

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DESDE EL ENFOQUE COGNITIVO  
CONDUCTUAL EN UN CASO ÚNICO DE ATAQUE DE PÁNICO ANTE TEMOR A LA  
MUERTE

Eloísa del Pilar Bayona Millán

UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA

ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES

BUCARAMANGA

2014

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DESDE EL ENFOQUE COGNITIVO  
CONDUCTUAL EN UN CASO ÚNICO DE ATAQUE DE PÁNICO ANTE TEMOR A LA  
MUERTE

Eloísa del Pilar Bayona Millán

Asesora

Amparo Durán Mosquera

Psicóloga

UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA

ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES

BUCARAMANGA

2014

NOTA DE ACEPTACION: \_\_\_\_\_

PRESIDENTE DEL JURADO: \_\_\_\_\_

JURADO 1: \_\_\_\_\_

## **Dedicatoria**

El presente trabajo se encuentra dedicado principalmente a la paciente objeto de estudio, por permitirme exponer su caso como parte de mi camino formativo como psicóloga clínica. Su colaboración, su participación activa y su constancia durante la terapia, facilitaron e hicieron posible la realización del presente trabajo monográfico.

De igual modo, expreso mi más profundo agradecimiento a mi asesora, la Doctora Amparo Durán, por ser una guía en mi proceso formativo y por facilitarme las herramientas necesarias para realizar mi trabajo de la manera más adecuada y acertada. Su colaboración ha sido de gran valor para el abordaje profesional de los casos trabajados durante la presente práctica.

Por último, agradezco infinitamente a mi familia, por la paciencia y colaboración que hicieron posible el cumplimiento de una meta personal. Su apoyo incondicional y desinteresado fue una gran motivación para la culminación de este trabajo académico.

## Tabla de Contenido

	Página
1. Resumen	8
2. Introducción	10
3. Marco Teórico	11
3.1 Trastorno de ansiedad	11
3.2 Fobia Específica	15
3.3 Crisis de Pánico	17
3.3 Tratamiento psicológico para el trastorno de ansiedad	20
3.3.1 Tratamiento para la ansiedad generalizada	20
3.3.2 Tratamiento para las fobias específicas	21
3.3.3 Tratamiento para el ataque de pánico	30
3.4 Objetivo General	32
3.5 Objetivos específicos	32
4. Metodología	33
4.1 Método	33
4.2 Participante	33
4.3 Instrumentos de evaluación	35
4.5 Procedimiento	37
5. Resultados	38
6. Discusión	59

7. Referencias	61
8. Anexos	66

## Índice de anexos

	Página
Anexo 1. Consentimiento informado IFV	67
Anexo 2. Consentimiento informado estudio de caso	68
Anexo 3. Formato historia clínica IFV	69
Anexo 4. Historia personal de la paciente	75
Anexo 5. Diagrama de conceptualización cognitiva	78
Anexo 6. Guía multimodal de 2º Orden del trastorno de pánico	79
Anexo 7. Cuestionario ADIS-R	81
Anexo 8. Inventario de ansiedad de Beck BAI	83

## RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

**TITULO:** INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DESDE EL ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN CASO ÚNICO DE ATAQUE DE PÁNICO ANTE TEMOR A LA MUERTE  
**AUTOR(ES):** Eloísa del Pilar Bayona Millán  
**FACULTAD:** Esp. en Psicología Clínica  
**DIRECTOR(A):** Amparo Durán Mosquera

### RESUMEN

En el estudio de caso expuesto en el presente trabajo, se describe el proceso terapéutico realizado con una paciente cuyo temor a una muerte repentina le originaba un trastorno de ansiedad con ataque de pánico que le impedía llevar a cabo actividades propias de su vida cotidiana. Para el abordaje de este caso se hizo necesaria la comprensión de esquemas maladaptativos tempranos y distorsiones cognitivas que pudieran contribuir con la exacerbación del temor expresado por la paciente. De igual modo, se hizo uso de técnicas de la corriente cognitivo conductual para el manejo de la ansiedad: reestructuración cognitiva, identificación de estrategias de afrontamiento y resolución de problemas, técnica de detención de pensamiento y técnicas de respiración para el manejo de la ansiedad. Finalmente, se desarrolló un proceso terapéutico exitoso, con una notable mejoría de la paciente.

### PALABRAS

### CLAVES:

Ansiedad, esquemas, distorsiones cognitivas, técnicas cognitivo conductuales

**V° B° DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO**



## GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE

**TITLE:** PSYCHOLOGICAL APPROACH FROM BEHAVIOURAL COGNITIVE INTERVENTION IN A UNIC CASE OF SPECIFIC ANXIETY TOWARD DEATH FEAR.

**AUTHOR(S):** Eloísa del Pilar Bayona Millán

**FACULTY:** Esp. en Psicología Clínica

**DIRECTOR:** Amparo Duran Mosquera

### ABSTRACT

In the case study exposed in the current work, it is described the therapeutic process executed with a patience, whose fear to sudden death has originated an anxiety disorder with panic attack, which prevent her to do basic activities during her daily life. In order to approach this case, it became necessary the comprehension of early maladaptive schemas and cognitive distortions that could contribute to the exacerbation of the fear expressed by the patient. Similarly, cognitive behavioral techniques for managing current anxiety were used: cognitive restructuring, identification of coping strategies and problem solving, thought stopping technique and breathing techniques to manage anxiety. To conclude, the present case study became a successful therapeutic process, with a remarkable improvement of the patient.

### KEYWORDS:

anxiety, schemas, cognitive distortions, cognitive behavioral techniques.

**V° B° DIRECTOR OF GRADUATE WORK**

## **Introducción**

El Instituto de Familia y Vida de la Universidad Pontificia Bolivariana se presenta como un centro académico, interdisciplinario, que brinda un espacio para la investigación y para la oferta de servicios desde una perspectiva cristiana, todo esto en pro de generar un aporte para la calidad de vida de las familias y de la sociedad en general. Su objetivo es el reconocimiento de las condiciones personales, socioculturales y económicas de las familias, propiciando así espacios de sano intercambio social entre todos los miembros de la comunidad. De este modo, el Instituto de Familia y Vida contribuye con el descubrimiento del sentido de vida y la misión propia de cada ser humano.

En pro del cumplimiento de su objetivo, el Instituto de Familia y Vida provee para los usuarios atención en diferentes áreas, como lo son la atención orientación y pedagogía, el observatorio de familia, educación y docencia, producción editorial y de medios y espacios de referencia comunitaria. Es a través de estas áreas de abordaje como el Instituto brinda a la población beneficiaria atención psicológica en los niveles individual, pareja y familia, promoviendo el uso de herramientas para un sano proceso de formación y educación; de igual modo, el Instituto logra monitorear las diferentes problemáticas familiares del Municipio y su área metropolitana, favoreciendo la creación de proyectos acordes a estas necesidades. Adicionalmente, el Instituto de Familia y Vida ofrece programas de capacitación en torno a la temática de familia y comunidad y a su vez transmite a todo la comunidad la producción del mismo, a través de medios escritos, virtuales y radiales (Portafolio de Servicios, 2014)

Así pues, dada la viabilidad de los servicios ofrecidos por el Instituto de Familia y Vida de la Universidad Pontificia Bolivariana, se logra favorecer a un gran número de familias de escasos

recursos económicos, permitiéndoles el acceso a los servicios de psicológica y asesoría jurídica a un costo moderado, hecho de gran relevancia, considerando que de no existir estos beneficios la posibilidad de recibir estos servicios sería muy baja para los asistentes, que en su mayoría se encuentran ubicados en los estratos socioeconómicos 1 y 2.

Por otra parte, durante la presente práctica se realizó la intervención de 16 casos, de los cuales 7 fueron abordados a cabalidad y 9 no concluyeron debido a la deserción de los pacientes. Las razones principales para no continuar en el proceso fueron dificultades a nivel de tiempo y dinero, o ausencia de participación activa durante el mismo.

Puntualmente, la paciente seleccionada para la ejecución de este análisis de caso, sostuvo un total de 9 sesiones, durante las cuales se llevaron a cabo todas las fases del proceso, contando con la colaboración juiciosa de la paciente, tanto en el cumplimiento con sus citas, como con la ejecución de tareas. Su abordaje, desde el enfoque cognitivo conductual, fue comprendida a cabalidad y facilitó un proceso rápido y efectivo de recuperación. Los detalles de su intervención así como los de su patología se explicaran a continuación.

## **Marco Teórico**

### ***Trastorno de Ansiedad***

La ansiedad puede ser definida como un proceso de activación del sistema nervioso central, producto de una estimulación externa o de un trastorno endógeno. Esta estimulación puede incurrir en síntomas como el aumento del tono simpático, secreción de hormonas suprarrenales y/o estimulación del sistema límbico, hecho que explica los síntomas psicológicos de la ansiedad (Bobes, Sáiz, Gonzales & Bousoño, 1999).

### Manifestaciones periféricas y centrales de ansiedad

Manifestaciones periféricas	Manifestaciones psíquicas y conductuales
Cardiovasculares: taquicardia, palpitaciones, dolor precordial Respiratorias: disnea, sensación de ahogo Digestivas: nudo en estómago, náuseas, vómitos, aerofagia, meteorismo, dispepsia, diarrea, estreñimiento Genitourinarias: micción frecuente, interferencia con esfera sexual Neuromusculares: tensión muscular, temblor, hormigueos, parestesias, cefaleas Neurovegetativas: sequedad de boca, sudación, escalofríos, mareo, inestabilidad	Aturdimiento, desasosiego, irritabilidad Miedo incoercible, aprensión Agobio psicológico Miedo a perder el control Deseo de escapar Desrealización (sentimiento de extrañeza referido al mundo externo) Despersonalización (sentimiento de extrañeza referido al propio sujeto) Dificultad para la concentración Incapacidad para estar quieto Movimientos/actos repetitivos Inhibición y bloqueo psicomotor Insomnio

Tabla 1. Manifestaciones periféricas y centrales de ansiedad

Fuente: (Bobes, J., Sáiz, P., Gonzales, M., & Bousoño, M. 1999 p. 38)

Bobes, Sáiz, Gonzales & Bousoño (1999), exponen la equiparación que se ha realizado entre el término “ansiedad” y el término “angustia”, sin embargo, aclaran el carácter intrínseco del término angustia, reservándolo a una causalidad interna y que usualmente se asocia a una sensación de miedo o pánico, pérdida de control y/o vivencia de muerte inminente. Ahora bien, al hablar de miedo, se reconoce el objeto movilizador de emociones y por tanto, predispone a quien lo padece para una rápida huida, a diferencia de la ansiedad, en la cual hay un desconocimiento del objeto de amenaza. Por otra parte, es necesario aclarar la diferencia entre una ansiedad de tipo adaptativo, que nos prepara para la respuesta rápida ante situaciones de amenaza y una ansiedad patológica que bien puede ser de carácter exógeno (estrés) o endógeno (ligada a factores hereditarios) y que causa gran malestar al individuo que la padece.

### Diferencias entre ansiedad normal y patológica

Ansiedad normal	Ansiedad patológica
Función adaptativa Mejora el rendimiento	Dificulta la adaptación Disminuye el rendimiento
Leve Menos somática Emoción reactiva	Profunda y persistente Más somática Sentimiento vital

Tabla 2. Diferencias entre ansiedad normal y patológica

Fuente: (Bobes, J., Sáiz, P., Gonzales, M., & Bousoño, M. 1999 p. 39)

En adición a lo anterior, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM – IV–TR, en su apartado Trastornos de Ansiedad, refiere la posibilidad de aparición de crisis de angustia y agorafobia dentro de la experiencia de estos trastornos. Así, describe la crisis de angustia, o *panic attack*, como “la aparición súbita de síntomas de aprensión, miedo pavoroso o terror, acompañados habitualmente de sentimientos de muerte inminente” que pueden ir ligados a síntomas como “falta de aliento, palpitaciones, opresión o malestar torácico, sensación de atragantamiento o asfixia y miedo a volverse loco o perder el control”. Por otra parte, describe la agorafobia como la “aparición de ansiedad o comportamiento de evitación en lugares o situaciones donde escapar o donde encontrar ayuda puede resultar difícil”.

Ahora bien, en lo referente al estado epidemiológico de los trastornos de ansiedad en Colombia, el estudio realizado por Posada, Buitrago, Medina y Rodríguez (2006) muestra que son estos los de mayor prevalencia en comparación a otros trastornos mentales: “El 19.3% de la

población entre 18-65 años de edad reporta haber tenido alguna vez en la vida un trastorno de ansiedad. Estos son más frecuentes entre las mujeres (21.8%). Dentro de los trastornos de ansiedad, la fobia específica es la de mayor prevalencia de vida con 13.9% en mujeres y 10.9% en hombres, seguido por la fobia social que es similar en ambos géneros con un 5% de prevalencia de vida”. En una diferenciación regional, este estudio encontró una mayor prevalencia de trastornos de ansiedad en la Región Pacífica y Bogotá DC (22.0% y 21.7% respectivamente), mientras la menor prevalencia se encontró en la región atlántica (14.9%). Adicionalmente, con respecto al nivel de discapacidad producto de los trastornos, se encontraron en una escala de mayor a menor, los siguientes: trastorno de estrés postraumático, trastorno de angustia, trastorno de ansiedad generalizada, la Fobia social y la Agorafobia sin pánico. Específicamente para el trastorno de ansiedad, solamente el 1.9% de la población afectada acude al psiquiatra, mientras el 5.6% acude al médico general y el 3.9% prefiere medicina alternativa. Es así como este estudio genera la inquietud por el estudio de tratamientos efectivos para el manejo de una problemática que se convierte en un problema de salud pública para la República de Colombia.

A partir de lo anterior y en pro del indicado tratamiento de la problemática, se hace necesario realizar una diferenciación de la comprensión de la ansiedad vista como estado o como rasgo, hecho que explicaría las diferencias interindividuales de las diversas manifestaciones de la misma. Según las teorías fisiológicas el rasgo de ansiedad está afectado directamente por un componente hereditario que haría a la persona más propensa a la experimentación de amenazas en el ambiente; por otra parte, las teorías de corte psicológico han otorgado mayor preponderancia a la determinación medioambiental y a los factores cognitivos como explicación del rasgo ansioso (Arcas & Cano, 1999). Spielberger (citado por Arcas & Cano, 1999), describe

el estado de ansiedad como un estado transitorio de experimentación de sentimientos de aprehensión y temor, con alta activación del Sistema Nervioso Autónomo, ante situaciones que fueren percibidas como amenazantes.

Así mismo, refiriéndonos a los modelos cognitivos de la ansiedad, podemos resaltar aquel cuya preponderancia se basa en la valoración de peligro realizada por el individuo, frente a la cual producirá determinada respuesta ansiosa, dependiente de sus propios procesos de afrontamiento (Cano-Vindel, 2002); en adición a lo anterior, Dahab, Rivadeneira & Minici (s.f), exponen la teoría de Eysenck en relación a los sesgos cognitivos en el trastorno de ansiedad, mediante la cual se especifica que los seres humanos tendemos a tomar decisiones en base a ciertos sesgos cognitivos en la interpretación de las situaciones. Dependiendo de la intensidad de dichos sesgos se producirá una respuesta ansiosa que puede o no llegar ser patológica; a su vez, otro modelo cognitivo de renombre expuesto por Cano-Vindel (1989), se centra en la demostración de la hipótesis de la congruencia de Endler en situaciones de la vida real, en la cual se especifica que para que un estado de ansiedad se produzca, es necesaria la correcta interacción entre el rasgo ansioso de mayor predominancia en el individuo y el tipo de situación amenazante.

### ***Fobia Específica***

La fobia específica es caracterizada, según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM – IV – TR, por “la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a la exposición a situaciones u objetos específicos temidos, lo cual suele dar lugar a comportamientos de evitación”. A pesar de que comúnmente, adolescentes y adultos reconocen que este temor es irracional, ocasionalmente los niños no alcanza a establecerse esta

conexión. El diagnóstico de fobia específica solo puede darse cuando el miedo, la evitación o la ansiedad del individuo frente al estímulo fóbico interfieren en las actividades cotidianas del mismo. El temor del individuo puede darse en presencia del objeto o situación específica, o bien cuando anticipa su aparición. “Las fobias específicas también pueden hacer referencia a la posibilidad de perder el control, angustiarse, sufrir manifestaciones somáticas de ansiedad y miedo (como aumento de la frecuencia cardíaca o dificultad para respirar) y desmayarse al exponerse al objeto temido (DSM – IV, 2005). De acuerdo con el DSM – IV, la fobia específica se puede clasificar en los siguientes subtipos: animal, ambiental, sangre-inyecciones-daño, situacional u otros tipos. Por otra parte, el objetivo de su tratamiento se basa en permitir al paciente desempeñarse de forma efectiva en su vida diaria, dependiendo la efectividad del mismo, de la gravedad o intensidad de la fobia (medlineplus, 2012).

Con relación a lo anterior, el modelo cognitivo de Beck, argumenta que la fobia está relacionada con una predisposición en el procesamiento de la información referente al peligro o la amenaza que implica determinado objeto o situación, siendo la causa de la preocupación no el objeto o situación per se, sino la anticipación de las consecuencias que estos pueden conllevar (Beck & Emery, 1985). A partir de lo anterior, resulta preponderante tener en cuenta las cogniciones específicas asociadas a la anticipación de las consecuencias, debido a que estas se desarrollan a partir de vivencias particulares traumáticas y apuntan hacia distorsiones cognitivas específicas como la inferencia arbitraria – visión catastrófica, sobregeneralización, maximización – minimización y la personalización (Red sanar, s.f)



<b>-MODELO COGNITIVO DE LAS FOBIAS ESPECIFICAS-</b>	
HISTORIA DE APRENDIZAJE Y FACTORES BIOLÓGICOS (1)	----- ESQUEMAS COGNITIVOS (2)
.Amenazas anticipadas a determinadas situaciones	
SITUACIONES ESPECIFICAS ACTIVADORAS (2)	----- DISTORSIONES COGNITIVAS (3)
.Visión catastrófica	
.Sobregeneralización	
.Maximización/Minimización	
.Personalización	
CIRCULO INTERACTIVO RESULTANTE (4)	
Pensamiento (Aprensión)	-----Afecto (Ansiedad, miedo)-----Conducta (Evitación, huida)

Tabla 3. Modelo Cognitivo de las fobias específicas

Fuente: (Red Sanar, <http://www.redsanar.org/drfofia/Terapias/manual12c.htm>)

### ***Crisis de pánico.***

El ataque de pánico es definido por el DSM-IV como una “aparición temporal y aislada de miedo o malestar intenso” iniciado bruscamente y cuya máxima expresión es alcanzada en los primeros 10 minutos. Esta experiencia de miedo o malestar debe ser acompañada por al menos cuatro de los síntomas consignados en la siguiente tabla:

<b>Criterios para el diagnóstico de los ataques de pánico</b>
Aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro (o más) de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos:
1. palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca
2. sudoración
3. temblores o sacudidas
4. sensación de ahogo o falta de aliento
5. sensación de atragantarse
6. opresión o malestar torácico
7. náuseas o molestias abdominales
8. inestabilidad, mareo o desmayo
9. desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo)
10. miedo a perder el control o volverse loco
11. miedo a morir
12. parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo)
13. escalofríos o sofocaciones

Tabla 4. Criterios para el diagnóstico de ataques de pánico

Fuente: DSM-IV

Según la relación que guarda el inicio del ataque de pánico con su desencadenante, este puede clasificarse en:

- a. Inesperado: no hay un desencadenante situacional claro.
- b. Determinado situacionalmente: el ataque ocurre siempre ante la exposición o anticipación a un estímulo desencadenante.
- c. Predisuesto situacionalmente: los ataques son frecuentes a ciertas situaciones aunque no se asocian completamente a estas.

Ahora bien, para el diagnóstico de un trastorno de pánico, debe presentarse ataques de pánico inesperados, con al menos uno de ellos seguido por uno o más síntomas como la inquietud persiste ante la posibilidad de padecer un ataque, preocupación por implicaciones del ataque o sus consecuencias, o un cambio del comportamiento relacionado con los ataques. Los criterios diagnósticos necesarios para que se cumpla un trastorno de pánico se encuentran resumidos en la siguiente tabla:

Criterios del DSM-IV (1994) para el diagnóstico de trastorno de pánico sin agorafobia
<p>A. Se cumplen (1) y (2):</p> <p>(1) crisis de angustia inesperadas recidivantes</p> <p>(2) al menos una de las crisis se ha seguido durante 1 mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(a) inquietud persistente ante la posibilidad de tener una crisis</li> <li>(b) preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias (p.ej. perder el control, sufrir un infarto de miocardio, "volverse loco")</li> <li>(c) cambio significativo en el comportamiento relacionado con las crisis</li> </ul> <p>B. Ausencia de agorafobia</p> <p>C. Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej. drogas, fármacos) o a una condición médica general (p- ej. hipertiroidismo)</p> <p>D. Las crisis de angustia no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, como por ejemplo la fobia social; la fobia específica; el trastorno obsesivo-compulsivo; el trastorno por estrés postraumático, o el trastorno por ansiedad de separación.</p>

Tabla 4. Criterios para el diagnóstico de trastorno de pánico sin agorafobia

Fuente: DSM- IV

A las consecuencias negativas del ataque de pánico se le suman un deterioro socio laboral, baja autoestima, actitud hipocondriaca, entre otros. (Roca, s.f). Adicionalmente, de no recibir el tratamiento adecuado, el trastorno de pánico puede llegar a consolidarse como una enfermedad crónica y deteriorante, lo que convierte en uno de los trastornos que produce mayor discapacidad.

Unido a lo anterior, algunos estudios (Robins, Helzer, Weissman, Orvaschel, Grunberg, Burke & Regier, 1984) han demostrado que aproximadamente un 10% de la población adulta ha experimentado alguna crisis de pánico que por lo general no llega a convertirse en un trastorno de pánico. Por otra parte, el DSM-IV muestra una prevalencia anual del trastorno de pánico situada entre un 1.5 y un 3.5%.

## **Tratamiento Psicológico para los Trastornos de Ansiedad.**

### *Tratamiento para la Ansiedad Generalizada.*

La literatura nos muestra la predilección existente por los tratamientos cognitivo-comportamentales para el tratamiento de la ansiedad, dada su efectividad manifiesta y comprobada (Capafons, 2001). Entre los tratamientos psicológicos para la ansiedad más reconocidos, se encuentran la terapia cognitivo conductual de Beck & Emery (citados por Capafons, 2001), consistente en el “reconocimiento y análisis de pensamientos ansiogénicos y de falta de autoconfianza, búsqueda de alternativas útiles y seguimiento de cursos de acción a partir de esas alternativas”, así como la terapia de conducta, con técnicas como la relajación muscular, la exposición gradual y la realización de tareas agradables para promover la confianza del cliente. En un estudio realizado por Ladouceur, Gugas, Freeston, Léger, Gagnon & Thinodeau (2000), se enfatiza en el papel esencial que juega la preocupación (*worry*) dentro del trastorno de ansiedad. De este modo, los autores afirman que teniendo en cuenta la interconexión de los diferentes procesos cognitivos que conducen al trastorno de ansiedad, una vez manejados los niveles de preocupación como fenómeno cognitivo, se conducirán cambios en la respuesta psicológica, el nivel subjetivo de afectación y los comportamientos relacionados con la preocupación; así, una vez diseñado un tratamiento para el trastorno de la ansiedad focalizado en la preocupación, se producirán cambios en todos los sistemas interactivos, por ejemplo, una disminución en los síntomas somáticos del trastorno, como fatiga frecuente, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y dificultad para dormir.

Complementariamente, Roth & Fonagy (citados por Capafons, 2001) concluyen que la terapia cognitivo conductual produce un gran efecto en el post tratamiento del trastorno de ansiedad, así como un mantenimiento de su efecto positivo hasta 6 meses después de terminada

la terapia; de igual modo, producen un buen índice de adherencia al tratamiento, de modo que los resultados en el seguimiento y sus efectos a mediano plazo, son superiores a los de la terapia analítica, *counseling* no directivo y otros métodos comportamentales.

### *Tratamiento para las Fobias Específicas.*

El concepto de fobia específica se emplea para hacer referencia a todas las fobias en las cuales el miedo se encuentra focalizado en objetos concretos (Capafons, 2001). Diferentes investigación apuntan hacia la terapia cognitivo-conductual como el principal tratamiento para el manejo de las fobias específicas (Borda, Pérez & Avargues, 2011; Capafons, 2001; Orgilés, Rosa, Santacruz, Olivares & Sánchez-Meca, 2002; Pérez y Fernández, 2001). En el artículo realizado por Lozano, Rubio & Pérez (1999), se especifica el uso particular de algunas técnicas cognitivo conductuales que han mostrado ser de gran efectividad para el manejo de estas fobias:

AUTORES	N	EDAD	PROBLEMA	G.E.	TÉCNICAS	DURA.	RESULTADO	SEGUL.	RESUL.SE
Rimm, Saunders y Westel, 1975	21	n.e.	Estudiantes con fobia a las serpientes.	1	Detención del pensamiento. Aserción encubierta.	n.e.	n.e.	n.e.	
Holmes, Delprato y Aleh, 1979	5	21-59	Problemas para viajar en avión.	1	Relajación. Detención del pensamiento. Autoafirmaciones positivas (Habilidades de afrontamiento y autocontrol).	n.e.	Éxito en todos los sujetos, evaluado a raíz de los autoinformes.	16 meses.	4 de los sujetos no tuvieron recaída.
O'Brien, 1979	2	52/23	Agorafobia.	1	Detención del pensamiento y visualización.	4 meses	Positivo.	1 año.	Sin síntomas de ansiedad.
Macía y Méndez, 1991	16	29	Agorafobia	1	(a) Fase educativa o de aprendizaje de habilidades de afrontamiento: -> Autoobservación -> Autoinstrucción -> Detención del pensamiento (b) Exposición en vivo.	2 meses y 1/4	Positivo.	n.e.	

Tabla 5. Técnicas para el manejo de las fobias

Fuente: Lozano, Rubio & Pérez, 1999

### Técnicas conductuales.

1. Terapia de exposición (Caballo & Mateos, 2000): la terapia de exposición al estímulo fóbico (desensibilización sistemática, inundación y exposición graduada) ha sido señalada como una de las de mayor efectividad, con una diferenciación de la exposición en variables como la forma como se presenta el estímulo, el tipo de respuesta ante el estímulo fóbico, ayudas para inducir la respuesta o el uso o no uso de estrategias de control cognitivo (Capafons, 2001). La exposición puede llevarse a cabo en vivo o a través de imágenes, elección dependiente del grado de manipulación del terapeuta en relación con el nivel de afectación del paciente. Preferentemente, la exposición debe tener una larga duración y solo terminará una vez disminuidos los niveles de ansiedad en un 50% o cuando la ansiedad desaparezca por completo.

2. Entrenamiento en relajación: a través del uso de técnicas de relajación el paciente aprende a distraerse de la ansiedad mediante respuestas que no son compatibles con la misma (Red sanar, s.f). El entrenamiento en respiración es una técnica empleada en el manejo de la ansiedad y en terapias de reducción de estrés, de modo que producen un estado subjetivo de relajación y efectos psicológicos contrarios a la hiperventilación y la activación del sistema autónomo central (Hazzlet-Stevens & Craske, 2009)

### Técnicas cognitivas.

El modelo de la terapia cognitiva implica un acercamiento a las emociones del individuo a partir de sus cogniciones (Beck, 1979). El propósito de las técnicas cognitivas se basa en la diferenciación entre pensamientos realistas y pensamientos irreales o entre posible y probable

(Marshall, Bristol, & Barbaree citados por Capafons, 2011). De igual modo, se pretende que los pacientes se aproximen al estímulo con el menor grado de ansiedad anticipatoria y con atribuciones adaptativas de sus reacciones. Se ha determinado que la terapia cognitiva facilita el mantenimiento, a largo plazo, de los beneficios del tratamiento de los trastornos de ansiedad (Clark, 1995 citado por Caballo & Mateos, 2000).

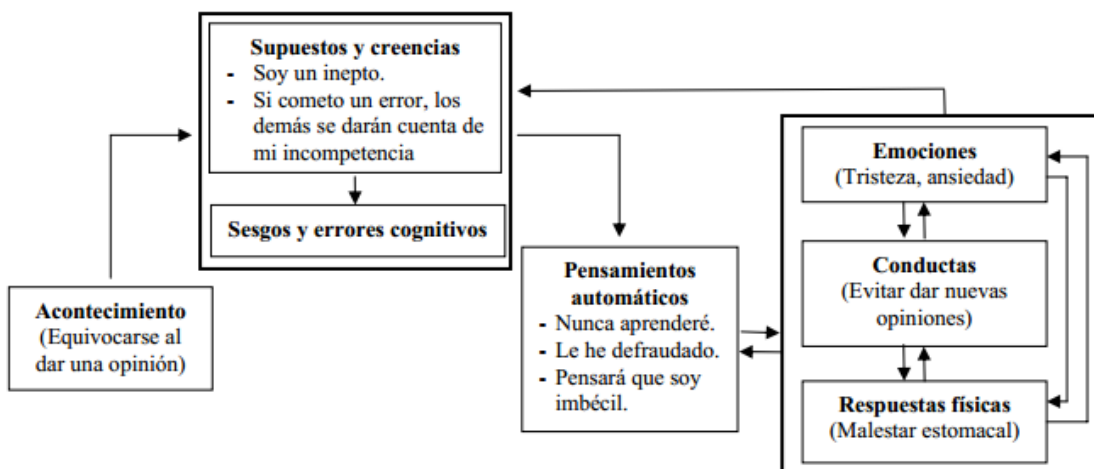


Figura 1. Modelo de la terapia cognitiva

Fuente: Bados & García, 2010

Las terapias cognitivas de mayor uso para el tratamiento de la ansiedad serán explicadas a continuación:

1. Terapia Racional Emotiva, de Albert Ellis (1980): el esquema de esta terapia se basa en la teoría del ABC, entendiéndose A como los acontecimientos activadores, B como las creencias en relación con A y C como las consecuencias emocionales y conductuales:

A (Acontecimiento)	B (Creencia o pensamiento)	C (Consecuencias)
Mi madre no me deja ir de fiesta.	Mi madre no me deja ir de fiesta. Tengo que ir, es terrible si no voy a la fiesta, pensaran que mi madre hace conmigo lo que quiere, ya no soy un niño.	Consecuencia emocional: enfado, ira, hostilidad. Consecuencia conductual: escaparse de casa para ir a la fiesta.

Tabla 6. Modelo ABC

Fuente: Bermúdez, Teba & Cazal (2004)

En el escrito realizado por Roca (s.f), se explica la Terapia Racional Emotiva como una teoría que entiende la perturbación emocional como resultado de una malsana filosofía de vida, que incluye el predominio de creencias irracionales con sus consiguientes distorsiones cognitivas. Las creencias irracionales fueron catalogadas en 3 tipos de exigencias absolutistas o necesidades perturbadoras, en forma de “deberías”, y “es necesario que”, con respecto a uno mismo, otras personas y la vida o el mundo; al no cumplirse estas exigencias aparecen pensamientos de “tremendismo”, “no puedo sopórtalo” y “condena”. Por su parte, las distorsiones cognitivas propuestas por Ellis como producto de las creencias irracionales se catalogan de la siguiente manera:

- Sobregeneralización y etiquetaciones negativas.
- Salto a conclusiones negativas
- Adivinar el futuro.
- Fijarse en lo negativo.
- Descalificar lo positivo.
- Magnificar/Minimizar.
- Razonamiento emocional.
- Personalización.



-Estafa.

A partir de lo anterior, el objetivo de la Terapia Racional Emotiva se centra en modificar las evaluaciones negativas del mundo, producto de las distorsiones, así como las creencias subyacentes que les dan origen (Roca, s.f). Específicamente, en individuos con ataque de pánico, se deduce que han tendido a interpretar algunas sensaciones corporales propias de un estado de ansiedad como catastróficas (mareos, palpitaciones...), vivenciándolas de una manera mucho más peligrosa de lo que son en realidad. Por este motivo, en terapia se busca modificar aquellas cogniciones negativas que mantienen el estado de ánimo ansioso, no solo cambiando un pensamiento negativo por uno positivo, sino buscando que el paciente reconozca que sus pensamientos negativos no están basados en la realidad (Jaén, 2009).

2. Terapia Cognitiva de Beck: Explicada por Cia (1994), la terapia propuesta por Beck es un tratamiento breve, que necesita de la participación activa del paciente y del análisis constante de sus pensamientos así como de una actividad de proximidad por parte del terapeuta, promoviendo así la auto-observación y autocorrección del paciente. Inicialmente, el terapeuta realiza una explicación del modelo, enfatizando en la diferenciación de síntomas cognitivos, conductuales, emocionales y fisiológicos; de igual modo, el terapeuta explica el cómo los pensamientos automáticos pueden ser promotores o perpetuadores de síntomas de ansiedad. Una vez identificados los pensamientos negativos y las creencias subyacentes, éstos son enfrentados a través de una prueba de hipótesis, de la ejecución de tareas entre las sesiones y del seguimiento de un diario que permita probar la validez de las creencias (Hunot, Churchill, Silva de Lima & Teixeira, 2008). Esta terapia cuenta con dos componentes de abordaje:

a. Resolución de problemas: en este punto se hace necesaria la identificación de los problemas del paciente y el significado atribuido por este y posteriormente se identifica una estrategia de abordaje de los mismos. Esta técnica permite al paciente recuperar su confianza por cuanto aprende a reconocer diferentes y nuevos métodos de reaccionar ante la vida (Goyheneix, 2003).

B. Reestructuración cognitiva: La reestructuración cognitiva se basa en la identificación de pensamientos desadaptativos que posteriormente son reemplazados por otros de mayor eficacia, buscando así resolver la perturbación emocional o conductual que se producía a partir de los primeros. Debido a que los pensamientos se consideran hipótesis, terapeuta y paciente trabajan juntos por la determinación del grado de utilidad de dichas hipótesis. El terapeuta no hace explícita la validez o invalidez de los pensamientos, sino que promueve la identificación de la misma por parte del paciente a través del uso de preguntas y experimentos conductuales (Clark citado por Bados & García, 2010).

3. Terapia de inoculación del estrés: inicialmente, entendemos el estrés como una relación dinámica entre el individuo y el entorno, influenciada por la interpretación del individuo y por la percepción de afrontamiento que determinan la naturaleza del estrés (Lazarus citado por Meichenbaum, 1987). Las tareas de la inoculación de estrés, creadas por Meichenbaum (1987) buscan comprometer al paciente con la identificación de señales de baja intensidad y el cambio y la interrupción de conductas generadoras de estrés; el objetivo de la terapia de inoculación del estrés, es mostrar a los pacientes diversas respuestas de afrontamiento para la modificación del entorno y el control de sus reacciones (Meichenbaum, 1987). Cano (2002) citando la técnica de

Meichenbaum (1987) señala su técnica como un entrenamiento a los pacientes para que aprendan a aplicar estrategias que mantengan los niveles de ansiedad moderados, prevenir las consecuencias de los elevados niveles de estrés y ansiedad, anticipar estrategias de reducción de la ansiedad ante indicios anticipadores de la misma y generar la sensación de control sobre situaciones que antes eran incontrolables. En cuanto a la efectividad del uso de la Inoculación del estrés, Bas, Fernández & Díaz (citados por Muro, 2004) subrayan que el uso de esta técnica proporciona una mejor asimilación de conocimientos y habilidades de afrontamiento para el manejo de situaciones estresantes, facilitando un acercamiento de la persona ante su problemática y permitiéndole dar manejo a la misma, hecho que incrementa la percepción de autoeficacia y autocontrol.

El estudio realizado por el Grupo de Integración de Asignaturas Metodológicas en un Estándar Docente (2002), el cuál pretendía evaluar la efectividad del entrenamiento en Inoculación de Estrés en personal de enfermería expuesto a ciertos niveles de ansiedad laboral, encontró que el uso de esta técnica produce un incremento en las conductas positivas de los evaluados y un aumento de la cooperatividad entre los compañeros, lo cual demuestra la efectividad de esta técnica para el tratamiento de la ansiedad laboral.

4. Estrategias de Afrontamiento: el afrontamiento es definido como toda la serie de acciones o pensamientos que permiten al individuo dar manejo a las diferentes demandas internas o externas evaluadas como excedentes o desbordantes; por tanto, una vez identificado el tipo de afrontamiento de un individuo, podemos comprender cómo se enfrenta a sucesos generadores de estrés (Lazarus & Folkman citados por Felipe & León, 2010).

Los estilos de afrontamiento pueden ubicarse en 3 distintas dimensiones, como lo son: método de afrontamiento (activo, pasivo y evitativo), focalización del afrontamiento (afrontamiento dirigido al problema, a la respuesta emocional y la modificación inicial de la situación) y la actividad movilizada en el afrontamiento (afrontamiento cognitivo y conductual) (Fernández, 1997). Ahora bien, cuando la evaluación que realiza la persona en relación a los recursos disponibles para manejar determinada situación muestra insuficiencia, se desencadena una respuesta de estrés, psicofisiológica y emocional. A partir de lo anterior, adquieren gran importancia la percepción de la anticipación y del control de la situación (Lazarus citado por Gantiva, Luna, Dávila & Salgado, 2010).

Por otra parte, los trastornos de ansiedad son estudiados desde la literatura como multifactoriales, reconociendo a los factores ambientales como influyentes en la adquisición y en el mantenimiento de los mismos, todo esto a través de un proceso de aprendizaje (Gantiva, Luna, Dávila & Salgado, 2010). Por su parte, el modelo cognitivo explica el trastorno de ansiedad a partir de la interpretación negativa o catastrófica de los hechos, que se explicarían desde unas creencias disfuncionales que parten de un suceso real (Beck & Clark citados por Gantiva et al., 2010).

En el estudio realizado por Gantiva et al. (2010), se encontraron elementos comunes en el estilo de afrontamiento frente a la vida de personas ansiosas y no ansiosas, sin embargo, se logró identificar que la diferencia no está en el uso, sino en la frecuencia y las habilidades para que la estrategia sea efectiva. El estudio reconoció las estrategias de resolución de problemas, reevaluación positiva y búsqueda de apoyo social, como las más utilizadas por la población sin ansiedad, siendo éstas de carácter activo. Ahora bien, aunque la solución de problemas y la reevaluación positivas son también técnicas empleadas por el grupo ansioso, lo son en menor

cantidad. Se identifica también en este grupo la técnica de evitación cognitiva, lo cual conduce al individuo a una descentralización de la situación problemática, alejándose de las reacciones emocionales secundarias. Adicionalmente, el estudio permite evidenciar un mayor uso de la estrategia de agresividad por parte del grupo ansioso, que según Lazarus & Folkman (citados por Gantiva et al., 2010), podría explicarse como una respuesta impulsiva, producto del temor a experimentar sensaciones aversivas. En relación con la estrategia de expresión de la dificultad de afrontamiento y la búsqueda de apoyo profesional, los individuos ansiosos mostraron niveles más elevados de su uso, evidenciando una predisposición a la búsqueda de ayuda externa, ante la incapacidad interna para el manejo de la situación, hecho que reafirma la característica evitativa de los sujetos ansiosos.

5. Técnica de detención del pensamiento: Esta técnica, presentada en primera instancia por Bain (1928), es ampliamente utilizada en la actualidad para el manejo de las fobias y obsesiones, siendo estos dos últimos experiencias generadoras de ansiedad (Lozano, Rubio & Pérez, 1999); su uso es recomendado para síndromes que impliquen una elaboración de pensamientos (Davis, Mackey, & Eshelman, 1985). Inicialmente, el paciente debe identificar sus pensamientos irracionales, acto seguido inminentemente por la detención del pensamiento: para éste propósito se hace uso de diferentes técnicas como imaginar la palabra STOP o poner un despertador que le recuerde al paciente que debe detener el pensamiento. Una vez detenido el pensamiento, el paciente deberá sustituirlo por otro más adecuado (Lozano, Rubio & Pérez, 1999). Específicamente, la técnica de detención de pensamiento ha sido utilizada en el tratamiento de las fobias, cuyos pensamientos irracionales más comunes serían: “¿Y si me da una

crisis de angustia?, voy a marearme y nadie me atenderá, no sirvo para esto, que mal lo hago” (Lozano, Rubio & Pérez, 1999).

### *Tratamientos para el ataque de pánico.*

La controversia existente entre la efectividad de los tratamientos disponibles para el trastorno de pánico que encierra tanto el abordaje farmacológico como el psicoterapéutico, ha sido objeto de un considerable número de investigaciones (McNally, 1996). Se han considerado abordajes complementarios entre farmacología y psicoterapia, ya que tanto uno como el otro han conseguido evidenciar cierta mejoría en los pacientes que padecen un trastorno de pánico, sin lograr dar por sentado mayor eficacia por parte de alguno de los dos tratamientos (McNally, 1996).

En lo relativo a la terapia cognitivo conductual TCC, Barlov & Craske, (citados por McNally, 1996) diseñaron un método de abordaje de los ataques de pánico que incluía:

1. Reestructuración cognitiva y entrenamiento en reducción de sensibilidad a la ansiedad y en la tendencia a reaccionar con miedo antes sensaciones corporales.
2. Técnicas de manejo de síntomas: control de respiración y relajación.
3. Exposición sistemática interoceptiva ante sensaciones corporales temidas.
4. Experimentos conductuales que buscan la experiencia para refutar creencias catastrofistas en torno al miedo a las sensaciones corporales.

Por su parte, Botella (2001) explicita que tras 15 años de investigación, se ha encontrado que el tratamiento más efectivo para el trastorno de pánico es la terapia cognitivo conductual

diseñada específicamente para este trastorno, incluyendo un componente educativo relativo a la ansiedad y el pánico, reestructuración, exposición a estímulos externos, internos o ambos, entrenamiento en respiración y en habilidades de afrontamiento. Otros estudios han pretendido identificar si existe mayor eficacia, ya sea por parte de la terapia cognitiva o por parte de la terapia conductual, en el abordaje del trastorno de pánico; sin embargo, se ha llegado a la conclusión de que las dos terapias son un complemento necesario para el manejo del trastorno y por consiguiente, la reestructuración cognitiva no contiene tanta efectividad de no ser combinada con terapia de exposición (Roca, s.f)

Además de las técnicas para el tratamiento del trastorno de pánico mencionadas anteriormente, surge también la terapia cognitiva focal basada en el modelo cognitivo del pánico (tabla 7), que a diferencia del abordaje cognitivo conductual, da mayor prioridad a lo cognitivo.

Se basa en la **teoría cognitiva de Beck**, según la cual las emociones no son resultado de la situación en sí, sino de cómo la evaluamos; es decir, de lo que pensamos acerca de ella. La ansiedad se asocia a pensamientos de peligro o amenaza percibida, sea esta real o no. Por tanto, si una persona supone, por ej., que está a punto de morir de un ataque al corazón, reaccionará experimentando el mismo terror que si ello fuese cierto.

Las **crisis de pánico** resultan de la malinterpretación de sensaciones interoceptivas, como señal de que va a ocurrir una catástrofe inminente (volverse loco, morir o perder el control). Esta interpretación catastrofista hace que aumente la ansiedad, la cual a su vez incrementa las sensaciones interoceptivas temidas, ya que son sensaciones asociadas a la ansiedad. Así se desencadena un círculo vicioso que da lugar a la crisis.

Las personas que sufren crisis de pánico repetidas, las experimentan porque han desarrollado una tendencia estable, a malinterpretar las sensaciones corporales benignas como indicadores de una catástrofe mental o física inminente. Ej., las palpitaciones pueden ser interpretadas como evidencia de que está sufriendo un ataque al corazón.

Por tanto, la **terapia** consiste en una serie de estrategias dirigidas a que el paciente aprenda a evaluar correctamente dichas sensaciones, superando así tanto su tendencia a hacer interpretaciones catastrofistas como las alteraciones emocionales y conductuales que se derivan de ellas.

Beck y Emery, 1985; Clark, 1986, 1988, 1989, 1995; Salkovskis y Clark, 1991, 1995.

*Tabla 7. Modelo cognitivo del pánico*

*Fuente: Roca, E. <http://www.cop.es/colegiados/pv00520/articulo%20webs%20,%203,%205.pdf>*

Así, la mayoría de estudios ha encontrado que la terapia cognitiva focal muestra su superioridad frente a otros tratamientos en lista y tratamientos placebo y, adicionalmente, parece como mínimo tan eficaz como el tratamiento farmacológico.

## **OBJETIVO GENERAL**

Implementar un tratamiento cognitivo conductual para el manejo de la sintomatología producto de un trastorno de ataque de pánico frente a temor a la muerte.

### **Objetivos Específicos**

- ✓ Realizar diagnóstico a partir de una entrevista semiestructurada y de la aplicación de pruebas para la identificación de esquemas de pensamiento y ansiedad, para corroborar el motivo de consulta.
- ✓ Implementar un tratamiento con enfoque cognitivo conductual, para la disminución de síntomas de ansiedad y la promoción de búsqueda de estrategias de afrontamiento efectivas para la paciente.
- ✓ Evaluar el proceso terapéutico para determinar su efectividad con relación al objetivo general, planteado inicialmente.
- ✓ Rediseñar el tratamiento cognitivo conductual, en caso de que este no esté cumpliendo con el objetivo, de lo contrario, se trabajará prevención de recaídas.



## **Metodología**

### *Método*

El presente trabajo monográfico, se cataloga como un estudio de caso único de tipo descriptivo que pretende evidenciar puntualmente el proceso terapéutico realizado con una paciente cuya sintomatología responde al trastorno de ansiedad con crisis de angustia.

El estudio de caso único es entendido como una importante herramienta de aporte investigativo para el desarrollo de la psicología clínica, que si bien no puede ser usado para testear hipótesis generales, si logra testear hipótesis clínicas particulares que hacen referencia a pacientes específicos (Roussos, 2007). De igual modo, Morley, citado por Roussos (2007), fundamenta los usos del estudio de caso único de la siguiente manera: usos pedagógicos generales, para entrenamiento de nuevos profesionales, peculiaridades clínicas generadoras de nuevas ideas y para la realización de tareas de investigación.

Finalmente, el presente trabajo fue regido por el código bioético y deontológico del psicólogo, establecido en la Ley 1090 de 2006.

### *Participante*

La paciente con la cual se decidió llevar a cabo el presente trabajo de grado, es una mujer de 27 años, soltera, oriunda de Santander y residente del Municipio de Bucaramanga. La paciente se desempeña actualmente como cajera/administradora de un almacén de dulces, sin embargo, se encuentra en busca de una mejor oportunidad de trabajo que a su vez le permita realizar su práctica profesional y obtener una titulación técnica.

Al cuestionarla por el motivo de consulta, la paciente refiere lo siguiente: “Desde Junio estaba trabajando y sentí un mareo y que el corazón se me iba a salir. En ese mareo vi como la muerte,

como si se fuera a acabar el mundo. Después me dolía la cabeza, no podía dormir...me siento fatigada”

En una evaluación retrospectiva del motivo de consulta, se encuentra que la paciente se ha considerado siempre una persona “nerviosa y misteriosa”. Adicionalmente, durante el último año se han presentado en su vida situaciones como: ruptura amorosa con una pareja con la que, aunque sostenía una relación estable, se encontró siempre marcada por la distancia física (mayo 4 de 2013), cambio de una casa en la cual se sentía cómoda (Mayo 19 de 2013), finalización de estudios académicos previos a la práctica (Junio 2 de 2013), salida de casa por parte de sus hermanas, con quienes sostenía una relación de estrecha cercanía (Marzo de 2013), muerte de dos docentes académicos (Mayo-Junio 2013), muerte de dos familiares (Junio y septiembre de 2013), Preguntándole a cerca de recuerdos impactantes en su pasado, la paciente evoca la muerte trágica de un tío. Por otra parte, a partir de las muertes acontecidas durante el presente año, la paciente considera firmemente la probabilidad de padecer algún tipo de enfermedad que de la misma forma que con sus conocidos, logre terminar con su vida, Al preguntarle a la paciente por su percepción con relación a la situación por la cual atraviesa, ella responde: “probablemente me angustio porque estoy sola...la depresión...me siento triste...”

Ahora bien, haciendo una evaluación de las diferentes esferas de la vida de la paciente, se encuentra lo siguiente: hija de padres casados quienes a pesar de compartir una relación cordial y convivir en la misma casa, no sostienen actualmente una relación de pareja. La paciente manifiesta una relación de estrecha cercanía con sus dos hermanas, razón por la cual presentó gran afectación cuando dos de estas salen de su casa. La paciente se refiere a su madre como una mujer dominante y a su padre como un hombre pasivo que siempre termina por acceder ante todos los requerimientos de su esposa. En su área personal, la paciente se reconoce como una

persona con escasas relaciones interpersonales, enfatizando en la dificultad que le genera el iniciar y mantener dichas relaciones; de este modo, las hermanas de la paciente se posicionan como su principal contacto social. Durante el presente año, la paciente terminó una relación de 7 años, siendo los 3 últimos enmarcados por periodos intermitentes en los cuales la relación terminaba y volvía a retomarse. Una de las principales dificultades en esta relación fue su negación ante la posibilidad de sostener relaciones sexuales antes del matrimonio, sin embargo, se encuentra que esta decisión más que un deseo personal, es tomada por temor ante la reacción de la madre.

Finalmente, no se registran antecedentes médicos o psiquiátricos, a pesar de que se presentan rasgos de personalidad hipocondríaca, hecho que ha llevado a la paciente a tomarse gran cantidad de exámenes médicos.

### *Instrumentos de evaluación*

Dadas las implicaciones éticas del presente estudio de caso, se hizo necesario en primera instancia el empleo de dos formatos de consentimiento informado que garantizaran la reserva de la identidad del paciente, así como su aprobación para el empleo de historia personal como objeto de estudio para la presente monografía:

- ✓ *Consentimiento informado del Instituto de Familia y Vida de la Universidad Pontificia Bolivariana:* especifica la aceptación de la paciente frente a los lineamientos de atención del Instituto, aclarando que la intervención será realizada bajo parámetros de confiabilidad; de igual modo, el consentimiento ratifica el conocimiento de la paciente en relación a los honorarios de pago y asignación de citas, así como su derecho a abandonar la intervención en el momento que así lo desee (Anexo 1).

- ✓ *Consentimiento informado estudio de caso:* Este consentimiento clarifica la autorización de la paciente para exponer, con fines académicos, el proceso realizado durante la terapia, haciendo salvedad de su intimidad. También se informa que el proceso será asesorado por un profesional especializado y que se encuentra regido por el código deontológico y bioético del psicólogo, ley 1090 del 2006 (Anexo 2).

Ahora bien, para la evaluación de la problemática expresada por la paciente se hizo uso de los siguientes instrumentos de evaluación cuantitativa y cualitativa:

- ✓ *Historia clínica del Instituto de Familia y Vida de la Universidad Pontificia Bolivariana:* este formato recoge información relativa al problema y a los antecedentes del mismo, a través de un análisis detallado de las diferentes áreas de desempeño de la paciente, estructura familiar, historia de la problemática, estrategias empleadas para manejarlo, diagnóstico diferencial de la paciente y planteamiento del proceso terapéutico. De igual modo se asigna un espacio para realizar una breve descripción de las temáticas abordadas durante los seguimientos (Anexo 3).
- ✓ *Historia clínica personal:* en este formato se especifican datos de interés particular relativos al grupo primario, aparición del problema, percepción de la situación problemática, descripción del desempeño del paciente en diferentes áreas y expectativas relativas al proceso terapéutico. (Anexo 4).
- ✓ *Diagrama de conceptualización cognitiva:* esquema que permite organizar la información relevante relativa a las creencias nucleares, reglas, pensamientos, emociones y conductas del paciente, con el fin de establecer un tratamiento acertado ante su problemática. (Anexo 5).

- ✓ *Guía multimodal de segundo orden de trastorno de pánico (Ruiz, 1998)*: Esta guía permite evaluar detalladamente las áreas cognitiva, afectiva, somática, interpersonal y conductual en el individuo, con el fin de llevar a cabo un diagnóstico acertado de la patología. Cada área responde a una serie de puntos específicos que deben tenerse en cuenta a la hora de realizar el abordaje del paciente que al parecer, presenta un trastorno de pánico (Anexo 6)
- ✓ *Entrevista estructurada ADIS-R (Di nardo y Barlow, 1998)*: esta entrevista permite realizar un diagnóstico de los trastornos de ansiedad, con una fiabilidad del 0.79 para la fobia social, 0.85 para agorafobia, 0.59 para ataque de pánico y 0.42 para ansiedad generalizada. El tiempo de aplicación se encuentra entre 1 y 2 horas, siendo el entrevistador quien realiza las preguntas guiadas por la entrevista. Para este caso en particular se aplicó el cuestionario ADIS-R (Anxiety Disorder Interview Schedule Revised) para evaluación de desorden de ansiedad generalizado (Anexo 7).
- ✓ *BAI (Beck, Epstein, Brown & Steer, 1988)*: inventario de 21 ítems que valora la intensidad de la ansiedad clínica sin interferir con la medición de la depresión. Posee un coeficiente de confiabilidad del 0.75 y un coeficiente de validez de 0.51. Su análisis factorial permitió aislar los síntomas físicos de ansiedad y la ansiedad subjetiva y pánico (Anexo 8).

### *Procedimiento*

El proceso terapéutico descrito detalladamente en el presente trabajo monográfico, se llevó a cabo en las instalaciones del Instituto de Familia y Vida de la Universidad Pontificia Bolivariana, el cual ofrece sus servicios a población perteneciente a los estratos 1, 2 y 3 del Municipio de

Bucaramanga y su área metropolitana. Una vez solicitada la atención psicológica por parte de la paciente, se procede a llenar el formato correspondiente a la recepción del caso, especificando el motivo de consulta y aspectos relevantes para el abordaje del mismo. Este formato es diligenciado por una de las practicantes de psicología de la Universidad Pontificia Bolivariana, quienes posteriormente remiten el caso a la psicóloga en práctica de la especialización en psicología clínica. Una vez iniciado el proceso terapéutico se establecen los objetivos de abordaje del mismo, dividiéndose el proceso de la siguiente manera:

Sesión 1-3: Establecimiento de *rapport* y recogida datos de historia personal relevantes para el tratamiento

Sesión 4: Entrenamiento en técnicas para el manejo de la ansiedad y prevención de crisis de angustia.

Sesión 5: Identificación de esquemas maladaptativos tempranos

Sesión 6- 8: identificación y modificación de pensamiento automáticos

Sesión 9: Evaluación de progreso y prevención de recaídas

## **Resultados**

En este apartado se llevará a cabo una descripción del proceso realizado con la paciente, así como su evolución frente a la problemática tratada. Una vez expuesto el proceso terapéutico, se mostrarán los resultados obtenidos en las pruebas aplicadas.

<b>Sesión 1.</b>	
<b>Octubre 17 de 2014</b>	
Objetivo	Tomar datos necesarios para apertura de historia clínica. Establecimiento de motivo de consulta
Desarrollo	<p>Durante esta sesión se prioriza el establecimiento de una relación empática en busca de un enganche terapéutico que facilite en proceso con la paciente. Inicialmente, se explican las condiciones en las cuales se llevarán a cabo las consultas, así como los compromisos por parte del paciente y del terapeuta. Una vez aclaradas las condiciones del proceso, se lleva a cabo la firma del consentimiento informado (Anexo 1).</p> <p>Posteriormente, a través de una entrevista semiestructurada, se realiza una ampliación de los elementos clave para la comprensión de la problemática, consolidando a su vez los datos necesarios para la historia clínica de la paciente</p>
Tarea	N/A
Evaluación	La paciente se muestra atenta y colaboradora ante el proceso. Expresa su situación problemática de manera abierta y se logra realizar un enganche terapéutico. Los datos necesarios para la historia clínica personal son recogidos sin ninguna dificultad, ya que la paciente no muestra reservas con ninguna de las áreas contenidas dentro de la misma. La paciente acepta sin dificultad los lineamientos del proceso por lo que se lleva a cabo la firma del consentimiento informado.
<b>Sesión 2.</b>	

Octubre 24 de 2013	
Objetivo	-Identificar aspectos relevantes en la historia de vida personal.
Desarrollo	<p>La paciente ingresa a consulta orientada auto y alopsíquicamente, con un lenguaje corporal encorvado y con lenguaje verbal llano. Se da continuidad a la exploración de la historia de vida personal con el propósito de llevar a cabo una formulación de caso acertada. Durante esta sesión se evidencia en la paciente un gran temor por estar “volviéndose loca”. De igual modo, se logra identificar un gran apego, que podría catalogarse como dependencia, entre la paciente y su figura materna. Adicionalmente, se encuentra que el trabajo realizado por la paciente opera como un estímulo generador de ansiedad, a pesar de su necesidad imperiosa por mantenerse ocupada y acompañada, hecho que la paciente relaciona con un marcado temor ante el encuentro “a solas con ella misma”. Por otra parte, se evidencia gran frustración por los escasos logros alcanzados en su vida, frustración incrementada al compararse con sus pares académicos, a quienes reconoce como figuras de éxito. La paciente presenta gran incertidumbre con relación a lo que podría/debería alcanzar en su futuro. Finalmente, con relación al motivo de consulta, la paciente hace referencia a la muerte trágica de un familiar cercano</p>
Tarea	N/A
Evaluación	<p>La paciente expresa gran ansiedad al momento de hablar de su futuro. Se identifica presencia marcada de la madre a la hora de la toma de decisiones. De igual modo, se logra presumir en el discurso de la paciente, la presencia de esquemas maladaptativos que estarían relacionados con la experiencia de</p>



	ansiedad y temor ante la muerte. Se logra identificar aspectos relevantes de los antecedentes de la paciente que podrían estar relacionados con la experiencia de ansiedad y con los ataques de pánico.
<b>Sesión 3.</b>	
<b>Noviembre 7 de 2013</b>	
Objetivo	<p>-Aplicar pruebas para corroboración de diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Guía multimodal de 2do orden del trastorno de pánico (Ruiz, 1998) (Anexo 6)</li> <li>✓ Cuestionario ADIS-R. Desorden de ansiedad generalizado (Di Nardo &amp; Barlow, 1988) (Anexo 7)</li> <li>✓ Inventario de ansiedad de Beck BAI, versión española (Beck &amp; Steer, 2011) (Anexo 8)</li> </ul> <p>Con el objetivo de identificar las situaciones/pensamientos que originan los ataques de pánicos, se realiza una breve explicación del formato de autorregistro: situación, pensamiento, emoción y se asigna tarea para la próxima sesión.</p>
Desarrollo	<p>Se aplican los instrumentos antes mencionados para establecer un diagnóstico sólido y reconfirmar los objetivos terapéuticos planteados para el proceso. Posteriormente se introduce a la paciente en la importancia y el efecto de sus pensamientos sobre sus manifestaciones de ansiedad. De este modo se explica a la paciente el cuadro de registro situación-pensamiento-emoción</p>
Tarea	<p>Se pide a la paciente llenar autorregistro de situaciones precedentes a la experimentación de ansiedad con o sin ataque de pánico.</p>

Evaluación	Se logra aplicar los instrumentos de evaluación propuestos con la colaboración de la paciente. Por otra parte, se evidencia comprensión en cuanto a la forma adecuada de llenar el cuadro de autorregistro.
<b>Sesión 4.</b> <b>Noviembre 14 de 2013</b>	
Objetivo	<p>-Revisar y analizar de pensamientos automáticos.</p> <p>-Educar en el uso de estrategias de afrontamiento ante situaciones generadoras de ansiedad: Técnica de detención de pensamiento.</p>
Desarrollo	<p>Al iniciar la sesión, se revisa la tarea asignada a la paciente, encontrando un marcado incremento de los niveles de ansiedad que preceden a los ataques de pánico en los momentos en los cuales la paciente se encuentra sola. Este estado genera un incremento en la frecuencia cardiaca de la paciente, mareos y/o dolor de estómago, exacerbados por la percepción de que podría morir y nadie estaría allí para ayudarla. De este modo, se logra realizar un análisis de sus pensamientos automáticos y las consecuencias de los mismos y se plantean pensamientos alternos que logren disminuir el nivel de ansiedad.</p> <p>A partir de lo anterior, se educa a la paciente en la necesidad de identificar estrategias de afrontamiento frente a la situación problemática y se introduce la técnica de detención de pensamiento con el propósito de disminuir la probabilidad de inicio de los ataques de pánico. A partir de la tarea realizada se llena diagrama de conceptualización cognitiva (Anexo 5).</p>
Tarea	-Uso de la técnica de detención de pensamiento.

	-Creación de un listado de posibles estrategias para afrontar la ansiedad que le producen las situaciones previamente identificadas y que generalmente desembocan en un ataque de pánico.
Evaluación	A partir del reconocimiento de sus pensamientos y las consecuencias de los mismos, la paciente logra realizar un replanteamiento de estos en pro de su bienestar. Una vez comprendida la dinámica que la conduce a la experiencia de un ataque de pánico, la paciente logra identificar la necesidad de implementar estrategias de afrontamiento que disminuyan el impacto que le generan algunas situaciones, que en la mayoría de ocasiones concluyen en un ataque de pánico. De igual modo, se observa reconocimiento de aspectos básicos para el empleo de la técnica de detención de pensamiento.
<b>Sesión 5.</b>	
<b>Noviembre 21 de 2013</b>	
Objetivo	-Identificar esquemas maladaptativos.  -Educar en técnicas de respiración
Desarrollo	A partir de un diálogo terapéutico, en el cuál se abarcaron temáticas referentes a la historia personal de la paciente, se logra identificar esquemas de dependencia/incompetencia, fracaso, vergüenza, aislamiento social, subyugación y autosacrificio, reforzados por distorsiones cognitivas que generalmente involucran a la figura materna. Evitación como estrategia de afrontamiento y el sacrificio de la satisfacción personal en pro de la satisfacción de la madre. En la segunda parte de la sesión se enseña a la paciente el empleo de las técnicas de respiración diafragmática y progresiva, como complemento de las técnicas ya

	empleadas para el manejo de situaciones con contenido ansioso.
Tarea	Debido al periodo de vacaciones tanto de la paciente como del Instituto de familia, se asigna como tarea el uso de las estrategias de afrontamiento planteadas, uso de técnica de respiración y continuidad del cuadro de autorregistro para la identificación y modificación de pensamientos automáticos
Evaluación	<p>A partir de la sesión, la paciente logra darse cuenta que en su mayoría, las decisiones que ha tomado a lo largo de su vida han sido marcadas por la percepción de la satisfacción de la madre y por la evitación de discusiones, a pesar de su insatisfacción personal. Posiblemente esta sensación de insatisfacción personal y la escasa percepción de control ante hechos fundamentales para su vida se encuentran ligadas con el sentimiento de soledad que se antepone a los ataques de pánico.</p> <p>Por otra parte, la paciente comprende a cabalidad el uso de la técnica de respiración para manejo de ansiedad, así como la utilidad de su empleo para el abordaje de su problemática.</p>
<p><b>Sesión 6.</b></p> <p>Febrero 4 de 2014</p>	
Objetivo	-Evaluar avances de la terapia a través de un <i>feedback</i> , con la paciente
Desarrollo	Evaluación del progreso de la paciente a partir de entrevista semiestructurada, así como el uso de estrategias de afrontamiento para el manejo de situaciones generadoras de ansiedad. Dada la habilidad adquirida por parte de la paciente para llenar su autorregistro, se revisan situaciones puntuales frente a las cuales se evidenciaron síntomas ansiosos y se confrontan sentimientos de culpabilidad que

	<p>le condujeron a ellos: <i>“me sentí muy mal porque el perrito se murió por mi culpa, yo no debí hacer lo que hice, pero no sabía que más hacer para ayudarlo”</i>. A pesar de la evidencia de algunas situaciones con consecuencias ansiosas como la mencionada previamente, se encuentra un evidente progreso en la paciente, sustentado en el uso de las técnicas abarcadas. Se encuentra también que además de las estrategias de afrontamiento empleadas, el planteamiento de objetivos personales, principalmente a corto plazo disminuye su ansiedad.</p>
Tarea	N/A
Evaluación	Uso de estrategias de afrontamiento, técnicas de relajación progresiva y diafragmática, detención de pensamiento y planteamiento de pensamientos alternativos que disminuyen la ansiedad ante situaciones específicas
<p><b>Sesión 7.</b></p> <p><b>Febrero 12 de 2014</b></p>	
Objetivo	-Consolidar la modificación de pensamientos automáticos focalizados en los “deberías”, que conducen a una posterior expresión de ataques de pánico.
Desarrollo	Al iniciar la sesión se revisa el cuadro de autorregistro para evaluar la habilidad adquirida por la paciente para el replanteamiento de pensamientos que disminuyan su ansiedad y de este modo evaluar el proceso de reestructuración cognitiva. Se encuentra que la paciente ejecuta adecuadamente el cuadro de autorregistro, aunque ante la predominancia de “deberías” ( <i>“debería haber conseguido un sitio para mis prácticas”</i> , <i>“debería hacer algo diferente para no tener problemas con mi pareja”</i> , <i>“debería dejar de hablar con mi pareja para que mi mamá no se moleste”</i> ) se establece una confrontación que conduzca a la

	<p>comprensión de las consecuencias negativas de los mismos y a un replanteamiento funcional.</p> <p>Por otra parte, se evalúa comprensión y uso de técnicas de relajación ante situación predisponentes a la ansiedad.</p>
Tarea	Continuar cuadro de autorregistro
Evaluación	La paciente ha logrado establecer un adecuado manejo de sus pensamientos, que directamente logran atacar esquemas maladaptativos a través de un proceso de racionalización de las situaciones y de autoreconocimiento. De igual modo, se identifica un adecuado uso y comprensión de la técnica de relajación.
<p><b>Sesión 8.</b></p> <p><b>Febrero 20 de 2014</b></p>	
Objetivo	Evaluar progreso en reestructuración cognitiva y uso de técnicas de manejo de ansiedad.
Desarrollo	Al inicio de la sesión se lleva a cabo una revisión detallada del cuadro de autorregistro, haciendo énfasis en la identificación actual de pensamiento alternativos que disminuyen la ansiedad y por consecuencia los ataques de pánico de la paciente. Se observa un uso efectivo de la técnica. La paciente manifiesta que su ansiedad a la fecha ha disminuido notoriamente, debido a que emplea las técnicas aprendidas para su manejo. Su progreso es además notado por el entorno social que la rodea. Revalorización efectiva de distorsiones cognitivas, específicamente en lo relativo a la maximización de eventos estresantes que conducían a la experimentación de ataques de pánico.

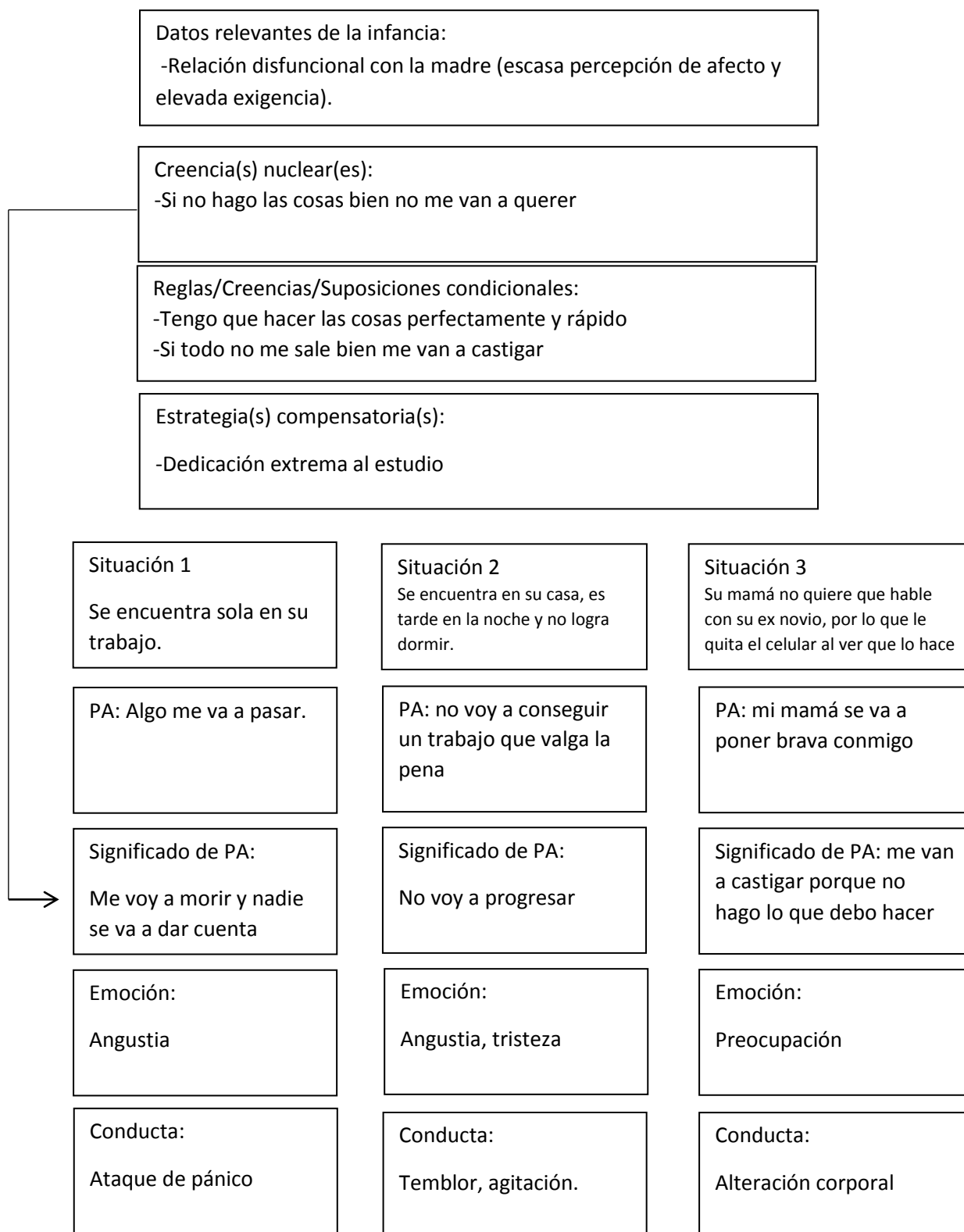
Tarea	N/A
Evaluación	Se realiza una revisión detallada de los objetivos terapéuticos planteados inicialmente y se encuentra que se ha dado cumplimiento a cada uno de ellos: autorregistros, manejo e implementación de técnica de identificación de estrategias de afrontamiento, identificación de esquemas maladaptativos e implementación de técnicas de relajación para el manejo de ansiedad. Debido a lo anterior se da por terminado el proceso, y se programa próxima cita para aplicación de instrumentos de evaluación para constatación de progreso y prevención de recaídas.
<b>Sesión 9.</b>  <b>Abril 8 de 2014</b>	
Objetivo	Aplicar instrumentos de evaluación para evaluación de progreso y prevención de recaídas
Desarrollo	Al iniciar la sesión se realiza la aplicación de la prueba BAI (Anexo 8), con el propósito de constatar cualitativamente el progreso obtenido a partir del tratamiento. Al ser evidente este progreso, se realiza un proceso de prevención de recaídas a través del reconocimiento de los avances ejecutados en terapia y de la forma como estos se hicieron posibles. De este modo se solicita a la paciente hacer un breve resumen de los mismos, ante lo cual esta responde positivamente, enfatizando en la importancia de sustituir pensamientos generadores de ansiedad por otros de carácter adaptativo y realista. A su vez, se aclara que esta modificación en su estilo de pensamiento opera como herramienta de confrontación de ideas irracionales sobre ella misma (esquemas maladaptativos).

	<p>Posteriormente, la paciente identifica las técnicas ejecutadas de mayor utilidad para el manejo de situaciones que le generan ansiedad y que en algunas ocasiones culminan en ataques de pánico. Se clarifica la posibilidad de una reexperimentación de ansiedad, no obstante se puntualiza en la adquisición de herramientas para manejarla.</p>
Tarea	N/A
Evaluación	<p>Internalización positiva de la terapia. La paciente muestra conocimiento y reconocimiento de sus avances, así como de las técnicas empleadas para el manejo de ansiedad.</p>



Resultados de las pruebas aplicadas.

✓ Diagrama de conceptualización cognitiva (Beck, 1993). (Anexo 5).



- ✓ Guía multimodal de segundo orden del trastorno de pánico (Ruíz, 1998). (Anexo 6).

1. Área cognitiva: al iniciar un ataque de pánico la paciente piensa que se va a morir o que se va a volver loca, siente un incremento en su ritmo cardíaco, dolor de estómago, náuseas, sudoración y dolor de cabeza en algunas ocasiones. Su reacción inmediata ante estos ataques es quedarse quieta hasta que alguien aparece. Su reacción tardía es hacerse todos los exámenes necesarios para asegurarse de que su salud no se encuentra en riesgo y no va a morir.

La paciente considera que sus ataques son causados por la posibilidad de morir repentinamente cuando se encuentra sola, presentándose las siguientes cogniciones catastrofistas: miedo a perder el control, miedo a ahogarse o a infartarse, miedo a volverse loca. Durante los ataques la paciente siente que es otra persona (despersonalización) y cabe resaltar que mantiene una atención constante ante funcionamiento corporal.

2. Área afectiva: La paciente describe su último ataque de pánico de la siguiente manera: “estaba sola en la dulcería y sentí como que me empezó a doler el pecho...me sentí muy mal y me dio un mareo y empecé a sentir que no podía respirar bien...también me empezó a doler el estómago entonces yo me asusté y pensé que me iba a morir y que no había nadie para que me ayudara...”. Adicionalmente, la paciente presenta sintomatología depresiva relacionada con la percepción de éxito personal en diferentes esferas de su vida (siente que en comparación a muchas conocidas ella no ha alcanzado nada) y el escaso reconocimiento de los logros personales alcanzados a la fecha. De igual modo, presenta una conducta hipocondríaca, reflejada en el chequeo constante y consulta al médico para asegurarse de que su salud no se vea afectada. Por otra parte, se evidencia miedo ante la evaluación por parte de externos, por lo cual la

paciente evita situaciones como dar discursos en público, hacer reclamos o hablar con personas de autoridad.

3. Área somática: La paciente afirma que su activación corporal tiene un promedio de duración de 15 minutos, en donde las señales corporales más destacadas son el dolor de cabeza, palpitations del pecho y sensación de vacío en la boca del estómago. No se registra uso de alcohol, drogas o fármacos.

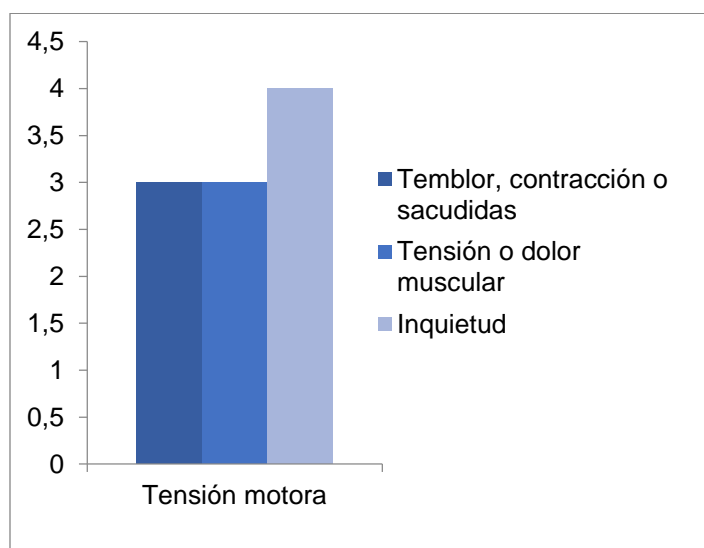
4. Área interpersonal: El entorno de la paciente responde ante los ataques de pánico a través del diálogo, intentos por distraerla y cambios de temas. La paciente afirma que debido a que trabaja en el negocio de su tía, sus ataques no le originan dificultades en su vida laboral y/o familiar, sin embargo, las condiciones de su trabajo, en las cuales ella afirma estar expuesta al ataque de ladrones, si le genera un gran malestar personal. No se encuentra evidencia de ataques de pánico por parte de algún otro miembro de su familia.

5. Área conductual: Las situaciones de ataque se presentan frecuentemente ante la falta de percepción de control, al encontrarse sola o cuando la paciente siente que no ha hecho las cosas bien. Por otra parte, estar sola o entretenerse con pasatiempos diferentes son situación que modulan los ataques (una incrementa la posibilidad de su aparición y las otras lo disminuyen). Debido a lo anterior, la paciente evita anímicamente el encontrarse sola.

- ✓ Cuestionario ADIS-R. Desorden de ansiedad generalizado (Di nardo & Barlow, 1998).

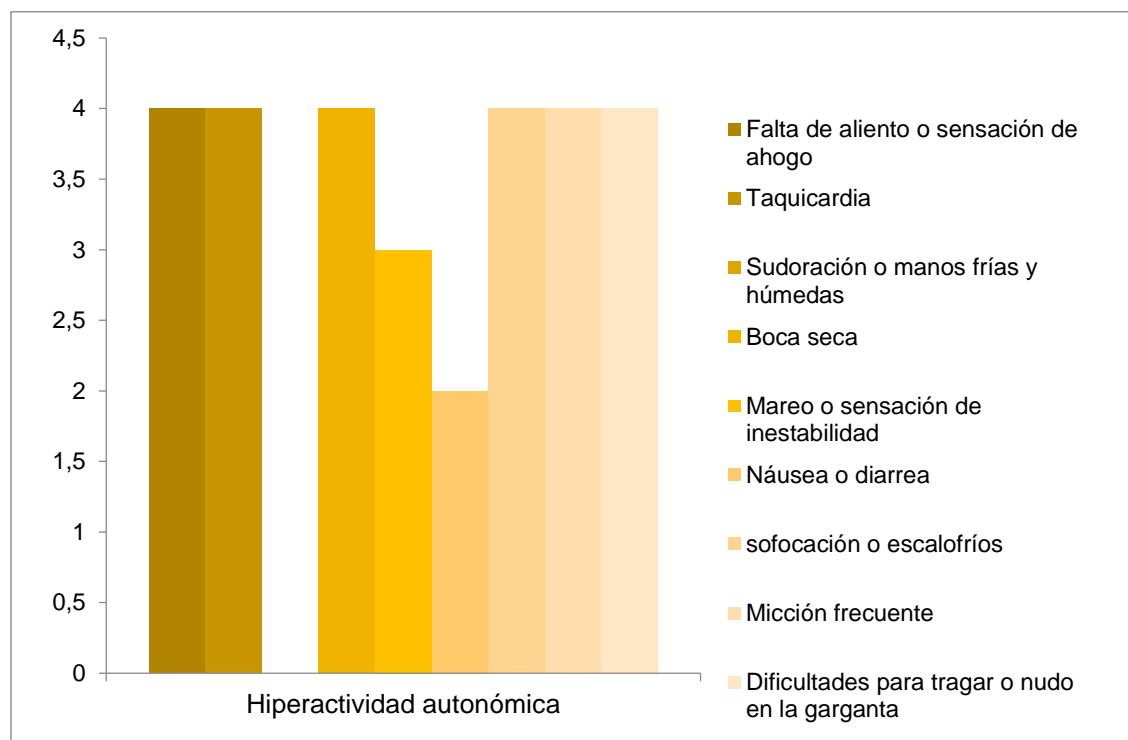
(Anexo 7)

A través de esta entrevista se encuentra que las cosas que preocupan a la paciente son principalmente el no hacer las cosas bien y el estar sola; estas preocupaciones se han presentado con gran frecuencia durante los últimos 6 meses. De igual modo, la paciente dice preocuparse excesivamente por cosas pequeñas como llegar tarde a una cita. De igual modo, al pedirle a la paciente establecer un porcentaje tentativo de tensión, ansiedad o preocupación para cualquier día del último mes, ella opta por un 80%, sin embargo, afirma también que el grado de interferencia que la ansiedad, tensión o preocupación ha tenido en su vida (trabajo, familia, socialización) es moderada. Ahora bien, al evaluar la presencia y/o intensidad de los síntomas del trastorno de ansiedad generalizado, en una escala de intensidad de 0 a 4, en donde 0 es igual a nada, 1 es igual a leve, 2 es igual a moderado, 3 es igual a severo y 4 es igual a muy severo, se encontraron los resultados consignados en las figuras 1, 2 y 3:



**Figura 1. Intensidad de tensión motora**

En el área de tensión emocional, la gráfica evidencia niveles muy severos de Inquietud, así como niveles severos de temblor, contracción o sacudidas y tensión o dolor muscular.



**Figura 2. Hiperactividad autonómica**

En concordancia con lo anterior, el área de hiperactividad autonómica evidencia niveles muy severos en síntomas como la falta de aliento o sensación de ahogo, taquicardia, boca seca, sofocación o escalofríos, micción frecuente y dificultades para tragar o nudo en la garganta. Adicionalmente, síntomas como el mareo o la sensación de inestabilidad se presentaron en un nivel severo, mientras las náuseas o escalofríos no se presentaron

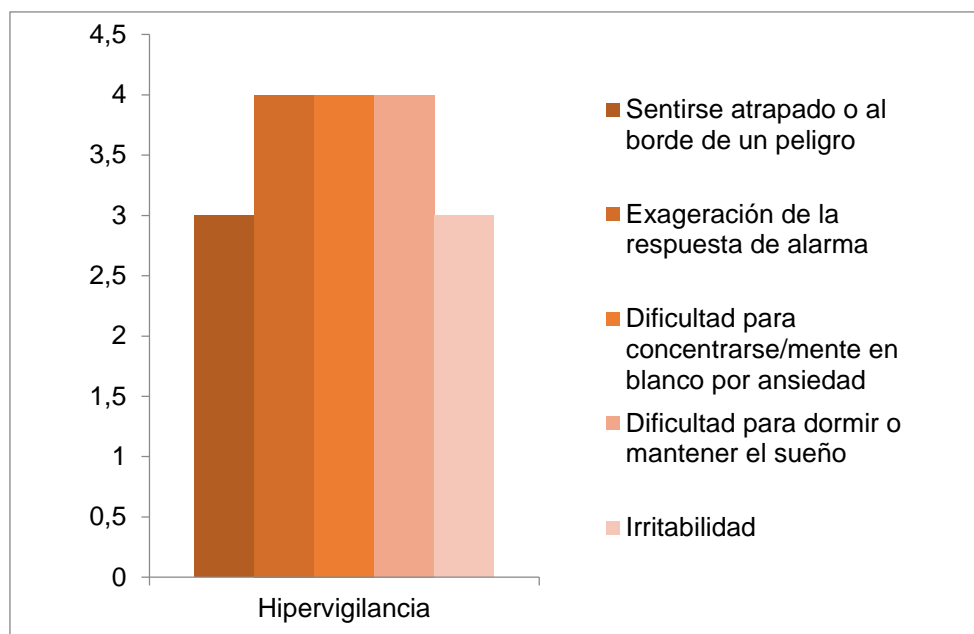


Figura 3. Hipervigilancia

Finalmente, realizando una evaluación en el área de la hipervigilancia se encontró un nivel muy severo ante síntomas como la exageración de la respuesta de alarma, dificultad para concentrarse y dificultad para mantener el sueño, mientras se evidenciaron niveles severos en enunciados como el sentirse atrapado o al borde de un peligro y la irritabilidad.

A partir de los resultados de las pruebas expuestas anteriormente se pudo establecer un diagnóstico de ansiedad generalizada con ataques de pánico y de este modo se da inicio a una terapia cognitivo conductual ajustada a las necesidades del caso. De igual modo, se realiza la aplicación del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) previa y posteriormente a la intervención, con el propósito de evaluar mejoría en la paciente. Los resultados obtenidos de la aplicación de este test se encuentran expuestos a continuación.

✓ Inventario de Ansiedad de Beck - BAI (Beck & Steer, 1988). (Anexo 8)

Item	Pre-Intervención				Post-Intervención			
	0	1	2	3	0	1	2	3
1			X		X			
2		X			X			
3			X			X		
4				X	X			
5				X	X			
6			X		X			
7				X		X		
8			X		X			
9		X			X			
10				X		X		
11			X		X			
12			X		X			
13			X			X		
14				X		x		
15			X		X			
16				X	X			
17			X		X			
19		X			X			
20		X			X			
21	X				X			
Total	41				5			

**Tabla 1. Resultados BAI Pre-Post tratamiento**

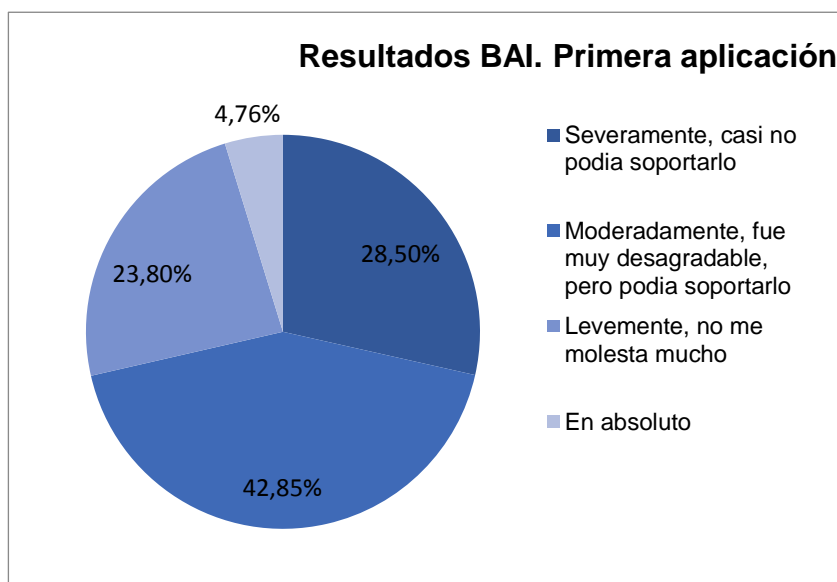


Figura 4. Porcentajes de intensidad de la presencia de síntomas del BAI previos al tratamiento

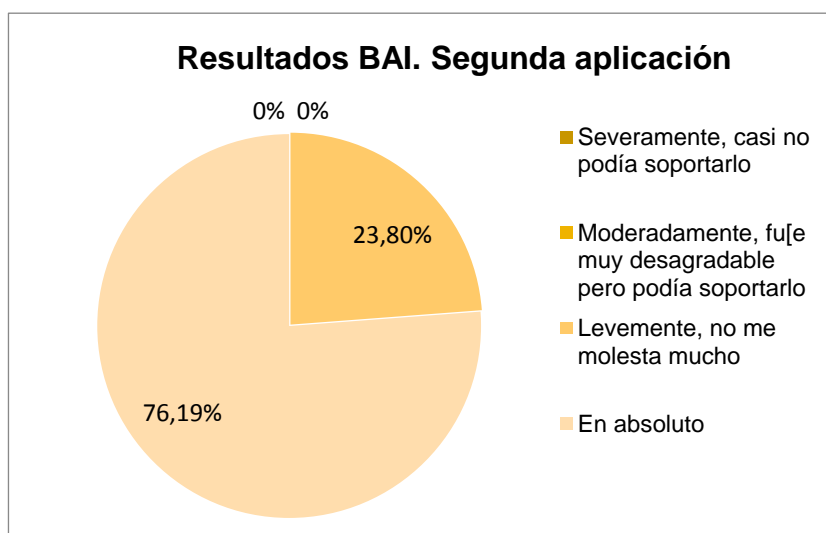


Figura 5. Porcentaje de intensidad de la presencia de los síntomas del BAI posteriores al tratamiento



Los resultados obtenidos a partir de esta prueba evidencian una evolución en la sintomatología ansiosa de la paciente previa y posterior a la implementación del tratamiento. De este modo, se logra aportar evidencia con el fin de corroborar la efectividad del mismo en el trastorno padecido por la paciente. Paralelamente, se realizó una evaluación cualitativa de su evolución a partir del diálogo terapéutico, en donde se logró establecer una notoria mejoría, así como gran conformidad por parte de la paciente, quien cumplió y sigue cumpliendo de manera juiciosa con las pautas enseñadas en terapia.

## Discusión

Bobes, Sáiz, Gonzales & Bousoño (1999) definen la ansiedad como un proceso de activación del sistema nervioso central producto de una estimulación externa. Esta estimulación puede incurrir en síntomas como el miedo a perder el control, despersonalización, insomnio, irritabilidad, afectación cardiovascular, respiratoria, digestiva, neuromuscular y/o neurovegetativa, entre otras. En concordancia con lo anterior, el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV establece como criterios para el diagnóstico de ataque de pánico la aparición temporal y aislada de miedo o malestar intenso, acompañada de cuatro o más síntomas como palpitaciones y elevación de la frecuencia cardíaca, temblores, sensación de ahogo, sensación de atragantamiento, malestar torácico, miedo a perder el control o a volverse loco, sudoración, náuseas, inestabilidad o mareo, desrealización, miedo a morir y escalofríos. Esta sintomatología es habitual en pacientes que experimentan ataque de pánico con temor a la muerte y se da como un intento de huida ante el mismo, aún a sabiendas de que, como afirma Yalom (citado por Borda, Pérez & Avargues, 2011) la muerte es un fin inherente a todos los seres humanos. A partir de lo anterior, se logró establecer en la paciente valorada un diagnóstico de ansiedad con ataques de pánico originados por un temor a la muerte y de este modo, establecer un programa de intervención acorde a sus necesidades.

Ahora bien, ante la necesidad de la paciente por dar manejo a sus ataques de pánico se llevó a cabo la implementación de un tratamiento cognitivo conductual que incluyó la implementación de reestructuración cognitiva, técnicas de detención de pensamiento, identificación de estrategias de afrontamiento funcionales y técnicas de respiración. La efectividad de estas técnicas en el tratamiento de trastornos de ansiedad y de ataques de pánico ha sido documentada en la teoría por diversos autores. Así, Botella (2011) explicita la terapia

cognitivo conductual como una de las de mayor efectividad en el tratamiento de estos trastornos, haciendo énfasis en el componente educativo relativo a la ansiedad y al pánico el entrenamiento en respiración y en las habilidades de afrontamiento para el mismo.

A través de la reestructuración cognitiva se logró establecer el tipo de funcionalidad de los pensamientos desadaptativos con relación al cuadro que predisponía a la paciente ante la experiencia de un ataque de pánico; posteriormente se logró llevar a cabo una modificación de dichos pensamientos, permitiéndole a la paciente encontrar una explicación racional de su situación, que la condujera al adecuado manejo de su estado de ansiedad. Autores como Barlov & Craske, (citados por McNally, 1996) han establecido previamente la terapia de reestructuración cognitiva como parte de un programa de intervención básico para el tratamiento de los ataques de pánico.

Por su parte, el uso de la técnica de detención de pensamiento, sustentada por autores como Lozano, Rubio & Pérez, (1999), resultó de gran efectividad para paciente, quién se desbordaba por pensamientos irracionales relativos a la probabilidad de experiencias de ataque y a la posibilidad de sufrir una muerte repentina ante la cual nadie se percataría

Ahora bien, en el transcurso de la intervención se hizo necesaria la implementación de estrategias de afrontamiento funcionales ante la problemática, debido a que se identificó que la paciente no lograba implementar ninguna ante la inminencia de los ataques, sino que más bien los experimentaba a cabalidad sufriendo las consecuencias físicas y emocionales, dejándose desbordar por los mismos. Se identificó que ante otras situaciones problemáticas, la paciente optaba por la evitación como estrategia de afrontamiento, siendo este afrontamiento de tipo pasivo conductual, dirigido a la respuesta emocional (Fernández, 1997). A partir de este hecho, se identificó que la paciente presentaba una falla en la percepción de la anticipación y del control

de la situación (Lazarus citado por Gantiva et al., 2010), por lo cual no lograba hacer uso de ninguna estrategia de afrontamiento. A través del proceso se logró establecer el uso de estrategias de resolución de problemas, reevaluación positiva y búsqueda de apoyo social en la paciente, estrategias que son más comúnmente empleadas por personas no ansiosas (Gantiva et al., 2010).

Finalmente, el uso de técnicas de relajación como la respiración diafragmática y técnica de relajación muscular progresiva (Jacobson citado por Chóliz, s.f) probó su efectividad teórica en el manejo de la ansiedad y la tensión. A través de estas técnicas, las cuales fueron aprendidas idóneamente por la paciente, se logró manejar un estado de relajación, apartado de pensamientos intrusivos que predispusieran a la aparición de la preocupación y finalizaran en la manifestación de un ataque de pánico.

En una perspectiva personal del caso abordado, se logró identificar el malestar originado por la sintomatología propia del ataque de pánico, sin poder desvincularla de la disfuncionalidad de la paciente a la hora de establecer relaciones interpersonales sanas. Por otra parte, se identifican puntos críticos en la historia de vida de la misma, tal es el caso de la relación construida con la madre y la carencia de madures al abordar la temática de las relaciones sexuales. Estas son problemáticas que se recomienda abarcar con mayor profundidad, debido al gran impacto que podrían generar en el mantenimiento del estado de bienestar percibido actualmente por la paciente.

A partir de lo anterior, se infiere gran correspondencia entre la disponibilidad teórica de tratamientos para el manejo el trastorno de ansiedad y los ataques de pánico y su efectividad en la práctica clínica. Cabe resaltar que dicha efectividad corresponde a la práctica juiciosa de tareas y al reconocimiento de las técnicas como herramientas útiles para el mejoramiento en la calidad

de vida. De no prestarse atención constante a las tareas asignadas y al uso de la técnica en la vida diaria, estos tratamientos probablemente, no hubiesen tenido el impacto positivo que finalmente se consiguió en el tratamiento de la problemática de la paciente.

## Referencias

- Bados, A., y García, E. (2010). La técnica de la reestructuración cognitiva. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/12302/1/Reestructuraci%C3%B3n.pdf>
- Beck, A.T., & Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. Nueva York: Basic Books.
- Beck, A. T., y Steer, R. A. (2011). *Manual. BAI. Inventario de Ansiedad de Beck* (Adaptación española: Sanz, J.). Madrid: Pearson Educación.
- Beck, J. (1993). Diagrama de conceptualización cognitiva. Apéndice 4
- Bermúdez, M., Teva, I., y Casal, G. Terapias cognitivas de los trastornos del comportamiento en la adolescencia. En J. Pedreira (Ed.). *Los trastornos del comportamiento en la adolescencia* (pp.50-57). Madrid: Aula médica. Recuperado de

- [http://www.centrelondres94.com/files/Los\\_trastornos\\_del\\_comportamiento\\_en\\_la\\_adolescencia.pdf#page=56](http://www.centrelondres94.com/files/Los_trastornos_del_comportamiento_en_la_adolescencia.pdf#page=56)
- Borda, N., Pérez, M., y Avargues, M. (2011). Tratamiento cognitivo-conductual en un caso de fobia a la muerte. *Análisis y modificación de conducta*, 37(155-156), 91-114
- Caballo, V, y Mateos, P. (2000). El tratamiento de los trastornos de ansiedad a las puertas del siglo XXI. *Psicología conductual*, 8 (2), 173-215
- Cano-Vindel, A. (1989). Cognición, emoción y personalidad: un estudio centrado en la ansiedad. Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.
- Cano-Vindel, A. (2002). Técnicas cognitivas en el control del estrés En E. G. Fernández-Abascal & M. P. Jiménez (Ed.), *Control del Estrés* (pp. 247-271). Madrid: UNED Ediciones.
- Capafons, A. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la ansiedad generalizada. *Psicothema*, 13 (3), 442-446.
- Calafons, J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para las fobias específicas. *Psicothema*, 13 (3), 447-452.
- Chóliz, M. (S.F). Técnicas para el control de la activación: Relajación y respiración. Universidad de Valencia: España. Recuperado de <http://www.uv.es/choliz/RelajacionRespiracion.pdf>
- Dahab, J., Rivadeneira, C., y Minici, A. (S.F). Sesgos cognitivos en los trastornos de ansiedad. *CETECI*. Recuperado de <http://cognitivoconductual.org/content.php?a=12>
- DiNardo, D & Barlow, D. Cuestionario ADIS-R. Desorden de ansiedad generalizado.
- Ellis, A. (1980). *Razón y emoción en psicoterapia*. España: Descleé

- Felipe, E., y León, B. (2010). Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(2), 245-257.
- Fernández, E.G. (1997). Estilos y Estrategias de Afrontamiento. Cuaderno de prácticas de motivación y emoción. Madrid: Pirámide.
- Gantiva, C., Luna, A., Dávila, A., y Salgado, M. (2010). Estrategias de afrontamiento en personas con ansiedad. *Psychologia: Avances de la disciplina*, 4(1), 63-70.
- Grupo de Integración de Asignaturas Metodológicas en un Estándar Docente. (2002). Control de la Ansiedad en un contexto laboral mediante el entrenamiento en Inoculación del Estrés. En *Métodos en psicología: casos prácticos para un aprendizaje integrado*. Barcelona: Editions Universitat de Barcelona
- Hazlett-Stevens, H & Craske, M. (2009). Breathing retraining and diaphragmatic Techniques. En W, O'Donohue & J, Fisher (Ed.), *General principles and empirically supported techniques of cognitive behavior therapy*. (pp. 166-172). Hobokenen, New Jersey: Jhon Wiley and sons.
- Hunot, V., Churchill, R., Silva de Lima, M., y Teixeira, V. (2008). Terapias psicológicas para el trastorno de ansiedad generalizada. (Revisión Cochrane traducida). *La Biblioteca Cochrane Plus* (4). Recuperado de <http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD001848>
- Jaen, L. (2009). Terapia cognitivo-conductual en el manejo de la depresión y ansiedad. Recuperado de [www.psiesia.com/psiesia/docs/4-TCCdelaAnsiedadYDepresion.DOC](http://www.psiesia.com/psiesia/docs/4-TCCdelaAnsiedadYDepresion.DOC)

- Ladouceur, R., Gugas, M., Freeston, M., Léger, E., Gagnon, F., & Thibodeau, N. (2000). Efficacy of a Cognitive—Behavioral Treatment for Generalized Anxiety Disorder. Evaluation in a Controlled Clinical Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68* (6), 957-964.
- Lozano, J., Rubio, E., & Pérez, MaA. (1999). Eficacia en la técnica de detención del pensamiento en diferentes trastornos psicopatológicos. *Psicología Conductual, 7*(3), 471-499.
- McNally, R. (1996). Nuevos desarrollos en el tratamiento del trastorno de pánico. *Revista de psicopatología y psicología clínica, 1*(2), 91-103.
- Medlineplus. (2012). Fobia específica o simple. Recuperado de <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000956.htm>
- Meichenbaum, D. (1987). *Manual de Inoculación del Estrés*. Barcelona: Martínez Roca.
- Muro, M. (2004). Entrenamiento en Inoculación de Estrés: una opción terapéutica. *Medicentro, 8* (2). Recuperado de <http://www.medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/view/1017>
- Orgilés, M., Rosa, A., Santacruz, I., Olivares, J., & Sánchez-Meca, J. (2002). Tratamientos psicológicos bien establecidos y de elevada eficacia: terapia de conducta para las fobias específicas. *Psicología conductual, 10* (3), 481-503.
- Pérez, M & Fernández, J. (2001). El grano y la criba de los tratamientos psicológicos. *Psicothema, 13* (3), 523-529.



- RedSanar. (S.F). Tratamiento de los trastornos de ansiedad. Recuperado de <http://www.redsanar.org/drfobia/Terapias/manual12c.htm>
- Roca, E. (S.F). La Terapia Racional Emotiva. Recuperado de <http://www.cat-barcelona.com/pdf/biblioteca/terapia-racional-emotiva/tre7.pdf>
- Roca, E. (S.F) EL trastorno de pánico y su tratamiento: Terapia cognitiva focal en formato de grupo. Recuperado de <http://www.cop.es/colegiados/pv00520/articulo%20webs%202,%203,%205.pdf>
- Roussos, A. (2007). El diseño de caso único en investigación en psicología clínica. Un vínculo entre la investigación y la práctica clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16(3), 261-270.
- Ruiz, J. (1998). Guía multimodal de 2º orden del trastorno de pánico ficha número 1. Recuperado de <http://www.psicologia-online.com/ESMUbeda/Multimodal/panico.htm>

**Anexos.**

## ✓ Anexo 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO Instituto de Familia y Vida

INSTITUTO DE FAMILIA Y VIDA  
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, \_\_\_\_\_ Identificado/a con Documento No.- \_\_\_\_\_  
de \_\_\_\_\_, por medio de la presente que acepto recibir el acompañamiento  
psicológico brindado por el Instituto de Familia y Vida, donde me han aclarado aspectos  
relacionados con el proceso de atención psicológica, el pago de honorarios, la asignación de  
citas, entre otros.

De igual forma, refiero que he sido informado por la Psicóloga del Instituto de Familia y Vida, de  
los objetos del proceso de atención psicológica y sé que la información entregada es  
**CONFIDENCIAL** y la Historia Clínica se maneja de acuerdo con lo estipulado en la  
normatividad vigente (Resolución No. 1995 de 1999; Ley 1090 de 2006). No obstante, sé que  
soy libre de retirarme del proceso de atención psicológica en cualquier momento.

Del mismo modo, comprendo y acepto que durante el proceso no existe ni voy a recibir ningún  
tipo de retribución económica.

En constancia se firma en \_\_\_\_\_, a los \_\_\_\_\_ días, del mes \_\_\_\_\_  
del año \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

D.I.No. \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

Psicóloga Instituto de Familia y Vida.

## Anexo 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO ESTUDIO DE CASO

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

### Consentimiento Informado

Yo \_\_\_\_\_, identificada (o) con la cédula de ciudadanía número \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, estoy dispuesta (o) a participar voluntariamente en el proceso terapéutico diseñado y ejecutado por la psicóloga, estudiante de especialización Eloísa del Pilar Bayona Millán. Estoy informada (o) de que durante el proceso se me administrarán las pruebas psicológicas pertinentes, con el fin de investigar sobre mis pautas comportamentales; lo que se hará dentro del protocolo técnico establecido para cada una, y se me entregará un informe de resultados personalizado.

Entiendo que dentro del proceso académico de la especialización en psicología clínica de la Universidad Pontificia Bolivariana, se llevarán a cabo sesiones de socialización de la información que yo suministro, en las cuales se respetará mi derecho a la intimidad, y que la información compartida con el docente, tendrá un manejo profesional tendiente al mejoramiento del proceso terapéutico que se desarrolla.

Autorizo a la psicóloga Eloísa Bayona, para que en alguna situación en la que esté en riesgo mi propia vida o la vida de alguien más, con base en la información que yo suministre durante consulta, informe a \_\_\_\_\_ al teléfono \_\_\_\_\_.

Se me ha informado que cualquier diagnóstico referido en mi historia clínica, será dado teniendo en cuenta los parámetros del manual diagnóstico DSM IV, y que el plan de intervención se establecerá según el marco teórico y técnico del enfoque cognitivo conductual. Adicionalmente, sé que la psicóloga Eloísa Bayona, podrá interrumpir el proceso terapéutico ante la situación en que se requiera y también, que yo estoy en el derecho de interrumpir mi participación en cualquier momento, sin recibir represarías por ello.

Se me ha garantizado que el proceso en ejecución, estará regido por el código deontológico y bioético, establecido en la ley 1090 de 2006, que rige para el ejercicio psicológico en Colombia.

---

Eloísa Bayona M  
Psicóloga  
T.P: 127221

---

Consultante





















#### Anexo 4. HISTORIA PERSONAL DE LA PACIENTE

##### Datos de identificación

Nombre: PI    Edad: 27 años    Estado civil: soltera    N° hijos: 0

Ocupación: empleada    Estudios: tecnología

Familia nuclear: compuesta por padre, madre y hermanas

N° Hermanos: 3

*-Algún detalle significativo sobre los hermanos/as:* estrecha cercanía entre la consultante y sus hermanas, hecho que le ocasiono una gran afectación emocional al momento en el que sus hermanas abandonaron el hogar paterno.

*-Descripción de la relación con el padre:* la paciente describe al padre como un hombre sumiso incapaz de confrontar los deseos de su madre. No hay percepción de protección por parte del mismo.

*-Descripción de la relación con la madre:* evidente relación de dependencia y temor ante el castigo o la insatisfacción de la misma. La paciente describe a la madre como una mujer imponente y dominante y manifiesta una inconformidad con relación al afecto recibido por la misma.

*-Castigos o disciplina impuesta por progenitores:* La paciente fue criada en un ambiente exigente. Su madre empleaba ocasionalmente el castigo físico como estrategia para corregir la mala conducta de su hija.

*Interferencia de terceros en relaciones sentimentales, ocupación, etc.:* Debido al temor hacia la reacción de la madre, la paciente ha decidido no tener relaciones sexuales hasta su matrimonio.

*Estudios:* La paciente se identifica como una persona bastante responsable en todo lo referente a sus estudios académicos.

*Inquietudes relativas a estudio:* A pesar de haber terminado las materias correspondientes a su estudio de pregrado, la paciente no ha logrado llevar a cabo las prácticas solicitadas debido a que desea encontrar un sitio que ofrezca retribución económica. Este hecho le genera gran preocupación.

*Descripción personal:* La paciente se describe como una persona insegura y nerviosa. Sin embargo, también logra describirse como una mujer responsable.

## DESCRIPCION DE LOS PROBLEMAS PRESENTES

### *Descripción de la problemática principal.*

La paciente experimenta ansiedad y ataques de pánico caracterizados por incremento en su ritmo cardiaco, sudoración, dolor de cabeza, mareo, temblor y dolor de estómago, principalmente al encontrarse sola, culminando este cuadro en un aguzado temor a morir. Esta problemática tuvo inicio en el mes de Junio de 2013, fecha desde la cual la paciente se ha realizado todo tipo de exámenes físicos para corroborar el estado de su salud

### *Inicio de la problemática.*

Aproximadamente Junio de 2013

### *Intentos para manejar el problema.*

La madre de la paciente ha intentado darle aguas aromáticas para regular su estado de ánimo.

### *Percepción general de satisfacción personal.*

No se evidencia satisfacción personal a raíz de la frustración que le genera a la paciente la falta de un sitio de práctica que le permita la obtención de su título profesional y por ende una mejoría en sus condiciones de vida

## EXPECTATIVAS SOBRE LA TERAPIA

La paciente espera adquirir herramientas para comprender su problemática y dar el adecuado manejo de la misma, de modo que no se vea afectada la rutina diaria con la cual debe cumplir, ni la satisfacción de sus necesidades básicas (afectación del sueño a raíz de la constante presencia de preocupaciones)

## EVALUACIÓN POR ÁREAS

Área cognitiva: percepción de fracaso

Área afectiva: no se evidencia facilidad para el establecimiento de relaciones afectivas saludables. Actualmente, la paciente sostiene una relación con distanciamiento físico, marcada por las rupturas y los reintentos.

Área somática: percepción de actividad física como incremento de ritmo cardíaco, sudoración, temblor, mareos y cefaleas.

Área interpersonal: escasa habilidad en el establecimiento de relaciones interpersonales. No se identifican amigos cercanos, por lo que se percibe a las hermanas como las figuras sociales predominantes.

#### CLASIFICACIÓN DE ACUERDO AL MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES, DSM IV

Eje I. Trastorno de ansiedad con crisis de angustia.

Eje II. Rasgos de personalidad hipocondriaca.

Eje III. Ninguna

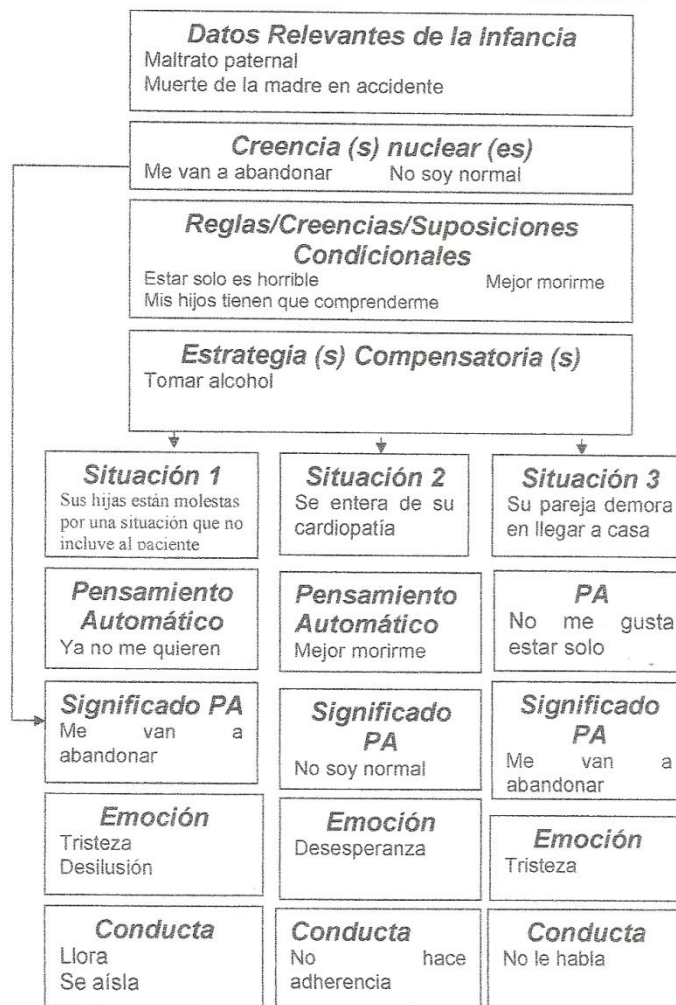
Eje IV. Problemas relativos al grupo primario de apoyo y al ambiente social.

Eje V. EEAG 60

Anexo 5. DIAGRAMA DE CONCEPTUALIZACIÓN COGNITIVA

APÉNDICE 4  
 Copyright 1993 de Judith S. Beck, Ph. D.

DIAGRAMA DE CONCEPTUALIZACIÓN COGNITIVA  
 Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
 Diagnóstico Eje I \_\_\_\_\_ Eje II \_\_\_\_\_



## Anexo 6. GUÍA MULTIMODAL DE 2º ORDEN DEL TRASTORNO DE PÁNICO

GUÍA MULTIMODAL DE 2º ORDEN DEL TRASTORNO DE PANICO

Página 1 de 2

**GUÍA MULTIMODAL DE 2º ORDEN DEL TRASTORNO DE PÁNICO FICHA Nº 1 (Ruiz, 1998)**

Nombre:      Edad:      Fecha :      NºHa:

**1. AREA COGNITIVA :**

- .Reacción personal al T.P (Que piensa-siente-hace ante los ataques)
- .Atribución del T.P (A qué causa cree se deben los ataques)
- .Cogniciones catastrofistas
  - Miedo a perder el control
  - Miedo a ahogarse o infarto
  - Miedo a volverse loco
  - Otros miedos
- .Creencias/Convicción de enfermedad
- .Despersonalización (Sensaciones de irrealidad de si mismo durante los ataques)
- .Hipervigilancia somática (Atención constante al funcionamiento corporal)

**2. AREA AFECTIVA :**

- .Descripción del último ataque de pánico
- .Presencia de ansiedad anticipatoria (Temor a la repetición de ataques)
- .Presencia de depresión
- .Presencia de hipocondria
- .Presencia de agorafobia
- .Presencia de otras fobias y trastornos de ansiedad
- .Gama de miedos generales

**3. AREA SOMATICA :**

- .Descripción, intensidad y duración de las sensaciones corporales del ataque
- .Señales corporales mas destacadas
- .Uso de alcohol, farmacos y otras drogas

**4. AREA INTERPERSONAL :**

- .Reacción del entorno ante los ataques

<http://www.psicologia-online.com/ESMUbeda/Multimodal/panico.htm>

21/11/2004



- .Interferencia en la vida familiar y laboral
- .Antecedentes de pánico en la familia

### **5. AREA CONDUCTUAL :**

- .Situaciones de ataque
- .Situaciones que modulan los ataques (lo aumentan o lo disminuyen)
- .Situaciones/Personas de seguridad (Que evitan o previenen los ataques. Por ejemplo cercanía de un centro sanitario)
- .Situaciones y actividades evitadas
- .Breve historia del problema y tratamientos anteriores

### **Bibliografía sobre el trastorno de pánico:**

- C. Botella y cols: Trastorno por pánico. En V.E.Caballo: Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos. Siglo XXI. 1995
- D.F.Klein: Ansiedad. Karger, 1987
- F.Alonso Fernandez: Formas actuales de neurosis. Pirámide. 1981
- J.Ayuso: Trastornos de angustia. Martinez Roca, 1988.
- J.Cottraux: Crisis de angustia y agorafobia. En Ladouceur y cols: Terapia cognitiva y comportamental. Masson, 1994
- J.Vallejo: Trastorno de ansiedad generalizada y crisis de angustia. En J.Vallejo Ruiloba: Introducción a la psiquiatría y a la psicopatología. Ed.Salvat, 1991
- M.Biondi: Psicobiología y terapéutica de la ansiedad en la práctica médica. Wyeth, 1988.
- M.G.Graske y M.Lewin: Trastorno por pánico. En V.E.Caballo: Manual de terapia cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Siglo XXI. 1996

## Anexo 7. Cuestionario ADIS-R

CUESTIONARIO ADIS-R (ANSIETY DISORDERS INTERVIEW SCHEDULE -  
REVISED) DE DI NARDO Y BARLOW.  
DESORDEN DE ANSIEDAD GENERALIZADO.

Las siguientes preguntas deben utilizarse para establecer la presencia de tensión o ansiedad si causa aparente o de ansiedad relacionada con la preocupación excesiva acerca de la familia, el trabajo, las finanzas, u otros aspectos menores. Esta tensión o ansiedad no es parte de la ansiedad anticipatoria fóbica al pánico.

1. a. De qué cosas se preocupa usted?

\_\_\_\_\_

Si el paciente señala la ansiedad o tensión que es anticipatoria al pánico o a la exposición a situaciones fóbicas -Por ejemplo: "Me preocupo de que me pueda dar un ataque; me preocupo cada vez que tengo que cruzar un puente- como fuente principal de ansiedad:

1. (Hay otras cosas diferentes a \_\_\_\_\_ que lo hacen sentir tenso, ansioso o preocupado?)

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Si responde "Si", (Cuales son?):

\_\_\_\_\_

b. (Durante los últimos seis meses lo han molestado más estas preocupaciones que las veces en que no?)

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

2. (Se preocupa Usted excesivamente acerca de cosas pequeñas tales como: llegar tarde a una cita, arreglos en la casa o al carro, etc?).

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

3. (Se siente tenso, nervioso o preocupado sin ninguna razón aparente?)

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

4. (Tomando como referencia cualquier día del último mes, establezca el porcentaje de tensión, ansiedad o preocupación)

\_\_\_\_\_%

5. (La última vez que Ud. experimentó un aumento en la ansiedad, tensión o preocupación -diferente del pánico o de la exposición fóbica-, qué estaba pasando o qué estaba pensando?)

Cuando \_\_\_\_\_

Situación \_\_\_\_\_

Pensamiento \_\_\_\_\_



51

6. Registro de síntomas del trastorno de ansiedad generalizado.

Síntomas persistentes (presentes al menos seis meses). No incluya síntomas presentes sólo durante el pánico.

Pregunte acerca de cada síntoma enumerado en cada categoría: (Durante los últimos seis meses ha experimentado la molestia de \_\_\_\_\_ cuando está ansioso?)

(Que tan severo ha sido?)

0 \_\_\_\_\_ 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_  
 Nada. Leve. Moderado. Severo Muy severo  
 Incapacitante

A. Tensión motora.

Temblor, contracción o sacudidas \_\_\_\_\_

Tensión o dolor muscular \_\_\_\_\_

Inquietud \_\_\_\_\_

Fatigabilidad excesiva \_\_\_\_\_

B. Hiperactividad autonómica.

Falta de aliento o sensación de ahogo \_\_\_\_\_

Palpitaciones o ritmo cardíaco acelerado (Taquicardia) \_\_\_\_\_

Sudoración o manos frías y húmedas \_\_\_\_\_

Boca seca \_\_\_\_\_

Mareo o sensación de inestabilidad \_\_\_\_\_

Nausea, diarrea u otros trastornos abdominales \_\_\_\_\_

Sofocación o escalofríos \_\_\_\_\_

Micción frecuente \_\_\_\_\_

Dificultades para tragar o sensación de tener un nudo en la garganta \_\_\_\_\_

C. Hipervigilancia.

Sentirse atrapado a al borde de un peligro \_\_\_\_\_

Exageración de la respuesta de alarma \_\_\_\_\_

Dificultad para concentrarse o episodios en los que la mente se queda en blanco debido a la ansiedad \_\_\_\_\_

Dificultad en dormir o en mantener el sueño \_\_\_\_\_

Irritabilidad \_\_\_\_\_

7. Desde cuando la ansiedad, tensión o preocupación ha sido un problema?

Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_

Duración en meses \_\_\_\_\_

Nota: Si el paciente responde: "Toda mi vida", averigüe más, por ejemplo (Puede Ud. recordar esta sensación desde el colegio y el año que cursaba?)

8. (Que tanto interfiere esta situación con su vida, trabajo, actividad social, familiar, etc?)

Califique la interferencia:

0 \_\_\_\_\_ 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_  
 Nada. Leve. Moderada. Severa. Muy severa  
 Incapacitante

Administración de la escala de Hamilton.

## Anexo 8. INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK BAI



BAI

Identificación ..... Fecha .....

Indique para cada uno de los siguientes síntomas el grado en que se ha visto afectado por cada uno de ellos durante la última semana y en el momento actual. Elija de entre las siguientes opciones la que mejor se corresponda:

- 0 = en absoluto  
 1 = Levemente, no me molesta mucho  
 2 = Moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo  
 3 = Severamente, casi no podía soportarlo

	0	1	2	3
1. Hormigueo o entumecimiento .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Sensación de calor .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Temblor de piernas .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Incapacidad de relajarse .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Miedo a que suceda lo peor .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Mareo o aturdimiento .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Palpitaciones o taquicardia .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Sensación de inestabilidad e inseguridad física .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Terrores .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Nerviosismo .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Sensación de ahogo .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Temblores de manos .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Temblor generalizado o estremecimiento .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Miedo a perder el control .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Dificultad para respirar .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Miedo a morir .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Sobresaltos .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Molestias digestivas o abdominales .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Palidez .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Rubor facial .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Sudoración (no debida al calor) .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

TOTAL:

A.F.

A.S.