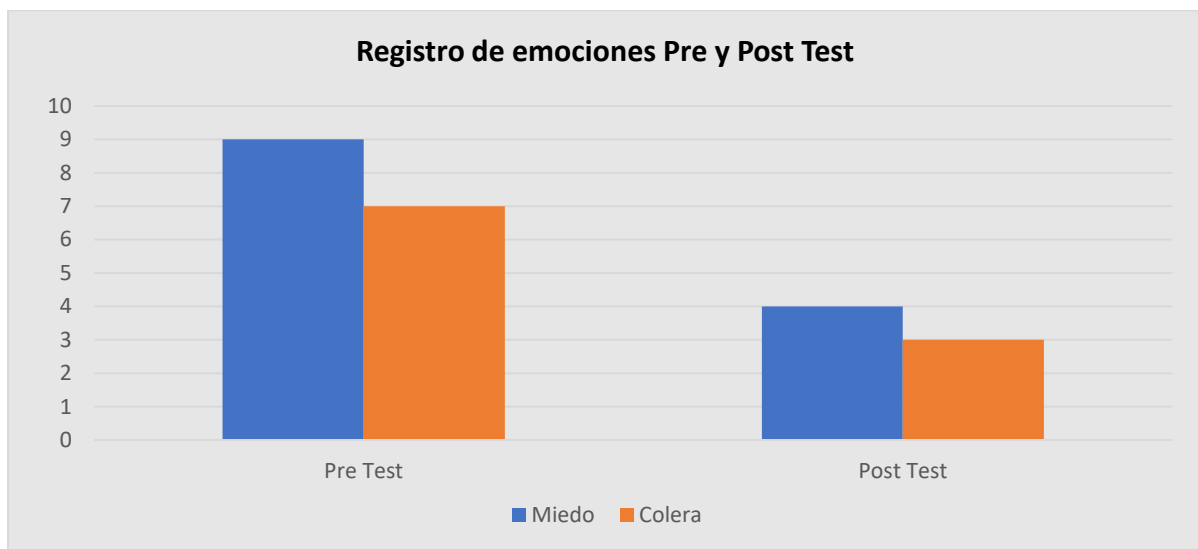
| <b>Evaluación de Pensamientos Automáticos</b> | <b>Pre Test</b> | <b>Post Test</b> |
|---|-----------------|------------------|
| Visión catastrófica                           | 8               | 2                |
| Sobre generalización                          | 6               | 3                |
| Etiquetación                                  | 8               | 2                |

Fuente: Elaboración propia

*Nota.* En el Inventario de pensamientos Automáticos, en Pre Test obtuvo un puntaje (8) visión catastrófica, (6) sobre generalización y (8) en etiquetación, que corresponde al indicador de “causa de sufrimiento emocional”. En Post Test (3) sobre generalización, que correspondiente al indicador “produce emociones negativas importantes en mi vida”; con respecto a visión catastrófica y etiquetación obtuvo puntaje (2) que corresponde al indicador “no produce emociones negativas en mi vida”.

### Figura 1

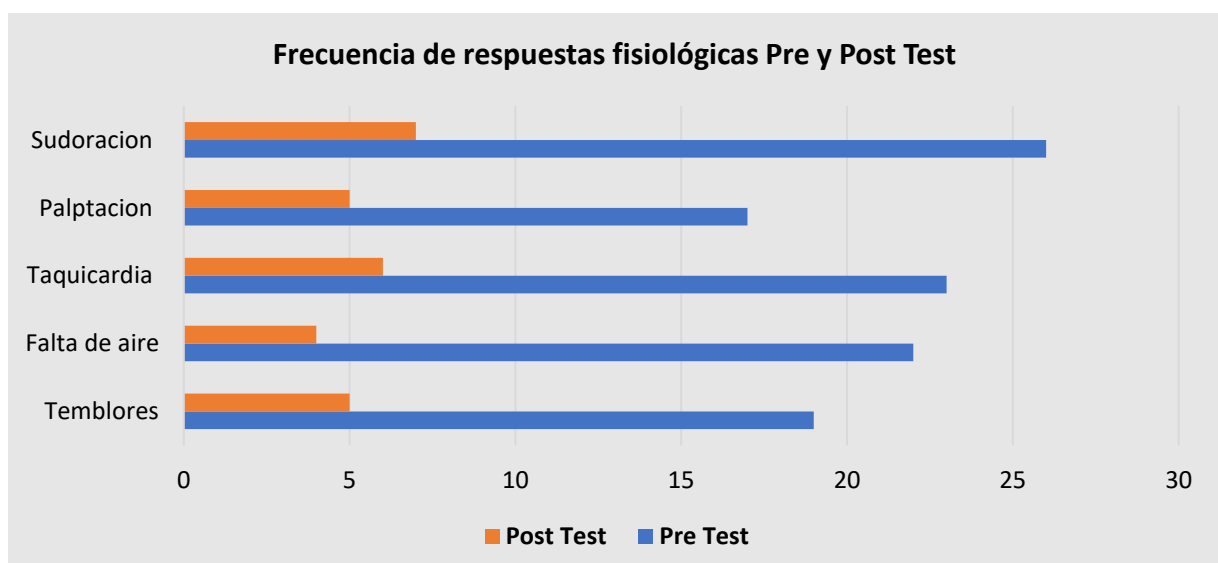
*Registro de intensidad de emociones durante Pre y Post Test*



*Nota.* En la figura se detallan el registro de las puntuaciones durante pre y post, de la intensidad de emociones, en donde antes de la aplicación del programa de intervención la usuaria presentaba miedo 9/10 y colera 7/10. Luego de aplicar el tratamiento la usuaria presenta miedo 4/10 y colera 3/10, evidenciando una disminución favorable.

### Figura 2

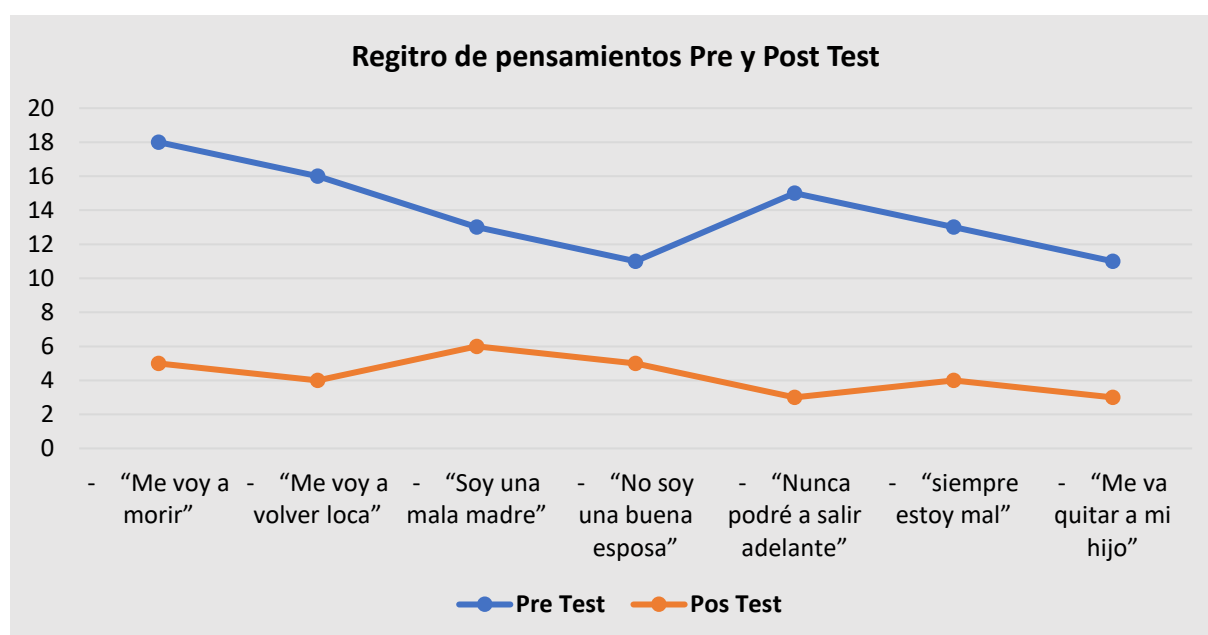
*Registro de frecuencia de respuestas fisiológicas durante Pre y Post Test*



*Nota.* En la figura se detallan el registro de las puntuaciones pre y post, de la frecuencia de respuestas fisiológicas, en donde antes de la aplicación del programa de intervención la usuaria presentaba con mayor frecuencia los síntomas. Luego de aplicar el tratamiento la usuaria presenta menor frecuencia de los síntomas, evidenciando una disminución favorable.

### Figura 1

*Registro de frecuencia de pensamientos durante Pre y Post Test*



*Nota.* En la figura se detallan el registro de las puntuaciones pre y post test, de la frecuencia de pensamientos automáticos, en donde antes de la aplicación del programa de intervención la usuaria presentaba con mayor frecuencia. Luego de aplicar el tratamiento la usuaria presenta menor frecuencia, evidenciando una disminución favorable.

### 3.2 Discusión de Resultados

El presenta caso de investigación tuvo como objetivo, Disminuir la sintomatología ansiosa para devolver la funcionalidad en el paciente adulto a través de la Terapia Cognitivo Conductual; quien inicialmente evidenciaba cogniciones, emociones y conductas

perturbadoras como: “me voy a volver loca, me voy a morir, soy mala madre y esposa, nunca podré superar y salir adelante, siempre estoy mal, sentir mucho miedo, colera, tristeza y ansiedad, y como consecuencia de ello mostrando respuestas fisiológicas de sudoración de las manos, palpitaciones, falta de aire, temblores, taquicardia”., estos hechos que afectaban negativamente en su vida personal, familiar y laboral. Al respecto, el caso se abordó bajo el modelo cognitivo conductual.

Los resultados obtenidos a partir del programa de intervención cognitivo conductual se observó una disminución significativa de la sintomatología ansiosa, ya que la línea de seguimiento es superior a los registrados en la línea de base, logrando así los objetivos planteados, tal como lo denotan en la fase pre y post test, reflejando la modificación de los pensamientos negativos, los cuales se relacionaban con el malestar emocional y conductas problemáticas.

En Escala de ansiedad de Zung, la usuaria presentaba las siguientes características: ansiosa, con temor, con temblor de los brazos y piernas, dolor de cabeza, sentir que se va desmayar, dificultades para respirar y dormir, sudoración de las manos, palpitaciones del corazón y molestias estomacales, lo cual influye negativamente en su día a día; después de post test se evidenciaron una disminución significativa de estas sintomatologías, ubicándose en niveles considerados normales.

En Inventario Multiaxial de Millon, la usuaria mostraba características: temor frente a la posibilidad del abandono, en un inicio del padre y posteriormente de la pareja, sentimientos de incompetencia frente a su rol de esposa y de madre, así como la aceptación pasiva de la voluntad de la pareja, evidenciada en las constantes reconciliaciones y en los celos injustificados por parte del ex conviviente y en su incapacidad para afrontar las demandas de la vida cotidiana, como el hecho de permanecer como víctima de forma continua, posteriormente desarrollando ideas de culpa y arrepentimiento por albergar esos pensamientos. Se muestra proclive a la evitación del contacto social por temor a ser juzgada, sin embargo,

desea establecer relaciones para recibir afecto. La preocupación por el abandono y la falta de vínculos afectivos y la idea de incompreensión puede generar respuestas de tipo ansioso, dirigiendo su malestar hacia las personas de su medio; después de post test se evidenciaron una disminución favorable de estas sintomatologías, ubicándose en niveles bajos.

En Inventario de Pensamientos Automáticos, la usuaria mostraba pensamientos automáticos “me puedo morir”, “me voy a volver loca”, “no voy a superar esto”, “nunca podré a salir adelante”, “siempre estoy mal”, “soy mala madre”, “soy mala esposa”, “no voy a superar esto”; después de post test se evidenciaron una disminución significativa de estos pensamientos, ubicándose en niveles considerados normales.

Asimismo, para el presente caso de un paciente con trastorno de pánico, para el tratamiento de terapia cognitivo conductual se emplearon técnicas cognitivos conductuales como: psicoeducación, biblioterapia/videoterapia, técnicas de relajación muscular y respiración diafragmática, terapia racional, reestructuración cognitiva y exposición interoceptiva, lograron a disminuir favorablemente la sintomatología fisiológica, cognitivo, emocional y conductual, ya que esto se evidencia en la línea de seguimiento tanto de frecuencia como de intensidad comparados con los presentados en la línea base inicial, así demostrando su efectividad en el tratamiento cognitivo conductual.

En relación a la información sobre el trastorno de pánico, se logró facilitar información sobre el TP, a través de la aplicación de las técnicas de psicoeducación, biblioterapia y videoterapia. Al respecto, (Reyes, 2020), realizó intervención sobre un caso de trastorno de pánico, también empleó técnicas de psicoeducación, biblioterapia y videoterapia, para facilitar información sobre trastorno de pánico al usuario, los resultados, mostraron un cambio favorable. Esta aproximación se debería a que, tanto en nuestro caso como en el programa de intervención de Reyes, se trabajó con una persona adulto, ya que el adulto probablemente muestre mayor predisposición y compromiso con el proceso terapéutico, además en ambos casos se aplicaron las mismas técnicas.



Con respecto a las respuestas fisiológicas se lograron disminuirse la frecuencia y la intensidad, a través de la aplicación de las técnicas de relajación muscular y respiración diafragmática. Al respecto, (Fernández, 2018; Gonzales, 2020; Álvarez y Hernán, 2019), realizaron intervención sobre un caso de trastorno de pánico en un adulto, también emplearon técnicas de relajación muscular y respiración diafragmática para reducir las respuestas fisiológicas que presenta la paciente, los resultados evidenciaron una disminución favorable de la sintomatología fisiológica. Esta aproximación se debería a que, tanto en nuestro caso como en el programa de intervención de Fernández y otros, se trabajó con una persona adulto, ya que el adulto probablemente muestre mayor predisposición y compromiso con el proceso terapéutico. Asimismo, en ambos casos se aplicaron las mismas técnicas de relajación muscular y respiración diafragmática. Además, previo de aplicación de estas técnicas ya se había trabajado como base las técnicas de psicoeducación.

En relación a las respuestas cognitivas, el tratamiento logró la modificación de los pensamientos, a través de la aplicación de las técnicas de terapia racional emotiva y reestructuración cognitiva. Al respecto, (Reyes, 2020 y Gonzales, 2020) realizaron intervención sobre un caso de trastorno de pánico en un adulto, emplearon técnicas de terapia racional emotiva y reestructuración cognitiva, para disminuir las respuestas cognitivas que presenta la paciente, los resultados evidenciaron una disminución favorable en las respuestas cognitivas. Esta aproximación se debería a que, tanto en nuestro caso como en el programa de intervención de Reyes y Gonzales, quienes trabajaron con una persona adulto, ya que el adulto probablemente muestre mayor predisposición y compromiso con el proceso terapéutico. Asimismo, en ambos casos se aplicaron las mismas técnicas de terapia racional emotiva y reestructuración cognitiva. Además, previo de aplicación de estas técnicas ya se había trabajado como base las técnicas de: psicoeducación, relajación muscular y respiración diafragmática.

Con respecto a las respuestas conductuales el tratamiento evidenció una disminución en los síntomas emocionales y conductuales, a través de la aplicación de las técnicas de

exposición interoceptiva. Al respecto, (Gonzales, 2020) realizó intervención sobre un caso de trastorno de pánico en un adulto, también aplicó técnicas de exposición interoceptiva, para disminuir las respuestas emocionales y conductuales que presenta la paciente, los resultados evidenciaron una disminución favorable en las respuestas emocionales y conductuales. Esta aproximación se debería a que, tanto en nuestro caso como en el programa de intervención de Gonzales, se trabajó con una persona adulta, ya que el adulto probablemente muestre mayor predisposición y compromiso con el proceso terapéutico. Asimismo, en ambos casos se aplicaron la misma técnica de exposición interoceptiva. Además, previo de aplicación de esta técnica ya se había trabajado como bases técnicas de: psicoeducación, relajación muscular, respiración diafragmática, terapia racional emotiva y técnicas de reestructuración cognitiva.

### **3.3 Seguimiento**

Una vez concluida la intervención cognitiva conductual se procedió a realizar las sesiones de seguimiento que consistieron en 3 sesiones que fueron distribuidas los primeros dos meses la paciente asistió cada 15 días y luego la última sesión asistió una vez al mes. Durante el proceso de seguimiento se trabajó los sentimientos de miedo, algunas distorsiones cognitivas que se fueron presentando por algunas situaciones familiares. Además, se explicó acerca de los posibles contratiempos que pueda enfrentar, los motivos de estos contratiempos y la manera de afrontarlos, a través de estrategias ya aprendidas y como identificar las primeras señales de advertencia, reconocer los pensamientos irracionales, y como reestructurarlos a un pensamiento racional. Igualmente se trabajó, sobre la importancia de tener un proyecto de vida y seguir trabajando por sus objetivos en diferentes áreas de su vida.

Además, se sugirió dar cumplimiento a su proyecto de vida y a sus objetivos, siempre teniendo presente los posibles contratiempos que pueda enfrentar a lo largo de vida. Finalmente se resaltó la importancia de reconocer el progreso logrado a lo largo de las sesiones.

#### IV. CONCLUSIONES

- Con respecto al objetivo principal, la aplicación del presente programa de intervención de terapia cognitivo conductual y sus técnicas, mostró eficacia en cuanto a la disminución de la sintomatología de los ataques de pánico, se mejoró el estado cognitivo y conductual y se devolvió la calidad de vida de la paciente de 29 años.
- Se logró incrementar la información sobre la ansiedad y los ataques de pánico al paciente con la finalidad de mejorar sus relaciones interpersonales a través de la Psicoeducación.
- Se logró reducir la sintomatología fisiológica para que la paciente pueda generalizarla en situaciones estresantes a través de técnicas de relajación.
- Se logró modificar los pensamientos automáticos para disminuir sus creencias irracionales a través de la terapia racional emotiva y reestructuración cognitiva.
- Se logró disminuir la evitación de situaciones temidas para mejorar y devolver la calidad de vida a través de técnicas de exposición interoceptiva.

## V. RECOMENDACIONES

- Elaborar programas de intervención de terapia cognitiva conductual en relación al trastorno de pánico.
- Elaborar programas de intervención en casos de trastorno de pánico y dentro de las sesiones considerar trabajar con la familia, para que ellos puedan tener mayor comprensión y apoyo a la paciente.
- Replicar el presente programa de intervención cognitivo conductual con usuarios que tengan similares características del trastorno de pánico, para así contrastar los resultados obtenidos del presente caso.
- Replicar el presente programa de intervención terapia cognitiva conductual en otras personas en edades diferentes.
- Replicar el presente programa de intervención terapia cognitivo conductual en personas según el nivel socioeconómico y grado de instrucción.
- Replicar el presente programa de intervención terapia cognitivo conductual en personas que viven en zonas rurales y quechua hablantes.

## VI. REFERENCIAS

- Acuña, F. (2018). *Terapia cognitivo conductual aplicada a primigestas con ansiedad clínicamente significativa*. [Tesis de maestría no publicada]. Universidad de Panamá. [http://up-rid.up.ac.pa/1317/3/francia\\_acuna.pdf](http://up-rid.up.ac.pa/1317/3/francia_acuna.pdf)
- Amodeo, S. (2017). Trastorno de pánico y su tratamiento psicológico. *Revisión y actualización. Katharsis*. (23), 177-188. <http://dx.doi.org/10.25057/25005731.870>
- American Psychological Association. (2017). Más allá de la preocupación. <http://www.apa.org/topics/anxiety/preocupacion>
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.
- Álvarez, H., y Hernán, A. (2019). Intervención cognitivo-conductual en un caso de ataques de pánico. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental (2019)*. 1: 79-92. [file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/DialnetIntervencionCognitivoconductualEnUnCasoDeAtaquesDe-7323084%20\(8\).pdf](file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/DialnetIntervencionCognitivoconductualEnUnCasoDeAtaquesDe-7323084%20(8).pdf)
- Bosio, V. (2020). *Tratamiento cognitivo conductual para el trastorno de pánico en un adolescente* [Estudio de caso clínico para optar el título profesional de segunda especialidad en terapia cognitivo conductual]. Universidad Nacional Federico Villarreal. <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/3290323>
- Bermejo, A (2019). *Eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual Grupal en el Tratamiento del Trastorno de Pánico y la Agorafobia* [Máster universitario en psicología general]. Universidad Miguel Hernández, España. <http://dspace.umh.es/bitstream/11000/5360/1/BERMEJO%20Ana%20MariaTFM.pdf>
- Botella, C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno de pánico. *Psicothema*, 13(3), 465-478. <https://www.psicothema.com/pdf/469.pdf>
- Barlow, D. (2002). *La ansiedad y sus trastornos: la naturaleza y el tratamiento de la ansiedad y el pánico (2ª ed.)*. Nueva York: Guilford Press

- Barlow, D., y Durand, V. (2003). *Psicopatología* (3rd ed.). Madrid: Thomson
- Castro, M (2021). *Trastorno de pánico a consecuencia del confinamiento por el covid-19 y su influencia en el entorno laboral de un joven de 25 años de la ciudad de Montalvo provincia de los Ríos* [Previo a la obtención del título psicóloga clínica mención psicóloga clínica]. Universidad Técnica de Babahoyo. <http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/9979/E-UTB-FCJSE-PSCLIN-000427.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Creswell, J. (2009). *Diseño de investigación: enfoques cualitativos, cuantitativos y mixtos (3a Ed.)*. Thousand Oaks, CA, E
- Clark, D., y Beck, A. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad: Ciencia y práctica*. Bilbao, España: Descleé de Brouwer.
- Camacho, J. (2003). *El ABC de la Terapia Cognitiva*. <https://www.fundacionforo.com/pdfs/archivo23.pdf>
- CETECIC (2022). Centro de Terapia Cognitivo Conductual y Ciencias del Comportamiento. <https://www.cetecic.com/tecnicas/modelado/#:~:text=Es%20una%20t%C3%A9cnica%20terap%C3%A9utica%20en,en%20su%20repertorio%20de%20habilidades.>
- Camerini, O. (2003). *Las teorías cognitivas*. Madrid: Pirámide
- Chacón, E., Xatruch, D., Fernández, M., y Murillo, A. (2021). Generalidades sobre el trastorno de ansiedad. *Revista Cúpula* 2021. 35 (1): 23-36. <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v35n1/art02.pdf>
- Cormier, W., y Cormier, L. (2000). *Estrategias de entrevista para terapeutas. Habilidades básicas e intervenciones cognitive-conductuales*. Bilbao: Descleé de Brouwer
- Esteban, L., y Ardila, M. (2019). *Tratamiento cognitivo conductual de un caso único de Trastorno de Pánico*. [Tesis de Pregrado]. Universidad Cooperativa de Colombia. <http://hdl.handle.net/20.500.12494/15058>

- Ellis, A. y Abrahms, E. (2005) *Terapia racional emotiva*. Editorial PAX México. Print in México.
- Fernández, B. (2018). *Estudio de caso clínico: terapia cognitiva en un trastorno de pánico*. [Tesis para optar el título profesional de licenciado en psicología]. Universidad San Martín de Porres. file:///C:/Users/USUARIO/Desktop/CASO%20%20PARA%20TITULACION/REFERENCIAS%20Y%20ANTECEDENTES%20TRSTORNO%20PANICO/NACIONAL ES/fernandez\_vb.pdf
- Fernández-Montes, I., Casanova, I. y Cabañas, V. (2018). Estudio de caso único: eficacia de un tratamiento cognitivo-conductual en un trastorno de pánico de un adolescente. *Revista de casos clínicos en salud mental*, 6(1), 27-50. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6642691>
- Frangella, L., y Gramajo, M. (2018). *Manual psicoeducativo para el consultante trastorno de pánico*. Malasia: Fundación Foro. file:///C:/Users/USUARIO/Desktop/CASO%20%20PARA%20TITULACION/panico.pdf
- Hernández, C., Fernández, C., y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. México D. F.: McGraw-Hill / Interamericana Editores, S.A. de CV.
- González, M (2020). *Intervención cognitivo conductual para un varón adulto con trastorno de pánico*. [Trabajo Académico para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en Terapia Cognitivo Conductual]. Universidad Nacional Federico Villarreal. [http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/4623/Gonzales\\_Moreno\\_Miguel\\_Angel\\_Segunda\\_Especialidad\\_2020.pdf?sequence=6&isAllowed=y](http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/4623/Gonzales_Moreno_Miguel_Angel_Segunda_Especialidad_2020.pdf?sequence=6&isAllowed=y)
- Kerlinger, F. (1975). *Investigación del comportamiento: técnicas y metodología*. México D. F.: Nueva Editorial Interamericana

- Kazdin, A. (1996). *Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas*. México: El Manual Moderno.
- Kazdin, A. (2001). *Métodos de investigación en psicología clínica* (3ª. ed.). México: Pearson Educación.
- Labrador, F. (1993). *Técnicas de relajación y desensibilización sistemática*. En M.
- López, M. (2022). *Intervención cognitivo conductual en una mujer adulta con trastorno de pánico con agorafobia*. [Trabajo Académico para optar el título de segunda especialidad profesional en terapia cognitivo conductual]. Universidad Nacional Federico Villarreal.  
<https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/5897/TESIS%20LOPEZ%20LOBATON%20MONICA%20ROSARIO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Monteseny, F. (2022). Tres generaciones de terapia cognitiva. [https://kibbutzpsicologia.com/3-generaciones-de-terapia-de-conducta/amp/#Primera\\_generacion\\_El\\_surgimiento\\_de\\_la\\_Terapia\\_de\\_Conducta](https://kibbutzpsicologia.com/3-generaciones-de-terapia-de-conducta/amp/#Primera_generacion_El_surgimiento_de_la_Terapia_de_Conducta)
- Mainieri, R. (2015). *El modelo de terapia cognitiva conductual*. Rep. de Panamá.  
[https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/50682327/Modelo\\_de\\_Terapia\\_Cognitivo\\_Conductual-libre.pdf](https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/50682327/Modelo_de_Terapia_Cognitivo_Conductual-libre.pdf)
- McNally, R. (1996). Nuevos desarrollos en el tratamiento del trastorno de pánico. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 2, 91-103.  
<https://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/3812/3667>
- Miranda, L (2018). *Estudio de caso clínico: programa de intervención cognitivo conductual para un caso de trastorno de pánico*. [Estudio de caso para optar el título profesional de licenciada en psicología]. Universidad San Martín de Porres.  
[file:///C:/Users/USUARIO/Desktop/CASO%20%20PARA%20TITULACION/REFERENCIAS%20Y%20ANTECEDENTES%20TRSTORNO%20PANICO/NACIONAL/ES/miranda\\_cl.pdf](file:///C:/Users/USUARIO/Desktop/CASO%20%20PARA%20TITULACION/REFERENCIAS%20Y%20ANTECEDENTES%20TRSTORNO%20PANICO/NACIONAL/ES/miranda_cl.pdf)



- Novara, J., Sotillo, C., & Warthon, D. (1985). *Estandarización y correlación de las escalas de Beck, Hamilton y Zung para depresión en población de Lima Metropolitana*. Instituto Nacional de Salud Mental, Lima
- Osma, J., García, A., y Botella, C. (2014). Personalidad y trastorno de pánico: un estudio de revisión. *Anales de Psicología*. 30(2), 381-394.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales. CIE 10*. Madrid: Meditor.
- Ochando, G. y Peris, S. (2012). Actualización de la ansiedad en la edad pediátrica. *Pediatra Integral*, 15(9), 707-714.  
<https://www.pediatriaintegral.es/wpcontent/uploads/2012/xvi09/05/707-714%20Ansiedad.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (2013). *La brecha de tratamiento en las Américas. Documento técnico*. Washington, D.C. [https://www.paho.org/saluden-las-americas-2017/?post\\_t\\_es=la-salud-mental-en-la-region-de-las-americas&lang=es](https://www.paho.org/saluden-las-americas-2017/?post_t_es=la-salud-mental-en-la-region-de-las-americas&lang=es)
- Organización Panamericana de la Salud. (2018). *La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas*. <http://iris.paho.org/>
- Pastor, C., y Sevilla, J. (1998). *Tratamiento psicológico del pánico-agorafobia*. Valencia: Publicaciones del Centro de Terapia de Conducta.
- Pérez, E. (2017). *Conducta antisocial delictiva y pensamientos automáticos en estudiantes de secundaria de instituciones educativas públicas del sector bajo de Comas*. [Tesis para obtener el título profesional de licenciado en Psicología]. Universidad Cesar Vallejo. <file:///C:/Users/USUARIO/Desktop/CASO%20-%20PARA%20TITULACION/automatico%20adaptacion%20peruana.pdf>
- Pérez, A.; Rodríguez, A. y Vargas, M. (2008). Albert Ellis (1913-2007): Pionero de los modelos mediacionales de intervención. *Psicología Conductual*, 16 (2), 341- 348.  
[https://www.researchgate.net/publication/240613860\\_Albert\\_Ellis\\_1913-](https://www.researchgate.net/publication/240613860_Albert_Ellis_1913-)

2007\_pionero\_de\_los\_modelos\_mediacionales\_de\_intervencion

Reyes, V. (2020). *Intervención cognitivo conductual en un varón adulto con trastorno de pánico*. [Trabajo Académico para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en Terapia Cognitivo Conductual]. Universidad nacional federico Villarreal. file:///C:/Users/USUARIO/Desktop/CASO%20%20PARA%20TITULACION/REFERENCIAS%20Y%20ANTECEDENTES%20TRSTORNO%20PANICO/NACIONALES/REYES%20PEREZ%20VILMA%20VALENTINA%20%20TITULO%20DE%20SEGUNDA%20ESPECIALIDAD.pdf

Rueda, O. (2019). *Evaluación y diagnóstico del trastorno del pánico desde el manual diagnóstico DSM V*. (Examen complejo). Universidad técnica de Machala, Ecuador

Riofrio, J., y Villegas, M. (2016). Distorsiones cognitivas según niveles de dependencia emocional en universitarios – Pimentel. *Revista Paian*. (7). <https://goo.gl/R9cdGS>

Roca, E. (2015). *Cómo superar el pánico (con o sin agorafobia)*. Programa de autoayuda. Valencia: ACDE Ediciones.

Sánchez, S. (2019). *Intervención cognitivo conductual en el trastorno de pánico con agorafobia en una mujer adulta*. [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Psicología]. Universidad Nacional Federico Villarreal. file:///C:/Users/USUARIO/Desktop/DOCUMENTOS%20DE%20UNFV/CASO%20-%20PARA%20TITULACION/REFERENCIAS%20Y%20ANTECEDENTES%20TRSTORNO%20PANICO/NACIONALES/UNFV\_S%3%81NCHEZ\_TENORIO\_SILVIA\_SOF%3%8DA\_TITULO\_PROFESIONAL\_2019.pdf

Smith, J. (2009). *Entrenamiento ABC en relajación: Una guía práctica para los profesionales de la salud*. Bilbao, España: Desencleé de Brower.

- Saviñon, J., Solís, F., y Johnson, O. (2002). Trastornos por pánico: Aspectos clínicos y psicofarmacológicos. *Neurología y Psiquiatría*. (p.97 – 106).  
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revneuneupsi/nnp-2002/nnp022h.pdf>
- Sánchez-López, M., Thorne, C., Martínez, P., Niño de Guzmán, y Argumedo, D. (2002). Adaptación del Inventario de Estilos de Personalidad de Millon en una población universitaria peruana. *Revista de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú*. 20 (1), 27- 53.  
[file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/DialnetAdaptacionDelInventarioDeEstilosDePersonalidadDeMi-4630159%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/DialnetAdaptacionDelInventarioDeEstilosDePersonalidadDeMi-4630159%20(1).pdf)
- Saavedra, J. (2012). *Prevalencia y factores asociados de trastornos mentales en la población adulta en la ciudad de Lima y Callao*. Lima: Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi.  
[http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con5\\_uibd.nsf/FE22EFB78C85300B052581D400544D9F/\\$FILE/Salud\\_mental\\_Per%C3%BA\\_legislaci%C3%B3n\\_Am%C3%A9rica\\_del\\_Sur.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con5_uibd.nsf/FE22EFB78C85300B052581D400544D9F/$FILE/Salud_mental_Per%C3%BA_legislaci%C3%B3n_Am%C3%A9rica_del_Sur.pdf)
- Torres, G. (2018). *El trastorno de pánico, un estudio de caso*. [Trabajo académico para optar el grado en Psicología]. Universidad Internacional de la Rioja, España.  
<file:///C:/Users/USUARIO/Desktop/CASO%20%20PARA%20TITULACION/GABRIELA%20BEATRIZ%20TORRES%20ACHICANOY.pdf>
- Terrones, F. (2019). *Ansiedad y estilos de afrontamiento en mujeres víctimas de violencia del distrito de Matara, 2019*. (Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Psicología). Universidad Privada del Norte.  
<https://repositorio.upn.edu.pe/bitstream/handle/11537/21084/Terrones%20Mu%C3%B1oz%20Fiorela%20Hisamar.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Velasco, P. (2022). *Terapia cognitivo conductual para el trastorno de ansiedad generalizada en una mujer adulta*. [Trabajo académico para optar el título de segunda especialidad

en terapia cognitivo conductual]. Universidad Nacional Federico Villarreal.

<https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/5745/TESIS%20->

[VELASCO%20HUAMAN%20PATRICIA.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/5745/TESIS%20-VELASCO%20HUAMAN%20PATRICIA.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

## VII. ANEXOS

### Anexo A

#### Escala de Autoevaluación de la Ansiedad de Zung (EAA)

Lea atentamente las siguientes frases y marque en la columna, la frecuencia que según usted refleje mejor cómo se sintió durante la última semana. En donde nunca o raras veces =1; algunas veces = 2; buen número de veces = 3; la mayoría de las veces = 4.

| SITUACIÓN QUE ME DESCRIBE                                       | Nunca o raras veces | Algunas veces | Buen número de veces | La mayoría de veces |
|---|---------------------|---------------|----------------------|---------------------|
| Me siento más nerviosa y ansiosa que de costumbre               |                     |               |                      |                     |
| Me siento con temor sin razón                                   |                     |               |                      |                     |
| Despierto con facilidad o siento pánico                         |                     |               |                      |                     |
| Me siento como si fuera a reventar y partirme en pedazos        |                     |               |                      |                     |
| Siento que todo está bien y que nada malo puede sucederme       |                     |               |                      |                     |
| Me tiemblan los brazos y las piernas                            |                     |               |                      |                     |
| Me mortifican dolores de cabeza, cuello o cintura               |                     |               |                      |                     |
| Me siento débil y me canso fácilmente                           |                     |               |                      |                     |
| Me siento tranquila y puedo permanecer en calma fácilmente      |                     |               |                      |                     |
| Puedo sentir que me late muy rápido el corazón                  |                     |               |                      |                     |
| Sufro de mareos   |                     |               |                      |                     |
| Sufro de desmayos o siento que me voy a desmayar                |                     |               |                      |                     |
| Puedo inspirar y expirar fácilmente                             |                     |               |                      |                     |
| Se me adormecen o hincan los dedos de las manos y pies          |                     |               |                      |                     |
| Sufro de molestias estomacales o indigestión                    |                     |               |                      |                     |
| Orino con mucha frecuencia                                      |                     |               |                      |                     |
| Generalmente mis manos están secas y calientes                  |                     |               |                      |                     |
| Siento bochornos  |                     |               |                      |                     |
| Me quedo dormida con facilidad y descanso bien durante la Noche |                     |               |                      |                     |
| Tengo pesadillas  |                     |               |                      |                     |

## Anexo B

### Inventario Multiaxial de Millon

| Pregunta |  |
|----------|--|
| 1        | Actúo siempre según mis propias ideas en vez de hacer lo que otros esperan que haga.                     |
| 2        | He encontrado siempre más cómodo hacer las cosas solo, tranquilamente que hacerlas con otros.            |
| 3        | Hablar con la gente ha sido casi siempre difícil y desagradable para mí.                                 |
| 4        | Creo que tengo que ser enérgico y decidido en todo lo que hago.  |
| 5        | Desde hace algunas semanas me pongo a llorar incluso cuando la menor cosa me sale mal.                   |
| 6        | Algunas personas piensan que soy vanidoso o egocéntrico.   |
| 7        | Cuando era adolescente tuve muchos problemas por mi mal comportamiento en el colegio.                    |
| 8        | Tengo siempre la impresión de no ser aceptado en un grupo.   |
| 9        | Frecuentemente critico a la gente que me molesta.  |
| 10       | Me encuentro a gusto siguiendo a los demás.  |
| 11       | Me gusta hacer tantas cosas diferentes que no sé por dónde empezar.                                      |
| 12       | Algunas veces puedo ser bastante duro o mezquino con mi familia.   |
| 13       | Tengo poco interés en hacer amigos.  |
| 14       | Me considero una persona muy sociable o extravertida.  |
| 15       | Sé que soy una persona superior a los demás y por eso no me preocupa lo que piensen.                     |
| 16       | La gente nunca ha apreciado suficientemente las cosas que he hecho.                                      |
| 17       | Tengo problemas con la bebida que he intentado solucionar sin éxito.                                     |
| 18       | Últimamente siento un nudo en el estómago y me invade un sudor frío.                                     |
| 19       | Siempre he querido permanecer en un segundo plano en las actividades sociales.                           |
| 20       | A menudo hago cosas sin ninguna razón, sólo porque pueden ser divertidas.                                |
| 21       | Me molesta mucho la gente que no es capaz de hacer las cosas bien.                                       |
| 22       | Si mi familia me obliga o presiona, es probable que me enfade y me resista a hacer lo que ellos quieren. |
| 23       | Muchas veces pienso que me deberían castigar por las cosas que he hecho.                                 |
| 24       | La gente se ríe de mí a mis espaldas, hablando de lo que hago o parezco.                                 |
| 25       | Los demás parecen más seguros que yo sobre lo que son y lo que quieren.                                  |
| 26       | Soy propenso a tener explosiones de llanto o cólera sin tener motivo.                                    |
| 27       | Desde hace uno o dos años he comenzado a sentirme sólo y vacío.  |
| 28       | Tengo habilidad para “dramatizar” las cosas.   |
| 29       | Me resulta difícil mantener el equilibrio cuando camino.   |
| 30       | Disfruto en situaciones de intensa competitividad.   |
| 31       | Cuando entro en crisis busco en seguida alguien que me ayude.  |
| 32       | Me protejo de los problemas no dejando que la gente sepa mucho sobre mí.                                 |
| 33       | Casi siempre me siento débil y cansado.  |
| 34       | Otras personas se enfadan mucho más que yo por las cosas molestas.                                       |

|    |  |
|----|--|
| 35 | A menudo mi adicción a las drogas me ha causado en el pasado bastantes problemas.                                      |
| 36 | Últimamente me encuentro llorando sin ningún motivo.   |
| 37 | Creo que soy una persona especial, que necesita que los demás me presten una atención especial.                        |
| 38 | Nunca me dejo engañar por gente que dice necesitar ayuda.  |
| 39 | Una buena forma de conseguir un mundo en paz es fomentar los valores morales de la gente.                              |
| 40 | En el pasado he mantenido relaciones sexuales con muchas personas que no significan nada especial para mí.             |
| 41 | Me resulta difícil simpatizar con la gente que se siente siempre insegura con todo.                                    |
| 42 | Soy una persona muy agradable y dócil.   |
| 43 | La principal causa de mis problemas ha sido mi “mal carácter”.   |
| 44 | No tengo inconveniente en forzar a los demás a hacer lo que yo quiero.   |
| 45 | En los últimos años, incluso las cosas sin importancia parecen deprimirme.   |
| 46 | Mi deseo de hacer las cosas lo más perfecta posible, muchas veces enlentece mi trabajo.                                |
| 47 | Soy tan callado y retraído que la mayoría de la gente no sabe ni que existo.   |
| 48 | Me gusta coquetear con las personas del otro sexo.   |
| 49 | Soy una persona tranquila y temerosa.  |
| 50 | Soy muy variable y cambio de opiniones y sentimientos continuamente.   |
| 51 | Me pongo muy nervioso cuando pienso en los acontecimientos del día.  |
| 52 | Beber alcohol nunca me ha causado verdaderos problemas en mi trabajo   |
| 53 | Últimamente me siento sin fuerzas, incluso por la mañana.  |
| 54 | Hace algunos años que he comenzado a sentirme un fracasado.  |
| 55 | No soporto a las personas “sabihondas” que lo saben todo y piensan que pueden hacer cualquier cosa mejor que yo.       |
| 56 | He tenido siempre miedo a perder el afecto de las personas que más necesito.   |
| 57 | Parece que me aparto de mis objetivos, dejando que otros me adelanten.   |
| 58 | Últimamente he comenzado a sentir deseos de tirar y romper cosas.  |
| 59 | Recientemente he pensado muy en serio en quitarme de en medio.   |
| 60 | Siempre estoy buscando en hacer nuevos amigos y conocer gente nueva.   |
| 61 | Controlo muy bien mi dinero para estar preparado en caso de necesidad.   |
| 62 | El año pasado aparecí en la portada de varias revistas.  |
| 63 | Le gusto a muy poca gente.   |
| 64 | Si alguien me criticase por cometer algún error, rápidamente le reprocharía sus propios errores.                       |
| 65 | Algunas personas dicen que disfruto sufriendo.   |
| 66 | Muchas veces expreso mi rabia y mal humor, y luego me siento terriblemente culpable por ello.                          |
| 67 | Últimamente me siento nervioso y bajo una terrible tensión sin saber por qué.  |
| 68 | Muy a menudo pierdo mi capacidad para percibir sensaciones en partes de mi cuerpo.                                     |
| 69 | Creo que hay personas que utilizan la telepatía para influir en mi vida.   |
| 70 | Tomar las llamadas drogas “ilegales” puede ser indeseable o nocivo, pero reconozco que en el pasado las he necesitado. |
| 71 | Me siento continuamente muy cansado.   |

|     |   |
|-----|---|
| 72  | No puedo dormirme, y me levanto tan cansado como al acostarme.  |
| 73  | He hecho impulsivamente muchas cosas estúpidas que han llegado a causarme grandes problemas.                        |
| 74  | Nunca perdono un insulto ni olvido una situación molesta que alguien me haya provocado.                             |
| 75  | Debemos respetar a nuestros mayores y no creer que sabemos más que ellos.   |
| 76  | Me siento muy triste y deprimido la mayor parte del tiempo.   |
| 77  | Soy la típica persona de la que los otros se aprovechan.  |
| 78  | Siempre hago lo posible por complacer a los demás incluso si ellos no me gustan.                                    |
| 79  | Durante muchos años he pensado seriamente en suicidarme.  |
| 80  | Me doy cuenta enseguida cuando la gente intenta crearme problemas.  |
| 81  | Siempre he tenido menos interés en el sexo que la mayoría de la gente.  |
| 82  | No comprendo por qué, pero parece que disfruto haciendo sufrir a los que quiero.                                    |
| 83  | Hace mucho tiempo decidí que lo mejor es tener poco que ver con la gente.   |
| 84  | Estoy dispuesto a luchar hasta el final antes de que nadie obstruya mis intereses y objetivos.                      |
| 85  | Desde niño siempre he tenido que tener cuidado con la gente que intentaba engañarme.                                |
| 86  | Cuando las cosas son aburridas me gusta provocar algo interesante.  |
| 87  | Tengo un problema con el alcohol que nos ha creado dificultades a mí y a mi familia.                                |
| 88  | Si alguien necesita hacer algo que requiera mucha paciencia, debería contar conmigo.                                |
| 89  | Probablemente tengo las ideas más creativas de entre la gente que conozco.  |
| 90  | No he visto ningún coche en los últimos diez años.  |
| 91  | No veo nada incorrecto en utilizar a la gente para conseguir lo que quiero.   |
| 92  | El que me castiguen nunca me ha frenado de hacer lo que he querido.   |
| 93  | Muchas veces me siento muy alegre y animado sin ningún motivo.  |
| 94  | Siendo adolescente, me fugué de casa por lo menos una vez.  |
| 95  | Muy a menudo digo cosas sin pensarlas y luego me arrepiento de haberlas dicho.                                      |
| 96  | En las últimas semanas me he sentido exhausto, agotado, sin un motivo especial.                                     |
| 97  | Últimamente me he sentido muy culpable porque ya no soy capaz de hacer nada bien.                                   |
| 98  | Algunas ideas me dan vueltas en la cabeza una y otra vez, y no consigo olvidarlas.                                  |
| 99  | En los dos últimos años me he vuelto muy desanimado y triste sobre la vida.   |
| 100 | Mucha gente ha estado espiando mi vida privada durante años.  |
| 101 | No sé por qué, pero a veces digo cosas crueles para hacer sufrir a los demás.                                       |
| 102 | Oodio o tengo miedo de la mayor parte de la gente.  |
| 103 | Expreso mi opinión sobre las cosas sin que me importe lo que otros puedan pensar.                                   |
| 104 | Cuando alguien con autoridad insiste en que haga algo, es probable que lo eluda o que lo haga intencionalmente mal. |
| 105 | En el pasado el hábito de abusar de las drogas me ha hecho no acudir al trabajo.                                    |
| 106 | Estoy siempre dispuesto a ceder ante los otros para evitar disputas.  |
| 107 | Con frecuencia estoy irritable y de mal humor.  |
| 108 | Últimamente ya no tengo fuerzas para luchar ni para defenderme.   |
| 109 | Últimamente tengo que pensar las cosas una y otra vez sin ningún motivo.  |



|     |   |
|-----|---|
| 110 | Muchas veces pienso que no merezco las cosas buenas que me suceden.   |
| 111 | Utilizo mi atractivo para conseguir la atracción de los demás.  |
| 112 | Cuando estoy solo, a menudo noto la fuerte presencia de alguien cercano que no puede ser visto.             |
| 113 | Me siento desorientado, sin objetivos y no sé hacia dónde voy en la vida.                                   |
| 114 | Últimamente he sudado mucho y me he sentido muy tenso.  |
| 115 | A veces siento como si necesitase hacer algo para hacerme daño a mí mismo o a otros.                        |
| 116 | La ley me ha castigado injustamente por delitos que nunca he cometido.                                      |
| 117 | Me he vuelto muy sobresaltado y nervioso en las últimas semanas.  |
| 118 | Sigo teniendo extraños pensamientos de los que desearía poder librarme.                                     |
| 119 | Tengo muchas dificultades para controlar el impulso de beber en exceso.                                     |
| 120 | Mucha gente piensa que no sirvo para nada.  |
| 121 | Puedo llegar a estar muy excitado sexualmente cuando discuto o peleo con alguien a quien amo.               |
| 122 | Durante años he conseguido mantener en el mínimo mi consumo de alcohol.                                     |
| 123 | Siempre pongo a prueba a la gente para ver hasta donde son de confianza.                                    |
| 124 | Incluso cuando estoy despierto parece que no me doy cuenta de la gente que está cerca de mí.                |
| 125 | Me resulta fácil hacer nuevos amigos.   |
| 126 | Me aseguro siempre de que mi trabajo esté bien planeado y organizado.                                       |
| 127 | Con mucha frecuencia oigo cosas con tanta claridad que me molestan.   |
| 128 | Mis estados de ánimo parecen cambiar de un día para otro.   |
| 129 | No culpo a quien que se aproveche de alguien que se lo permite.   |
| 130 | He cambiado de trabajo por lo menos más de tres veces en los últimos dos años.                              |
| 131 | Tengo muchas ideas muy avanzadas para los tiempos actuales.   |
| 132 | Me siento muy triste y melancólico últimamente y parece que no puedo superarlo.                             |
| 133 | Creo que siempre es mejor buscar ayuda para lo que hago.  |
| 134 | Muchas veces me enfado con la gente que hace las cosas lentamente.  |
| 135 | Realmente me molesta la gente que espera que haga lo que yo no quiero hacer.                                |
| 136 | En los últimos años me he sentido tan culpable que puedo hacer algo terrible contra mí.                     |
| 137 | Cuando estoy en una fiesta o reunión nunca me quedo al margen.  |
| 138 | La gente me dice que soy una persona íntegra y moral.   |
| 139 | Algunas veces me siento confuso y preocupado cuando la gente es muy amable conmigo.                         |
| 140 | El problema de usar drogas “ilegales” me ha causado discusiones con mi familia.                             |
| 141 | Me siento muy incómodo con personas del otro sexo.  |
| 142 | Algunos miembros de mi familia dicen que soy egoísta y que sólo pienso en mí mismo.                         |
| 143 | No me importa que la gente no se interese por mí.   |
| 144 | Francamente miento con mucha frecuencia para salir de dificultades o problemas.                             |
| 145 | La gente puede hacerme cambiar de ideas fácilmente, incluso cuando pienso que ya había tomado una decisión. |
| 146 | Algunos han tratado de dominarme, pero he tenido fuerza de voluntad para superarlo.                         |
| 147 | Mis padres me decían con frecuencia que no era bueno.   |
| 148 | A menudo la gente se irrita conmigo cuando les doy órdenes.   |

|     |   |
|-----|---|
| 149 | Tengo mucho respeto por los que tienen autoridad sobre mí.  |
| 150 | No tengo casi ningún lazo íntimo con los demás.   |
| 151 | En el pasado la gente decía que yo estaba muy interesado y que me apasionaba por demasiadas cosas.                                      |
| 152 | En el último año he cruzado el Atlántico más de treinta veces.  |
| 153 | Estoy de acuerdo con el refrán "Al que madruga Dios le ayuda".  |
| 154 | Me merezco el sufrimiento que he padecido a lo largo de mi vida.  |
| 155 | Mis sentimientos hacia las personas importantes en mi vida, muchas veces han oscilado entre amarlas y odiarlas.                         |
| 156 | Mis padres nunca se ponían de acuerdo entre ellos.  |
| 157 | En alguna ocasión he bebido diez copas o más sin llegar a emborracharme.  |
| 158 | Cuando estoy en una reunión social, en grupo casi siempre me siento tenso y controlado.   |
| 159 | Tengo en alta estima las normas y reglas porque son una buena guía a seguir.  |
| 160 | Desde que era niño he ido perdiendo contacto con la realidad.   |
| 161 | Rara vez me emociono mucho con algo.  |
| 162 | Habitualmente he sido un andariego inquieto, vagando de un sitio a otro sin tener idea de donde terminaría.                             |
| 163 | No soporto a las personas que llegan tarde a las citas.   |
| 164 | Gente sin escrúpulos intenta con frecuencia aprovecharse de lo que yo he realizado o ideado.  |
| 165 | Me irrita mucho que alguien me pida que haga las cosas a su modo en vez de al mío.  |
| 166 | Tengo habilidad para tener éxito en casi todo lo que hago.  |
| 167 | Últimamente me siento completamente destrozado.   |
| 168 | A la gente que quiero, parece que la animo a que me hiera.  |
| 169 | Nunca he tenido pelo, ni en mi cabeza ni en mi cuerpo.  |
| 170 | Cuando estoy con otras personas me gusta ser el centro de atención.   |
| 171 | Personas que en un principio he admirado grandemente, más tarde me han defraudado al conocer la realidad.                               |
| 172 | Soy el tipo de persona que puede abordar a cualquiera y echarle una bronca.   |
| 173 | Prefiero estar con gente que me protegerá.  |
| 174 | He tenido muchos períodos en mi vida que he estado tan animado y he derrochado tanta energía que luego me he sentido muy bajo de ánimo. |
| 175 | En el pasado he tenido dificultades para abandonar el abuso de drogas y de alcohol.   |

## Anexo C

### Inventario de Pensamientos Automáticos - IPA

A continuación, tienes una lista de pensamientos que suelen presentar las personas ante diversas situaciones. Se trata de que valores la frecuencia con que sueles pensarlos (pensando en general, no en situaciones concretas para cada una de ellas), siguiendo la escala:

0 = Nunca pienso eso; 1 = Algunas veces lo pienso; 2 = Bastante veces lo pienso; 3 = Con mucha frecuencia lo pienso.

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 1. No puedo soportar ciertas cosas que me pasan             | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Solamente me pasan cosas malas                           | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Todo lo que hago me sale mal                             | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. Sé que piensan mal de mi                                 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. ¿Y si tengo alguna enfermedad grave?                     | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. Soy inferior a la gente en casi todo                     | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. Si otros cambiaran su actitud yo me sentiría mejor       | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. ¡No hay derecho a que me traten así!                     | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. Si me siento triste es porque soy un enfermo mental      | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10. Mis problemas dependen de los que me rodean             | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11. Soy un desastre como persona                            | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12. Yo tengo la culpa de todo lo que me pasa                | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13. Debería de estar bien y no tener estos problemas        | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14. Sé que tengo la razón y no me entienden                 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15. Aunque ahora sufra, algún día tendré mi recompensa      | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16. Es horrible que me pase esto                            | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17. Mi vida es un continuo fracaso                          | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18. Siempre tendré este problema                            | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 19. Sé que me están mintiendo y engañando                   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 20. ¿Y si me vuelvo loco y pierdo la cabeza?                | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 21. Soy superior a la gente en casi todo                    | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 22. Yo soy responsable del sufrimiento de los que me rodean | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 23. Si me quisieran de verdad no me tratarían así           | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 24. Me siento culpable, y es porque he hecho algo malo      | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 25. Si tuviera más apoyo no tendría estos problemas         | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 26. Alguien que conozco es un imbécil.                      | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 27. Otros tiene la culpa de lo que me pasa                  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 28. No debería cometer estos errores                        | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 29. No quiere reconocer que estoy en lo cierto              | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 30. Ya vendrán mejores tiempos                              | 0 | 1 | 2 | 3 |

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 31. Es insoportable, no puedo aguantar más.                         | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 32. Soy incompetente e inútil.                                      | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 33. Nunca podré salir de esta situación                             | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 34. Quieren hacerme daño  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 35. ¿Y si les pasa algo malo a las personas a quienes quiero?       | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 36. La gente hace las cosas mejor que yo                            | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 37. Soy una víctima de mis circunstancias                           | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 38. No me tratan como deberían hacerlo y me merezco                 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 39. Si tengo estos síntomas es porque soy un enfermo                | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 40. Si tuviera mejor situación económica no tendría estos problemas | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 41. Soy un neurótico  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 42. Lo que me pasa es un castigo que merezco                        | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 43. Debería recibir más atención y cariño de otros                  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 44. Tengo razón, y voy a hacer lo que me da la gana                 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 45. Tarde o temprano me irán las cosas mejor                        | 0 | 1 | 2 | 3 |
| TOTAL   |   |   |   |   |

**Los tipos de distorsiones presentes en el inventario son:**

| <b>Tipos de distorsión</b>    | <b>Preguntas</b> | <b>Puntuación total</b> |
|-------------------------------|------------------|-------------------------|
| Filtraje                      | (1, 16, 31)      |                         |
| Pensamiento polarizado        | (2, 17, 32)      |                         |
| Sobregeneralización           | (3, 18, 33)      |                         |
| Interpretación de pensamiento | (4, 19, 34)      |                         |
| Visión catastrófica           | (5, 20, 35)      |                         |
| Personalización               | (6, 21, 36)      |                         |
| Falacia de control            | (7, 22, 37)      |                         |
| Falacia de justicia           | (8, 23, 38)      |                         |
| Razonamiento emocional        | (9, 24, 39)      |                         |
| Falacia de cambio             | (10, 25, 40)     |                         |
| Etiquetas globales            | (11, 26, 41)     |                         |
| Culpabilidad                  | (12, 27, 42)     |                         |
| Los deberías                  | (13, 28, 43)     |                         |
| Falacia de razón              | (14, 29, 44)     |                         |
| Falacia de recompensa divina  | (15, 20, 45)     |                         |

En el puntaje total del inventario podemos observar el primero (PA) y el segundo mediante la sumatoria de los ítems correspondientes a cada distorsión; se valora la frecuencia con la que se poseen estos pensamientos.