



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN HOMBRE ADULTO CON ATAQUE DE PÁNICO

Línea de investigación:
Psicología de los procesos básicos y psicología educativa

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

Autor

Purizaca Rojas, Oscar Israel

Asesor

Shimabukuro Kyam, Jorge Luis

ORCID: 0000-0002-2171-3558

Jurado

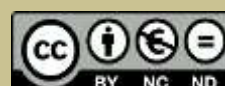
Bueno Cuadra, Roberto

Guerra Turin, Eva Luz

Hervias Guerra, Edmundo

Lima - Perú

2020





Universidad Nacional
Federico Villarreal

Vicerrectorado de Investigación

REPOSITORIO CIENTIFICO

"Año de la Lucha contra la Corrupción y la Impunidad"

Lima, 30 de diciembre de 2019

OFICIO N° 5506-2019-ORC-BC-VRIN-UNFV

Señora Doctora
ELENA SALCEDO ANGULO
Decana de la Facultad de Psicología
Presente.-

ASUNTO: 1A PURIZACA ROJAS, OSCAR ISRAEL-
CONTROL ANTIPLAGIO

REF.: CARTA N° 301-2019-GT-FAPS-UNFV

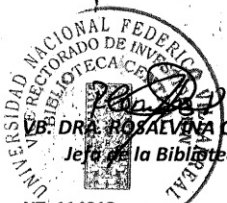
Me dirijo a usted a fin de saludarla cordialmente y a la vez remitir a su despacho el resultado del análisis del sistema antiplagio correspondiente al trabajo presentado por PURIZACA ROJAS, OSCAR ISRAEL, titulado "INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN HOMBRE ADULTO CON ATAQUE DE PÁNICO".

La Oficina del Repositorio Científico cumple con informar a usted que el trabajo antes mencionado cumple con el porcentaje de similitud permitido, por lo que el graduando puede continuar con el trámite correspondiente; posterior a la sustentación de la tesis, dicho documento debe ser remitido a esta dependencia adjuntando los formatos para su publicación, de acuerdo a lo establecido en el Artículo 30°, 33° y Anexo III del Reglamento que norma el Repositorio Científico y uso del software antiplagio de la UNFV.

Cabe indicar, que el documento de la referencia fue recepcionado el **30 de diciembre de 2019** por la mesa de partes de la Biblioteca Central y con fecha **30 de diciembre de 2019** la Oficina del Repositorio Científico cursó al correo institucional de la Oficina de Grados de la dependencia a su cargo el resultado del análisis efectuado para su atención correspondiente.

Sin otro particular, quedo de usted.

Atentamente,



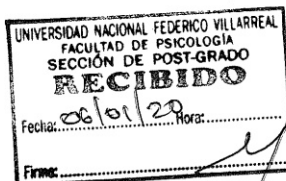
DR. ROSALBA CAMPOS PÉREZ
Jefa de la Biblioteca Central

NT: 114913

Adj.: C. del correo electrónico + Documento de la referencia + CD



DR. ELBER NORBERTO MEJÍA SALINAS
Jefe de la Oficina del Repositorio Científico



U20191230630902FCI019

Av. Oscar Benavides (Ex Av. Colonial) N° 450
Teléfono: 748-0888 Anexo 8865 – Correo Electrónico: bibliocent@unfv.edu.pe



FACULTAD DE PSICOLOGÍA
INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN HOMBRE
ADULTO CON ATAQUE DE PÁNICO

Línea de investigación:

Psicología de los procesos básicos y psicología educativa

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

Autor:

Purizaca Rojas, Oscar Israel

Asesor:

Shimabukuro Kyam, Jorge Luis

ORCID: 0000-0002-2171-3558

Jurado:

Bueno Cuadra, Roberto

Guerra Turin, Eva Luz

Hervias Guerra, Edmundo

Lima- Perú

2020

Dedicatoria

A mi esposa Carla, por ser mi compañera de vida, compartir conmigo la pasión por la psicología y ser mi fortaleza en los momentos difíciles, brindándome su comprensión, cariño y amor.

A mis hijos Sofía y Enzo, por ser mi alegría y motivación constante para ser un mejor profesional.

A mis padres por su cariño incondicional y por siempre estar dispuestos a brindarme un consejo y una palabra de aliento.

Agradecimiento

A Dios y la virgen María auxiliadora, por darme la gracia de la vida y así permitir que pueda alcanzar mis metas profesionales.

Estoy reconocido a los docentes de la Universidad Nacional Federico Villareal, por compartir conmigo sus conocimientos y sus experiencias profesionales, en especial a mi asesor, colega y maestro Jorge Luis Shimabukuro Kyam, con quien tuve el privilegio de compartir conocimientos y aprendizajes sobre la terapia cognitiva conductual.

INDICE

Resumen	viii
Abstract	ix
I. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Descripción del problema	3
1.2. Antecedentes	4
1.2.1 <i>Antecedentes nacionales</i>	4
1.2.2 <i>Antecedentes internacionales</i>	5
1.2.3 <i>Fundamento teórico</i>	6
1.3 Objetivos	13
1.3.1 <i>Objetivo general</i>	13
1.3.2 <i>Objetivos específicos</i>	14
1.4 Justificación	14
1.5 Impactos esperados del trabajo académico	15
II. METODOLOGÍA	16
2.1 Tipo y diseño de investigación	16
2.2 Ámbito temporal y espacial	16
2.3 Variables de la investigación	16
2.3.1 <i>Variable independiente</i>	16
2.3.2 <i>Variable dependiente</i>	16
2.4 Participante	17
2.5 Técnicas e instrumentos	17
2.5.1 <i>Técnicas</i>	17
2.5.2 <i>Instrumentos</i>	18
2.5.3 <i>Evaluación psicológica</i>	21

2.6 Intervención	33
2.6.1 <i>Plan de intervención y calendarización</i>	36
2.6.2 <i>Plan de intervención</i>	36
2.7 Procedimiento	37
2.1.7 <i>Línea base observacional. Fase A</i>	37
2.7.2 <i>Línea base de tratamiento. Fase B</i>	39
2.8 Consideraciones éticas de la evaluación psicológica	53
III. RESULTADOS	54
3.1 Seguimiento	54
3.2 Discusión de resultados	54
IV. CONCLUSIONES	56
V. RECOMENDACIONES	57
VI. REFERENCIAS	58
VII. ANEXOS	61

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Círculo vicioso del pánico	10
Tabla 2.	Estudios realizados	27
Tabla 3.	Datos familiares	28
Tabla 4.	Análisis funcional del ataque de pánico	32
Tabla 5.	Análisis cognitivo	33
Tabla 6.	Registro de frecuencia de conductas y pensamiento de pánico	37
Tabla 7.	Registro de conducta de la triple relación de contingencia	37
Tabla 8.	Registro de duración de los ataques de pánico. Primera semana	38
Tabla 9.	Registro de duración del ataque de pánico. Segunda semana	38
Tabla 10.	Registro de duración del ataque de pánico. Tercera semana	39
Tabla 11.	Cuadro de sensaciones físicas e interpretación errónea y catastrófica	45
Tabla 12.	Estrategias utilizadas en el SPAEC	49
Tabla 13.	Pensamiento poco realista	51
Tabla 14.	Pensamiento realista	51
Tabla 15.	Tipos de debates	52

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.	Estructura familiar actual	27
Figura 2.	Tipos de estímulos y respuestas	30
Figura 3.	Modelos de aprendizaje por condicionamiento operante	31
Figura 4.	Gráfica de línea base	54

Resumen

En el presente estudio de caso se llevó a cabo la intervención cognitivo conductual, a un varón adulto con Ataque de Pánico, el mismo es un estudiante de educación superior de 24 años de edad. Se trabajó con dicho paciente un plan de tratamiento utilizando el modelo cognitivo conductual, realizando un total de 11 sesiones, 10 de ellas de intervención y 1 de seguimiento. Posterior a la ejecución de las sesiones, el paciente logró identificar los síntomas físicos y cognitivos que desencadenan su trastorno, además de ser capaz de poner en práctica técnicas conductuales y corporales para obtener un estado de relajación y aceptación de la etapa de crisis, generando una reestructuración cognitiva a través del debate de sus creencias frente a sus pensamientos automáticos. Gracias al proceso terapéutico, el paciente logra realizar conductas funcionales, para así manejar y enfrentar correctamente sus niveles de ansiedad.

Palabras clave: Ataque de pánico, cognitivo conductual, intervención, línea base

Abstract

In the present case study, cognitive behavioral intervention was carried out on an adult male with a Panic Attack; he is a 24-year-old higher education student. A treatment plan was worked with this patient using the cognitive behavioral model, working a total of 11 sessions, 10 of them intervention and 1 follow-up. After the execution of the sessions, the patient was able to identify the physical and cognitive symptoms that trigger his disorder, and it was also possible for the patient to implement behavioral and bodily techniques to obtain a state of relaxation and acceptance of the crisis, generating a cognitive restructuring through the debate of their beliefs against their automatic thoughts. Thanks to the therapeutic process, the patient returns to functional behaviors, thus managing and managing their anxiety levels correctly.

Keywords: Panic attack, cognitive behavioral therapy, intervention, baseline

I. INTRODUCCIÓN

Durante los últimos años es frecuente identificar un sin número de trastornos psicológicos en nuestra sociedad, los cuales se presentan en cualquier etapa de la vida. Es frecuente dentro de la consulta psicológica, recibir a pacientes derivados por otros especialistas, los cuales aducen malestares y/o síntomas que no tienen una causa física. Stein y Hollander (2010) manifiestan que la ansiedad, como malestar en las personas, se remite a los orígenes de la existencia humana. Quizá por ese carácter tan natural de la ansiedad como parte de la condición humana, los médicos de la antigüedad la omitían de la lista de enfermedades mentales. Actualmente diversos estudios nos indican que los trastornos de ansiedad se han convertido en un tema que genera gran controversia e intercambios de ideas entre los especialistas, esto gracias a que la sintomatología del cuadro perjudica la tranquilidad y el bienestar de las personas.

Botella (2001) manifiesta que el ataque de pánico se ha convertido en un problema de salud pública, para hacer esta afirmación estos autores esgrimen una serie de razones: en primer lugar, la existencia de datos epidemiológicos alarmantes, ya que una serie de estudios ponen de manifiesto que aproximadamente un 10% de la población general ha experimentado, algunas veces, ataques de pánico ocasionales; además, en un 5% de los casos el problema es tan grave que se cumplirían los criterios para poder establecer el diagnóstico de Trastorno de pánico (con o sin agorafobia). En segundo lugar, aunque el curso del trastorno puede variar, tiende a ser crónico y el pronóstico a largo plazo, sin un adecuado tratamiento, es peor que el de la depresión mayor.

En tercer lugar, con frecuencia junto al Trastorno de pánico, se observa la presencia de otros problemas como alcoholismo, abuso de drogas y depresión mayor, los cuales limitan la calidad de vida de los pacientes, ejercen un importante impacto sobre el ajuste marital y la independencia económica y minan su sensación de autoeficacia, generando importantes

consecuencias negativas, introduciendo temor e inseguridad para quien padece de este trastorno. Esta realidad no es ajena a los niños, adolescentes, adultos y adultos mayores, presentándose mayor porcentaje en la edad adulta, según investigaciones recientes, siendo el aumento de las palpitaciones, hipertrofia palmar, temblores, sequedad de boca, dificultades para respirar, náuseas, malestar abdominal y pensamientos distorsionados, algunas de las formas más usuales de sentir el malestar, estas diversas formas como el temor o miedo a lo real o imaginario se presenta exageradamente en los pacientes que acuden a hospitales o clínicas aduciendo que no pueden controlar dicho malestar. Hoy en día es muy poco probable que las personas tengan conocimiento sobre este tipo de trastornos por ello es muy frecuente que puedan relacionarlo con otro tipo de enfermedades o lo más común, pensar que se trata de un posible ataque cardíaco que los llevará a la muerte.

El trastorno de pánico es dentro de los trastornos de ansiedad el que se atiende con mayor frecuencia en la asistencia psicológica clínica, la necesidad de contar con un tratamiento psicológico eficaz y eficiente se ha cubierto, esto gracias a la investigación científica llevada a cabo en las dos últimas décadas. Estudios epidemiológicos de salud mental en el año 2012, realizado por el instituto nacional de salud mental del Perú, señalaron que los trastornos de ansiedad más relevantes y que suelen afectar a las personas son: Fobia social 2.2%, trastorno de ansiedad generalizada 3%, el trastorno de estrés postraumático 5.1% y el trastorno de pánico 0.5% (Instituto Nacional de Salud Mental [INSM], 2016).

El presente estudio de caso, se ha llevado a cabo con la finalidad de conocer a mayor profundidad el trastorno de pánico, las posibles causas que desarrollan el cuadro y del mismo modo plantear un plan de intervención utilizando el modelo cognitivo conductual. Se trabajará con un hombre adulto de 24 años de edad, con estudios superiores, el cual acude a consulta por malestar físico repetitivo que según manifiesta lo ha llevado en más de dos ocasiones acudir a centros de salud por emergencia, pensando en todos los casos que dicho malestar le podría

ocasionarle la muerte. Se ha trabajado un plan de tratamiento utilizando el modelo cognitivo conductual, aplicando un total de 11 sesiones, 10 de ellas de intervención y 1 de seguimiento.

1.1. Descripción del problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1992) menciona que el trastorno de pánico se presentan en diferentes momentos de la persona, dependiendo de la forma de crianza a que ha estado sometida la persona, pudiendo presentarse tanto en niños como adultos y de diferentes tipos de sexo, se relaciona con las amenazas, asustar a la persona con que le puede suceder algo terrible si se conduce de cierta manera, que va contra las normas sociales, haciéndole crear un sentimiento de culpa; la persona se siente amenazada, lo que se refuerza si a algún familiar pasa por los mismos momentos.

En el Perú, el Instituto Nacional de Salud Mental Hideyo Noguchi (INSMHN, 2021), refiere que el problema se caracteriza porque la persona tiene de manera frecuente ataques que se presentan de un momento a otro que lo pueden llevar a intentos de suicidio, algunas veces, si no tienen a una persona cerca, lo pueden consumir. La persona pierde el control de sí mismo, no tiene la voluntad suficiente para autocontrolarse. Se observa a la persona que empieza a temblar, taquicardia con sensación de muerte, pierden el sueño, algunas veces despiertan en ese estado y temen morir, al extremo que piden de manera desesperada la ayuda de las personas que se encuentran cerca de ella. Cuando tienen a alguien que es su soporte y con mucha paciencia le explican, así con la intervención psicológica, pueden recuperarse, aunque siempre es preciso estar alertas a alguna recaída, pero que el paciente lo puede identificar de acuerdo a los síntomas que se presentan.

En el caso del paciente que motiva el presente caso, se caracteriza porque se acompaña de ansiedad y temor a morir, a veces teme ir a dormir porque tal vez no despierte con un ataque al corazón. Las personas de su entorno más cercano a veces no le tienen paciencia porque sale desesperado a la calle, le falta la respiración, quiere lanzarse para que lo atropelle un carro o subirse a un edificio y lanzarse para morir. Todo esto se acompaña con fuertes taquicardias,

temblores, dificultad para respirar y como si tuviera un fuerte peso sobre el cuerpo. A veces los ataques le han sabido durar hasta una hora, no quiere que nadie se acerque, les dice que se retiren porque desea morir.

1.2. Antecedentes

1.2.1. Antecedentes nacionales

Pérez (2018) plantea una intervención cognitiva conductual en un paciente de sexo femenino de 26 años de edad en un cuadro de trastorno de pánico sin agorafobia. En dicha intervención realiza 21 sesiones de psicoterapia con un tiempo de 45 minutos cada una de ellas en donde trabaja junto a la paciente diferentes técnicas de relajación y reestructuración cognitiva, logrando que el número de crisis (Línea base) disminuya considerablemente, así mismo se le brindo a la paciente un sin número de estrategias para conocer, aceptar y generar mayor funcionalidad a nivel personal, familiar y laboral.

Ventura (2009) plantea como objetivo determinar la eficacia de un Programa de Intervención Grupal Cognitivo-Conductual para disminuir el trastorno de ansiedad generalizada. El tratamiento grupal duró un mes (dos sesiones Semanales). Participaron 30 mujeres, cuyas edades oscilan entre 20 a 60 años, con ansiedad generalizada, las cuales fueron designadas a 15 al grupo experimental y 15 al grupo control. Se utilizó como instrumento la Escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7), del cual se hizo el análisis psicométrico respectivo. El diseño metodológico fue Cuasi experimental con mediciones pre test y post test. Los resultados mostraron diferencias significativas a favor del grupo experimental, concluyendo que el Programa de intervención Grupal Cognitivo-Conductual logró disminuir el trastorno de ansiedad generalizada.

Miranda (2018) estudió a una paciente de 26 diagnosticada con trastorno de pánico, aplicándole intervención cognitivo conductual; entre las técnicas que más utilizó estaba el reforzamiento, relajación, así como desensibilización sistemática imaginaria y la real; educó a

la familia a estar atenta a lo que la paciente le diga cuando presenta los síntomas que anteceden al problema; a la paciente le enseñó a respirar y relajarse cuando se presenta el problema. De manera complementaria se practicaba deportes del agrado de la paciente, como, por ejemplo, nadar y correr.

Zeballos (2018) trabajó con una paciente diagnosticada con trastorno de pánico utilizando técnicas cognitivo conductual, donde predominó la psicoeducación, relajación y combinó con otras técnicas, trabajó con la familia y con una amiga muy personal de su entorno, refiere la autora del trabajo que los resultados fueron favorables, luego de 13 sesiones de intervención.

1.2.2. Antecedentes internacionales

Wood (2008) plantea doce sesiones de tratamiento cognitivo conductual en un caso de trastorno de pánico con agorafobia. Expone el caso de un varón de 20 años de edad, que solicita una intervención psicológica aduciendo un problema grave de ansiedad. Padece agorafobia desde hace 3 años, sin haber sufrido ataques de pánico hasta hace 3 meses, momento a partir del cual ha comenzado a sufrir los mismos de modo inesperado y recurrente. La medicación recetada por su médico de cabecera desde entonces no favorece la remisión de los síntomas. Se aplicó un tratamiento cognitivo conductual - centrándonos especialmente en la psicoeducación, el papel de los sesgos cognitivos, las anticipaciones catastrofistas y creencias irracionales acerca de las sensaciones corporales - en doce sesiones de una hora, con una periodicidad semanal, más tres sesiones de seguimiento. Se lograron alcanzar y mantener los objetivos planteados: eliminar los ataques de pánico, disminuir los niveles de ansiedad y depresión, enfrentarse a las situaciones temidas sin sufrir ansiedad (viajar en avión o en transporte público, acudir al cine o al teatro, etc.) y retirar la medicación sin sufrir recaídas. Por último, se muestra los resultados obtenidos de la evaluación pre y post tratamiento mediante el empleo de varios instrumentos de evaluación.

Amodeo (2016) llevó a cabo varias investigaciones con el diagnóstico de trastorno de pánico, era un sujeto dependiente de su familia, con mucho temor a salir solo a la calle porque en cualquier momento le podría sobrevenir una crisis que lo podría llevar a la muerte; utilizó la práctica deportiva, acompañada de técnicas cognitivo conductuales, logró disminuir el problema del paciente y que prevenga la aparición de la crisis.

1.2.3. Fundamento teórico

A. Ataque de pánico. Aún no se ha identificado una causa exacta del problema, se ha formado que tiene base hereditaria de tipo recesivo porque hay padres que no tienen el problema, pero uno de sus hijos sí lo ha desencadenado; que, unido a factores ambientales, como amenazas por parte de uno de los padres, o familia directa; ambiente escolar, etc., también están influyendo, de tal modo que la persona se siente amenazada y responde a través del desencadenamiento del problema. Es preciso informar que algunas veces el organismo reacciona de diferentes maneras ante diversos estímulos orgánicos o ambientales, de tal modo que, si la persona que tiene el problema siente que hay una respuesta orgánica, o emocional, diferente a lo que está acostumbrado, inmediatamente piensa que le puede suceder algo y reacciona con mucho temor a lo que le pueda suceder y hasta tiene temor a morir (Elizalde, 2006). A esto se puede agregar que el problema por lo general se acompaña con otras alteraciones, como, por ejemplo, depresión, ansiedad, estrés postraumático y consumo de sustancias. No es raro encontrar agorafobia porque las personas tienen temor estar frente a público porque tal vez le venga un ataque en esos momentos, por lo que evita el momento ansioso. El investigador agrega que otras veces el trastorno puede ser el inicio de una etapa de esquizofrenia.

Roca (2015) afirma que estos ataques están relacionados con la ansiedad, ataques que se presentan cuando la persona se encuentra pasando por momentos que difícilmente los puede superar, le es difícil, o se siente impotente de dar solución que cualquier persona lo podría

hacer, y al no poder resolver el problema le sobreviene el ataque, el mismo que lo entiende como mecanismo de defensa. Esto se acompaña con desesperación, la persona tiene impulso irresistible a moverse de un lado a otro, se desespera, desea morir, sube y baja las escaleras del edificio, quiere salir a la calle, no desea que lo detengan. El desencadenamiento de la crisis es de un momento a otro, pero se explica que es un proceso donde la persona ha ido teniendo conflictos que no los ha podido solucionar y se desencadena por un estímulo por más insignificante que éste sea; es por eso que los que conviven con ella le dicen que su conducta no tiene sentido ni tampoco se explica ni justifica, sin entender que es un proceso acumulativo de pequeños estímulos que llega el momento que uno de ellos lo desencadena.

B. Causas. Si bien aún no hay una causa específica, se dice que son muchas variables las que están influyendo, principalmente la genética, además de un alto nivel de estrés, respuesta débil ante situaciones estresantes donde la persona difícilmente puede defenderse ante personas que la amenazan que la llevan a tener estrés postraumático. Su primera aparición puede ocurrir en cualquier momento, pero más adelante puede desencadenar una crisis cuando la persona se encuentra en una situación que la amenaza y la respuesta es un mecanismo de defensa ante un peligro que la acecha, es así que huye del momento a través del trastorno, a la vez que está buscando apoyo. Hasta la actualidad no hay una causa específica, son muchas variables las que intervienen; lo cierto es que los problemas no resueltos se van acumulando, a lo que se agrega que la persona ha vivido bajo amenazas y castigos; o burlas por parte de su entorno.

C. Síntomas y factores de riesgo. Los principales síntomas que tiene la persona son: tener sensación que un peligro la acecha y pone en riesgo su vida y llevarlo a la muerte; alteraciones aceleradas del ritmo cardiaco, temblores que le producen sudoración copiosa y sensación de ahogo que se centra en la garganta, acompañados con dolores en el tronco y en la cabeza que la persona siente que se va a desmayar. Cuando se tranquiliza tiene temor a que el

problema se vuelva a repetir en cualquier momento, por lo que tiene temor de irse a dormir porque no podría despertar (Amodeo, 2016). Entre los factores de riesgo están: antecedentes familiares, estrés, un suceso traumático ocurrido y no solucionado, problemas familiares, consumo de sustancias, marcados problemas en la niñez debido a diferentes tipos de maltratos.

La Asociación Psiquiátrica Americana, en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5, 2014) refiere que se encuentra aceleración del ritmo cardiaco, sudor copioso, alteración de la respiración siente que se ahoga, opresión en el pecho, adormecimiento del cuerpo, temor a morir o a terminar en el manicomio; todo esto le deja una sensación que se puede morir por tal motivo no desea quedarse solo, tampoco dormir solo porque tal vez no amanezca. Entre los síntomas más característicos tenemos: Síntomas autonómicos: Palpitaciones o golpes del corazón, o ritmo cardiaco acelerado. Sudoración. Temblores o sacudidas. Sequedad de boca. En los síntomas relacionados con el tórax y abdomen tenemos: Dificultad para respirar. Sensación de ahogo. Dolor o malestar en el pecho. Nauseas o malestar abdominal. Entre los síntomas relacionados con el estado mental tenemos: Sensación de mareo, inestabilidad o desvanecimiento. Sensación de que los objetos son irreales (Desrealización) o de que uno mismo está distante o “no realmente aquí” (despersonalización). Miedo a perder el control, a volverse loco o a perder el conocimiento. Miedo a morir. Los síntomas generales son: Sofocos de calor o escalofríos. Aturdimiento o sensaciones de hormigueo. Criterio de exclusión usado con más frecuencia. Los ataques de pánico no se deben a una enfermedad orgánica, trastorno mental orgánico u otros trastornos mentales, como esquizofrenia y trastornos del humor (afectivo) o trastornos somáticos.

D. El círculo vicioso del pánico. Roca (2015) nos habla del círculo vicioso del pánico, con ello pretende explicar que produce una crisis de pánico y que estrategia se puede llevar a cabo para superar la misma. Llamamos ataque o crisis de pánico a la aparición repentina de miedo o malestar intenso y desagradable, acompañado de una o más sensaciones internas,

como: palpitaciones, sudor, temblores, sacudidas, ahogo, presión en el pecho, mareo, náusea o malestar abdominal, sequedad de la boca, sensación de que percibe cosas de miedo, palpitaciones o incremento de la frecuencia cardíaca. Estas crisis se acompañan de un sentimiento perturbador de miedo o peligro de muerte inminente o de una necesidad fuerte de escapar y buscar ayuda. En el momento de la crisis la persona asume que sufrirá un ataque o trombosis, o que está a punto de morir, o bien que perderá el control.

Una de las preguntas es cómo se llega a esto, al respecto, diremos que una crisis de pánico es una respuesta a la alarma de nuestro cuerpo frente a un peligro. Si reaccionamos con miedo, temor, taquicardia, sudoración, etc., durante el momento que alguien nos ataca con una navaja para robarnos, consideraríamos nuestra reacción como normal. Si un amigo nos jugase una broma pesada y repentinamente nos amenazada con una pistola y nosotros creemos equivocadamente que va a disparar y a matarnos, nuestro organismo respondería del mismo terror y miedo, se pondría en marcha nuestro sistema de alarma y tendríamos a lo que llamamos una falsa alarma. En cada una de las crisis de pánico la persona siempre está temerosa que le puede sobrevenir la muerte, por eso se desespera, es capaz de tomar decisiones que pueden poner en riesgo su vida, algunos pueden llegar a intentar hacerlo porque piensan que no van a poder superar el momento por el cual se encuentran pasando, se han visto casos que el paciente, en su desesperación han llegado a hacerlo. Cuando el cerebro humano percibe, un peligro, ya sea este real o imaginario, automáticamente se pone en marcha el sistema de alarma, es decir se activa una parte de su sistema nervioso que provoca diversos cambios fisiológicos con los que su organismo se prepara para actuar y defenderse frente a la situación peligrosa. Lo que sucede en la crisis de pánico es que la situación para lo cual el cuerpo se está preparando para reaccionar, no es real, y estas alteraciones fisiológicas pasar a ser la verdadera amenaza.

Tabla 1*Circulo vicioso del trastorno Pánico*

A	B	C
Sensaciones internas (debidas a la ansiedad o similares)	Interpretación catastrófica de esas sensaciones	Reacción de alarma

Monbelli (2012) indica que las sensaciones internas pueden ser: palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardiaca, sudor, escalofríos o sofocación, temblores, sacudidas, sensación de ahogo, de falta de aliento, dolor de pecho, náuseas, mareo, Desrealización, despersonalización o parestesias. Estas sensaciones son, en principio normales y típicas en la ansiedad, pero pueden alcanzar una intensidad mucho mayor, al ser interpretadas en forma catastrófica. Para comprender mejor la ansiedad y el pánico, suele ser útil analizarlos en sus tres niveles: el biológico, el cognitivo y el conductual.

E. Diagnóstico. Se puede observar lo siguiente: El trastorno de pánico se caracteriza por ataques recurrentes de ansiedad grave, los cuales no se limitan a alguna situación específica. Para la OMS (1992), considera que deben cumplirse los siguientes síntomas para un diagnóstico final:

- El sujeto experimenta ataques de pánico que no se asocian de forma consistente con una situación u objeto específico, y que se producen espontáneamente.
- Un ataque de pánico se caracteriza por lo siguiente:
 1. Es un episodio diferenciado de intenso miedo o de malestar.
 2. Se inicia abruptamente.
 3. Alcanza su máxima intensidad en pocos minutos y dura más tiempo.

F. Epidemiología. Es un trastorno que está dentro de la ansiedad y se presenta con una frecuencia de aproximadamente el 15% de la población. No debe confundirse con reacciones llamadas normales del ataque de pánico, principalmente cuando la situación lo amerita, como, por ejemplo, observar un accidente de tránsito de alto impacto, ver a una persona tendida en el piso producto de un atropello, observar que un padre de familia está maltratando abusivamente a su pareja, escuchar que algún familiar ha fallecido intempestivamente o le dan una noticia muy lamentable de alguna enfermedad muy penosa. Estos son momentos que una persona los puede superar con las horas o algunos días, pero que no pueden durar para muchos meses.

G. Intervención. El soporte del psicólogo contribuye a que se supere el problema, aunque a veces es necesario que se ingieran medicamentos, pero por poco tiempo para evitar la dependencia al mismo. La psicoterapia es eficaz siempre que se eduque a la persona a cumplir con las indicaciones; para el caso es efectiva la terapia cognitivo conductual que ayuda a disminuir los ataques de pánico; los hábitos saludables, indudablemente, ayudará a superar el problema, entre estos hábitos están las horas de sueño, hacer ejercicios, consumo de alimentos, ayudarlo a tener conductas resilientes para superar las adversidades, tratando siempre con paciencia la consulta de la persona.

1.2.3.1. Modelos explicativos. Entre los principales modelos tenemos:

A. Biológico. Stein y Holander (2010) indican que hay aspectos genéticos, pero que éstos no actúan solos, sino que hay otras formas que están influyendo; es decir, hay múltiples variables que están influyendo, cada persona tiene su propia historia previa y depende de la manera cómo le han enseñado a enfrentar y a solucionar problemas. Estos investigadores informan que hay alteración en la amígdala cerebral, es la encargada de influir en la cognición y en el afecto, así como con otras partes del organismo, como, por ejemplo, el tálamo, el hipotálamo, el hipocampo, que influyen en el afecto y los sentimientos. Se afirma que el sistema nervioso está interconectado con todo el organismo, es así que se conecta y está influyendo en

este tipo de trastorno. El componente biológico de la ansiedad incluye las sensaciones internas que podemos notar cuando estamos nerviosos, como: temblor, mareo, taquicardia, flojedad en las piernas, etc., que en las crisis de pánico alcanzan una intensidad mayor por el mecanismo del círculo vicioso.

B. Modelo cognitivo conductual. Afirman que es una conducta aprendida de alguno de los modelos con los que interactúa el paciente, esto se debe a que dentro de la familia debe haber alguna persona que se desespera ante determinadas situaciones que se pueden resolver de manera rápida, pero no lo pueden hacer debido a su inseguridad, por lo que generan en los menores, también, inseguridad, desesperación, poca motivación para resolver problemas. El componente conductual de la ansiedad y el pánico incluye la tendencia a evitar, huir, escapar, buscar ayuda y hacer cualquier cosa que pueda ayudarlo usted a librarlo del "peligro". El componente cognitivo de la ansiedad se refiere principalmente al conjunto de creencias, pensamientos e imágenes, con contenido de peligro; que, en el caso del pánico, suelen ser pensamientos e imágenes de que estás en peligro de morir, volverte loco o perder el control.

1.2.3.2. Distorsiones cognitivas. Originalmente, Ellis y Grieger (1977) identificaron seis tipos de distorsiones: Inferencia Arbitraria, que consiste en llegar a una conclusión sin tener una justificación o evidencia que lo apoye. Abstracción selectiva, la misma que se valora una experiencia centrándose en un detalle específico, dejando de lado otros elementos relevantes. Generalización excesiva, que se pretende extraer una conclusión o regla general a partir de unos pocos hechos. Magnificación y minimización, consistente en evaluar la magnitud de un acontecimiento incrementando o disminuyendo su significación. Personalización, consiste en atribuir sucesos externos sin que haya una conexión firme para que esto sea cierto. Finalmente, Pensamiento absolutista o dicotómico, referida a la tendencia a clasificar todas las experiencias en una o dos categorías opuestas. Ante esto es preciso tener en cuenta el proceso terapéutico en la terapia cognitiva. Al respecto, Moreno y Martin (2007) manifiestan que las

sesiones se organizan y programan de acuerdo a objetivos, los cuales son: Recoger información relevante; para ello Beck propone el uso de algunos instrumentos como auto informes del problema, del entorno, de enfermedades, de aspectos laborales, etc. Explicar al paciente la naturaleza y los fundamentos teóricos de la TC. Se procurará entender el punto de vista del paciente, las ideas negativas que tenga hacia sí mismo, hacia la terapia ya hacia el profesional mismo. Se trata de lograr que el paciente pueda darse cuenta que los pensamientos negativos, provocan ansiedad. Conseguir una mejoría de los síntomas. Conocer el punto número dos, sirve para conseguir una mejoría en los síntomas que se puedan presentar en un cuadro, las preguntas que formula el terapeuta deben ser las indicadas para que se puedan emitir respuestas específicas. Plantear correctamente los objetivos y el plan de tratamiento a seguir, cerca del final de la sesión, modificador y paciente seleccionaran una tarea que este pueda realizar fuera de la consulta. Esto le indica al paciente que su participación en la terapia es activa.

Roca (2015) afirma que la persona, de manera frecuente, tiene interpretaciones catastróficas, las mismas que suelen concretarse en la creencia de que las sensaciones internas son peligrosas y de que al experimentarlas está a punto de morir, volverse loco o perder el control porque no pueden enfrentarlas. En una minoría de casos, pueden limitarse a la creencia de que dichas sensaciones son terribles y no pueden soportarse. La persona tiene reacciones de alarma, también llamada (Activación del programa de pánico) es un mecanismo reflejo del organismo (como la capacidad de succionar, respirar, etc.) cuya misión es ayudarnos a sobrevivir cuando afrontamos un peligro. La activación de ese sistema de alarma produce las emociones, sensaciones y conductas típicas del pánico. Sin embargo, esta reacción puede producirse, aunque no exista un peligro real, basta con que creamos que estamos en peligro.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar la eficacia de un programa de intervención cognitivo conductual para una

persona con Trastorno de Pánico, de manera que pueda recuperar conductas funcionales.

1.3.2. *Objetivos específicos*

- Lograr que el paciente conozca y entienda el inicio del trastorno, sus síntomas y el mantenimiento de los mismos.
- Lograr que el paciente utilice de manera adecuada la técnica de relajación progresiva cuando le sea necesaria.
- Lograr que el paciente realice correctamente un listado de pensamientos para generar debate cognitivo.
- Aplicar correctamente la reestructuración cognitiva a través del debate de pensamientos alterados.
- Lograr que el paciente conozca y utilice la exposición interoceptiva y exposición en vivo de situaciones en donde se desarrolló cuadros de Pánico.
- Lograr la aceptación del trastorno y proporcione un conjunto de estrategias para que se pueda enfrentar al mismo.
- Aplicar correctamente psi coeducación en temas de control y bloqueo de pensamientos.

1.4. *Justificación del programa*

En la actualidad diversos estudios nos indican que los trastornos de ansiedad, se han convertido en un tema que genera controversia, esto gracias a que las causas que lo desarrollan, perjudican la tranquilidad y el bienestar de las personas, generando e introduciendo temor e inseguridad para quien padece de este trastorno. Las crisis de pánico, son periodos de miedo, aprensión o malestar intenso que surgen de manera repentina y alcanzan su mayor intensidad en los primeros minutos. Aquellos que indican haber sentido la sensación, se atreven a indicar que es una sensación por estar muriéndose. Por ello con esta intervención se pretende generar una estrategia gracias a la intervención cognitivo conductual para el conocimiento, control y aceptación del trastorno en mención, generando así que aquella persona que lo posea pueda

desarrollar las actividades de su vida de manera adecuada. Es preciso explicar cómo es posible que un episodio como este pueda generar en el ser humano tal sensación que hasta le produzca temor a morir, evitar dormir por el miedo a no despertar, o hasta no poder controlarse así mismo, no hay forma de sobreponerse voluntariamente. Algunos pacientes quedan marcados para toda su vida pensando que en cualquier momento les puede venir otro episodio, motivo por el cual hasta dejan de trabajar.

1.5. Impactos esperados del trabajo académico

El caso que se está tratando está incluido en el problema de la salud mental que se presenta en casi todas las personas, por lo general por momentos en que el ser humano se encuentra en un estado de ansiedad que lo puede llevar a la desesperación, como, por ejemplo, esperar una noticia muy lamentable, conocer de un hecho inesperado pero que le generó una alta desesperación; sin embargo, es un problema en pacientes que el problema se les presenta de un momento a otro, en forma intempestiva, por lo que es necesario intervenir para dar solución y, principalmente, para la prevención, de esa manera, la persona hará una vida donde no haya este tipo de molestias.

II. METODOLOGÍA

2.1. Tipo y diseño de investigación

Investigación experimental aplicada (Kerlinger, 2002), con diseño de caso único donde un solo sujeto para por línea base inicial y luego por línea de intervención (Hernández et al., 2014).

2.2. Ámbito temporal y espacial

El estudio de caso fue realizado en el departamento de Piura, de manera presencial en un centro de salud de la ciudad, en el año 2018.

2.3. Variables de investigación

2.3.1. *Variable independiente*

Es la terapia cognitivo conductual, de acuerdo con el modelo de la TC, la respuesta (conductual o emocional) que se da ante un estímulo (una situación determinada) obedece a un proceso mental en el cual se siguen las tareas de percibir, clasificar, interpretar, evaluar y asignar un significado, este proceso está en función de los esquemas cognitivos. Estos esquemas, o creencias nucleares tienen que ver con las abstracciones, la interpretación o el recuerdo de determinados elementos. Los esquemas se desarrollan a partir del conjunto de experiencias de la persona en interacción con su entorno y se fundamentan en creencias, suposiciones, actitudes y visiones del mundo y de uno mismo.

2.3.2. *Variable dependiente*

El trastorno de pánico es una patología frecuente, desagradable y a menudo invalidante, por lo que los pacientes experimentan crisis recurrentes e inesperadas de pánico, seguidas al menos por un mes de inquietudes persistentes acerca de la posibilidad de sufrir una nueva crisis. (Es decir se presenta ansiedad anticipatoria) preocupaciones por las implicaciones de las crisis o cambios de comportamientos, producidas por ellas American Psychiatric Association (APA, 2014). Estará registrada por la frecuencia e intensidad del Ataque de pánico, que se refiere a la

respuesta que un sujeto experimenta de un momento a otro, un ataque de temor de mucha intensidad, el mismo que puede tener una duración desde pocos minutos hasta un periodo más prolongado donde la persona tiene pensamientos suicidas. El miedo a morir es lo que más preocupa a la persona.

2.4. Participante

Datos de filiación

Nombres y Apellidos	:	Carlos
Edad	:	24 años
Fecha de nacimiento	:	9 de junio de 1994
Grado de instrucción	:	Superior
Derivado por	:	Iniciativa propia
Numero de hermanos	:	Dos (2)
Lugar que ocupa	:	3ero
Estado civil	:	Soltero
Religión	:	católica
Lugar de residencia	:	Piura.
Fecha de entrevista	:	25 de agosto del 2018
Terapeuta	:	Lic. Ps. Oscar Purizaca Rojas

2.5. Técnicas e instrumentos

2.5.1. Técnicas

Las técnicas a utilizar son la observación de conducta y la entrevista, las mismas que permitieron registrar la conducta problema; de manera complementaria se entrevista la mamá, que era la persona que acompañaba a Carlos; ella nos proporcionó información importante para la explicación de la conducta.

2.5.2. Instrumentos

- **Test de ANSIEDAD ESTADO / RASGO – STAI**

Datos de filiación

Nombres y Apellidos	:	Carlos
Edad	:	24 años
Fecha de nacimiento	:	9 de junio de 1994
Grado de instrucción	:	Superior
Estado civil	:	Soltero
Religión	:	católica
Lugar de residencia	:	Piura.
Fecha de entrevista	:	25 de agosto del 2018
Evaluador	:	Lic. Ps. Oscar Purizaca Rojas

Motivo de Aplicación

Instrumento aplicado para identificar el nivel de ansiedad del paciente al comenzar la psicoterapia. Esto en relación a dos tipos de ansiedad: Ansiedad Estado: Es aquella ansiedad que el paciente presenta en el presente, durante el momento que completa el instrumento. Ansiedad Rasgo: Nivel de ansiedad que el paciente presenta en la mayoría de sus actividades diarias, arraigadas a su propia forma de ser, sentir o pensar.

Descripción de la conducta durante la ejecución del instrumento

Carlos se muestra intranquilo, manifiesta que sus manos empiezan a sudar y eso es señal que el episodio de pánico esta por empezar, su lenguaje es un poco entrecortado y presta atención de manera adecuada a la explicación del mismo. Su vestimenta es la adecuada y se ubica correctamente en tiempo, espacio y persona.

Interpretación de resultados

En relación al instrumento aplicado, se ha obtenido un puntaje total de 23 en relacionado a ansiedad estado, lo que lo ubica en su nivel promedio alto, lo que evidencia signos de ansiedad relacionados al presente. Con respecto a la ansiedad rasgo el puntaje directo objetivo es de 22, en donde se evidencia un nivel promedio de ansiedad ubicando a Carlos como una persona que suele tener de sensación de miedo, temor frente a situaciones de su vida diaria.

Conclusiones

El paciente muestra un nivel de ansiedad superior al promedio, tanto en lo que corresponde a ansiedad rasgo y ansiedad estado.

• TEST DE PASAMIENTOS AUTOMÁTICOS

Datos de filiación

Nombres y Apellidos	:	Carlos
Edad	:	24 años
Fecha de nacimiento	:	9 de junio de 1994
Grado de instrucción	:	Superior
Estado civil	:	Soltero
Religión	:	católica
Lugar de residencia	:	Piura.
Fecha de entrevista	:	25 de agosto del 2018
Evaluador	:	Lic. Ps. Oscar Purizaca Rojas

Motivo de Aplicación

Hacer una evaluación para identificar los principales tipos de pensamientos automáticos de Carlos y sobre esta base ayudar al mismo a interpretar de otra forma sus pensamientos y su vida.

Descripción de la conducta durante la ejecución del instrumento

Carlos se muestra intranquilo, manifiesta que sus manos empiezan a sudar y eso es señal

que el episodio de pánico esta por empezar, su lenguaje es un poco entrecortado y presta atención de manera adecuada a la explicación del mismo. Su vestimenta es la adecuada y se ubica correctamente en tiempo, espacio y persona.

Interpretación de resultados

En relación al instrumento aplicado, se ha obtenido los siguientes resultados:

El evaluado presenta emociones negativas en: Filtraje: suele magnificar los eventos negativos de su vida, sobre todos aquellos relacionados a su malestar físico generado por el trastorno de pánico. (Piensa que en cualquier momento algo le puede suceder). Visión catastrófica: al enterarse de una noticia negativa o que pensar que un familiar o amigo tiene alguna enfermedad o dificultad, lo asume como si esto fuera lo peor del mundo y que podría pasar también a él. Razonamiento emocional: al tener alguna sensación o pensar algo, lo asume como si esto fuera real o cierto. Tanto que muchas veces suele creer en que está muy mal, pero nadie le quiere decir. Interpretación del pensamiento: En su mayoría de casos Carlos piensa que las demás personas cuando lo ven piensan que tiene algo malo, o que quizá está loco puesto que sus malestares frente a las crisis los asume como real, sus amigos y familia, le dice que todo es psicológico

Motivo de Consulta

El paciente manifiesta lo siguiente: Desde hace un tiempo atrás, unos meses aproximadamente, he sentido reacciones y cambios en mi cuerpo que me generan mucho miedo por la idea de que algo me puede pasar. Yo no sé lo que me pasa, pero esto lo he sentido en muchas oportunidades y la verdad no sé por qué me sucede a mí, siempre he sido un joven normal, estudio en la universidad, hago mucho deporte y me gusta ir al GYM, así mismo de vez en cuando salgo con mis amigos a jugar fútbol. Nunca he consumido alcohol, ni he fumado, por eso me parece increíble sentir este tipo de sensaciones en mi cuerpo. Todo empezó hace un par de años atrás, sentía la sensación que algo estaba mal en mi cuerpo, de la nada sentía

una sensación de malestar, mi corazón latía más rápido y sentía dolor en el pecho, sudaba frío, y mis manos se ponían muy frías, en ocasiones sentía que me podía dar un ataque o que me desmayaría, así mismo mi boca se ponía muy seca y trataba de no pasar saliva porque sentía que me podía generar náuseas o vómitos, esto me ha pasado ya en muchas oportunidades, pero durante los últimos meses se ha vuelto más frecuente, ahora al sentir esta sensación, suelo pedir ayuda a algún familiar o amigo ya que tengo miedo que algo me pueda pasar, suelo caminar y respirar profundamente, mientras espero que la sensación de malestar termine.

El padre del paciente por su lado manifiesta que su hijo Carlos siempre ha sido un chico que ha hecho deporte, sin embargo, debido al dolor en el pecho que dice sentir y las palpitaciones aceleradas del corazón, decidió hacerle unos análisis completos, el médico indico que no se trataba de algo físico, aduciendo una adecuada salud física de mi hijo, aconsejándome que visitemos a un psicólogo puesto que las sensaciones que mi hijo siente pueden ser a raíz de un tema emocional.

2.5.3. Evaluación psicológica

Problema Actual

Presentación actual del Problema. El paciente manifiesta que durante los últimos 60 días ha sentido síntomas como dolor en el pecho, aceleración del ritmo cardíaco, sudoración palmar, sensación de náuseas, miedo y sensación de poder sufrir un ataque o llegar a morirse, dichos síntomas se han producido en situaciones diferentes, por lo cual le parece difícil poder identificar la causa de estas sensaciones.

Desarrollo cronológico del Problema. A la edad de 3 años, Carlos comenzó su desarrollo en una dinámica familiar poco funcional, su padre por motivo de trabajo tenía que trabajar fuera de la ciudad, por ello se pasa los primeros años de su vida sin una figura paterna. Entre los 4 a 5 años empezó su etapa escolar, Carlos evidencia problemas en la articulación del lenguaje, por ello sus padres deciden que comience terapia de lenguaje, siempre fue un niño sociable y

muy desinhibido, mientras va creciendo su interacción se da con primos de edad mayor, los cuales le enseñan actividades de recreación como hacer deporte, juegos de consola, etc. A los 6 años inició la primaria en un colegio particular en su ciudad, llora durante las primeras semanas del año escolar y su madre simplemente lo deja en el colegio para que las maestras lo puedan tranquilizar. A los 7 años, mientras pasea en bicicleta con sus amigos, sufrió un accidente, en donde se golpeó muy fuerte la cabeza y perdió el conocimiento, logró reaccionar al llegar a la clínica. Estuvo internado por 4 días, luego de ello su mejoría fue muy rápida y retomó sus actividades escolares de manera normal. Entre los 9 y 11 años, mostró dificultades de aprendizaje en el colegio, sus calificaciones eran bajas, sin embargo, se mantuvo para poder terminar correctamente el año escolar. En el ámbito familiar la madre le prestó poco interés al desarrollo escolar, puesto que por motivo de trabajo pasa mucho tiempo fuera del hogar. Su padre llegaba a casa los fines de semana y es el quien le revisa los cuadernos. Carlos era un niño tranquilo, pero le costaba mucho seguir órdenes y poderse comprometer con actividades que le ordenan sus mayores, le gusta mucho ver TV y su madre suele darle dinero constantemente para que él pueda comprarse dulces y algunas cosas pequeñas. A los 12 años, junto a sus amigos, empezó a acudir a las salas de internet para jugar juegos en red, esta actividad se volvió muy frecuente en él, todos los días después de llegar del colegio pedía dinero a su madre y pasa 2 a 3 horas jugando en las cabinas de internet, cuando lograba ganar le generaba una sensación de alegría y satisfacción, cuando perdía, sus demás amigos lo molestaban y eso le generaba malestar. En ocasiones cuando su madre no le daba dinero, cogía sin permiso el monedero y sustraía monedas para poder ir al internet.

A los 13 años, Carlos fue cambiado de colegio, puesto su rendimiento escolar era bajo, por lo que sus padres optaron por inscribirlo en una institución más económica y con mayor flexibilidad en la conducta y el nivel académico. A los 14 años, era un adolescente que le gustaba hacer deporte, pasaba buen tiempo jugando en la computadora. Su madre, junto a su

tía, solía reunirse 2 a 3 veces por semana en casa para jugar póker en compañía de algunos de sus primos mayores. Carlos al ser un joven muy interesado en los juegos aprendió rápidamente a jugar y deciden invitarlo a unirse al juego, el cual se lleva a cabo con dinero. Al volverse muy hábil para el póker, ganaba buena cantidad de dinero, lo cual le generaba mucha satisfacción y lo hacía sentir importante. Entre los 15 y 16 años, sus estudios ya eran más regulares, a medida que estudiaba empezó a tener relación con el sexo opuesto. Así mismo le daba mucha importancia a su aspecto físico, empezó hacer ejercicios y en ocasiones acudía al GYM lo que hacía sentirse muy sano y seguro de sí mismo, no dejaba de jugar en su computadora, la cual su padre le compró hace unos años atrás, así como compartir juegos de cartas con sus familiares incluida su madre. Entre los 17 y 18 años, inició sus estudios en la universidad, era un buen estudiante y le gustaba la carrera que eligió. Un día Carlos acompañó a su madre como tema de curiosidad a un tragamonedas y es desde ese momento donde reconoce que le gustan los juegos de apuestas. Se sentía feliz y alegre cuando ganaba, sintiendo una satisfacción personal y corporal que la identificaba como placer, cuando no lograba, ganar simplemente se molestaba, se frustraba un poco y pensaba que ese día no había tenido suerte.

Entre los 19 y 20 años, sus estudios marchaban muy bien y no tenía dificultades en el entorno de familia, acudía al GYM con mucha frecuencia y llevaba una relación de pareja con una joven de su facultad, acudía en algunas oportunidades al tragamonedas y no dejaba los juegos de computadora. La conducta de Carlos se había vuelto algo cambiante, solía ser agresivo y poco tolerante, su lenguaje estaba acompañado siempre de lisuras, incluso en momentos sociales. A los 21 años, mientras hacía ejercicios, sintió una sensación rara en su cuerpo, sintió que el corazón le latía muy fuerte y desarrolló un dolor en el pecho que le impidió seguir haciendo ejercicios, se puso a descansar, pensó que algo le pasaría sin embargo la sensación solo fue momentánea. En ese momento recordó que su papá, un tiempo atrás, también había tenido ese tipo de sensaciones y pensó que de repente tenía algo malo en su

corazón o que quizás se le había bajado la presión. Entre los 22 y 23 años, los episodios de pánico y ansiedad se han repetido en regulares oportunidades, sin embargo, no entendía el porqué de los mismos. Ya acudido al médico en más de dos oportunidades el cual le ha dicho puede ser psicológico.

Descripción de los episodios de ataques de Pánico anteriores. Carlos, joven de 22 años de edad, al estar solo en su sala viendo TV, sintió que le empezó a faltar la respiración, su corazón empezó a latir más rápido, ocasionando un dolor en el pecho, su sudoración se incrementó sobre todo en sus manos, refiere haber sentido sensación de vomitar y desvanecimiento. De manera inmediata sintió la sensación que algo le podía pasar (miedo 10) y que sufriría un ataque al corazón que le podía causar la muerte, experimentando una ansiedad de 10, en ese momento se puso de pie y caminó de un lugar a otro por toda su casa, mientras se frotaba las manos y respiraba profundo, pensando que pronto le pasaría. Así mismo pidió ayuda y comunicar de su malestar a algún miembro de su familia para solicitarles que le hagan compañía porque algo le podía suceder, pasados unos minutos, la sensación de ansiedad disminuyó. Carlos, mientras camina por el centro de su ciudad, sentía que le empezó a faltar la respiración, su corazón empezó a latir más rápido, ocasionando un dolor en el pecho, su sudoración se incrementó sobre todo en sus manos, refiere haber sentido sensación de vomitar y desvanecimiento, su boca se puso seca y tomaba sorbos pequeños de agua para tratar de tranquilizarse. De manera inmediata sintió la sensación que algo le podía pasar (miedo 10) y que sufriría un ataque al corazón que le podría causar la muerte, experimentando una ansiedad de 10, en ese momento se sentó en una banca y trató de calmarse, pensando esto tiene que pasar.

En otra oportunidad, al estar sentado en la butaca del cine, viendo una película, sintió que le empezó a faltar la respiración, su corazón empezó a latir más rápido, ocasionando un dolor en el pecho, su sudoración se incrementó, sobre todo en sus manos, refiere haber sentido sensación de vomitar y desvanecimiento, así mismo su boca se puso seca y tomaba sorbos

pequeños de agua para tratar de tranquilizarse. De manera inmediata sintió la sensación que algo le podía pasar (miedo 10) y que sufriría un ataque al corazón que le podía causar la muerte, experimentando una ansiedad de 10, en ese momento se puso de pie y le pidió a su hermano salir de la sala del cine porque se sentía muy mal. Caminaba de un lugar al otro por el pasillo del cine y exigía a su hermano mayor lo lleve al hospital porque sentía que su corazón le latía muy fuerte. Es Ingresado por emergencia, posteriormente el médico le indicó que no hay incremento del ritmo cardiaco y su presión arterial estaba estable, el médico le sugirió acudir a consulta psicológica para control de ansiedad. Más adelante, durante una reunión con sus amigos por la noche para hacer deporte (jugar fútbol) Carlos se encontraba sentado alistándose para ingresar al campo, al observar a sus amigos calentar dentro de la cancha, empezó a sentir una sensación de pánico en su cuerpo, su corazón latía más fuerte, sus manos se ponían frías y su respiración se agitaba, sus piernas temblaban y su boca se secaba, por lo que optó por tomar agua, una sensación de temor lo invadió (9), y pensó de manera inmediata que no jugara esa noche porque algo podía suceder mientras hacía deporte. El miedo (9) lo invadió y les comentó a sus amigos que parece que algo le va a suceder, se paró, respiró profundamente y tomó agua hasta que después de unos minutos se calmó y la sensación de malestar disminuyó.

En otra oportunidad, mientras Carlos se preparaba para ir al GYM a realizar un poco de ejercicio el fin de semana, encendió el tv y vio un poco de noticias, al hacerlo, visualizó un tema relacionado con la muerte de un joven. En ese momento su nivel de ansiedad aumentó (10) se sentó en su mueble, pues sintió que el ataque de pánico iba a empezar, pensó de manera automática que él podría ser ese joven y que algo podría pasarle si sigue sintiendo ese tipo de malestar en su cuerpo, sus manos se pusieron frías y sintió escalofríos en su cuerpo, aparecieron sensaciones de náuseas y dolor en el pecho. Luego, durante la visita al médico para realizarse un chequeo, tuvo una nueva crisis de pánico. Sintió que le empezó a faltar la respiración, su corazón latía más rápido, ocasionando un dolor en el pecho, su sudoración se incrementó sobre

todo en sus manos, refiere sentir sensación de vomitar y desvanecimiento. De manera inmediata sintió la sensación que algo le podía pasar (miedo 10) y que sufrirá un ataque al corazón que le podía causar la muerte, experimentando una ansiedad de 10, en ese momento se puso de pie y caminó de un lugar a otro mientras rezaba para que la sensación de malestar desaparezca.

Historia Personal

Descripción actual. Carlos es un joven de 24 años de edad, de tés trigueño, contextura delgada. Mide 1.75 aproximadamente, con un peso de 65 kilos. Tiene el cabello crespo color oscuro, ojos claros, cara alargada, cejas pobladas, aparenta la edad referida.

Desarrollo inicial. La madre refiere que su embarazo no fue planificado, sin embargo, fue una alegría para ambos padres enterarse de la noticia, el embarazo la paso lejos de su esposo por motivos de trabajo, el parto fue a término, siendo su primera cesárea. Su desarrollo motor fue adecuado gateo a los nueve meses y camino al año y un mes. Tuvo dificultad para articular de manera correcta algunas palabras por lo cual acudió a terapia de lenguaje.

Conductas inadecuadas más resaltantes de la infancia. Se destacan, entre otras, Problemas de articulación del lenguaje, rabietas al empezar la epata escolar, se come las uñas, coger dinero de la cartera de su madre sin permiso, verbalización de lisuras.

Actitudes de la familia frente al Paciente. Los padres muestran preocupación por la salud de su hijo, puesto que manifiestan que sus ataques de pánico se dan en momentos muy diferentes lo que no permite tener un control sobre los mismos. En una ocasión su hijo ya asistido al hospital de emergencia aduciendo que le podía dar un posible ataque al corazón, por ese motivo el padre acompaña a Carlos a la consulta psicológica y manifiesta estar dispuestos a apoyar a su hijo en todo lo que necesita para poder controlar esta situación

Educación. Berrinches al inicio de su etapa escolar, poco interés por parte de la madre guiar su desarrollo educativo. Por bajo rendimiento escolar y poco interés frente al estudio. Fue cambiado de colegio al concluir el nivel primario.

Tabla 2*Estudios realizados*

Estudios	Concluyó		Presentó Problemas de			Rendimiento		
	Si	No	Adaptación	Aprendizaje	Conducta	Bajo	Prom	Alto
Inicial	X		X					X
Primaria	X			X	X	X		
Secundaria	X				X		X	
Universitaria	X						X	

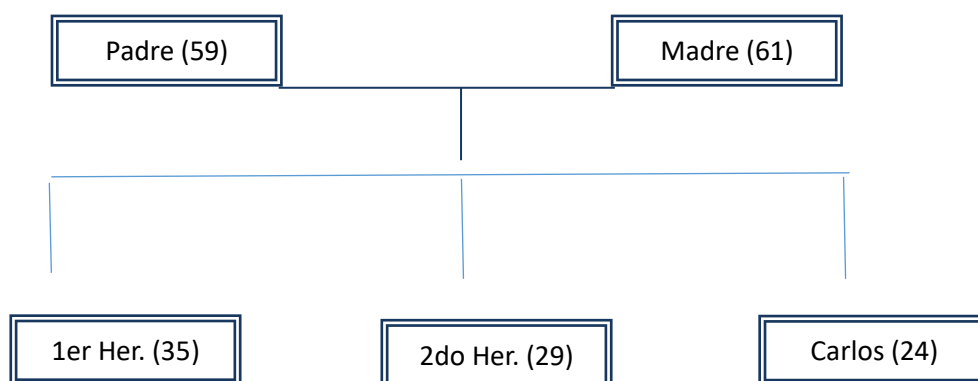
Historia familiar. Está graficada en la siguiente manera:**Figura 1***Estructura familiar actual*

Tabla 3*Datos familiares*

Parentesco	Nombre	Edad	Grado de Instrucción	Ocupación
Padre	Luis	59	Superior	Militar
Madre	Elena	61	Secundaria	Independiente
Hermano 1	Luis	33	Superior	abogado
Hermano 2	Jaime	28	Superior	Ingeniero

Relaciones familiares

Relación con la madre. Relación emocionalmente estable, la madre siempre ha sido muy sobre protectora, y con pocas estrategias para corregir conductas inadecuadas en su hijo. Permisiva para dejar que su hijo pueda realizar actividades según su propia elección, se desarrolló un vínculo afectivo muy fuerte, puesto que ambos acudían con cierta frecuencia al traga monedas sobre todo cuando Carlos tenía entre 19 y 21 años de edad.

Relación con el padre. El padre por su parte presento una interacción muy permisiva para con su hijo, carente de castigos frente a conductas inapropiadas, sobrevaloración de conductas positivas y logros obtenidos por su hijo. No emplea de manera adecuada estrategias afectivas.

Relación con sus hermanos. Relación afectiva inestable, el hermano mayor por su parte asiduo al consumo de alcohol y asistir a fiestas, con conductas de mucha impulsividad y agresión. En ocasiones se han generado conflictos que han llegado a agresiones físicas entre él y su hermano. Con su segundo hermano adecuada comunicación, un trato cordial y estabilidad entre su relación.

Antecedentes familiares. La madre ha presentado cuadros depresivos por conflictos con su hijo mayor, Hermano mayor, conductas alteradas de consumo de alcohol, impulsividad y poco control de impulsos, tratamiento psicológico y farmacológico en relación cuadros de ansiedad. Padre, tratamiento psicológico para control de ansiedad (Ataques de pánico). Carlos

acostumbra a reunirse con la familia, se interesa por temas culturales, se acuerda el cumpleaños de sus familiares más cercanos y lo saluda por teléfono o les envía mensajes. Cuando hay actividades familiares siempre asiste. Se preocupa por las recomendaciones que se les da para la práctica de la psicoterapia.

Conductas disfuncionales. Dejar de asistir al GYM, dejar de hacer ejercicio, evitar ir al cine, no ver películas con contenidos de acción, evitar quedarse solo en casa por miedo a que algo pueda ocurrir, ansiedad.

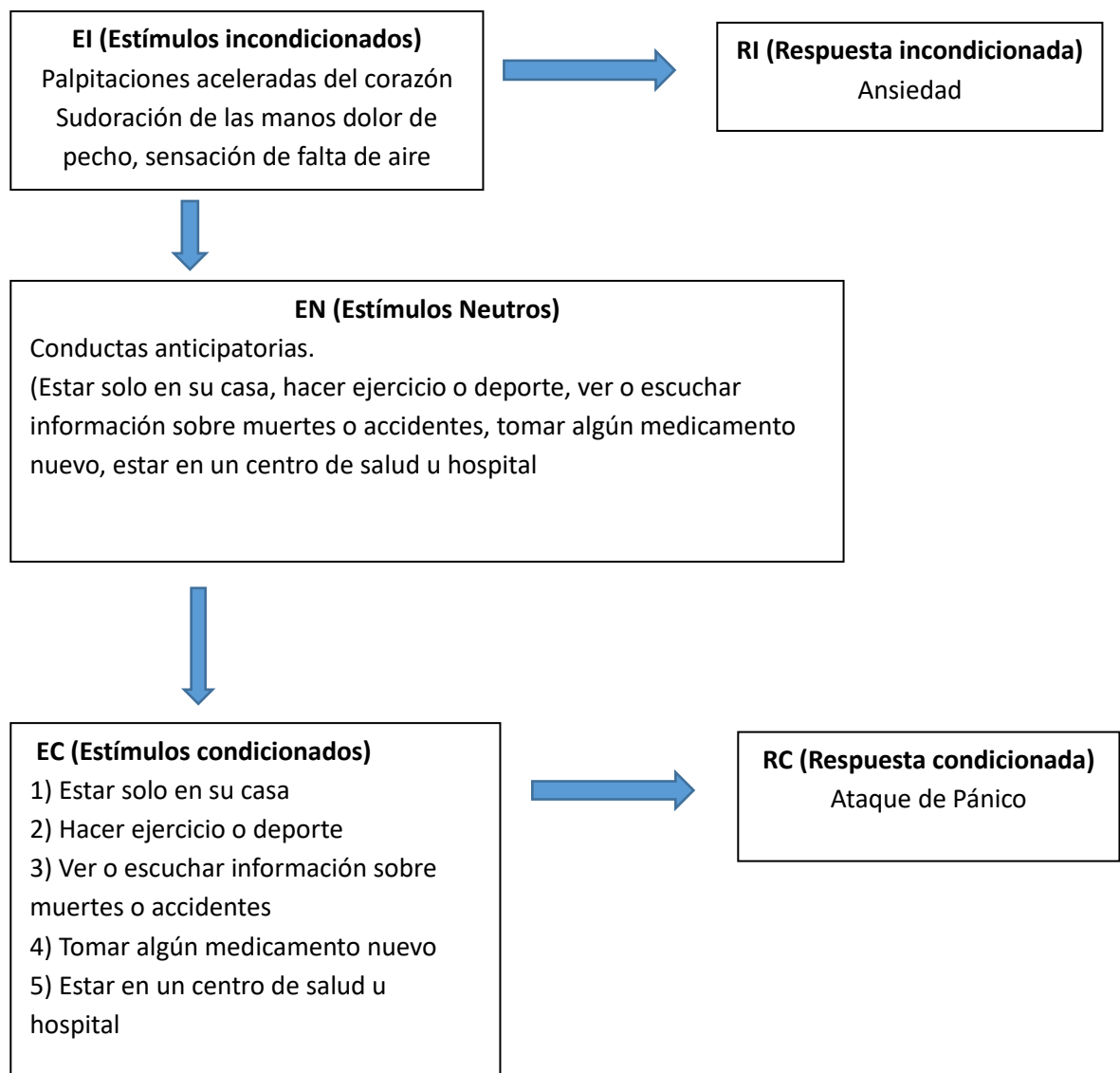
Análisis de las conductas disfuncionales. Entre las Condiciones Ambientales históricas tenemos: Padre temporalmente ausente por motivo de trabajo. Madre con poca presencia en su desarrollo por cuestiones de trabajo. Cambios de colegio. Inicio desde pequeños juegos en red con sus compañeros y primos. Desde el inicio de su adolescencia (12 años) comparte junto a las personas mayores de su familia actividades de juegos de mesa en donde se gana y pierde dinero. Entre las Condiciones Biológicas históricas tenemos: Problemas de lenguaje, lo que lleva a sus padres a llevarlo a terapia. Accidente a los 7 años de edad, en donde se golpea y pierde la conciencia. Entre las Condiciones Psicológicas disfuncionales están Pensamientos distorsionados, Visión catastrófica: “Si sales puede ocurrirte un accidente o algo”. Etiquetas globales: “Es un mentiroso, mala persona”. Entre los esquemas están: Desconfianza y abuso. Dependencia. Vulnerabilidad. En el paciente se puede identificar lo siguiente: Filtraje: suele magnificar los eventos negativos de su vida, sobre todos aquellos relacionados a su malestar físico generado por el trastorno de pánico. (Piensa que en cualquier momento algo le puede suceder). Visión catastrófica: al enterarse de una noticia negativa o que pensar que un familiar o amigo tiene alguna enfermedad o dificultad, lo asume como si esto fuera lo peor del mundo y que podría pasar también a él. Razonamiento emocional: al tener alguna sensación o pensar algo, lo asume como si esto fuera real o cierto. Tanto que muchas veces suele creer en que está muy mal, pero nadie le quiere decir. Interpretación del pensamiento: En su mayoría de casos

Carlos piensa que las demás personas cuando lo ven piensan que tiene algo malo, o que quizá está loco puesto que sus malestares frente a las crisis los asume como real, sus amigos y familia, le dice que todo es psicológico.

Entre las condiciones biológicas actuales están: Manifestaciones biológicas de ansiedad. Entre las Conductas objeto de estudio está la Ansiedad, se aprendió a través del condicionamiento clásico y modelo de aprendizaje según condicionamiento clásico.

Figura 2

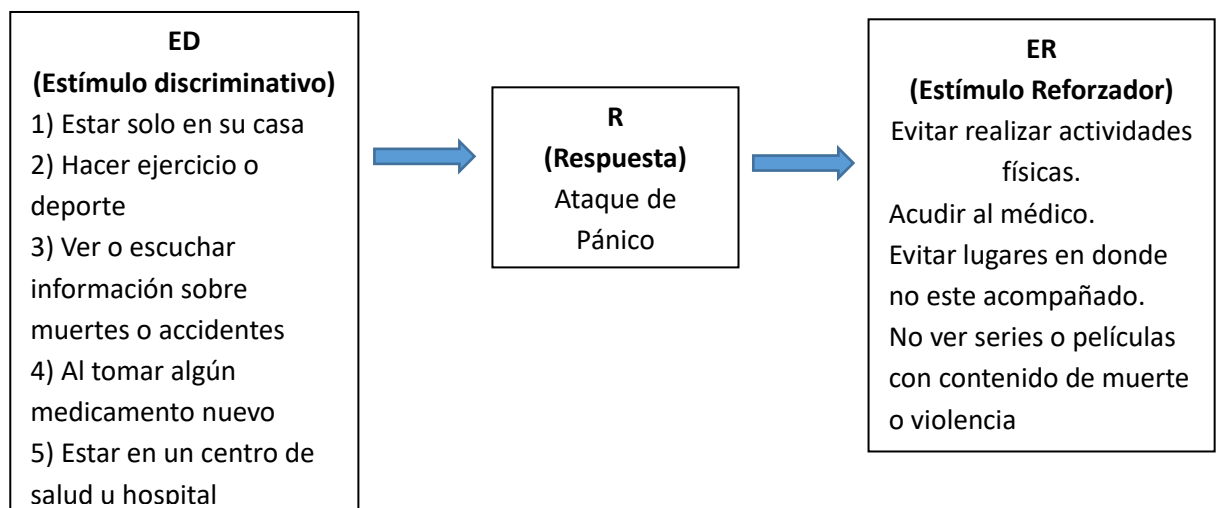
Tipos de estímulos y respuestas



En términos del condicionamiento clásico (o respondiente o pavloviano), lo que la persona aprende es la emisión de una respuesta condicionada (RC) semejante o cercana a la incondicionada (RI) ante la presencia de un estímulo condicionado (EC), lo que sucede habitualmente tras su emparejamiento repetido con un estímulo neutro (EN). Comeche (2012) manifiesta que los ataques de pánico se mantienen a través de un proceso de atención selectiva a determinadas señales corporales (síntomas) atención que despierta y potencia la activación autonómica ante esas señales internas”. Posterior al aprendizaje en relación al condicionamiento clásico, se genera variación del modelo y pasa de ser de un Condicionamiento clásico el aprendizaje se mantiene como Operante, en tal sentido podría formularse más técnicamente de es siguiente manera:

Figura 3

Modelo del aprendizaje por condicionamiento operante



Siendo ED el estímulo discriminativo, R la respuesta y ER el estímulo reforzador (en consecuencia, quien mantiene la conducta).

Tabla 4*Análisis Funcional: Ataque de pánico*

Estimulo antecedente	Ataque de Pánico	Estimulo Consecuente
• Externas 1. Cuando está en su casa solo. 2. Cuando está en un lugar con poco espacio. 3. Cuando realiza actividad física 4. Cuando se enfrenta a una situación nueva. • Internos 1. Pensar en que puede sufrir una nueva crisis 2. Pensar en no saber qué hacer frente a nueva crisis. 3. Pensar que puede perder el control 4. Pensar que en momento de la crisis pueda sufrir un ataque cardíaco. 5. Pensar desarrollara una crisis cuando se proponga a realizar actividades físicas.	• Cognitivo. 1. Porque me pasa esto a mí. 2. Si tengo una crisis perderé el control 3. Esto que me pasa no tiene cura. • Conductual Caminada en su sala de un lado a otro. Se frota las manos. Respira con mayor profundidad • Emocional. 1. Ansiedad (9/10) 2. Miedo (9/10) • Fisiológica 1. Sudoración palmar 2. Boca seca. 3. Dolor de cabe 4. Taquicardia 5. Dolor de estómago 6. Dolor de pecho • Dimensiones 1. Latencia Se produce de manera inmediata 2. Intensidad Ansiedad (10/10) Miedo (8 / 10) 3. Frecuencia. Cada vez que percibe que una crisis está por empezar.	• Externos No realizar actividades físicas. • Reforzador negativo No permanecer en un lugar en donde hay muy poco espacio para desplazarse. No ver series o películas con contenido de enfermedades. No estar solo nunca • Reforzador positivo Cuando algún familiar le brinda soporte o ayuda al estar pasando por un ataque

Tabla 5*Análisis Cognitivo*

Situación (A)	Pensamiento (B)	Emoción y Conducta (C)
Sentirse solo en la casa Caminar solo por las calles. Realizar ejercicios físicos	Pensar: Algo me puede pasar, me voy a morir. No puedo estar solo, no puedo respirar.	Ansiedad (10) Temor (10) Sudoración, taquicardia, dolor de pecho, náuseas.

2.6. Intervención

Entre las técnicas de intervención que se han usado tenemos:

Psicoeducación. Desde el modelo cognitivo conductual, se conoce como psicoeducación al proceso por el que el terapeuta aporta información al paciente con la intención de que éste entienda determinados fenómenos psicológicos. Moreno y Martín (2004) En el caso del trastorno de pánico y de la agorafobia es importante que el paciente comprenda la fisiología de la ansiedad y sus formas (ansiedad generalizada y crisis de ansiedad), cómo puede originarse y cuál es su función, cuáles son sus síntomas, qué mecanismos la facilitan o inhiben, por qué se mantiene por conductas de evitación y escape, cuál es el papel de los pensamientos catastróficos (cogniciones), y cuál sería el tratamiento más idóneo (reestructuración cognitiva y exposición en vivo). Para tal efecto, se han abordado los siguientes aspectos: En primer lugar, definir qué es la ansiedad y cómo se convierte en problema. En segundo lugar, es muy poco probable que se cumplan los mayores temores del paciente (p. e., asfixiarse, tener un infarto, volverse loco o desmayarse). En tercer lugar, la crisis de ansiedad actúa como una falsa alarma de la respuesta de huida/lucha/paralización que se asocia a determinadas sensaciones, actividades, situaciones o lugares. En cuarto lugar, el modelo de vulnerabilidad-estrés y el modelo interactivo de estrés. En quinto lugar, se detecta la diferencia entre la ansiedad generalizada o anticipatoria y las crisis de ansiedad, así como su interacción. En sexto lugar.

Se tiene en cuenta los tres componentes de la respuesta de ansiedad (fisiológico, cognitivo y conductual), cómo interactúan entre sí, y cómo se pueden abordar con el tratamiento propuesto. Finalmente, la necesidad de la autoobservación de los propios síntomas y la utilidad de los auto registros en dicha tarea.

Relajación muscular progresiva. Es impórtate aclarar que hablar de relajación muscular, es hacer mención de los primeros métodos que se utilizaron para conseguir una reducción en los niveles de ansiedad corporal. Sin duda la relajación progresiva que Edmund Jacobson divulgada en 1924, ha sido el método más usado dentro de las prácticas clínicas, y ha demostrado resultados efectivos para el tratamiento del trastorno de pánico. Ante ello, Caballo (1997) menciona que “la relajación aplicada conlleva el entrenamiento en la relajación muscular progresiva, hasta que el sujeto se muestre habilidoso en el empleo de la técnica”. Por otro lado, el temor y la ansiedad disminuyen en la medida en que la relajación proporcione una sensación de control o dominio. Es poco probable el encontrarse relajado físicamente y tenso emocionalmente al mismo tiempo, sin embargo, se puede aprender a sacar utilidad de este vínculo entre el cuerpo y la mente. Moreno y Martin (2007) señalan que para entrenar en relajación muscular antipático hay que tener en cuenta los siguientes pasos: Primero, preparar el ambiente y explicar al paciente el procedimiento. En segundo lugar, enseñar la relajación muscular progresiva con 15 grupos musculares. En tercer lugar, reducir la relajación a 7 grupos musculares. En cuarto lugar, provocar la relajación por evocación o recuerdo. En quinto lugar, generalizar la relajación a ambientes naturales con distracciones. En la medida de lo posible, la relajación muscular progresiva debe comenzar a realizarse en un lugar tranquilo, con luz tenue y sin interrupciones.

Reestructuración cognitiva. El tratamiento cognitivo para enfrentar el trastorno de pánico, se centra en cambiar las evaluaciones erróneas. Por lo cual, se cree que es importante los pensamientos catastróficos en las crisis de pánico (voy a perder el control, no podré soportarlo,

etc.), de forma que la modificación de dichos pensamientos constituye una de las bases centrales del programa. Para Buela-Casal y Sierra (2001) “los pensamientos son tomados como hipótesis y, de forma análoga a como haría un científico, deben buscarse argumentos a favor y en contra y realizar experimentos conductuales para ponerlos a prueba, rechazándolos en caso de que resulten ser falsos”. Moreno y Martín (2004) manifiestan que, en los estados ansiosos, los individuos sobreestiman sistemáticamente el peligro inherente a una situación dada. Estas sobreestimaciones activan automáticamente y de forma refleja el “programa para la ansiedad”, que consiste en un conjunto de respuestas heredadas de nuestro pasado evolutivo, que fue diseñado originalmente para protegernos del daño de los ambientes primitivos, y que incluye: Cambios en el sistema nervioso vegetativo que preparan para la huida, la lucha o el desmayo. Inhibición de la conducta en marcha. Exploración selectiva del ambiente en busca de posibles fuentes de peligro. Para finalizar, se debe tener en cuenta que la reestructuración cognitiva satisface dos funciones en la terapia cognitiva, la primera de ellas es; presentar evidencias que aclaren la malinterpretación catastrófica y la segunda es; la producción de pensamientos alternativos.

Exposición interoceptiva. El objetivo de la exposición interoceptiva, consiste en debilitar el vínculo entre las señales corporales específicas y las reacciones del pánico. La base teórica de la exposición interoceptiva es la extinción del miedo, considerando el planteamiento de los ataques de pánico como alarmas aprendidas o condicionadas ante sensaciones corporales. Según Barlow (2002) “la exposición interoceptiva se lleva a cabo por medio de procedimientos que provocan de forma fiable sensaciones similares a las del pánico, como ejercicios cardiovasculares, inhalaciones de dióxido de carbono, girar en una silla y la hiperventilación”. Moreno y Martín (2004) señalan que la exposición interoceptiva Consiste básicamente en presentar al paciente aquellos estímulos o situaciones que teme (pese a que los mismos no son peligrosos) de una manera controlada y prolongada, hasta que el temor a dichos estímulos o

situaciones disminuya gradualmente o desaparezca. El estímulo o la situación temidos pueden presentarse en la imaginación (exposición en imaginación) o en la realidad (exposición en vivo), para que el paciente se habitúe a su presencia y compruebe que no se producen las consecuencias negativas esperadas o temidas. Además, la presentación del estímulo o la situación pueden realizarse de forma intensiva, provocando en el paciente un intenso miedo desde el principio, o gradual, provocando un miedo menor al principio, moderado después e intenso al final, siguiendo una jerarquía pactada con el paciente. En el trastorno de pánico lo que provoca temor en el paciente es la percepción de sus propias sensaciones corporales o reacciones fisiológicas, lo que se conoce como intercepción, ya que son consideradas como señales o indicios inminentes de que se va a sufrir una enfermedad grave con resultado fatal (muerte o locura).

2.6.1. Plan de intervención y calendarización

El modelo a utilizarse fue el cognitivo conductual, de acuerdo al caso que hemos intervenido, los instrumentos son confiables y la intervención que se hizo a la familia, así como la entrevista al paciente permitió sacar conclusiones para llevar a cabo el plan de intervención, la misma que tuvo una duración de 5 meses, durante dos veces por semana, con una duración entre 60 a 80 minutos de duración cada una. La evaluación, donde se incluyó la elaboración de la historia psicológica y la entrevista a la familia, se llevó a cabo en dos sesiones, luego vino la intervención hasta la culminación de la misma. En todo momento se le informó tanto al paciente como a la familia sobre la evolución del problema, así como se respondió a las consultas que hacían.

2.6.2. Programa de intervención

Terminado de aplicar las pruebas psicológicas, las entrevistas a la familia, al paciente, y luego de interpretar los resultados, se elaboró el plan de intervención. Para esto se confirmó el diagnóstico de trastorno de pánico. Al explicarle la manera en que se va a intervenir, tanto a

él como a su familia, estuvieron de acuerdo con lo que se les dijo, lo importante es seguir las instrucciones que se les va a dar. La manera en que se le motivó para tener éxito en la terapia lo entusiasmó, la familia estuvo conforme, le dieron ánimo y que todo saldrá bien.

2.7. Procedimiento

2.7.1. Línea base observacional, Fase A

Tabla 6

Registro de frecuencia de conductas y pensamientos de pánico

Conductas y pensamientos	Setiembre 2018		
	Semana 1	Semana 2	Semana 3
Ataque de Pánico (Sensación de taquicardia, sudoración de manos, sensación de aprensión, pensamientos de muerte, temor)	6	4	5

Tabla 7

Registro de conducta de la triple relación de contingencia

Fecha SETIEMBRE	Qué sucede antes (Ed)	Conducta (C)	Reforzador (Er)
SEMANA 1	- Estar Solo en su sala viendo TV - Haciendo cola en el banco para realizar un pago	Sudoración, taquicardia, náuseas sensación de boca seca Dolor en el pecho Pensamiento: Estoy enfermo. Pensar: Me voy a morir	Pensar: Si sigo así algo me va a pasar, me puede dar un ataque en cualquier momento

SEMANA 2	- Preparando sus materiales para ir a la universidad. - Enterarse que su abuela se había puesto mal de salud	Sudoración, taquicardia, náuseas sensación de boca seca Dolor en el pecho Pensamiento: Estoy enfermo. Pensar: Me voy a morir	Entrar a internet de manera frecuente para ver información sobre temas de ansiedad. Pensar: me puedo morir en cualquier momento
SEMANA 3	- Ver a sus primos preparándose para hacer deporte. - Mientras está sentado en su PC jugando.	Sudoración, taquicardia, náuseas sensación de boca seca Dolor en el pecho Pensamiento: Estoy enfermo. Pensar: Me voy a morir	Temor y miedo a realizar actividades físicas, por sentir la sensación de malestar

Tabla 8

Registro de duración de ataques de pánico. Primera semana

	Setiembre del 2018					
	Semana 1					
Ataque de Pánico	1er episodio	2do episodio	3er episodio	4to episodio	5to episodio	6to episodio
Duración	12 min	15 min	12 min	15 min	15 min	12 min

Tabla 9

Registro de duración de ataques de pánico. Segunda semana

	Setiembre del 2018			
	Semana 2			
Ataque de Pánico	1er episodio	2do episodio	3er episodio	4to episodio
Duración	16 min	20 min	15 min	12 min

Tabla 10*Registro de duración de ataques de pánico. Tercera semana*

Setiembre del 2018					
Semana 3					
Ataque de Pánico	1er episodio	2do episodio	3er episodio	4to episodio	5to episodio
Duración	12 min	15 min	20 min	15 min	15 min

2.7.2. Línea base de tratamiento, Fase B

Línea de Tratamiento. Para el tratamiento se ha utilizado terapia cognitivo conductual en un número de 10 sesiones de psicoterapia y 1 de programación para seguimiento u acompañamiento del paciente, con la finalidad que acepte y logre manejar estrategias cognitivas y conductuales adecuadas frente a los ataques de pánico. Previamente se le explicó al paciente la manera en que se iba a llevar a cabo la intervención, se le enseñó técnicas de relajación, las mismas que debería hacer tres veces al día, durante cinco minutos cada vez. En esta etapa el paciente, a medida que hacía respiración profunda, se imaginaba que se encontraba en un prado, caminando, hasta llegar a un riachuelo y terminaba bañándose. En cada etapa se podría imaginar el momento que más le agradaba. Todo esto tenía el propósito de estar relajado y saber qué hacer cuando se presente el problema del trastorno de pánico, pues tan luego como empezaba a sentir algún síntoma tenía que relajarse; con esto preveía la aparición de la crisis y también al momento de la misma tenía que relajarse para controlar el problema. Esto también ayudaba a prevenir otro tipo de problema de trastornos de ansiedad.

Para un mejor éxito en el presente trabajo, se ha utilizado la desensibilización sistemática imaginaria, para lo cual a Carlos se le entrenó a hacer ejercicios de respiración, relajación y a imaginarse, mientras se relajaba, estar en momentos que más le han agradado en su vida pasada, o en la manera cómo le gustaría estar. Otro aspecto consistió en que cuando le sobrevenía una

idea, o pensamiento, del ataque de pánico, inmediatamente lo bloqueaba pensando en algo optimista o en un sentido opuesto para bloquear su pensamiento. De manera paralela se le conversaba para que comprenda que pensar en ese momento en que le podría venir la crisis lo único que generaría es evitar el progreso de la intervención y que por lo tanto se puede controlar haciendo lo que más le agrada. Algunas veces preguntaba de manera frecuente si lo que hacía le iba a dar buenos resultados, le respondimos que mucho va a depender del esfuerzo que haga. Haciendo los ejercicios va a prevenir el ataque de pánico y otros problemas más. El reforzamiento de sus avances siempre se llevó a cabo para que el paciente incremente la frecuencia de la conducta adecuada. El mejor estímulo que recibía el paciente era que cada vez se sentía mejor, le decíamos que era debido a su esfuerzo.

Esta intervención se llevó a cabo en 4 etapas.

Etapas I: Comprender el Pánico. Comprender y entender qué son las crisis de pánico, su función adaptativa (física y automática) y la importancia de los pensamientos en la ansiedad y el pánico. Aclarar al paciente las dos explicaciones existentes acerca del problema. En la entrevista se le interrogaba qué experiencias desagradables ha tenido en su infancia o adolescencia, así como si tal haya sido testigo de algún hecho desagradable que le impactó y ha dejado en él la causa del problema por el que se encuentra pasando. Para esto se tiene en cuenta lo siguiente:

- a) Pensamientos catastróficos automáticos, los cuales él se genera y son el punto de partida de su crisis. Se investiga qué ocurría cada vez que terminaba la crisis de pánico, cómo era percibido por su entorno más cercano; cómo reaccionaban las personas que estaban más cerca de él y si lo ayudaban o tal vez les eran indiferentes.
- b) El pánico se produce el mecanismo del círculo vicioso, no se considera como algo peligroso y puede superarse con la terapia. Registrar las crisis de pánico que experimenta para poder analizarlas

Etapla II: Manejar el Pánico. Se pretende que el paciente pueda habituarse y detectar sus pensamientos automáticos catastróficos y los pensamientos alternativos realistas orientados al cambio. (reestructuración cognitiva). Llevar a cabo diversas estrategias corporales y analizar los resultados. Aprender técnicas de control de ansiedad, como: distracción, respiración diafragmática, relajación y auto instrucciones. Una vez aprendidas, usarlas para afrontar el pánico. La etapa finalizará cuando aprenda a captar sus pensamientos automáticos catastróficos y sus alternativas realistas y se capaz de afrontar las sensaciones que antes temía con las técnicas aprendidas, manejando las crisis de pánico satisfactoriamente en la mayoría de ocasiones. Otro aspecto relevante es qué hace el paciente en el momento de la crisis, aquí deberá demostrar la forma cómo se ha preparado para cuando ésta llegue; es el momento de hacer la relajación y controlar el problema. Cabe precisar que para que se tenga éxito el paciente deberá haber practicado el tiempo necesario (tres veces al día) para que llegado el momento pueda hacer frente y tener éxito para vencerlo.

Etapla III: Provocarse repetidamente las sensaciones temidas. Con el objetivo de romper su asociación con la evaluación de peligro. Se provocan con diversos ejercicios y tareas, pero sin llevar a cabo interpretaciones catastróficas, por tanto, las sensaciones tendrán una intensidad menor y aunque es deseable que al principio produzcan cierto grado de ansiedad, no llegarán a provocar pánico. La etapa finalizará cuando haya practicado, reiteradamente, todos los ejercicios capaces de provocarle las sensaciones que antes temía, hasta romper la asociación entre dichas sensaciones y la interpretación catastrófica que daba lugar a su reacción de pánico.

Etapla IV: Eliminar las conductas de búsqueda de seguridad. Que aun persistan y exponerse a situaciones que antes temía o evitaba. Se van eliminando todas las conductas dirigidas a evitar la aparición de las sensaciones que antes temía, o prevenir su supuesta peligrosidad. Esto incluye la exposición reiterada a situaciones que antes temía o evitaba. La etapa finalizara cuando se haya expuesto, repetidamente a las situaciones y actividades que antes temía o

evitaba. Esta etapa también incluye lo que debe hacer el entorno para evitar la dependencia del paciente porque a veces se somete a alguna persona debido a que ésta está atenta a que no le sobrevenga la crisis; debido a esto el paciente a veces no puede superar el problema porque está esperando a que alguien lo ayude o se compadezca.

Etapas IV: Finalización de la Terapia y prevención de recaídas. Esta etapa incluye los siguientes pasos: Evaluar los resultados de la terapia. Analizar las estrategias para prevenir recaídas. Generalización de lo aprendido para que se comporta de manera adecuada en todos los lugares donde se desenvuelva.

Terminada esta etapa se lleva a cabo el resultado de las evaluaciones, así como verificar si se está llevando a cabo de manera adecuado el tratamiento. Del mismo modo evaluar la eficacia de la intervención entrevistando no solo al paciente sino también a la familia. Al ser el trastorno de pánico una reacción ansiosa, se le ataca también de esa manera. Se ha analizado el registro de las fases A y B. Se continuó con los ejercicios de relajación respiración, así como la retroalimentación de las sesiones. Se concluyó con la fase de seguimiento.

A continuación, se describen las sesiones de intervención:

Sesión 1. Tuvo como objetivos brindar al paciente información sobre el resultado de sus evaluaciones. Brindar información sobre el tratamiento: número de sesiones y duración del mismo. Las técnicas que se usaron fueron: Dialogo explicativo y Escucha activa. En la sesión se le brindó al paciente los resultados claros y confiables de los instrumentos aplicados, de manera que pueda percibir que el trabajo terapéutico que se pretende realizar se maneja con la formalidad del caso. Se explicó los resultados de cada uno de los instrumentos aplicados y se procede a aclarar las dudas que el paciente tiene frente a los mimos.

En cuanto al test de Ansiedad Estado/Rasgo-STAI, se llegó a las siguientes conclusiones:

El paciente mostró un nivel de ansiedad superior al promedio, tanto en lo que corresponde a ansiedad rasgo y ansiedad estado.

En relación al test de Pensamientos Automáticos, se llegó a las siguientes conclusiones:

Filtraje: suele magnificar los eventos negativos de su vida, sobre todos aquellos relacionados a su malestar físico generado por el trastorno de pánico. (Piensa que en cualquier momento algo le puede suceder).

Visión catastrófica: al enterarse de una noticia negativa o que pensar que un familiar o amigo tiene alguna enfermedad o dificultad, lo asume como si esto fuera lo peor del mundo y que podría pasar también a él.

Razonamiento emocional: al tener alguna sensación o pensar algo, lo asume como si esto fuera real o cierto. Tanto que muchas veces suele creer en que está muy mal, pero nadie le quiere decir.

Interpretación del pensamiento: En su mayoría de casos Carlos piensa que las demás personas cuando lo ven piensan que tiene algo malo, o que quizá está loco puesto que sus malestares frente a las crisis los asume como real, sus amigos y familia, le dice que todo es psicológico. Posterior a ellos se explica detalladamente el proceso de tratamiento en relación a cuantas son el número de sesiones que se pretende llevar a cabo y el tiempo que durará cada una de ellas. Así mismo cuales son los objetivos que se pretenden conseguir en cada uno de ellos. Para terminar, se brindó al paciente una información para que pueda leer en casa correspondiente a la ansiedad de cómo superar un ataque de pánico.

Sesión 2. Tuvo como objetivos Revisar contenidos de la semana (Artículo “Cómo superar un ataque de pánico”), de esta manera se evaluaba de manera frecuente el avance del malestar por el que llegó a consulta; el artículo que se le hacía leer ayudaba a que comprenda mejor el problema y cómo muchas personas lo han llegado a superar, para lo que era necesario poner mucho esfuerzo y voluntad. Esta sesión tuvo como objetivo explicar al paciente qué es la ansiedad y cómo se convierte en un problema (Ansiedad normal vs Ansiedad Patológica), para lo cual es necesario que entienda el problema y qué es lo que lo estaría causando. Explicar los

tres competentes de la ansiedad (Ansiedad fisiológica, cognitiva y conductual); en este caso, se le explicaba que la ansiedad no es un problema biológico, también tiene bases ambientales y han venido influyendo en ello; en la medida que lo comprenda, empezó a descubrir el motivo y a partir de aquí iniciar el cambio, para lo que es preciso el apoyo de la familia y de personas de su entorno.

Las técnicas que se utilizaron fueron el Dialogo explicativo y la Psicoeducación.

La sesión fue descrita de la siguiente manera: Se inició felicitando al paciente por su compromiso por la sesión y así mismo indicarles que esto es de gran importancia para que puedan llevar a cabo los objetivos trazados a futuro. Seguidamente se le da apertura a la sesión invitándole a que nos dé su opinión sobre el artículo que se le dejó como tarea. Se le pidió pueda hacernos un pequeño resumen de lo que ha comprendido y de la importancia que esta información tiene para el tratamiento. El tratamiento comenzó explicando al paciente qué es una crisis de ansiedad, cuáles son sus síntomas y en qué consiste el trastorno de pánico. Para ello le pedimos que nos relate su última crisis de pánico (o la peor que tuvo) y que nos cuente qué es lo que pensaba o imaginaba que le estaba sucediendo. A partir de los síntomas que nos relata, y de lo que estos representan para él, presentamos el listado de síntomas fisiológicos y cognitivos que definen el ataque de pánico. Y Explicar los tres competentes de la ansiedad (Ansiedad fisiológica, cognitiva y conductual). Después de reconocer los síntomas, pedimos que nos diga qué repercusiones ha tenido en cualquier aspecto de su vida, para de esta manera comprobar las formas de evitación o escape que se ha desarrollado hasta ahora; de esta manera se le estará iniciando el periodo de autocontrol y relajación. Posterior a ello, le explicamos los conceptos de preocupación, ansiedad anticipatoria, evitación y escape, los cuales son nuestra base para justificar nuestra intervención cognitivo conductual; de todas maneras, también se le explicó la importancia de hacer frente al problema.

Tabla 11

Cuadro de sensaciones físicas e interpretación errónea y catastrófica

Sensación física	Interpretación errónea y catastrófica
Palpitaciones / opresión en el pecho	Ataque al corazón / me muero
Sensación de irrealidad	Me volveré loco, perderé el control
Sensación de ahogo	Me estoy asfixiando, me falta el aire
Sensación de atragantamiento	No puedo pasar la saliva, no puedo respirar
Sensación de mareo o inestabilidad	Me voy a desmayar
Visión borrosa	Me quedare ciego, me dará un derrame cerebral
Sudor de manos	Mi presión estaba baja

Se le explicó los tres componentes de la Ansiedad: Evolutivamente ha servido al ser humano para sobrevivir, preparándolo para la huida o la lucha. Su finalidad es adaptativa, generando protección frente a posibles peligros. Podríamos imaginarla como un sistema de alarma que nos protege. La respuesta de ansiedad se expresa en tres niveles: El primero es el Fisiológico: se manifiesta mediante las sensaciones internas que podemos notar cuando nos ponemos nerviosos (temblor, mareo, taquicardia, etc.) Corresponde a la activación del sistema nervioso vegetativo. El segundo es el Cognitivo: son los pensamientos, creencias, imágenes, con contenido de peligro. Que se han asociado con la percepción y la búsqueda de peligro y la sensación de falta de control. Finalmente, el tercero es el Conductual: tendencia a huir, escapar, evitar.

Sesión 3. Los objetivos de la sesión fueron: Analizar el registro de crisis de ansiedad (ataque de pánico) del paciente, y Explicar cómo funciona la estrategia ACALMESE. Las técnicas que se utilizaron fueron Dialogo explicativo y Estrategia ACALMESE. La sesión se inició dando la bienvenida al paciente y hacemos un pequeño recordar de lo que se vio en la sesión pasada. Más adelante se le dijo que vamos a revisar y debatir la tarea que se le dejó ((Registro de exploración de crisis de ansiedad. Para terminar, se procedió a enseñar la estrategia ACALMESE la cual consiste en lo siguiente:

Acepta tu ansiedad, es la mejor forma de lograr que desaparezca

Contempla las cosas de tu alrededor, analiza tus pensamientos y sensaciones del cuerpo

Actúa con la ansiedad, permanece en ella calmadamente.

Libera el aire de tus pulmones (Relajación diafragmática)

Mantenga los 4 pasos anteriores

Examine sus pensamientos y valorícelos

Sonría, lo está consiguiendo, dele valor a su esfuerzo

Espere lo mejor.

Se dejó como tarea para la próxima reunión, trabajar la estrategia en mención.

Sesión 4. Los objetivos fueron: Retroalimentación y Técnica de relajación progresiva de Jacobson. Las técnicas fueron: Dialogo explicativo, Relajación progresiva de Jacobson y Psicoeducación. En la descripción se tuvo en cuenta lo siguiente: Se brindó el saludo cordial y la bienvenida al paciente y se le recalca la importancia que tiene para objetivo final el que pueda asistir de manera adecuada a las sesiones de terapia. Se le pide al paciente que nos hable de cómo ha manejado la estrategia ACALMESE durante la semana y que nos describa como se ha sentido frente a ella. Posteriormente, se procedió a enseñarle una estrategia de relajación corporal que facilitará la relajación muscular y disminuirá en nivel de tensión. La tensión de los músculos es una reacción fisiológica frecuente en los estados de ansiedad o miedo. En

situaciones potencialmente peligrosas o ante peligros concretos, es adaptativo para el organismo tensar los músculos con el propósito de prepararse para la acción y garantizar así la supervivencia, que sería difícil si los músculos estuvieran relajados y la respuesta de huida o lucha no pudiese realizar de forma efectiva con rapidez de relajación progresiva de Jacobson. Se le explicó que lo que busca esta técnica es diferenciar los estados de tensión en los diferentes grupos musculares del cuerpo; de los estados de relajación de los 104 mismos. Se le mencionó que en muchas ocasiones no identificamos de forma correcta la tensión en los músculos asociados a estados ansiosos; justamente porque no sabemos reconocer lo que estar tenso implica. Debido, a que normalmente se siente en algunos músculos y no en todos. Por otro lado, se le explicó que el objetivo principal de la técnica no es únicamente diferenciar entre la tensión y la relajación; sino el llegar a relajarse de manera voluntaria sin necesidad de tensar el cuerpo.

Para empezar, se trabajaron 7 grupos musculares: Mano dominante y antebrazo. Bíceps dominante. Mano y antebrazo no dominante. Bíceps no dominante. Frente. Párpados. Nariz y mejilla. Los ejercicios tenían una duración, en total, de aproximadamente 50 minutos, de manera simultánea, el paciente se iba imaginando momentos que más le había agradado en los mejores momentos de su vida, o de los que deseaba pasar.

Sesión 5. Esta sesión tuvo los siguientes objetivos: Trabajar relajación de 8 grupos musculares restantes, y Analizar su nivel de concentración y relajación. Las técnicas que se utilizó fueron: Relajación progresiva y Control respiratorio. Para llevarla a cabo, se le brindaba el saludo cordial al paciente y se le pedí que nos describa en qué momentos durante la semana utilizó la técnica de relajación progresiva y cómo se ha sentido durante esas ocasiones. Posteriormente, pasamos a trabajar ejercicios para control de respiración.

Aquí se tuvo en cuenta lo siguiente: La relajación respiratoria consistió en hacer ejercicios de respiración lenta por la nariz, una vez llenado los pulmones, debía contar hasta 3.

A continuación debía exhalar, volver a contar hasta 3. Luego volver a hacer el ejercicio varias veces para mantener la respiración y fortalecer el diafragma. Más adelante se hizo la relajación progresiva, donde se trabajó con 8 músculos, entre los que se encontraba: Mandíbula, mejillas inferiores y lengua. Cuello y garganta. Hombros y parte superior de la espalda. Pecho. Abdomen. Espalda inferior. Pierna dominante. Pierna no dominante. Finalmente, se debatía y analizaba las sensaciones percibidas durante la relajación.

Sesión 6. Esta sesión tuvo los siguientes objetivos: Realizar ejercicios de respiración adecuada. Realizar ejercicios de hiperventilación. Aceptar y controlar sensaciones de ansiedad. Las técnicas que se utilizó en la presente sesión fueron: Hiperventilación y Control respiratorio. En esta sesión se procedió a explicar al paciente que el entrenamiento en respiración es una estrategia de autocontrol utilizada para regular la conducta respiratoria, y que esta se ve alterada dentro de los estados de ansiedad. El concepto puntual es la hiperventilación, que consiste en un aumento de la disponibilidad de oxígeno en la sangre, por encima de los niveles requeridos del organismo. La Hiperventilación ocurre por el aumento de la frecuencia e intensidad de la respiración. Se tiene que explicar al paciente que la hiperventilación que sería corregida automáticamente por el organismo, se complica por los pensamientos catastróficos. (Me falta el aire, no puedo respirar, me estoy muriendo). Para contrarrestar la hiperventilación se trabaja una respiración diafragmática lenta.

1er paso: Le pedimos al paciente que hiperventile voluntariamente, para lograr esto tiene que respirar rápido y profundo por la boca. Logrado esto se le explica que un estado de ansiedad viene acompañado de sensación de hiperventilación.

2do paso: Introducimos la técnica de respiración diafragmática. Rítmica y lenta, mientras se lleva al cabo el proceso, le pedimos que se mentalice en una palabra que le genere relajación o tranquilidad. En este paso puede ser PAZ.

Como tarea el paciente tendrá que practicar la respiración diafragmática 2 veces al día

por 10 minutos.

Sesión 7. Tuvo como objetivos: Afianzar ejercicios de respiración. Identificar los síntomas, los pensamientos activadores y las consecuencias emocionales o conductuales. Las técnicas que se utilizó fueron: Psicoeducación y Estrategia SPAEC. En esta sesión, se le brindó el saludo cordial al paciente y evaluamos los contenidos de la sesión anterior, recalando la importancia que se tiene al poder llevar a cabo una adecuada respiración para llegar a una relación corporal. Luego de ello llevamos a cabo la estrategia de relajamiento respiratorio por unos minutos y pedimos que nos cuente si puede identificar la diferencia entre una respiración normal y la respiración diafragmática. Posterior a ello procedimos a mostrarle la estrategia SPAEC para identificar los síntomas, pensamientos activadores y consecuencias emocionales o conductuales que se presentan en el cuadro de pánico.

Tabla 12

Estrategias utilizadas en el SPAEC

Estrategia SPAEC		
Síntoma	Pensamiento Automático	Emoción comportamiento
Marea, taquicardia, desmayo	Me voy a morir, me va a dar un ataque, no puedo con esto que me pasa.	Preocupación Miedo Pánico

Se identificó junto al paciente el listado de síntomas que desencadenan el cuadro, así mismo cuáles son las diferentes formas de sentir o pensamientos que suelen llegar a su cabeza frente a los síntomas, y que emoción o conducta puede desarrollar el mismo. Esto con la intención de generar un autoconocimiento del desarrollo de la ansiedad. Para concluir se le dejó como tarea realizar un listado de los síntomas, pensamientos y emociones o conductas que

logre identificar en el transcurso de la semana.

Sesión 8. Tuvo los siguientes objetivos: Revisar la tarea estrategia SPAEC. Intervenir de manera cognitiva. Las técnicas utilizadas fueron: Psicoeducación y Reestructuración cognitiva. Para llevar a cabo esta sesión, de intervención cognitiva, en primer lugar, se siguieron los siguientes pasos: Explicar el modelo cognitivo. Identificar y registrar con el paciente sus pensamientos automáticos y catastróficos, si como las distorsiones del pensamiento. Cuestionar de modo constructivo, la validez de sus pensamientos. Ayudar al paciente a reestructurar los recuerdos de sus crisis sobre todo las que recuerde con mayor angustia. A continuación, se le explicó el modelo ABC. A (Situación desencadenante: Se refiere a donde está el paciente, con quien y que está realizando). B (Pensamiento / imágenes automáticas: Palabras, pensamientos, imágenes que se presenta justo antes de experimentar las emociones negativas). C (Emociones negativas: Incluye tanto las emociones, como el miedo, pánico, vergüenza, rabia, así como la reacción fisiológica, entre las que están las palpitaciones, opresión del pecho, etc. También se le indicaron tareas al respecto.

Sesión 9. Los objetivos fueron: Debatir, evaluar y pensamientos alternos. Revisar tareas. Las técnicas que se utilizó fueron: Reestructuración cognitiva. Debate de pensamientos, entre la descripción de la sesión, podemos informar que se recibe al paciente con mucha amabilidad y se le procedió a preguntar cómo se ha sentido durante las últimas semanas de trabajo, ante lo cual respondió que los ataques de pánico han disminuido, y cuando el cuadro llega a desarrollarse, tiene la capacidad de identificar el inicio, de anteponer las sensaciones corporales y generar algunas estrategias de relajación y de pensamientos para poder controlar el mismo. Le pedimos que nos muestre su registro de pensamientos y le explicamos que trabajaremos en función a la teoría básica de la terapia cognitiva. En líneas generales se explicó que el pensamiento en mayor o menor medida determina las emociones y la conducta y que nosotros tendemos a responder más a las interpretaciones que hacemos de los hechos que los hechos

en sí; de esta manera, los pensamientos pueden subir o bajar la intensidad de las “emociones”. Así, se explicó los 3 estilos de debate racional: el empírico, el lógico y el pragmático. Para terminar se le dejó claro que en la terapia cognitiva no busca obtener pensamientos positivos, si no pensamientos realistas, que generen en el paciente una disminución de alguna emoción fuerte.

Tabla 13

Pensamiento poco realista

Situación	Pensamiento	Emoción	Conducta
Me preparo para jugar un partido de futbol con mis amigos.	Seguro me voy agitar y me dará un ataque, mejor no juego algo me puede pasar.	miedo (9/10) Preocupación (8/10)	No jugar e irse a su casa, caminar y respirar profundo

Tabla 14

Pensamiento realista

Situación	Pensamiento	Emoción	Conducta
Me preparo para jugar un partido de futbol con mis amigos.	Sé que me voy agitar físicamente, pero es parte del juego.	Miedo (2 / 10) Preocupación (2/10)	Jugar con tranquilidad con sus amigos.

Tabla 15*Tipos de debates*

Empírico	Lógico	Pragmático
¿Tenemos evidencia de que lo que pensamos es cierto?	¿Lo que pensamos, tiene coherencia? ¿nuestras conclusiones son lógicas?	¿ganamos algo pensando de esta manera? ¿de qué nos sirve?

Sesión 10. Tuvo los siguientes objetivos: Exposición Interoceptiva. Control de situaciones o eventos en donde se desarrolló la crisis de pánico. Las técnicas que se utilizó fueron: Exposición Interoceptiva. Psicoeducación. Para ejecutar esta sesión, se inició explicando al paciente que ataque de pánico se caracteriza por producir en el paciente temor a la percepción de sus propias sensaciones corporales o reacciones fisiológicas, lo que se conoce como intercepción, ya que son consideradas como señales o indicios inminentes de que se a sufrir una enfermedad grave resultado tal (muerte o perder el control) Por tanto habrá que producir dichas sensaciones de manera controlada para que el paciente se enfrente a ellas en vivo. Se llevó a cabo en los siguientes pasos: Se pidió al paciente que realice una serie ejercicios que intentan provocar o simular las sensaciones corporales temidas. Colaborar con el paciente para establecer una jerarquía con los ejercicios anteriores, ordenándolos de menor a mayor miedo experimentado por el paciente ante a las sensaciones provocadas. El paciente realiza los ejercicios ordenados anteriormente para exponerse a las sensaciones temidas. Ayudar al paciente para que identifique algunas actividades cotidianas en su medio natural susceptibles de provocar las sensaciones temidas y que es posible que éste haya estado o esté evitando realizar. Colaborar con el paciente para establecer una jerarquía con las actividades cotidianas identificadas anteriormente, ordenándolas de menor a mayor miedo a las sensaciones

corporales experimentadas. El paciente lleva a cabo las actividades cotidianas que han sido ordenadas con anterioridad para exponerse así a las sensaciones temidas en su medio natural. Después de ello, se llevó a cabo las técnicas de habituación interoceptiva, las mismas que se llevaron a cabo de la siguiente manera: Sacudir cabeza de un lado a otro (30"). Colocar la cabeza entre las piernas y levantarla rápidamente (30"). Correr parado (120"). Retener la respiración fuertemente (30"). Rodar de una cadena giratoria (120"). Respirar por un sorbete fino para tornar difícil la respiración (120"). Por otro lado, se le dio tareas para la casa, para hacer entrenamientos de relajación: Ejercicios de contracción – relajación de cada grupo muscular. Puños, manos, hombros-codos, cuello. Soltar progresivamente. Respiración suave. Percibir pesadez. Visualizar. Poner en práctica en casa.

Sesión 11. Los objetivos de esta sesión son los siguientes: Retroalimentar sesión anterior. Revisar la tarea de la sesión anterior. Comunicar a la paciente que ya se acerca la culminación del tratamiento. Las técnicas que se utilizaron fueron: Dialogo explicativo. Escucha activa. Solución de problemas. Al describir la sesión, informo que se inició la sesión dándole la bienvenida y expresando al paciente que la actitud positiva que ha demostrado durante todo el continuo del proceso psicoterapéutico es relevante para su mejoría. Se procedió luego a preguntar si había practicado lo realizado la sesión pasada y si había hecho la hoja de autor registros; mencionó que sí y que le está sirviendo mucho para relacionarse con los demás. Para comprobar lo expresado por la paciente, se le pidió que lo explicara. Ante lo cual lo realizó de una manera adecuada. Se enfatizó en que debía seguir practicando lo aprendido.

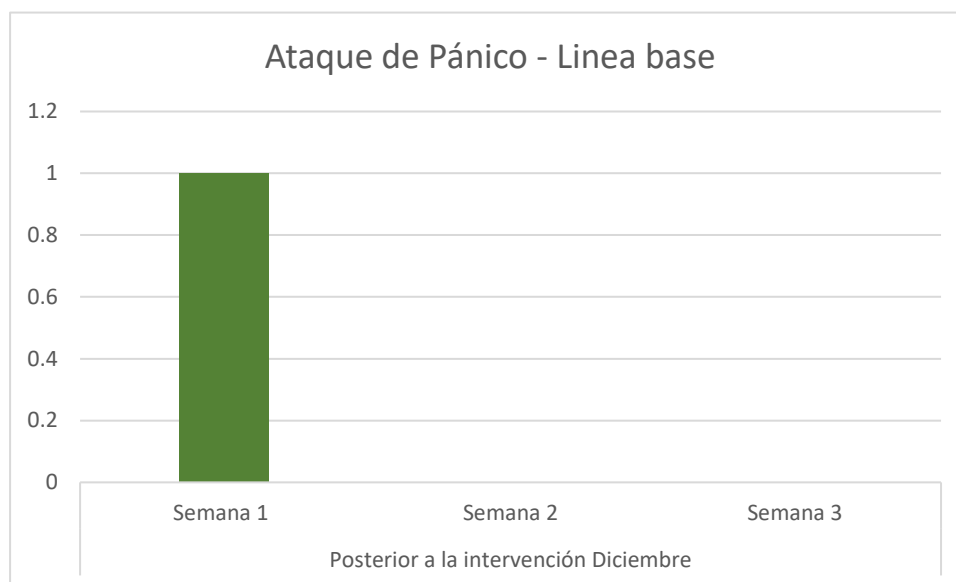
2.8. Consideraciones éticas de la evaluación psicológica

Para la aplicación de las técnicas cognitivo conductuales, así como para la evaluación, intervención y la manera de trabajar, se tuvo en cuenta las recomendaciones dadas por el Colegio de Psicólogos del Perú. Siempre se mantuvo la confidencialidad de la información que se recibía, tanto de la familia como la del paciente.

III. RESULTADOS

Figura 4

Gráfico Línea base



3.1. Seguimiento

Al cabo de las 10 que se llevaron a cabo durante la intervención, una semana después citamos al paciente, así como a su mamá, para consultarse cómo estaba, respondió que se encontraba muy bien; lo citamos para luego de dos meses.

3.2. Discusión de resultados

Terminada la intervención, tanto el paciente como la familia hemos quedado satisfechos principalmente porque ha habido respuesta de compromiso por parte de los interesados, el objetivo general, relacionado al éxito de la intervención para el trastorno de pánico, se llegó a cumplir, habiendo encontrado similitud con el hallazgo de Roca (2015), quien en un trabajo con adultos encontró que las técnicas utilizadas han hecho efecto, lo mismo podemos decir de Zeballos (2018). Ventura (2019), afirma que las técnicas cognitivo conductuales, trabajando con personas con problemas de ansiedad, llegaron a tener éxito, a la vez que tuvo éxito en

programas de intervención con fobias y problemas de trastorno de pánico. Con referencia a los objetivos específicos, se logró el objetivo, coincidiendo con el estudio de Amadeo (2017), cuyo paciente logró superar el trastorno de pánico que venía padeciendo.

El paciente mejoró en cuanto a sus habilidades sociales y a mayor seguridad cuando estaba ante un grupo de personas desconocidas, los resultados de relajación tuvieron éxito, lo mismo que logró Caballo (1997), a la vez que logró disminuir la inseguridad y prevenir la aparición del problema.

IV. CONCLUSIONES

- 4.1 El paciente, así como la familia, conocen y entienden el inicio del trastorno, sus síntomas y el mantenimiento del mismo, lo que contribuye al éxito de la intervención y a prevenir que el trastorno se vuelva a presentar.
- 4.2 Emplea de manera adecuada las técnicas de relajación progresiva cuando lo necesita, a la vez que la practica en diferentes momentos para saber qué hacer y estar preparado ante una posible crisis.
- 4.3 Identifica los pensamientos distorsionados y los logra controlar frente al inicio de un episodio de trastorno de pánico, que permite un autocontrol y los bloquea para que no lleguen a producir el problema.
- 4.4 Al generarse su reestructuración cognitiva, ahora aduce tener pensamientos realistas, frente a una posible crisis de pánico, lo que le permite tener una mejor visión y buenas habilidades sociales porque no está produciendo malestar a su familia.
- 4.5 Se logró mejorar significativamente el estado emocional del paciente porque tiene mayor seguridad y se desenvuelve mejor con sus semejantes.
- 4.6 Se evidencia una mayor funcionabilidad a nivel personal, social y laboral, lo que genera tranquilidad tanto en él como en su familia.

V. RECOMENDACIONES

- 5.1 Continuar evaluando sus pensamientos y poniendo en práctica las estrategias aprendidas (respiración y relajación), que le permitirá seguir conociendo como persona e incrementar el bagaje de estrategias para enfrentar el problema.
- 5.2 Retomar sus actividades físicas que le ayudarán a la realización de los ejercicios de relajación.
- 5.3 Trabajar un programa de seguimiento de 2 meses, en donde se pongan en manifiesto la psicoeducación brindada y las estrategias tanto física como cognitivas para poder hacer frente a síntomas que pueden desencadenar un posible ataque de pánico.
- 5.4 Conversar con sus padres y familia para brindar el apoyo necesario con Carlos en relación al correcto de manejo de las estrategias aprendidas.

VI. REFERENCIAS

- Amodeo, S. (2017). Trastorno de pánico y su tratamiento psicológico. Revisión y actualización. *Revista Katharsis*, 20, 166-176.
Dialnet. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5888107>
- American Psychiatric Association (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5* (5ª ed.). Panamericana. <https://www.psicopsi.com/wp-content/uploads/2020/11/DSM-V-1.pdf>
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders*. Guilford Press.
https://books.google.com.pe/books/about/Anxiety_and_Its_Disorders.html?id=Lx9hf-3ZJCQC&redir_esc=y
- Botella, C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno de pánico. *Psicothema*, 13(3), 465-478. <https://www.redayc.org/articulo.oa?id=7272/72713312>
- Buela-Casal, G y Sierra, J.C. (2001). *Manual de la evaluación y tratamientos psicológicos*. Biblioteca Nueva. <https://es.scribd.com/document/425528882/Buela-Casal-Manual-de-Evaluacion-Psicologica>
- Caballo, V. (1997). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Vol. 1. Síntesis. <https://beckperu.com/wp-content/uploads/2020/04/Manual-para-el-tratamiento-cognitivo-conductual-de-los-trastornos-psicologicos-Vicente-Caballo.pdf>
- Elizalde, V.F. (2006). *El trastorno de pánico*. [Tesina de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México].
<https://tesiunamdocumentos.dgb.unam.mx/pd2006/0603970/0603970.pdf>

- Ellis, A. y Grieger, R. (1997). *Manual de terapia racional- emotiva. Vol. 2.* Desclée De Brouwer. <https://es.scribd.com/document/565641552/Albert-Ellis-Manual-de-Terapia-Racional-Emotiva>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación.* (6ª Ed.). McGraw-Hill.
https://apiperiodico.jalisco.gob.mx/api/sites/periodicooficial.jalisco.gob.mx/files/metodologia_de_la_investigacion_-_roberto_hernandez_sampieri.pdf
- Instituto Nacional de Salud Mental (2021). Estudio epidemiológico de salud mental en niños y adolescentes en Lima Metropolitana en el contexto de la Covid-19. *Anales de Salud Mental*, 37(2), 43-52
https://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/_notes/EESM_Ninos_y_Adolescentes_en_LM_ContextoCOVID19-2020.pdf
- Instituto Nacional De Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi" (2016). *Según estudio de la OMS, intervenir en el tratamiento para la depresión y ansiedad lleva cuadruplicar su retorno.* <https://www.facebook.com/notes/instituto-nacional-de-salud-mental-honorio-delgado-hideyo-noguchi/seg%C3%BAn-estudio-de-la-oms-invertir-en-el-tratamiento-para-la-depresi%C3%B3n-y-ansiedad-/1539655122786545>
- Kerlinger, F.N. (2002). *Investigación del comportamiento.* (4ª ed.). McGraw-Hill.
<https://idoc.pub/documents/kerlinger-2002-kerlinger-investigacion-del-comportamiento-vnd15jqkdjnx>
- Miranda, L.L. (2018). *Estudio de caso clínico: Programa de intervención cognitivo-conductual para un caso de trastorno de pánico.* [Estudio de caso de licenciatura, Universidad de San Martín de Porres]. <https://es.scribd.com/document/451960467/miranda-cl>

- Monbelli, M. (2012). *El trastorno de Pánico. Manual: para el paciente*. Foro.
<https://es.scribd.com/document/453981371/El-Trastorno-de-panico-manual-para-el-paciente-pdf>
- Moreno, P. y Martín, J.C. (2007). *Tratamiento Psicológico del Trastorno de pánico y la Agorafobia*. (2a ed.) Desclee de Brouwer.
https://biblioteca.empresainteligente.com/resources/biblioteca/archivos/tratamiento_psicologico_del_trastorno_de_panico_y_la_agorafobia._manual_para_terapeutas.pdf
- Moreno, P. y Martín, J. (2004). *Dominar las crisis de ansiedad. Una guía para el paciente*. (9ª ed.). Desclee De Brouwer.
<https://www.sunarp.gob.pe/SunarpTeAcompaana/Docs/Lecturas/Dominar%20las%20crisis%20de%20ansiedad.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE-10. Clasificación internacional de las enfermedades y problemas relacionados con la salud*. (10ª revisión.). Méditor.
<https://ais.paho.org/classifications/Chapters/pdf/Volume1.pdf>
- Pérez, G. (2018). *Programa de Intervención cognitivo conductual para un caso de trastorno de pánico*. [Tesis de licenciatura, Universidad de San Martín de Porres]. Repositorio Académico USMP. <https://hdl.handle.net/20.500.12727/3940>
- Roca, E. (2015). *Cómo superar el pánico (con o sin agorafobia). Programa de autoayuda*. ACDE Editores. <https://eliarocapsicologa.wordpress.com/wp-content/uploads/2019/04/extracto-cc3b3mo-superar-el-pc3a1nico.-2016..pdf>
- Stein, D. y Hollander, E. (2010). *Tratado de Trastornos de Ansiedad*. Lexus Editores.
- Ventura, M (2009). *Eficacia de un programa grupal cognitivo – conductual para disminuir el trastorno de ansiedad generalizada en pacientes del puesto de salud Las Dunas-Surco*. [Tesis de Maestría, Universidad Mayor de San Marcos]. Repositorio Institucional

UNMSM. <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/9129b79d-9b3e-4c75-8dae-1b4aadc235af/content>

Wood, C. (2008). Doce sesiones de tratamiento cognitivo conductual en un caso de trastorno de pánico con agorafobia. *Ansiedad y Estrés*, 14(2-3), 239-251.
<https://psycnet.apa.org/record/2009-08580-009>

Zeballos, D.N.A. (2018). *Trabajo académico de aplicación en el ámbito laboral caso clínico: Episodio depresivo moderado y trastorno de pánico*. [Tesis de grado, Universidad Nacional de San Agustín]. Repositorio Institucional UNSA.
<http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/9768>

VII. ANEXOS

Anexo A, Test de ansiedad estado / rasgo

INVENTARIO DE AUTOEVALUACIÓN

Nombre Carlos edad: _____

Grado de Instrucción: Superior Cargo: Estudiante

Fecha: 29-08-19

Instrucciones:

Algunas expresiones que la gente usa para describir aparecen abajo. Lea la frase y marque con un aspa (X) la alternativa que indique cómo se siente ahora mismo, o sea, en este momento. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

	No en lo Absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
1 Me siento calmado		X		
2 Me siento seguro	X			
3 Estoy tenso			X	
4 Estoy contraído				X
5 Estoy a gusto			X	
6 Me siento alterado				
7 Estoy preocupado actualmente por un posible Contratiempo				X
8 Me siento descansado	X			
9 Me siento ansioso				X
10 Me siento cómodo	X			
11 Me siento confiado en mí mismo	X			
12 Me siento nervioso			X	
13 Me siento agitado			X	
14 Me siento "a punto de explotar"			X	
15 Me siento reposado	X			
16 Me siento satisfecho	X			
17 Estoy preocupado			X	
18 Me siento muy agitado				X
19 Me siento alegre		X		
20 Me siento bien		X		

Ansiedad Estado
 • Nivel ALTO

Ansiedad Rasgo
 • Nivel ALTO

2

Instrucciones:

Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea la frase y marque con un aspa(X) la alternativa que indique cómo se siente generalmente. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente generalmente.

		CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUE NTE	CASI SIEMPRE
21	Me siento bien	X			
22	Me canso rápidamente			X	
23	Me siento con ganas de llorar			X	
24	Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo.				X
25	Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente.			X	
26	Me siento descansado.	X			
27	Soy una persona "tranquila serena y sosegada"				
28	Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas.				X
29	Me preocupo demasiado por las cosas sin importancia				X
30	Soy feliz	X			
31	Tomo las cosas muy a pecho				X
32	Me falta confianza en mí mismo			X	
33	Me siento seguro		X		
34	Procuro evitar enfrentarme a las crisis y dificultades.		X		
35	Me siento melancólico			X	
36	Me siento satisfecho	X			
37	Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan.			X	
38	Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza				X
39	Soy una persona estable	X			
40	Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado.		X		

Baja ☐Media ☐Alta ☐

Anexo B, Test de pensamientos automáticos

INVENTARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMATICOS

Nombre: CorboEdad: _____ Fecha: 01-09-78

Responda Ud. en función de: Cómo piensa frecuentemente y como piensa en general, no en situaciones concretas

Items	Nunca pienso eso	Algunas veces lo pienso	Bastantes veces lo pienso	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 mí	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 insostenible, 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 (a)	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

• **FIJARSE - 9 Puntos** *Realiza Señales emocionales*
 • **VERSIÓN** *Caros Trif. 09 - 9 Puntos* *1 Punto más en emocional*
 • **Reconocimiento emocional** - *Realiza señales emocionales*
 • **Indicaciones del Paciente** - *Realiza señales emocionales*

Anexo C, Cuestionario de evaluación inicial de Pánico

HOJA DE EVALUACIÓN INICIAL DEL PÁNICO-AGORAFOBIA. ELIA ROCA

Más información en web de Elia Roca: www.cup.es/colegiados/PV00520

Subraya cada una de las sensaciones internas que sueles notar en un ataque de pánico:

Palpitaciones, sacudidas del corazón o notar que late más deprisa

Temblores o sacudidas

Sensación de ahogo o falta de aliento

Sensación de atragantarse

Opresión o malestar en el pecho

Náuseas o molestias abdominales

Inestabilidad, mareo o sensación de desmayo

Parestesias (sensación de entumecimiento o hormigueo)

Sudor, escalofríos o sofocaciones

Desrealización (sensación de irrealidad)

Despersonalización (sentirse separado de uno mismo)

Sequedad de boca

Otras (señala cuales): Sedación Rohman, Inquietud y Mucho Miedo

Al notar esas sensaciones ¿qué es lo peor que temes que puede ocurrirte? Anota cada pensamiento catastrofista y tu grado de creencia en él en el momento de la crisis (de 0 a 10)

1. Me dará un ataque al corazón (9)
2. Morirá a alguien que me ayude (8)
3. Me puede dar un derrame (8)
4. Me voy a morir, necesito ayuda (10)

¿Qué haces para evitar el desastre que temes?

Ej: tomar medicación, distraerte, rezar, telajarte, sentarte, pensar determinadas cosas (si es así, enuméralas), o cualquier otro comportamiento dirigido a "evitar el desastre temido" (anótalo)

1. Caminar de un lugar a otro
2. Respirar profundamente
3. Buscar ayuda de un familiar
4. Pensar que ya va a pasar
5. Resa para tranquilizarme

¿Crees que tu principal problema podría concretarse en el temor a tener crisis (o ataques), durante las cuales experimentas sensaciones internas que te dan miedo, porque temes que puedan ser señal de que te ocurra algo peligroso? Si

Si es así, continua rellenando este cuestionario

¿Has recibido anteriormente algún tratamiento psicológico para este problema? Si es así, indica: NO

-quién te trató

-qué tipo de tratamiento llevaste a cabo

-durante cuánto tiempo

-qué beneficios obtuviste

-cuándo acabó ese tratamiento

¿Has sido tratado anteriormente con fármacos por este problema? Si es así explica:

NO

-quién te trató.....
 -qué fármacos tomaste.....
 -durante cuánto tiempo.....
 -qué beneficios obtuviste.....
 -cuánto hace que los dejaste.....

Indica si estás tomando alguna medicación en la actualidad. Si es así, señala por cada tipo de medicación que tomas:

Nombre del fármaco	Cuántos tomas al día y de cuántos mgrs.	Qué especialista te lo recomendó	Desde cuándo lo tomas
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			

¿Cuándo sufriste la primera (o primeras) crisis que dio origen a tu problema? 2018 - Julio
 ¿Puedes describir qué sensaciones internas notaste y qué es lo peor que temiste que pudiese ocurrirte durante la crisis?

Mis manos sudaban y sentí que mi corazón
batía muy rápido. Pensé que me daría un
ataque al corazón y busqué ayuda de inmediato
Fue tanto mi malestar que acudí al médico.

¿Recuerdas si hubo alguna circunstancia que creas que pudo influir en que tuvieses esa crisis? Si

-estabas nervioso por algo (explica por qué) Estaba muy cansado viendo una película de
Suspense

-habías tomado algún excitante (explica tipo y cantidad) No

-habías observado en alguien de tu entorno una enfermedad física o mental con síntomas aparentemente similares (señala en quien y de qué enfermedad se trataba) No

-habías estado preocupado anteriormente por alguna enfermedad tuya real o no (si es así explicarlo) Si

-se daban otras circunstancias que, en tu opinión, pudieron influir en que tuvieses tu primera crisis o en que le cogieses miedo a las sensaciones internas (señálalas) Si

Me había quedado

¿Alguien de tu familia o amigos ha tenido problemas nerviosos parecidos? Si / Papá

Desde el inicio de este problema ¿has tenido periodos de mejoría? No

Si es así, señala cuándo y a qué crees que se debieron esas mejorías.....

¿Has tenido periodos de empeoramiento? Si

Si es así, señala cuándo y qué crees que influyó en que empeorases Si

3
 Tensión por la Universidad
 Problemas de Ansia

En la actualidad ¿cuáles son las sensaciones que te producen más miedo?

Supresión del corazón y sudoración

¿Qué es lo peor que piensas que puede ocurrirte en los momentos en que notas las sensaciones que te dan miedo?

Que me den la laguz y me pueda morir

Quando las notas ¿utilizas alguna estrategia para reducirlas? Si es así, señala cuál: distraerte, hacer respiración diafragmática lenta, hablarte a ti mismo para tranquilizarte y darte ánimos, relajarte, tomar medicación; otras (señala cualquier cosa que hagas para intentar reducir la ansiedad)

Respirar

¿Cuáles de estas estrategias te resultan más útiles para reducirla?

Respirar y calmarme

Indica el número aproximado de crisis que has experimentado durante el último mes 4-5

Más información en web de Elia Roca: www.cop.es/colegiados/PV00520

Anexo D, Registro de pensamientos automáticos

"REGISTRO DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS"

A	B	C
Situación	Pensamiento Automático	Emoción o conducta
¿Dónde estás? ¿Con quién estás? ¿Qué haces? ¿Qué sucede?	¿Qué piensas en ese momento? ¿Palabras? ¿Imágenes?	Emociones Negativas Sensaciones corporales
- Jugando Pelota con mis amigos.	- Seguro me faltará el aire.	- Palpitación en el Pecho. - Sudoración. - Miedo.
- Mientras estoy en el gym	- Mi cuerpo ya no es el mismo y no podré con el gimnasio.	- Me siento débil - Me agito - Me falta el aire - Se me seca la boca.
- Al observar o enterarme de alguna noticia sobre alguna enfermedad.	- Seguro me puede pasar esto. - Debo estar enfermo.	- Miedo - Ansiedad - Falta de aire.
- Cuando estoy solo en casa	- Si me pasa algo nadie me ayudará. - Ojalá que no me pase otra vez.	- Miedo - Ansiedad - Sensación de Malestar corporal - Falta de aire. - dolor en el Pecho.

Carlos /.