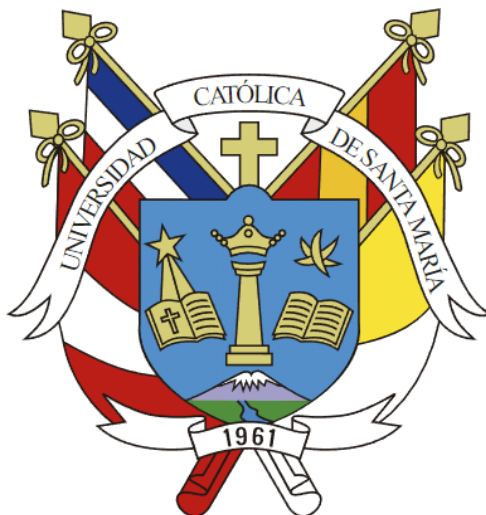


# Universidad Católica de Santa María

Facultad de Ciencias y Tecnologías Sociales y Humanidades

Segunda Especialidad en Psicología Terapéutica



## TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL EN DUALIDAD DE ATAQUES DE PÁNICO Y EPISODIO DEPRESIVO MODERADO

Trabajo Académico presentado por:

**Ps. Osorio Espinoza, Urielhe Dina**

para optar el Título de **Segunda Especialidad**

**en Psicología Terapéutica**

Asesor:

**Mg. Puma Huacac, Roger Freddy**

**Arequipa – Perú**

**2022**

UCSM-ERP

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA**  
**SEGUNDA ESPECIALIDAD EN PSICOLOGIA TERAPEUTICA**  
**SEGUNDA ESPECIALIDAD CON TRABAJO ACADÉMICO**  
**DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR**

Arequipa, 16 de Agosto del 2022

**Dictamen: 005325-C-EPSIC-2022**

Visto el borrador del expediente 005325, presentado por:

**2019974022 - OSORIO ESPINOZA URIELHE DINA**

Titulado:

**TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL EN DUALIDAD DE ATAQUES DE PÁNICO Y  
EPISODIO DEPRESIVO MODERADO**

Nuestro dictamen es:

**APROBADO**

**1653 - VILCHES VELASQUEZ FLOR ALEIDA  
DICTAMINADOR**



**3154 - GOMEZ CORNEJO BAZAN ROSALUZ YANET  
DICTAMINADOR**



**3301 - CHIRINOS CASTILLO JOL MILTON  
DICTAMINADOR**



*Dedicatoria*

*A mi familia, quienes me otorgan en la vida un sentido a diario y  
constante motivación.*



## *Agradecimiento*



*A mis compañeros, por su cálido soporte, sus inquisidores mensajes de motivación y sus palabras de aliento para culminar el viaje iniciado. A mi asesor, por su serenidad y perseverancia para la guía de este proyecto.*

## Resumen

Se presenta el caso de un adulto varón de 28 años quien se apersonó a consulta con sintomatología correspondiente a ataques de pánico, depresión, exceso de conductas negativas con su pareja, escasa interacción con sus hijos y exceso de consumo de alcohol los cuales se presentaron por más de cuatro meses antes de buscar tratamiento. Tras la primera entrevista y evaluación psicológica se llegó al diagnóstico de Trastorno de Pánico y Episodio Depresivo Moderado. Para ello se aplicó un plan terapéutico de 16 sesiones psicoterapéuticas desde el modelo cognitivo conductual con el objetivo de psicoeducar al paciente y su pareja sobre la ansiedad y depresión, disminuir la intensidad de la respuesta fisiológica, extinguir los episodios de ataques de pánico, disminuir la frecuencia de conductas de vigilancia, la frecuencia de conductas evitativas o el uso de alcohol; así también aumentar las conductas de interacción positivas con la pareja, de interacción con amistades y modificar las creencias centrales que mantienen la sintomatología motivo de consulta. El presente estudio de caso único corresponde a la investigación en psicología aplicada cuyo interés se encuentra en comprobar los efectos de una intervención o tratamiento. El diseño utilizado fue el univariable multicondicional ABA. Las puntuaciones obtenidas en los instrumentos utilizados en el post test señalan la efectividad de la intervención y una mejoría significativa al final del tratamiento como en el seguimiento 3 meses después.

Palabras clave: Terapia cognitivo conductual, ataques de pánico, ansiedad, depresión.



## Abstract

We present the case of a 28-year-old male adult who attended the consultation with symptoms corresponding to panic attacks, depression, excessive negative behavior with his partner, low interaction with his children and excessive alcohol consumption, which were presented by more than four months before seeking treatment. After the first interview and psychological evaluation, a diagnosis of Panic Disorder and Moderate Depressive Episode was reached. To this end, a therapeutic plan of 16 psychotherapeutic sessions was applied from the cognitive behavioral model with that of psychoeducating the patient and his partner about anxiety and depression, reducing the intensity of the physiological response, extinguishing the episodes of panic attacks, reducing the frequency of vigilance behaviors, the frequency of avoidance behaviors or the use of alcohol; as well as increase positive interaction behaviors with the couple, interaction with friends and modify the central beliefs that maintain the symptomatology reason for consultation. This single case study corresponds to research in applied psychology whose interest lies in verifying the effects of an intervention or treatment. The design used was the univariate multiconditional ABA. The conclusions obtained in the instruments used in the post test indicate the efficacy of the intervention and a significant improvement at the end of the treatment as well as in the follow-up 3 months later.

Keywords: Cognitive behavioral therapy, panic attacks, anxiety, depression.

## Índice de Contenido

DICTAMEN APROBATORIO

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESUMEN

ABSTRACT

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO ..... 4

Introducción..... 4

Planteamiento del problema ..... 6

Objetivo General y Específico..... 7

Objetivo general ..... 7

Objetivos específicos..... 7

Antecedentes Teórico-Investigativos ..... 7

Revisión Diagnóstica..... 7

Modelos de la Patología ..... 15

Prevalencia..... 17

Comorbilidad ..... 18

Modelos de Tratamiento ..... 18

La ética en la intervención psicoterapéutica ..... 20

CAPÍTULO II..... 21

Marco Metodológico ..... 21

|                                                                   |    |
|-------------------------------------------------------------------|----|
| Caso Clínico-Psicológico .....                                    | 21 |
| Historia del problema, análisis y evolución.....                  | 21 |
| Historia de desarrollo de la personal .....                       | 24 |
| Evaluación, conceptualización de la persona y sus problemas ..... | 31 |
| Evaluación clínica conductual .....                               | 31 |
| Resultados primeros de la fase de evaluación .....                | 39 |
| Clasificación diagnóstica.....                                    | 41 |
| Plan de tratamiento .....                                         | 42 |
| Metas u objetivos terapéuticos .....                              | 42 |
| Protocolo de tratamiento.....                                     | 43 |
| CAPÍTULO III .....                                                | 49 |
| Aplicación del Programa de Intervención y sus Resultados.....     | 49 |
| Objetivos Terapéuticos del Programa.....                          | 49 |
| Descripción de los Resultados.....                                | 50 |
| Descripción del Seguimiento.....                                  | 57 |
| Discusión .....                                                   | 59 |
| Conclusión.....                                                   | 63 |
| REFERENCIAS .....                                                 | 64 |
| ANEXOS .....                                                      | 69 |
| ANEXO 1: Protocolo de relajación muscular progresiva .....        | 69 |
| ANEXO 2: Respiración Diafragmática .....                          | 71 |
| ANEXO 3: Registro semanal de relajación muscular progresiva ..... | 72 |



|                                                                        |    |
|------------------------------------------------------------------------|----|
| ANEXO 4: Distorsiones comunes del pensamiento (para el terapeuta)..... | 73 |
| ANEXO 5: Distorsiones comunes del pensamiento (para el paciente) ..... | 75 |
| ANEXO 6: Evaluación de valores.....                                    | 76 |
| ANEXO 7: Evaluación de acciones valiosas.....                          | 77 |



## Capítulo I:

### Marco Teórico

#### Introducción

En la actualidad, la población general ha ido incorporando diversas ideas sobre la salud mental y la psicopatología. El término ansiedad y depresión ha sido popularizado mayormente como intranquilidad y tristeza, permitiendo a las personas poder expresar diversos malestares y estados. Mas por su imprecisión frente al verdadero significado de estos términos, dificulta el poder percatarse de otros aspectos que involucran ambos.

La ansiedad suele ser vivida por las personas como la preocupación al percibir que una situación es amenazante sea que el temor es concreto o no (Barlow, 2018). En general, la ansiedad es una emoción normal y adaptativa que fomenta la vigilia y alerta ante posibles amenazas a nuestra integridad. Sin embargo, si este sistema se ve activado en ausencia de estímulos que tengan la capacidad real de ser nocivos estaríamos ante una patología de la ansiedad (Reevy et al., 2011).

Por otra parte, la depresión es mejor entendida como un estado de ausencia de energías y motivación, manifestado como un vacío en el contexto de haberse distanciado, abandonado o perdido diversas actividades o personas (Martell et al., 2013). Si bien una pérdida conlleva a la tristeza, la tristeza sola no engloba lo que es depresión.

De cada grupo se ha logrado caracterizar y diferenciar tipos de ansiedades y depresiones. La más característica de la primera es el trastorno de pánico por su sintomatología relacionada a episodios de ansiedad grave que no se limitan a alguna situación por lo que se hacen impredecibles. El segundo, posee niveles según la presencia

de más síntomas y cuánto estén limitando la funcionalidad de la persona y su calidad de vida (Organización Mundial de la Salud [OMS, 2000]).

Los trastornos de ansiedad y la depresión resultan en un conjunto de problemáticas que suelen asemejarse en sus síntomas y que suelen aparecer en conjunto en mayor o menor proporción de los casos que los presentan. Estos trastornos se presentan en todas las etapas vitales y afectan tanto a hombres como mujeres a nivel mundial y se relaciona con diversos tipos de problemáticas como el ausentismo o accidentes laborales, abandono de trabajos, aumento de problemas psicosociales, disminución del rendimiento académico, asenuación de problemas de personalidad o salud entre otros; hasta llegar ser un disparador para la ideación e intento de suicidio (Barlow, 2014; Martell et al., 2013).

Los tratamientos que se han elaborado a través del tiempo han ido afinando las teorías que intentan explicar y predecir el curso de estos trastornos llegando desde diversas perspectivas a ofrecer conjuntos de acciones (protocolos) de probada eficacia. Tomando como referencia el paradigma conductista, las Terapias Cognitivo Conductuales ofrecen diversos caminos para afrontar estas problemáticas considerando que ambos parten de una acción en común: la evitación.

El presente trabajo busca elaborar un plan terapéutico desde el enfoque de la Terapia Cognitivo Conductual para un paciente adulto con diagnóstico de trastorno de pánico y episodio depresivo moderado. Así, se elaborará un trabajo académico del tipo caso clínico en donde se describirán tanto las problemáticas del sujeto como datos sobre su contexto de desarrollo, aprendizaje, las hipótesis de cómo se generó su trastorno y cómo este se mantiene en la actualidad. Adicional a ello, se planteará la propuesta de tratamiento para el cambio de la conducta y el pensamiento del paciente que lo libere de la sintomatología que lo aqueja.



## Planteamiento del problema

La depresión y la ansiedad son las patologías mentales más comunes en la consulta clínica y están asociadas a diversos riesgos. Para la ansiedad, se le asocia con el asma, diabetes, hipertensión y enfermedades cardiovasculares así también a condiciones de discapacidad diversa como sería la disfemia (Emmelkamp y Ehring, 2014). Se ha calculado que entre el 2 y 8% de la población general padece actualmente de algún trastorno de ansiedad y entre un 10 a 12% de las consultas en atención primaria son motivadas e influidas por estos trastornos (Barlow et al., 2011).

En el caso de la depresión, esta está considerada como una de las principales causas de discapacidad en el mundo, se relaciona con la obesidad, el riesgo suicida y presenta prevalencias desde un 3.3% hasta un 21.4% (Berenzon et al., 2013). Incluso en algunos estudios se indica que hasta 340 millones de personas en el mundo padecen un episodio depresivo (Pérez et al., 2011). Considerando las altas tasas, la OMS (2006) hizo la estimación de que para el año 2020, este trastorno del humor sería la segunda causa principal de discapacidad alrededor del mundo y el trastorno con mayor prevalencia en los países en vías de desarrollo.

En nuestra región, entre el 31,3% y 60,4% de personas han percibido un nivel alto de tensión por diversos estresores llevando que entre el 10,8 y 30,8% de la población de la sierra perciba sentimientos anímicos negativos de forma significativa (Instituto Nacional de Salud Mental [INSM], 2003). De estos datos, se encuentra que la depresión en Lima y Callao alcanza una prevalencia de hasta 7%, en la selva un 1.9% y para sierra cerca de un 2.1% (INMSM, 2012). En suma, otros autores reportan que a nivel nacional hasta un 14% de personas presentan depresión (Martina et al., 2017).



Considerando los datos antes expuestos de ambos trastornos del humor, la necesidad de contar con estudios de caso que evidencien resultados favorables y sumen evidencia de la efectividad o no de ciertas intervenciones se hacen necesarios en el sentido práctico y teórico. En el primero, por tratarse de experiencias de intervención exitosa que guían a los profesionales y el segundo por constituir evidencias que respaldan o contradicen planteamientos previos o teorías con el fin del avance del conocimiento que para el presente trabajo será el enfoque cognitivo-conductual.

### **Objetivo General y Específico**

#### ***Objetivo general***

Disminuir la sintomatología del trastorno de pánico y depresión para facilitar el desempeño normal del sujeto en su medio.

#### ***Objetivos específicos***

- Disminuir los síntomas del trastorno de pánico.
- Disminuir los síntomas de depresión.
- Aumentar las conductas de interacción social.
- Aumentar las conductas de interacción positiva en pareja.
- Disminuir la intensidad de creencias que contribuyen a mantener la sintomatología del trastorno de pánico y la depresiva.

### **Antecedentes Teórico-Investigativos**

#### ***Antecedentes internacionales***

En Ecuador, Castro (2021) presentó un caso de Trastorno de pánico a consecuencia del confinamiento por el COVID-19 y su influencia en el entorno laboral de un joven de 25

años de la ciudad de Montalvo, provincia de Los Ríos. El objetivo del trabajo fue proponer un tratamiento para la reducción de los síntomas que presentaba el paciente desde el enfoque cognitivo conductual, particularmente desde la terapia cognitiva focal. Se evaluó la sintomatología con la Escala de Hamilton y el Inventario de Ansiedad de Beck encontrándose un nivel de ansiedad moderado. La intervención demostró eficiencia en disminuir la frecuencia de pensamientos catastróficos relacionados a la pandemia por COVID-19.

En España, Nevado (2016) conceptualizó el caso clínico de una mujer de 25 años de edad quien acude a consulta por ataques de pánico con agorafobia. Planteó como objetivo la elaboración y aplicación de un programa de intervención desde el enfoque cognitivo-conductual. Se evaluó a la paciente mediante una entrevista semiestructurada, el Inventario de Agorafobia y el Inventario Multiaxial Clínico de Millon. Se elaboró también, con el apoyo de la paciente, un autorregistro de situaciones ansiógenas. Con la información obtenida se elaboró un plan de tratamiento de 10 sesiones posteriores a las 2 de evaluación. La conclusión del tratamiento es que se comprueba su eficacia al llegar a los objetivos y mantener los resultados en el control.

### ***Antecedentes nacionales***

López (2017) presentó un caso clínico de un joven universitario de 22 años de edad quien presentaba sintomatología ansiosa y registraba conductas de evitación a las situaciones que activaban dicha sintomatología. Se planteó como objetivo la elaboración de un plan terapéutico y la aplicación del mismo para reducir los síntomas desde el enfoque cognitivo conductual. Se plantearon 12 sesiones de intervención y dos de seguimiento. Posterior al tratamiento y el seguimiento se concluyó la eficacia y eficiencia de este tipo de terapia para la problemática del paciente.

Flores (2019) conceptualizó el caso de una adolescente de 14 años de edad quien acude a consulta en relación a síntomas de pérdida de energías y vitalidad. Se realizó la evaluación mediante entrevista psicológica y observación logrando diagnosticar episodio de presivo moderado. Se elaboró un plan de tratamiento considerando como modelo de intervención la terapia cognitivo conductual. Los resultados señalan un cambio favorable para el paciente concluyéndose la eficacia y eficiencia de la intervención realizada.

Reyes (2020) presentó un caso clínico de un varón de 25 años de edad quien acude a consulta presentando síntomas relacionados al trastorno de pánico. Se evaluó al paciente mediante entrevista psicológica y registros de línea base conductuales concluyendo como diagnóstico el trastorno de pánico. Se elaboró un plan de intervención desde el modelo cognitivo conductual de la TREC y bajo el modelo experimental de caso único multicondicional ABA. Se concluye que el paciente ha presentado un cambio favorable en comparación a la línea base eliminando así las creencias y pensamientos desadaptativos por lo que la sintomatología ansiosa ha disminuido.

Moreno (2021) presentó un caso clínico de un paciente de sexo masculino, con 29 años de edad quien acude a consulta debido a más de tres meses de sintomatología relacionada a ataques de pánico. Se evaluó mediante entrevista psicológica y observación, Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo, Inventario de depresión de Beck y el Inventario Clínico Multiaxial de Millon II. Se concluyó como diagnóstico el trastorno de pánico y episodio depresivo leve. Por ello se elaboró un plan terapéutico de 16 sesiones de duración, una vez por semana. Los resultados señalan la eficacia del plan logrando que el paciente comprenda su problemática, disminuya las respuestas de ansiedad, mejore su estado de ánimo y retome su funcionalidad personal.



### ***Revisión Diagnóstica***

**Trastorno de pánico.** Para Barlow (2014), la ansiedad es una emocional normal y adaptativa cuya función es mantener la vigilia a fin de proteger al organismo de potenciales peligros. De esta manera, la ansiedad permite estar alerta para identificar el peligro dando paso al miedo y las reacciones de escape o ataque de este. Sin embargo, cuando esta se activa dadas ciertas condiciones pueden fomentar el trastorno (Barlow et al., 2011).

Blanchard et al. (2008) considera que, biológicamente, la ansiedad es la experiencia de un sistema de alerta psíquico que se encuentra en comunicación y mutua influencia con diversos sistemas biológicos de nuestro organismo. Además, se diferencia del miedo en que la persona presenta diversas dificultades para poder identificar cuál es la amenaza que está percibiendo y cómo esta tiene relación con las reacciones físicas de la ansiedad (Reevy et al., 2011).

El trastorno de pánico es un fenómeno constituido principalmente por una activación somática que fomenta diversas sensaciones internas desagradables. Son episodios de temor o malestar intenso que parten de sensaciones físicas y cognitivos. Estos se clasifican por su inicio repentino y sin conexión aparente de los estímulos externos lo cual les da una cualidad inesperada (Barlow, 2014). El paciente entonces percibe una ansiedad persistente sin la predominancia de alguna circunstancia ambiental en particular predominando mayormente quejas de nerviosismo, temblores, tensión muscular, sudoración, aturdimiento, palpitaciones, entre otros (OMS, 2000).

Para su diagnóstico, el CIE-10 considera los siguientes criterios.



**Tabla 1.**

*Criterios diagnosticos CIE-10 y DSM V para el Trastorno del Pánico*

---

**(CIE 10) F41.0 - TRASTORNO DE PÁNICO**

---

- A. Los ataques de pánico no se logran asociar conscientemente con una situación u objeto específico ocurriendo de forma espontánea.
- B. El ataque de pánico se caracteriza por todo lo siguiente:
1. Es un episodio de intenso miedo o malestar.
  2. Se inicia abruptamente.
  3. Alcanza su máxima intensidad en pocos minutos y dura al menos algunos minutos.
  4. Se presentan al menos cuatro de los siguientes síntomas

**Síntomas autonómicos:**

- a. Palpitaciones o golpeo del corazón, o ritmo cardíaco acelerado.
- b. Sudoración
- c. Temblores o sacudidas
- d. Sequedad de boca (no debido a medicación o deshidratación).

**Síntomas relacionados con tórax y abdomen:**

- e. Dificultad para respirar.
- f. Sensación de ahogo.
- g. Dolor o malestar en el pecho.
- h. Náuseas o malestar abdominal.

**Síntomas relacionados con el estado mental:**

- i. Sensación de mareo, inestabilidad o desvanecimiento.
- j. Sensación de que los objetos son irreales (desrealización) o de que uno mismo está distante o “no realmente aquí” (despersonalización).
- k. Miedo a perder el control, a volverse loco o a perder el conocimiento.
- l. Miedo a morir.

**Síntomas generales:**

- m. Sofocos de calor o escalofríos
  - n. Aturdimiento o sensación de hormigueo.
- C. Criterio de exclusión usado con más frecuencia. Los ataques de pánico no se deben a enfermedad orgánica, trastorno mental orgánico u otros trastornos mentales, como esquizofrenia y trastornos relacionados, trastornos del humor o trastornos somatomorfos.

### **(DSM V) – TRASTORNO DE PÁNICO**

El trastorno consta de ataques de pánico imprevistos y recurrentes en donde se han de producir por lo menos 4 de los siguientes síntomas:

1. Palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardíaca.
2. Sudoración.
3. Temblores o sacudidas.
4. Dificultad para respirar o asfixia.
5. Sensación de ahogo.
6. Dolor o molestias abdominales.
7. Inestabilidad, mareo o desmayo.
8. Escalofríos o sensación de calor.
9. Parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo).
10. Derealización o despersonalización.
11. Miedo a perder el control o volverse loco.
12. Miedo a morir.

Como segundo criterio a considerar, el temporal, los ataques de pánico deben de ocurrir seguido un mes como mínimo y en donde además ocurra uno o dos de los siguientes sucesos:

1. Inquietud o preocupación continua acerca de otros ataques de pánico o de sus consecuencias como pérdida de control, tener un ataque de corazón o “volverse loco”.
2. Un cambio significativo en la conducta adaptativa en relación a los ataques de pánico debido a las conductas evitativas que buscan regular el trastorno de manera ineficaz.

Como tercer criterio, estas alteraciones no deben ser atribuidas a los efectos de alguna sustancia o afección médica.

El cuarto y último criterio hacen referencia a que la sintomatología del ataque de pánico no se producen solo en respuesta a situaciones sociales temidas, objetos, ideas, en respuesta a sucesos traumáticos o por la separación de figuras de apego.

---

Fuente: OMS (2000) y American Psychiatric Association (2013)

**Episodio depresivo.** El término de depresión, en su sentido literal, hace referencia a una hondonada en el terreno y como tal, como metáfora, haría referencia a la ruptura que hay en el camino de las personas, la pérdida del equilibrio y cómo esto conlleva a que el humor quede *en un hoyo*. Sin embargo el término deriva de la idea de la melancolía desde el tiempo de los griegos y partiendo desde ahí ha ido pasando de connotaciones positivas a las ideas de tristeza, culpabilidad y otros calificativos negativos procurados por creencias cristianas y sistemas morales de la época antes de inicios del siglo XX (Muriana et al., 2007).

En la actualidad, los modelos de intervención efectivos contra la depresión plantean definiciones que no se centran en las manifestaciones o una descripción topográfica al contrario de como se caracterizan en los principales manuales diagnósticos (Barraca, 2009). Generalmente, el episodio depresivo es vivido como un estado en donde se percibe incapacidad realizar diversas actividades por falta de ganas o fuerzas y donde la incoherencia entre este estado y lo que se supone cualquiera podría hacer conlleva a un mayor sufrimiento, rumia y autoreclamaciones (Barraca y Pérez, 2015).

El CIE-10 plantea la depresión en el marco de episodios (para delimitar su duración) en donde la magnitud de los síntomas y su cantidad determinará la gravedad del mismo. Se destaca entre los síntomas generales que en un episodio depresivo se verá



reducida la capacidad para el disfrute, el interés y la concentración. Entre las quejas comunes se encuentra la percepción de cansancio en ausencia de un esfuerzo significativo. El sueño y apetito suele verse alterado como también la imagen sobre uno mismo o el mundo. Cuando se habla del humor o estado de ánimo, este se mantiene bajo y poco influenciado por el ambiente. El episodio depresivo puede acompañarse de síntomas somáticos como enlentecimiento motor, pérdida de peso, disminución de la libido, agitación, entre otros (OMS, 2000).

A manera de resumen, se considerará los criterios diagnósticos del episodio depresivo de intensidad moderada en la siguiente tabla.

**Tabla 2.**

*Criterios diagnosticos CIE-10 para el Episodio Depresivo Moderado*

---

**F32.1 – Episodio Depresivo Moderado**

---

Se presentan cuatro o más de los síntomas mencionados en el párrafo anterior y se le suman los enunciados a continuación. Es probable que el paciente encuentre grandes dificultades para seguir con sus actividades ordinarias.

- A. Deben cumplirse los criterios generales de episodio depresivo (párrafo anterior)
  - B. Presencia de, al menos, dos de los siguientes tres síntomas
    - 1. Humor depresivo hasta un grado claramente anormal para el individuo presente la mayor parte del día y así cada día, apenas influido por las circunstancias externas y persistente durante al menos dos semanas.
    - 2. Pérdida del interés o de la capacidad de disfrutar en actividades que normalmente eran placenteras.
    - 3. Disminución de la energía o aumento de la fatigabilidad.
  - C. Presencia de síntomas adicionales con los cuales se sumen al menos seis síntomas.
    - 1. Pérdida de confianza o disminución de la autoestima.
-



2. Sentimientos no razonables de autorreproche o de culpa excesiva e inapropiada.
3. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida.
4. Quejas o pruebas de disminución en la capacidad de pensar o concentrarse, tales como indecisión o vacilación.
5. Cambio en la actividad psicomotriz, con agitación o enlentecimiento (tanto subjetiva como objetiva).
6. Cualquier tipo de alteración del sueño.
7. Cambio en el apetito (aumento o disminución) con el correspondiente cambio de peso.

---

Fuente: OMS (2000)

### ***Modelos de la Patología***

**Modelo del trastorno de pánico.** Los primeros esfuerzos por explicar la ansiedad desde la psicología científica y el conductismo pueden ubicarse cerca a la segunda década de 1900 hasta el modelo conductual actual (Viedman, 2002). En la última década del siglo XX, la mayor parte de los modelos conductuales convergieron en la misma conceptualización básica respecto al trastorno de pánico como un temor adquirido a las sensaciones corporales, particularmente, las sensaciones que generan la activación somática (Barlow, 2014). Respecto a sus orígenes, se han planteado diferentes estudios que avalan vulnerabilidades psicológicas o del comportamiento, vulnerabilidades del ambiente a manera de variables disposicionales que fomentan la conducta de ansiedad y vulnerabilidades biológicas en el sentido de sistemas cuya actividad o función predisponga o facilite estímulos favorables al desarrollo del trastorno. Como una forma de integrar estos aspectos dentro del modelo del trastorno de pánico, se ha sintetizado estas tres modalidades en la teoría de la triple vulnerabilidad (Barlow et al., 2011).

Así, las personas heredarían una sensibilidad a la ansiedad dada por el temperamento que fomenta acciones de vigilancia hacia las sensaciones corporales que pueden ser tomadas como nocivas. Así, hecha la asociación, el cuerpo estaría preparado para una respuesta de temor a las sensaciones corporales (Vierdman, 2002).

Los ataques de pánico iniciales confieren un factor de riesgo considerable debido a la falta de un estímulo reconocible por la persona como detonante o antecedente identificable de los síntomas de pánico por lo que este constituye na primera “falsa alarma” (Barlow et al., 2011). Recordado el episodio de extremo temor dado por los primeros episodios configura un “miedo a tener ese miedo” que es la ansiedad generada por las sensaciones corporales asociadas al ataque de pánico (sudoración de manos, palpitaciones, mareo, agitación, etc.). Así, por condicionamiento clásico de estas sensaciones interoceptivas, se asocia el temor a las mismas (Barlow, 2014; Pérez et al., 2013).

**Modelo de la depresión.** Existen diversos modelos respecto a lo que es la depresión y cómo esta debe ser tratada (Murciana et al., 2007; Vieta et al., 2004). Por motivos prácticos, en la presente sección se considerarán aquellos relacionados directamente con la TCC.

Uno de los primeros enunciados conductuales sobre la depresión fue dada por Skinner quien mencionó que era la pérdida de reforzadores de la persona. Esta idea fue tomada y desarrollada por Ferster y Lewinsohn quienes consideran que la depresión es resultado de la historia de aprendizajes del individuo en donde este no obtiene reforzadores positivos de su contexto o, en paralelo, obtiene reforzadores negativos por evitar estímulos aversivos (Barlow, 2014). Debido a esto se obtienen dos efectos. Uno de ellos es que, cuando las personas no obtienen reforzadores positivos entonces vuelcan sus acciones actuar en torno a sus estados internos (Barraca et al., 2011). La otra consecuencia es la

disminución de conductas de la persona para interactuar con su entorno lo cual da una imagen de pasividad frente a su entorno (Barlow, 2014; Martell et al., 2013; Barraca, 2010).

Desde la terapia conductual y partiendo de lo anterior, se han creado dos protocolos de atención basados en estos modelos pioneros de la activación conductual en donde la depresión iniciaría en las condiciones que llevan a que se interrumpan los patrones de conducta adaptativa los cuales reducen las fuentes de reforzamiento o placer haciendo aumentar las experiencias desagradables. Este aumento de emociones desagradables volcaría las acciones a desarrollar estrategias centradas en las sensaciones que experimenta con la intención de sentirse mejor pero llevando a que empeore la condición de la persona.

### ***Prevalencia***

**Prevalencia del trastorno de pánico.** El trastorno de pánico suele ser documentado como un trastorno que lleva al paciente a creer que adolece de alguna afección física por lo que suelen asistir a emergencias por percibir que van a morir. De esta manera, los casos de ataques de pánico suelen ser detectados en los servicios de atención primarios o de emergencia facilitando su registro. A nivel mundial la tasa de prevalencia obtenidos en distintos países presentan resultados similares que van de 1.5 a 3.5 personas por cada 100 habitantes siendo la prevalencia durante toda la vida de entre 1.6 y 2.2 de cada 100 (Weissman et al., 1997). Además de esto, la edad de inicio se calcula alrededor de los 20 años y las mujeres poseen dos veces más riesgo de padecerlo que los varones (Weissman et al., 1997).



**Prevalencia de la depresión.** Se ha calculado que la prevalencia de depresión en la población mundial es de entre el 9 y 20% y suele ser el diagnóstico más común en consulta (Perez et al., 2013; Mori y Caballero, 2010). Por otra parte, se calcula su prevalencia entre el 14,6% en países de altos ingresos y del 11.1% en países con ingresos bajos o medios (Bromet et al., 2011).

### ***Comorbilidad***

**Comorbilidad de la ansiedad.** Algunos estudios han reportado que entre 65 y 88 pacientes de cada 100 con trastorno de pánico presentan otros trastornos siendo los más comunes los trastornos de ansiedad y depresión (Blanchard et al., 2008). Otros trastornos asociados son la presencia de agorafobia, el abuso de sustancias, preocupaciones hipocondríacas entre otros (Barlow et al., 2011).

**Comorbilidad de la depresión.** Se ha encontrado que hasta un 60% de pacientes que han sido diagnosticados de depresión pueden llegar a experimentar síntomas asociados al pánico, consumir sustancias al nivel de abuso o dependencia (Bromet et al., 2011). También se ha relacionado la depresión con la aparición o comorbilidad de otros trastornos de ansiedad como la ansiedad generalizada (Mori y Caballero, 2010).

### ***Modelos de Tratamiento***

**Tratamiento del trastorno de pánico.** Desde su aparición junto con evidencias de su eficacia, la exposición *in vivo* ha sido el componente primordial de los tratamientos contra este trastorno, sin embargo pese a obtener hasta un 70% de efectividad, los pacientes en diversas ocasiones aún padecían de episodios importantes de ataques de pánico o ansiedad pese a mejorar su evitación (Barlow et al., 2011). Actualmente, la terapia cognitivo conductual posee dos vertientes con protocolos de atención definidos



(David et al., 2018) variando en sus componentes y cuya diferencia radica en principalmente en el papel central de las intervenciones conductuales de exposición (grupo de Barlow) o las intervenciones cognitivas (grupo de Clark) para modificar los patrones evitativos y catastróficos que mantienen el trastorno (Barlow, 2018; Pérez et al., 2013; Clark y Beck, 2012; Caballo, 1997). En resumen, se puede considerar que los componentes presentes en los protocolos eficaces de tratamiento de la TCC son los siguientes:

**Tabla 3.**

*Componentes de la terapia cognitivo conductual del trastorno de pánico*

| Componentes de la TCC para TP                     |
|---------------------------------------------------|
| Psicoeducación sobre ansiedad y pánico            |
| Reestructuración cognitiva                        |
| Exposición interoceptiva y a estímulos relevantes |
| Entrenamiento en técnicas de respiración          |
| Entrenamiento en habilidades de afrontamiento     |

Fuente: elaboración propia

**Tratamiento de la depresión.** La terapia de activación conductual parte de un modelo de intervención psicosocial breve que posee diversos componentes y que tiene el propósito de aliviar tanto los síntomas depresivos como el de prevenir posteriores recaídas al considerar diversos componentes adicionales (Barraca, 2009). Este modelo se enfoca en que los problemas propios de la vida de las personas, en este caso, personas vulnerables, y las reacciones que estas emiten generan el que no logre obtener gratificación (reforzamiento) de su ambiente (Barraca, 2010). Frente a esto, el tratamiento se enfocaría inicialmente en recuperar ese reforzamiento al “activar” al cliente para que este recupere las actividades que son fuentes de reforzamiento o recompensa (Barraca et al., 2011).

Posterior a ello, enseñaría a los clientes a resolver problemas se les presenten y que enfrenten otras problemáticas según la condición de cada persona.

La activación conductual se basa en el paradigma del reforzamiento negativo y se concentra en reducir las conductas evitativas de la persona a fin de extinguir los síntomas de la depresión (David et al., 2018; Pérez et al., 2013; Barraca, 2009). Los componentes de la activación conductual son los siguientes:

**Tabla 4.**

*Componentes de la activación conductual de la depresión*

| Componentes de la activación conductual                        |
|----------------------------------------------------------------|
| Programación de actividades                                    |
| Exposición a situaciones evitadas                              |
| Orientación de las acciones hacia metas o valores              |
| Intervención sobre rumia                                       |
| Entrenamiento en habilidades de solución de problemas (ACTION) |
| Entrenamiento en habilidades sociales                          |

Fuente: elaboración propia

***La ética en la intervención psicoterapéutica***

- Se le explicará al paciente acerca de los procedimientos a realizar durante el proceso de evaluación y el terapéutico.
- Posterior a ello, se firmará un consentimiento informado en donde se refuerce la información dada así como las etapas del estudio.
- Se respetará en todo momento la información personal del paciente de manera que tanto el nombre como cualquier información sensible que conlleve a revelar la identidad de la persona no será parte de algún reporte.

## Capítulo II

### Marco Metodológico

#### Caso Clínico-Psicológico

##### *Datos personales del examinado*

Carlos es un joven de 28 años, natural de Huamanga, Ayacucho. Músico de oficio, con secundaria completa, conviviente con la madre de sus dos hijos en casa de su familia política. Proviene de familia disfuncional siendo el 3ero de 4 hermanos.

##### *Motivo de consulta*

Paciente acude a consulta psicológica en compañía de su pareja a causa de experimentar miedo a ahogarse, a salir a la calle y diversa sintomatología que considera es “ansiedad”.

##### *Historia del problema, análisis y evolución*

El paciente refiere que se dedica a tocar instrumentos en una agrupación para fiestas y eventos por lo que el inicio de la pandemia ha resultado muy perturbador para su estilo de vida, actividades diarias y economía al limitar el trabajo que realiza por la cuarentena. Actualmente vive en casa de la familia de su pareja con sus dos hijos de edades 6 y 4 años (varones) encontrándose diversas problemáticas adicionales a la que es de su interés, las molestias fisiológicas. Carlos presenta un historial de aprendizajes cognitivos de catastrofismo producto del estilo de crianza sobreprotector de su madre y temperamento irritable desde temprana edad.



**Molestias fisiológicas.** Paciente refiere síntomas de ansiedad en la forma de palpitaciones (ansiedad 5 de 10), sudoración de manos (6 de 10), molestia en la garganta como atragantamiento (10 de 10), presión en el pecho (8 de 10), sensación de no poder respirar (9 de 10) y en algunos casos agitación (5 de 10).

**Miedo a atragantarse o ahogarse.** Cuatro meses antes de la fecha de consulta, Carlos asistió al cumpleaños de su hermano en donde “tomó por 2 días” generándole diversos malestares fisiológicos propios de la ingesta de alcohol. Decide tomar una bebida efervescente para el malestar estomacal a fin de mejorar su estado. No logrando mejorar, refiere que malestar se intensifica al desear eructar y no lograrlo frente a lo cual intenta forzar el eructo para “liberarse”. Durante esos instantes se atormenta con el reflujo generando miedo y pensando que moriría. Actualmente se ha instaurado el miedo a atorarse y ahogarse al momento que está deglutiendo alimentos, cuando percibe malestares fisiológicos y de manera remota, ante estímulos privados como preocupaciones, tristeza o ira las cuales generan malestar fisiológico. A manera de prevención, por el miedo a ahogar Carlos toma abundante agua, evita comer alimentos secos o que considere duros e incluso ha disminuido la cantidad de veces que practica instrumentos musicales y solo va a tocar con su orquesta por necesidad económica pese a tener miedo. Por último, refiere que este miedo esta a un nivel de 10 de 10.

**Síntomas depresivos no manifestados.** Posterior al evento fundante del miedo, el mejor amigo y confidente de Carlos enferma por COVID-19 y fallece conllevando a la pérdida de diversas actividades y posibilidades de interacción. Su amigo solía motivarlo a tocar en la orquesta, practicar e incluso grabar nuevas melodías. También, por la cercanía, su amigo era la principal persona a quien confiaba sus preocupaciones, sus dificultades en la relación de pareja, con sus hijos y familiares políticos. Generalmente, su amigo era



quien sugería eventos donde tocar y con quien se acompañaba durante horas de trabajo. Adicional a ello, las principales recomendaciones, fuente de afirmación o sugerencia de acciones nuevas para enfrentar su día a día provenían de su amigo. En este sentido, Carlos ha perdido todos estos reforzadores y se han extinguido todas estas conductas instrumentales que eran reforzadas por su amigo fallecido generando dolor psíquico y reduciendo la probabilidad de emisión de algunas conductas que antes disfrutaba ante la idea de “no es lo mismo sin él” o “esto me recuerda a él y que ya no está”. Así, afirma sentir falta de energías, desánimo por las mañanas, ganas de llorar y tristeza sin motivo aparente, pérdida del apetito y el deseo sexual, irritabilidad y deseo de morir.

**Miedo a salir a la calle.** Carlos relata que una vez se encontraba realizando una actividad fuera de casa. Afirma que sin previo aviso, empezó a sentir señales en su cuerpo que las relacionaba con los ataques de pánico. Su evaluación del momento fue de alarma debido a que no estaba en compañía de alguien conocido y por tanto no podría ser auxiliado en caso de ponerse mal, perder el conocimiento o que su vida corra riesgo. Posterior a este evento ha presentado miedo a salir a la calle solo por lo que pide salir acompañado y cuando esto no es posible, evita o demora la salida para poder “prepararse mentalmente”. La medida de este miedo es de 7 de 10.

**Consumo perjudicial de alcohol.** El oficio del paciente lleva a realizar trabajos nocturnos que, además de afectar su patrón de sueño, fomenta el consumo de alcohol. Carlos presenta antecedentes de consumir alcohol y llegar ebrio a su domicilio desde hace más de 1 año. Debido a ello, las interacciones con su pareja durante la noche han pasado de conversar de manera fluida y agradable sobre distintos temas (hábito de pareja desde su fundación) a interactuar en torno al estado de ebriedad, descalificativos, comparaciones entre otros. Luego, debido al estado etílico, al día siguiente suele levantarse al mediodía, se

encuentra de mal humor, disminuye la frecuencia de interacción con sus hijos y recibe nuevamente reclamos, descalificativos y comparaciones de su pareja. Por otra parte, el evaluado refiere que consume alcohol para relajarse de las tensiones que vive, para olvidarse de los problemas de casa, pareja o personales y sentirse feliz. Este consumo ocurre principalmente en las fiestas a las que asiste para tocar con su orquesta siendo muy escasas las veces que consume en otros ambientes. En cuanto a la frecuencia de retornos al hogar en estado de ebriedad, refiere ser 1 a 2 veces por semana.

### ***Conflictos de pareja generales***

En la actualidad, la pareja interactúa principalmente en torno al consumo de alcohol del evaluado y demandas por inequidad en el cumplimiento de labores domésticas o cuidado de los hijos. Por otra parte, las interacciones llamadas positivas por proveer de reforzamiento positivo se observan disminuidas en el tiempo en la medida que el consumo de alcohol se ha ido incrementando. El paciente considera que los reclamos generan un malestar de 7 de 10 y las interacciones positivas con la pareja generan un bienestar de 2 de 10. La satisfacción del tiempo y actividades que comparte con sus hijos se encuentra en 4 de 10.

### ***Historia de desarrollo de la personalidad***

**Etapas Pre-Natal.** Siendo el 3ero de sus hermanos, la madre queda embarazada a sus 36 años a la vez que el padre tenía 49 años. El embarazo no resultó planificado y la reacción del padre fue ambivalente de manera que durante la gestación se aprecian expresiones de rechazo, cuestionamiento, suspicacia o aceptación del nuevo hijo. Esta dinámica, según el evaluado, se había observado anteriormente con sus otros 3 hermanos por lo que la gestación fue tensa, pero dentro de lo esperable. Gestación aproximada de 38

semanas y sin amenazas de aborto pero si con episodios de amenazas de abandono entre otros.

**Etapa Natal.** Carlos nace por parto natural, sin complicaciones y con atenciones de salud apropiadas dando a luz en un centro de salud de la ciudad de Huamanga. Desde el nacimiento, el evaluado ha vivido en la ciudad. Inicialmente fueron acogidos por la familia extensa al vivir en vivienda multifamiliar, posteriormente en una casa solo con sus hermanos y padres.

**Etapa Post Natal.**

**Alimentación.** Acorde a la experiencia de su madre, los primeros 6 meses de vida su alimentación ha sido exclusivamente materna y posteriormente, según costumbre y recomendaciones de del centro de salud, con sólidos y comida hecha en casa. El destete resultó ser abrupto por requerir la mamá volver a trabajar lo cual llevó a tensiones al inicio las cuales fueron superadas aparentemente con la ayuda de los hermanos mayores y familiares eventuales.

**Desarrollo Psicomotor.** Se encuentra que el evaluado no llegó a gatear e incluso demoró hasta el año y 1 mes en intentar ponerse de pie no sabiendo si esto ocurrió por disposición natural o por limitaciones del ambiente como exceso de cuidado de los hermanos o los familiares adultos. Según Carlos, por motivos que aún no le saben explicar, su madre era muy sobreprotectora con él y amenazaba a sus hermanos respecto al cuidado y seguridad de él cuando era pequeño.

**Etapa Pre-Escolar.** A diferencia de sus hermanos, Carlos asistió al nivel inicial por insistencia y disposición de su madre pese a que el padre no estaba de acuerdo por dificultades económicas aparentes.



**Etapas Escolares.** A los 6 años ingresó a la primaria en una institución educativa distinta a donde hizo inicial por cambio de domicilio a una casa propia. Refiere haber tenido pocos amigos y mantenerse reservado desde pequeño. Adicional a ello, sus calificaciones lo ubicaban en los puestos intermedios y superiores de su salón durante la primaria motivado por las exigencias de sus hermanos y madre. Refiere que era común que lo fastidien, pero no mucho porque *se aguantaba hasta que explotaba* por lo que sus compañeros se detenían en cierto punto. Continuó su secundaria de manera similar a la primaria, con pocos amigos y calificaciones regulares, mostrándose menos sociable durante el último año.

**Desarrollo y Función Sexual.** Carlos refiere no recordar la edad a la cual percibió la diferencia de sexo y no llegó a recibir orientación sobre sexualidad por parte de sus padres pero si del colegio. Niega episodios de abuso sexual. Con respecto a su orientación, afirma ser heterosexual. También refiere que en su adolescencia llegó a tener una enamorada por algunos meses en la secundaria por iniciativa de parte de ella, posteriormente conoció a su actual pareja en una fiesta y animado por sus amigos. Generalmente tenía vergüenza frente a las chicas por lo que no era muy popular entre ellas. En lo referente al tema de la masturbación, menciona que *como todo hombre, lo ha hecho* mencionando que la edad aproximada de inicio fue a los 12 y respondiendo vagamente si aún continúa haciéndolo o no.

**Historia de la Recreación y la Vida.** El paciente refiere tener pocos amigos siendo el principal su amigo fallecido con quien compartía la mayor parte de sus actividades como son la producción de música, tocar en orquesta, encuentros con otros amigos (los cuales este le informaba y animaba a asistir) y en algunas pocas ocasiones, partidos de fútbol. Salvo en fechas importantes, no participa mucho en las reuniones de su familia y evita las

reuniones de su familia política a las cuales asiste porque suelen ser en su casa o por petición de su pareja. No le gusta bailar ni salir a discotecas o karaokes por lo que en su mayoría, sus actividades se encontraban centradas en el trabajo, casa y aquellas que desarrollaba con su amigo fallecido.

**Hábitos e Influencias Nocivos y Tóxicas.** Desde su juventud viene consumiendo alcohol de manera esporádica o intensiva con temporadas de abstemio desde sus 20 años aproximadamente. Desde septiembre del 2020 su consumo se ha visto intensificado al reiniciar las actividades laborales paralizadas por la pandemia lo cual lo volcó a un consumo mayor del habitual. En los últimos dos meses previos a la evaluación, el paciente suele llegar ebrio a su hogar 1 a 2 veces por semana. Su consumo se restringe al contexto de sus trabajos en orquesta por las noches y cuando inicia a tomar, no para hasta la ebriedad. Niega consumo de otras drogas. Debido al estado de ebriedad posterior a sus trabajos nocturnos y los problemas para conciliar el sueño sus hábitos de sueño se encuentran alterados y presenta insomnio.

**Enfermedades y Accidentes.** Refiere no haber sufrido accidentes relevantes o enfermedades que no salgan de las más comunes.

**Personalidad Premórbida.** El evaluado mostró durante la etapa escolar una personalidad introvertida, receptivo cuando lo abordan e inhibido de iniciar las interacciones con los demás. Se muestra influenciado por las opiniones de quienes son cercanos afectivamente como amigos, pareja o familia. Muestra tendencia a la comunicación pasiva en donde evita la expresión de ideas, pensamientos y emociones que experimenta con el fin de prevenir posibles conflictos. Esto último suele fomentar el que acumule tensión para luego liberarla expresándose de forma agresiva y, como

consecuencia, llevándolo a reforzar la idea automática de *es mejor no hablar para evitar problemas*.

### **Antecedentes Familiares y de Pareja.**

**Composición y dinámica familiar.** El paciente proviene de una familiar monoparental y vive actualmente con su pareja G. (27 años) y sus dos hijos, J. (7 años) y M. (3 años) ocupando una construcción apartada en el terreno multifamiliar donde viven su suegra J. (61 años) y sus cuñados A. (43 años), C. (37 años), Y. (34 años) y J. (32 años) con sus respectivas familias si las tuvieran.

Su esposa es Odontóloga, actualmente reuniendo fondos con trabajos de venta por catálogo para relanzar su clínica odontológica. Sus hijos asisten a la escuela y jardín según su edad. En días posteriores al trabajo de Carlos, este es levantado a las 7:30 am en varias ocasiones con el fin de que ayude a realizar el desayuno y comparta tiempo con sus hijos antes de las clases virtuales. En otras ocasiones que su pareja Grecia es comprensiva, intenta despertarlo a las 9am siendo que ambas ocasiones se generan tensiones tanto porque unas veces cede y se levanta como porque en otras termina discutiendo. Los días que no tiene trabajo, su pareja suele intentar levantarlo temprano frente a lo cual vuelven a tener diferencias por encontrarse aún cansado por no haber logrado dormir bien. Por ello, en escasas ocasiones se involucra en los quehaceres domésticos y si los realiza, para la pareja están incompletos. Las tardes suelen ser de descanso el cual es interrumpido por discusiones de la familia política, ruido del juego de sus hijos y otros. Usualmente no sale de su casa si no es para mandados concretos o reuniones de práctica relacionadas con su orquesta.

**Carácter e historia de la pareja.** La pareja, Grecia, es natural de Huamanga, Ayacucho, tiene 27 años y durante su juventud se ha encontrado trabajando y estudiando



por lo que la situación de pandemia ha forzado el cambiar su estilo de vida, ingresos y planes. Es la menor de entre sus 7 hermanos y considera que su familia, salvo su madre, tienen el mal hábito de tomar y mala forma de comunicarse, generalmente gritando.

**Dinámica de la relación.** Según Carlos, su pareja suele gritar para comunicarse cuando no está en la habitación y no le gusta tomar, lo cual se lo recrimina. Respecto a los intentos alternativos de solución de conflictos de pareja, Carlos informa que por encontrarse irritado prefiere decirle a su pareja, cuando esta toma iniciativa de forma irritable o negociadora, que *no, no pasa nada, ya para qué*. Antes del inicio de la pandemia, refiere que su relación era menos conflictiva, con algunos reclamos por las veces que regresaba ebrio por su trabajo, conversaban más y ella no estaba tan estresada por el hecho de poder trabajar y armar su negocio de una veterinaria que por la cuarentena tuvo que cerrar generando pérdidas importantes y endeudamiento. Los primeros meses de la cuarentena estuvo muy estresada y eso la hizo más renegona.

**Crianza.** Debido a que su padre se separó antes del nacimiento de su hermano menor, su madre ha trabajado desde que el paciente era muy pequeño. Adicional a ello, el evento la tornó muy exigente de manera que fomentó el que Carlos vaya al jardín y procure los primeros puestos. Dicha atención llamó la atención de sus hermanos generando, a percepción del evaluado, celos cuando se encontraba en primaria. Durante la secundaria, el paciente afirma haber tenido mucha confianza con su madre y si ella decía que no a alguna sugerencia, permiso para salir a hacer un trabajo, fiesta, elegir un amigo u otro, el lo cumplía sin negociar. Luego, comenta que la principal motivación para estudiar era no preocupar a su madre y el miedo de recibir reproches, gritos y castigos por parte de ella. Por lo anterior, y debido a que era supervisado por sus hermanos, Carlos refiere que siempre estuvo pendiente de cuidar todos los detalles de su asistencia, vestimenta, tareas y

otros por miedo a que cualquier cosa se convirtiera en un grito o castigo. Afirma también que finalizando el colegio, su madre lo inscribió en institutos, academias pre e intentó que ingresara a la universidad, a lo que el evaluado aceptaba, pero no deseaba. Finalmente, por sugerencia y con apoyo de hermanos y amigos, se retiró del hogar e inicio su carrera para ser músico. Esta decisión ha llevado a que hasta la fecha no tenga buena relación con su madre tanto por la decisión ocupacional de su hijo como por la pareja que este ha elegido.

***Reacción de los padres ante el trastorno.*** En la actualidad, la madre no participa y se ha comunicado en algunas ocasiones con su hijo reafirmando sus críticas a la pareja que tiene y el lugar donde vive.

***Reacción de la pareja ante el trastorno.*** Se refirió anteriormente que la pareja opta por reclamar, descalificar y criticar a Carlos por llegar a casa en estado etílico y por las consecuencias que esto tiene después al no cumplir las demandas que ella exige en los quehaceres domésticos. Por otro lado, frente a las manifestaciones de ansiedad que presenta el evaluado, Grecia suele intentar acompañarlo a sus controles, asistencia a emergencia, animarlo y otros.

***Reacción de los cuñados ante el trastorno.*** Según el evaluado, debido a la diferencia de crianza y valores, no tiene una buena relación con sus cuñados por lo que evita el compartir tiempo con ellos. Con respecto a sus síntomas de ansiedad se limitan a desear que se recupere mientras que en lo referente al consumo de alcohol, no opinan.

***Reacción de los hijos ante el trastorno.*** Acorde a la manifestación del paciente y su esposa, los menores han disminuido la frecuencia con la que se aproximan a su padre para poder saludarle o jugar tanto a petición de la madre como por episodios de rechazo del padre al encontrarse durmiendo o verse despertado por el ruido que ellos producen mientras juegan en la casa. Respecto a los episodios de pánico o intoxicación aguda de

alcohol, los menores no suelen preguntar qué es lo que sucede sino a observar y posteriormente continuar jugando entre ellos.

### ***Evaluación, conceptualización de la persona y sus problemas***

**Evaluación clínica conductual.** El motivo principal por el cual el paciente busca terapia es por el malestar fisiológico que presenta debido a los ataques de pánico siendo para él secundarios la sintomatología depresiva, el malestar producto de las interacciones negativas con su pareja, escasa vinculación con pares e hijos y menos importante aún, el consumo problemático de alcohol.

Se identifican entonces como conductas problema o conductas objetivo las detalladas a continuación:

- Ataques de pánico por miedo a ahogarse
- Miedo a salir a la calle
- Síntomas depresivos
- Exceso de interacción negativa con la pareja
- Escasa vinculación con hijos
- Exceso de consumo de alcohol

### **Análisis funcional de la conducta.**

### ***Identificación de las áreas problema.***

- Personal: catastrofización de las sensaciones interoceptivas y condicionamiento entre estas y el miedo a morir. Tristeza ante pérdida de amistad.



- Social: debilitamiento de conductas de interacción con pares y familia.
- Familiar: consumo problemático de alcohol fomenta distanciamiento de hijos e interacciones negativas con pareja

### ***Operacionalización de las áreas problema.***

- Fisiológico: palpitaciones, sudoración en manos, molestia en la garganta, presión en el pecho, sensación de ahogo, agitación. Lagrimeo, enrojecimiento de ojos, dolor de cabeza, hipersensibilidad a los sonidos.
- Emocional: ansiedad, miedo, tristeza, hipervigilancia.
- Cognitivo: pensamientos catastróficos, “me voy a morir, si salgo no me ayudarán en caso me ponga mal, si toco instrumento me atoraré y moriré”. Pensamientos tipo “debería”, “Mi pareja debería ser más comprensiva de que no puedo negar cuando me invitan alcohol en mis trabajos, debería comprenderme de que llego tarde y no puedo levantarme temprano”.
- Motor: quedarse en casa, tomar agua, evitar comer, quedarse en la cama, tomar bebidas alcohólicas, decir “no, no hay problema, ya para qué”.

### ***Variables moduladoras o disposicionales.***

- Tendencia a actuar por influencia externa antes que por decisión propia.
- Tendencia a evitar la expresión emocional por experiencias fallidas en donde no fue validado.
- Tendencia a evitar situaciones que fomenten emociones negativas antes que afrontarlas e historial de estímulos ansiógenos durante su educación.

- Insomnio, sueño escaso, irritabilidad por pérdida de amigo y alimentación deficiente.
- Trabajo de músico desajusta horas de sueño y supone carga física.
- Vivir en hogar multifamiliar en donde no se comparten los mismo valores ni existe colaboración entre sus miembros.

**Variables protectoras.** Apoyo y seguimiento de la pareja para su adherencia al tratamiento y contención emocional durante episodios de pánico.

**Hipótesis de mantenimiento.** Respuestas condicionadas

- Palpitaciones, sudoración de manos, molestia en la garganta, presión en el pecho, sensación de ahogo, agitación.
- Tristeza, ansiedad, miedo de morir
- Pensamientos: “Quiero morir para que acabe esto”, “si salgo y pasa algo no me ayudarán”, “si toco un instrumento musical me atoraré y moriré”, “mi pareja debería ser más comprensiva de que no puedo negar cuando me invitan alcohol en mis trabajos”, “debería comprenderme de que llego tarde y no puedo levantarme temprano”, “nadie me escuchará si le cuento mis problemas”,

Respuestas operantes

- Respuestas de evitación: quedarse en casa, no tocar instrumentos, tomar agua, no reunirse con compañeros, no participar en casa.

***Antecedentes (Ei o Ec) de las respuestas condicionadas y cadenas E-R.*** La

ansiedad de la que se queja el consultante se operativiza como palpitaciones, sudoración de manos, molestia en la garganta, presión en el pecho, sensación de ahogo y agitación el cual se explica partiendo de una serie de variables disposicionales a las que ha sido expuesto desde el inicio de la pandemia. Inicialmente, el cambio de humor en la pareja por inicio de cuarentena, los problemas económicos por pérdida de los trabajos de ambos y el aumento del tiempo que compartían en casa aumentó los niveles de estrés y predisposición a reacciones emotivas entre la pareja. En este estado de estrés, constante exposición a sensaciones fisiológicas desagradables y mayor sensibilidad llega el primer episodio de condicionamiento del miedo a ahogarse durante una fiesta en donde el consumo de alcohol es clave por las reacciones fisiológicas que genera.

Contexto: malestar general por intoxicación etílica

VD: catastrofismo, tendencia a la irritabilidad, tendencia a la vigilancia y exposición constante a sensaciones fisiológicas desagradables.

Ei ----- Ri

Atorarse Miedo a morir

Ec ----- Ec

Molestia en la garganta Miedo a morir

Posterior a este evento, su interiorización y etiqueta cognitiva del tipo “pude haber muerto” fomenta que el pensamiento se relacione con el miedo a morir. Es natural que esta experiencia fomente un aumento de la vigilancia del estado físico en busca de señales de alarma para intentar prevenirlas, propio de su tendencia a la vigilancia.



Ed ----- R ----- C

Molestia en garganta      vigilancia del cuerpo      Disminuye ansiedad (R-)  
Sentir control (R-)

Ello pudo haber facilitado que el paciente fomente una reacción de ansiedad por la acción de vigilar su organismo terminando por asociar las sensaciones corporales de la ansiedad, la calle, las preocupaciones y otros al miedo a morir. Posterior a ello ocurre el evento vital de fallecimiento de su amistad más cercana, fomentando ello conductas de evitación ante diversas sensaciones fisiológicas desagradables producto de la tristeza.

Ei ----- Ri

vigilancia del cuerpo y activación somática      Ansiedad: ahogo, presión,  
**molestia en garganta, etc.**

Ec ----- Rc

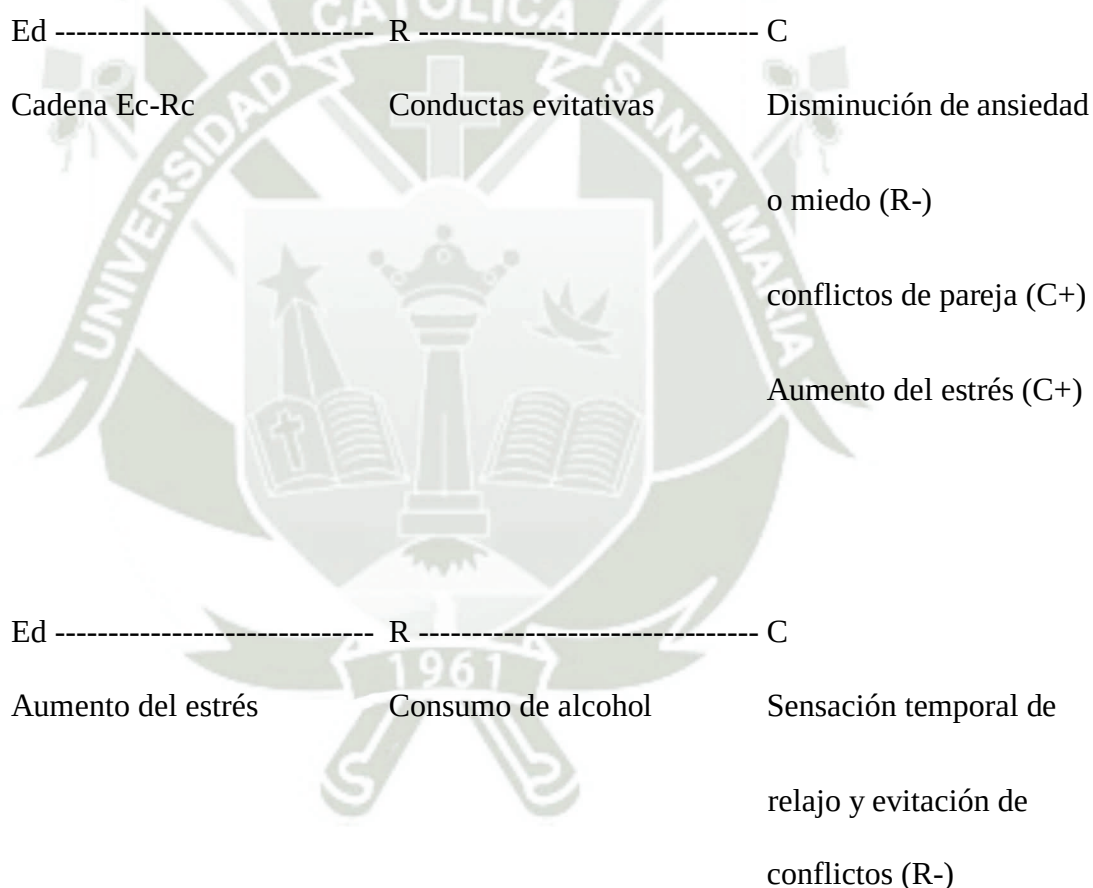
Situaciones de preocupación o emotivas      Ansiedad: ahogo, presión,  
**molestia en garganta, etc.**

EC<sub>2</sub> ----- RC<sub>2</sub>

Situaciones de preocupación o emotivas      Miedo a morir  
Salir a la calle, tristeza, recuerdos

### *Consecuentes de las respuestas operantes*

Ante estas circunstancias, el paciente intenta relajarse, no saliendo a la calle, quedándose en casa, en la cama y otras conductas evitativas manteniendo con ello el problema al no exponer a las contingencias al paciente (ver que no morirá si hace o deja de hacer ciertas cosas) y a su vez, lo aleja de reforzadores de su ambiente fomentando reacciones depresivas. A su vez, en la interacción con su esposa, la evitación de actividades domésticas facilita interacciones negativas que aumentan el estrés



Estas acciones a mediano y largo plazo generan las consecuencias de aumentar el conflicto de pareja, debilitar relación con los hijos, mantenimiento de estímulos ansiógenos durante el estado de ebriedad y “resaca” y disminuir la sensibilidad al contexto al no

relacionar los castigos (estrés y conflictos de pareja) a su consumo de alcohol o las evitaciones.





**Tabla 5.**
*Análisis Funcional de la Conducta*

| ANTECEDENTES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | CONDUCTAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | CONSECUENCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Ante preocupaciones y situaciones emocionales.<br>2. A la hora de comer.<br>3. Cuando tiene que salir a la calle por necesidad o ensayo.<br>4. Ante actividades antes relacionadas con el amigo fallecido.<br>5. Ofrecimiento de alcohol en fiestas<br>6. Cuando su pareja le reclama por haber tomado alcohol o de alguna labor doméstica.<br>7. Cuando sus hijos juegan y hacen ruido. | <p><b>Fisiológico:</b><br/> <b>1.3.6.</b> palpitaciones (5/10), sudoración de manos (6/10), molestia en la garganta (10/10), presión en el pecho (8/10), sensación de ahogo (9/10) y agitación (5/10).<br/> <b>2.</b> Molestia en la garganta (8/10), sudoración de manos (6/10).<br/> <b>4.</b> Enrojecimiento de los ojos, palpitaciones (5/10), molestia en la garganta (7/10). <b>5.</b> Presión en el pecho (5/10). <b>7.</b> Dolor de cabeza (8/10).</p> <p><b>Emocional:</b><br/> <b>1.2.3.4.5.6.</b> Ansiedad <b>4.6.</b> Tristeza <b>7.</b> Cólera, Tristeza</p> <p><b>Cognitivo:</b><br/> <b>1.2.3.4.5.6.</b> “Me estoy poniendo ansioso otra vez”, “Debo calmarme”, “Siento que se me va a cerrar la garganta y me asfixiaré”<br/> <b>4.</b> “No quiero acordarme de eso”, “¿Para qué voy a hacer/ir si no es lo mismo?”<br/> <b>7.</b> “No soporto el ruido” “Debería irme de aquí”, “¿Cómo no voy a soportar a mis hijos?”, “Soy un mal padre”.</p> <p><b>Motor:</b><br/> <b>1.2.3.4.5.</b> Evitar salir, interactuar, ensayar, responder mensajes, llamadas, dejar de comer, tomar agua. <b>6.</b> Responder airadamente y haciendo comparaciones con la familia de su pareja.<br/> <b>7.</b> Hacer como que los ignora, no responderle cuando lo llaman.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Disminuir ansiedad (R-)</li> <li>- Lograr relajarse (R-)</li> <li>- Disminuir las respuestas de su pareja (R-)</li> <li>- Evitar realizar labores domésticas (R-)</li> <li>- Descansar más tiempo (R+)</li> <li>- Evitar recuerdos (R-)</li> <li>- Evitar contacto con amigos (C-)</li> <li>- Evitar trabajar (R-, C-)</li> <li>- Evitar ensayar (R-, C-)</li> <li>- Aumento de la autocrítica (C+)</li> </ul> |

### ***Diagnóstico funcional.***

Considerando el análisis planteado, la problemática de Carlos inicia con la asociación entre una serie de respuestas fisiológicas y la sensación de atragantamiento que, a su vez, generan más respuestas de activación. Adicional a ello, las conductas operantes de evitación que emite el paciente se mantienen por reforzamiento negativo de situaciones que generan estrés y por tanto, activación. Así el paciente evita conductas que aumenten su ansiedad y desaten el episodio de pánico. La consecuencia de ello es alejarlo de fuentes de reforzamiento que a su vez se relacionan por asociación con pensamientos sobre la pérdida de su amigo, problemas de pareja y paternidad los cuales le generan estrés (y a la vez, mayor activación fisiológica). En consecuencia, las problemáticas antes mencionadas se mantienen, se pierden reforzadores, aumentan los síntomas depresivos y se mantiene la activación fisiológica de la ansiedad.

### ***Resultados primeros de la fase de evaluación***

Se aplicaron dos instrumentos para evaluar los síntomas que presenta el paciente para evidenciar los avances de la terapia tanto al inicio como al final.

- Inventario de Depresión de Beck: el evaluado obtiene una puntuación total de 28 correspondiendo a la categoría de “depresión moderada”. Se destaca que este resultado es cercano al punto de corte de 30 que corresponde a la categoría de “depresión grave”.
- Inventario de Ansiedad Rasgo Estado (IDARE): el evaluado obtiene una puntuación total de 46 en ansiedad estado lo cual corresponde a la categoría de “elevado”. Luego, en ansiedad rasgo, Carlos obtiene un puntaje de 56 lo cual corresponde a una categoría de “elevado”.

Por otra parte, se realizó una valoración subjetiva, de autoreporte, en términos de frecuencia o intensidad en la “escala analógica visual” del 1 al 10 según la variable de interés para realizar la contrastación entre el inicio y el final de la terapia como se detalla a continuación:

- Intensidad de síntomas de ataque de pánico según DSM V: palpitaciones, sudoración de manos, molestia en la garganta (dificultad para respirar), presión en el pecho, sensación de ahogo y agitación. Estos se dan en diversos contextos como son la hora de comer, las actividades antes relacionadas con el amigo fallecido, en situación de ofrecimiento de alcohol y el salir a la calle
- Frecuencia de conductas de interacción: estos son la frecuencia con la que asiste a ensayos, frecuencia de salidas con hijos y frecuencia de salida con amistades sin consumir alcohol durante el lapso del mes.
- Interacciones positivas con la pareja: engloba la percepción subjetiva de bienestar en la escala del 1 al 10 y la frecuencia de la conducta de interacción positiva “conversar amenamente en pareja” en el lapso de la última semana.
- Intensidad de creencia en diversos pensamientos distorsionados: se realiza la detección y evaluación de la intensidad de creencia en estos pensamientos del 1 al 10 y haciendo uso de un formato semiestructurado (ver anexo 5). Se detectan para esto doce pensamientos (ver tabla 6).
- Frecuencia de retorno en estado de ebriedad a la semana: es el reporte de frecuencia de esta conducta manifestada por el paciente y corroborada por la pareja quien también se encuentra en seguimiento de los progresos de Carlos.



**Tabla 6.**
*Pensamientos distorsionados, tipos e intensidad de creencia*

| Nro | Pensamientos distorsionados                                         | Tipo de distorsión  | Intensidad de creencia |
|-----|---------------------------------------------------------------------|---------------------|------------------------|
| 1   | En el siguiente ataque de pánico me voy a morir                     | Catastrofismo       | 9                      |
| 2   | Si no tomo agua me voy a atragantar y asfixiar                      | Catastrofismo       | 10                     |
| 3   | Si salgo a la calle solo me podría pasar algo y no podrían ayudarme | Catastrofismo       | 7                      |
| 4   | Debería poder levantarme de la cama y hacer mis cosas, soy un vago  | “Debería”           | 8                      |
| 5   | (Mis hijos) deberían de hacer menos ruido al jugar                  | “Debería”           | 9                      |
| 6   | Nunca me escucha (mi pareja) y siempre me reclama                   | Sobregeneralización | 10                     |
| 7   | Todo lo malo me pasa a mi.                                          | Falacia de control  | 10                     |
| 8   | Mis amigos se rien de como toco ahora que estoy deprimido           | Personalización     | 7                      |
| 9   | Como no está mi amigo ya nada será lo mismo.                        | Sobregeneralización | 8                      |
| 10  | Los días son horribles porque no hago nada de lo que debería hacer. | Filtraje            | 8                      |
| 11  | Mi relación estaría mejor si mi pareja me entendiera y comprendiera | Falacia de cambio   | 9                      |
| 12  | Mi familia fracasa porque yo no sé controlar mi mal                 | Falacia de control  | 8                      |

### ***Clasificación diagnóstica***

Paciente de 28 años, impresiona coeficiente intelectual dentro del promedio, personalidad con tendencia a la introversión, poco sociable, tendencia a la evitación de acciones y actitud pasiva ante deseos y comandos de terceros. Vigilante ante potenciales amenazas, tendencia al pensamiento catastrófico. Presenta sintomatología depresiva y ansiosa que conllevan a la evitación sistemática de actividades y espacios reforzantes. Presenta miedo a atragantarse y morir, salir a la calle, problemas de consumo de alcohol y

exceso de interacciones negativas con pareja. El paciente presenta los siguientes diagnósticos según manual CIE 10:

- F41.0 – Trastorno de pánico
- F32.1 – Episodio depresivo moderado

### ***Plan de tratamiento***

**Metas u objetivos terapéuticos.** Considerando el análisis y diagnóstico realizado se han considerado diversas metas u objetivos terapéuticos acorde a protocolos y recomendaciones clínicas (David et al., 2018; Jongsma y Peterson, 2013; Martel et al., 2013; Pérez et al., 2013; Caballo, 1997) sobre los cuales elaborar un plan de tratamiento.

- Psicoeducar al paciente y la pareja en el modelo cognitivo conductual de la ansiedad y la depresión.
- Disminuir la intensidad de la respuesta fisiológica asociada al trastorno de pánico.
- Extinguir los episodios de ataques de pánico.
- Disminuir la frecuencia de conductas de vigilancia del cuerpo.
- Disminuir la frecuencia de conductas evitativas del paciente.
- Disminuir la frecuencia del uso de alcohol.
- Aumentar las conductas de interacción positivas con la pareja.
- Aumentar las conductas de interacción con amistades.
- Extinguir las conductas evitativas del paciente que fomentan síntomas depresivos.
- Modificar las creencias centrales sobre la vulnerabilidad personal ante el mundo, la amenaza de la evaluación negativa de los demás y la falta de control de la persona.

## Protocolo de tratamiento.

**Tabla 7.**

### *Psicoeducación*

| Nro de Sesión | Metas                                                                                                  | Objetivos                                                                                                                                                                                          | Descripción                                                                                                                              |
|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 a 2         | Determinar las conductas que mantienen la conducta depresiva                                           | Análisis funcional de la conducta problema                                                                                                                                                         | Mediante entrevista clínica se determinarán las contingencias que mantienen las diferentes conductas depresivas del paciente.            |
|               | Psicoeducar al paciente y a la pareja en el modelo cognitivo conductual de la ansiedad y la depresión. | Explicaciones desde el modelo cognitivo conductual de la ansiedad y la depresión.                                                                                                                  | Mediante el diálogo se describe el modelo CC de la depresión y la ansiedad.                                                              |
|               |                                                                                                        | Explicación de los factores que mantienen el problema.                                                                                                                                             | Se usa como base el AFC de las conductas problema y mediante el diálogo se describe los factores que mantienen el problema del paciente. |
|               |                                                                                                        | Explicación de los efectos perjudiciales del aumento de la vigilancia de las señales del cuerpo, la evitación de actividades y el no prestar atención a los resultados de las conductas que emite. | Mediante el diálogo se establece relación entre la solución intentada del paciente y su problema a fin de facilitar el cambio.           |

**Tabla 8.**

### *Técnicas de relajación y contracondicionamiento del consumo del alcohol*



| Nro de Sesión | Metas                                                                       | Objetivos                                                                                                              | Descripción                                                                                                                                                                                                                                                        |
|---------------|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3 a 4         | Disminuir la frecuencia del uso de alcohol.                                 | Relacionar la idea del consumo del alcohol y sus consecuencias con la aparición de ataques de pánico.                  | Mediante el diálogo se guiará al paciente a relacionar las consecuencias del consumo del alcohol con la frecuencia e intensidad de los ataques de pánico de los que sufre. Esto busca que el consumo adquiera propiedades aversivas y que disminuya su frecuencia. |
|               | Preparar al cliente para la Activación Conductual                           | Explorar los valores del paciente y exponer sobre acciones valiosas. Practicar habilidades de toma de decisiones.      | Mediante el uso de los formatos de los Anexos 6 y 7 se orienta al paciente a definir sus valores de vida o propósitos. Se practica habilidades de toma de decisión                                                                                                 |
|               | Disminuir la intensidad de la respuesta fisiológica asociada a la ansiedad. | Aprender los principios de la respiración diafragmática y la relajación muscular progresiva de Jacobson (Payne, 2002). | Mediante el diálogo se explicarán los mecanismos de las dos técnicas de relajación mencionada y sus beneficios para relajar a la persona y disminuir la ansiedad.                                                                                                  |
|               |                                                                             | Entrenar al paciente para el uso de las dos técnicas.                                                                  | Se realizará el modelado de ambas técnicas de relajación usando como referencia el material incluido en el Anexo 1 y 2.                                                                                                                                            |
|               |                                                                             | Programar como actividad en casa, práctica de 15 minutos de los ejercicios propuestos.                                 | Mediante el uso del material del Anexo 3 se instruirá al paciente para realizar un automonitoreo respecto a la práctica de las técnicas de relajación en casa.                                                                                                     |

**Tabla 9.**

*Práctica de técnicas de relajación, jerarquía de estímulos que discriminan miedo*

| Nro de Sesión | Metas                                                                       | Objetivos                                                                                   | Descripción                                                                                                                                                                                               |
|---------------|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 5 a 6         | Disminuir la intensidad de la respuesta fisiológica asociada a la ansiedad. | Practicar las técnicas de relajación en sesión.                                             | Se realizará mediante el uso del material del Anexo 1 y 2 ambas técnicas de relajación para reforzar su ejecución.                                                                                        |
|               | Reforzar la importancia de los valores                                      | Sensibilizar al paciente respecto a las ventajas de retomar diversas conductas.             | Mediante el diálogo terapéutico se repasan propuestas de actividades que se encuentran dentro de los objetivos del paciente incluyendo las interacciones positivas con pareja y conductas de interacción. |
|               | Disminuir la frecuencia del uso de alcohol                                  | Reforzar la relación entre los ataques de pánico y el consumo de alcohol.                   | Mediante diálogo se repasan los eventos entre sesiones que desencadenaron el uso de alcohol y los efectos que estos han tenido en las diferentes áreas de la vida así como en los ataques de pánico.      |
|               | Psicoeducar al paciente para las intervenciones de exposición.              | Comprender el principio de exposición y reforzar los principios del tratamiento del pánico. | Mediante diálogo se explican los principios de la terapia y los principios del mantenimiento del problema de pánico.                                                                                      |
|               | Elaborar jerarquía de estímulos que discriminan miedo                       | Elaborar una jerarquía de estímulos que fomentan el miedo a morir de menor a mayor.         | Mediante diálogo y en una hoja en blanco se elaborará una lista de estímulos que desencadenan el miedo a morir desde aquel con menor intensidad (0) hasta aquel con mayor intensidad (10).                |

**Tabla 10.**

*Exposición interoceptiva, involucramiento de la pareja en tratamiento*

| Nro de Sesión | Metas                                                                                                                              | Objetivos                                                                                                                                                                           | Descripción                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 7 a 9         | Disminuir la intensidad de la respuesta fisiológica asociada a la ansiedad.                                                        | Realizar ejercicios de exposición interoceptiva que aumenten el umbral de activación fisiológica y extingan respuesta de pánico.                                                    | Mediante diálogo se realizarán ejercicios de exposición interoceptiva.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|               | Extinguir los episodios de ataques de pánico.                                                                                      | Involucrar a la pareja en el cuidado del paciente como forma de apoyo, adherencia e interacción positiva.                                                                           | Mediante el diálogo se fomenta en la pareja el acompañamiento en las sesiones de relajación y en los ejercicios de exposición interoceptiva. Adicional a ello, se sugiere la realización de una actividad en pareja a la semana semejante a las que tenían durante su etapa de noviazgo.                                                                                                    |
|               | Activación conductual: Disminuir la frecuencia del uso de alcohol y aumentar las conductas de interacción positivas con la pareja. | Sensibilizar sobre pros y contras del consumo de alcohol en relación de pareja y vida considerando los valores de la persona explorados. Practicar habilidad para toma de decisión. | Mediante diálogo se repasan los eventos entre sesiones que desencadenaron el uso de alcohol y los efectos que estos han tenido en las diferentes áreas de la vida así como en los ataques de pánico. Adicionalmente se resaltan los beneficios obtenidos por no haber consumido alcohol en distintas fechas resaltando la decisión del paciente. Se repasan objetivos usando el Anexo 6 y 7 |

**Tabla 11.**
*Inicio de activación conductual y práctica en casa de exposición interoceptiva*

| Nro de Sesión | Metas                                | Objetivos                                                 | Descripción                                                                                        |
|---------------|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 10 a 12       | Activación conductual: Extinguir las | Explorar los valores del paciente en torno a conductas de | Mediante el uso de los formatos de los Anexos 6 y 7 se refuerza, programa y monitoriza al paciente |



|                                                                                       |                                                                                       |                                                                                                                                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| conductas evitativas del paciente que mantienen síntomas depresivos.                  | interacción social que evita (amistades e hijos).                                     | para la realización de acciones que sean valiosas y acorde a sus objetivos.                                                                                                                                 |
|                                                                                       | Supervisar los avances y reforzar los logros que el paciente presente entre sesiones. | Mediante el diálogo, se evalúan los obstáculos y logros para realizar actividades valiosas que estén en dirección a los propósitos elegidos por la persona.                                                 |
| Extinguir los episodios de ataque de pánico.                                          | Supervisión de exposición interoceptiva en casa y del involucramiento de la pareja.   | Mediante el diálogo en conjunto con el paciente y la pareja, se exponen los avances y dificultades para la práctica de la exposición interoceptiva en casa.                                                 |
| Activación Conductual: Aumentar las conductas de interacción positivas con la pareja. | Evaluación de las conductas de interacción positiva que emergen de forma natural.     | Mediante el diálogo en conjunto con el paciente y la pareja, se resaltan los beneficios y dificultades de realizar el tratamiento en conjunto así como de la tarea de interacción positiva.                 |
|                                                                                       | Fomentar el retorno a hábitos saludables anteriores a la pandemia.                    | Mediante el diálogo se fomenta evaluar la realización de actividades que propician disfrute acorde a hábitos anteriores a la pandemia.                                                                      |
|                                                                                       | Fomentar el retorno a la interacción con amistades.                                   | Mediante el diálogo, se repasan las actividades previamente abandonadas por pandemia y la pérdida de su principal amistad. Se fomenta la reflexión sobre importancia de las amistades y el contacto social. |

**Tabla 12.**

*Reestructuración cognitiva mantenimiento de activación conductual*

| Nro de Sesión | Metas | Objetivos | Descripción |
|---------------|-------|-----------|-------------|
|---------------|-------|-----------|-------------|

|            |                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 13 a<br>16 | <p>Modificar las creencias centrales sobre la vulnerabilidad personal ante el mundo, la amenaza de la evaluación negativa de los demás y la falta de control de la persona.</p> <p>Extinguir las cogniciones del paciente que fomentan síntomas depresivos.</p> | <p>Explorar los pensamientos automáticos para definir las creencias intermedias y centrales</p> <p>Debatir creencias mediante diálogo socrático y otras técnicas de reestructuración cognitiva.</p>                                                                              | <p>Mediante el uso de los formatos del Anexo 4 y 5 se explorarán los pensamientos automáticos del paciente</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|            |                                                                                                                                                                                                                                                                 | <p>Elaborar reinterpretaciones alternativas a las creencias y contexto.</p> <p>Realizar experimentos conductuales de verificación de las creencias y reinterpretaciones alternativas.</p> <p>Asignación de tareas para casa sobre detección de errores cognitivos cotidianos</p> | <p>Mediante el apoyo del formato del Anexo 5 y el diálogo, se enseñará al paciente a debatir las creencias identificadas.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|            | <p>Activación Conductual: Aumentar las conductas de interacción positivas con la pareja.</p>                                                                                                                                                                    | <p>Monitorear continuación de ejercicios de exposición interoceptiva, activación conductual e interacciones positivas con pareja.</p>                                                                                                                                            | <p>Mediante el diálogo y posterior al debate de las creencias, se procederá a elaborar reinterpretaciones alternativas y refuerzos encubiertos cuando estos sean emitidos.</p> <p>Mediante el diálogo se realizan experimentos conductuales respecto a la validez de los pensamientos y las emociones que estos generan. Luego se comparan con las emociones que generan las reinterpretaciones alternativas planteadas.</p> <p>Mediante el apoyo del formato del Anexo 4 se reforzará al paciente la habilidad para detectar errores cognitivos y se dejará indicado el practicar esta actividad en casa.</p> <p>Mediante el diálogo, se monitoreará la continuidad de las tareas para casa. Ya en conjunto con la pareja, se explorarán y reforzarán las conductas de interacción positiva entre ellos y las dificultades surgidas frente a las cuales se fomentarán la elaboración de acuerdos.</p> |

### Capítulo III

#### Aplicación Del Programa De Intervención y sus Resultados

##### Objetivos Terapéuticos del Programa

Se realizaron 16 sesiones psicoterapéuticas haciendo uso del modelo cognitivo conductual tanto en la evaluación, conceptualización e intervención. Estas sesiones tuvieron una duración máxima de 1 hora en donde se abarcaron el llenado de autoregistros, el análisis funcional de la conducta del paciente, las actividades de psicoeducación y la aplicación de técnicas para el cambio conductual y cognitivo.

En las primeras dos sesiones se realizó la etapa de evaluación con los autoregistros y el análisis funcional de la conducta dentro del marco de la alianza terapeutica a fin de lograr un ambiente de confianza y colaboración. En paralelo, se contextualizó las problemáticas del evaluado mediante psicoeducación la cual permitió explicar los trastornos del humor que presentaba (ataques de pánico y depresión) y cómo estos se relacionan con sus dificultades en el trabajo, la pareja y los hijos.

Luego, las sesiones 3, 4, 5 y 6 se centraron en disminuir los síntomas de activación somática propios del ataque de pánico partiendo de la psicoeducación, el entrenamiento en técnicas de relajación para reducir la intensidad de los malestares y la introducción a los ejercicios de exposición interoceptiva. Adicional a ello, se procederá a guiar la percepción del paciente a cómo el consumo de alcohol aumenta la frecuencia e intensidad de los ataque de pánico con el fin de que se disminuya la predisposición a beber alcohol.

Después de haber introducido a los ejercicios de exposición interoceptiva, las sesiones 7, 8 y 9 se enfocarán en su práctica teniendo a la pareja como coterapeuta buscando con ello, además, introducir una interacción positiva mediante el cuidado facilitando un espacio ajeno a los contextos en donde discuten. Nuevamente, se



sensibilizaría sobre las consecuencias inmediatas y remotas del consumo de alcohol según el contexto del paciente.

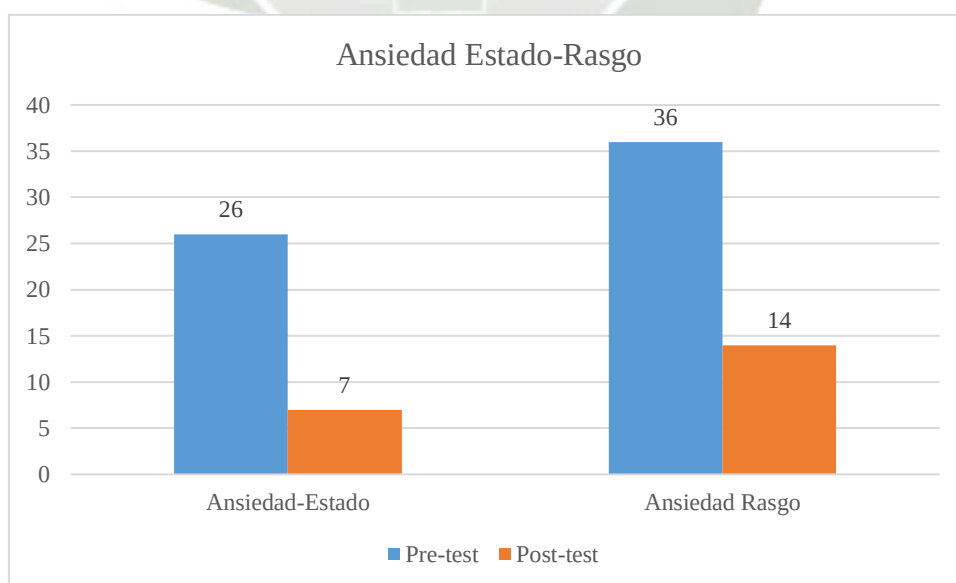
Seguido de ello, el siguiente objetivo a perseguir será el extinguir las conductas evitativas que mantienen los síntomas depresivos durante las sesiones 10 en adelante, continuando con el aumento de conductas de interacción positiva con amistades, con la pareja y finalizar con el abordaje de cogniciones o creencias que intensifican los síntomas depresivos y de pánico. Se finalizó evaluando los logros conseguidos, las técnicas aprendidas y los resultados del post test en la sesión 17 o de control a los tres meses de haber terminado el proceso terapéutico.

## Descripción de los Resultados

### *Variación en el reporte de síntomas de trastorno de pánico*

Se presentarán los resultados del pre y post-test producto de la aplicación del Inventario de Ansiedad Rasgo Estado y el Inventario de Depresión de Beck.

Gráfico 1. *Ansiedad Estado-Rasgo*

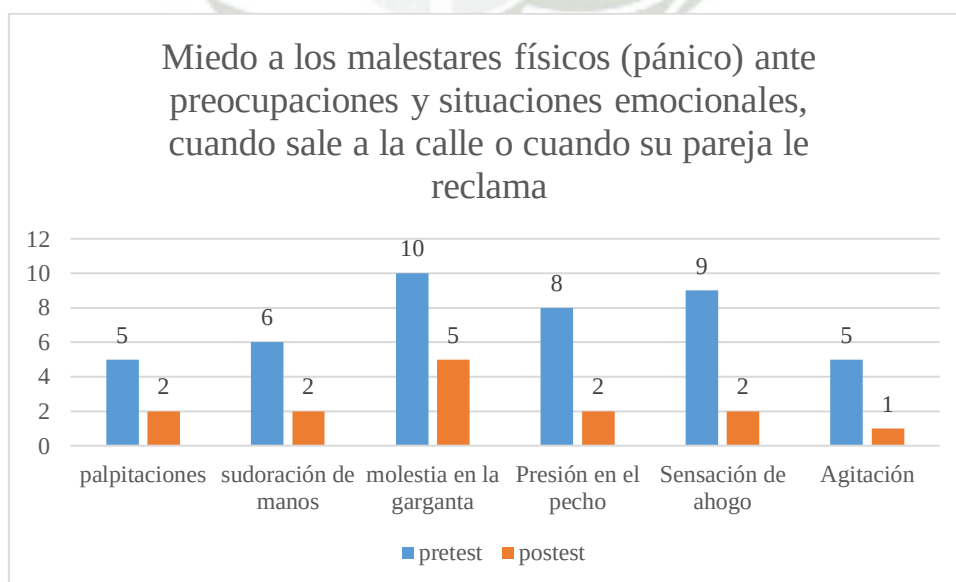


Se aprecia en el gráfico 1 variaciones en las puntuaciones tanto para la ansiedad estado como la ansiedad rasgo. En estas medidas, la puntuación mínima es de 20 por lo que

se ha restado la misma a los resultados del pre y post test con fines de evidenciar las diferencias. En el caso de la ansiedad estado esta se ha reducido de una categoría de elevado a normal. Este parámetro evalúa el nivel de percepción de síntomas de ansiedad en el momento presente por lo que dicha reducción respondería a no percibir malestares que se relacionen a la ansiedad. Para la ansiedad rasgo, esta se ha reducido de una una categoría de elevado a una baja pese a que la disminución numérica en el puntaje es menor que la ansiedad estado. Este parámetro evalúa la tendencia estable en el tiempo a presentar síntomas relacionados a la ansiedad frente a diversas problemáticas vitales. Esta variación respondería a la percepción del paciente de no reaccionar con ansiedad ante situaciones que previamente si.

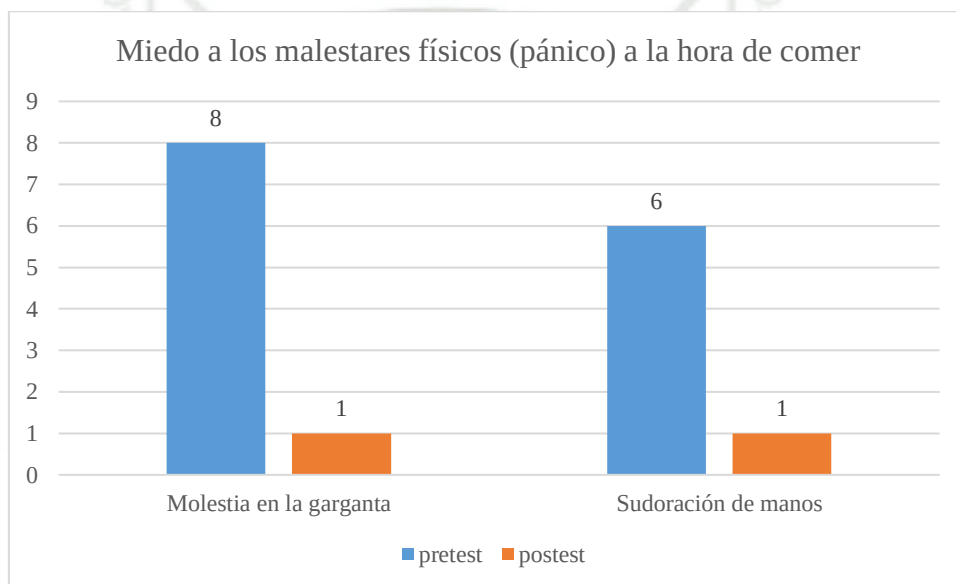
Luego, se presentarán los resultados del pre y post-test de la medida de la intensidad subjetiva de los síntomas del trastorno de pánico en diversos contextos, derivado del análisis funcional de la conducta y usando una medición decimal en donde 10 es la mayor intensidad y 1 la mínima.

Gráfico 2. *Miedo a los malestares físicos (pánico) ante preocupaciones y situaciones emocionales, cuando sale a la calle o cuando su pareja le reclama.*



En el gráfico 2 se presentan las medidas pre y post-test del miedo que el paciente siente a diversos malestares físicos (pánico) que son percibidos en el contexto de preocupaciones y situaciones emocionales. Entonces, las percepciones de palpitaciones pasaron de una intensidad 5 a una intensidad 2, la sudoración pasó de de 6 a 2, la molestia en la garganta pasó de 10 a 5, la presión en el pecho pasó de 8 a 2, la sensación de ahogo pasó de 9 a 2 y la agitación de 5 a 1.

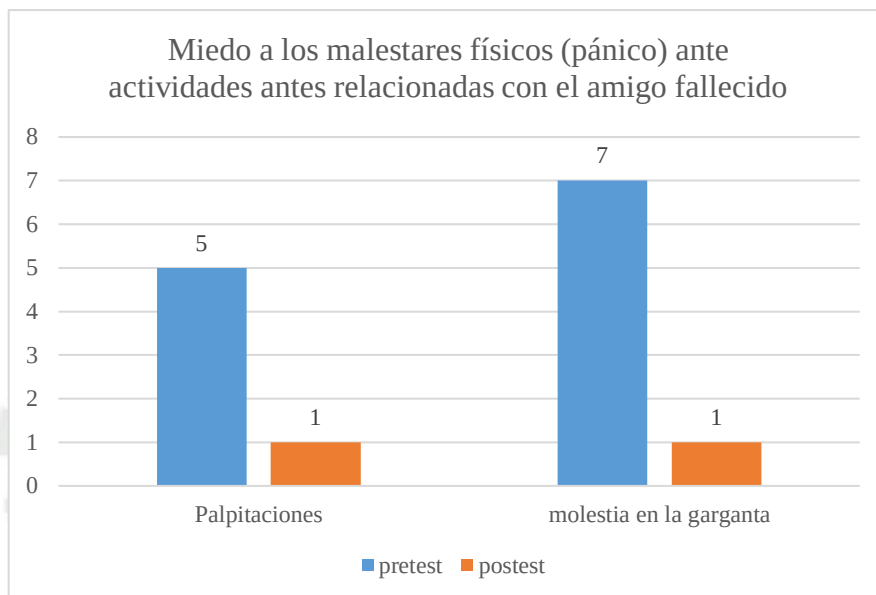
Gráfico 3. *Miedo a los malestares físicos (pánico) a la hora de comer*



El gráfico 3 presenta los malestares físicos (pánico) reportados por el paciente en el contexto de las horas de comida. Se aprecia que el miedo a la molestia en la garganta ha variado de una intensidad 8 a una intensidad 1 y la sudoración de manos ha disminuido de 6 a 1.

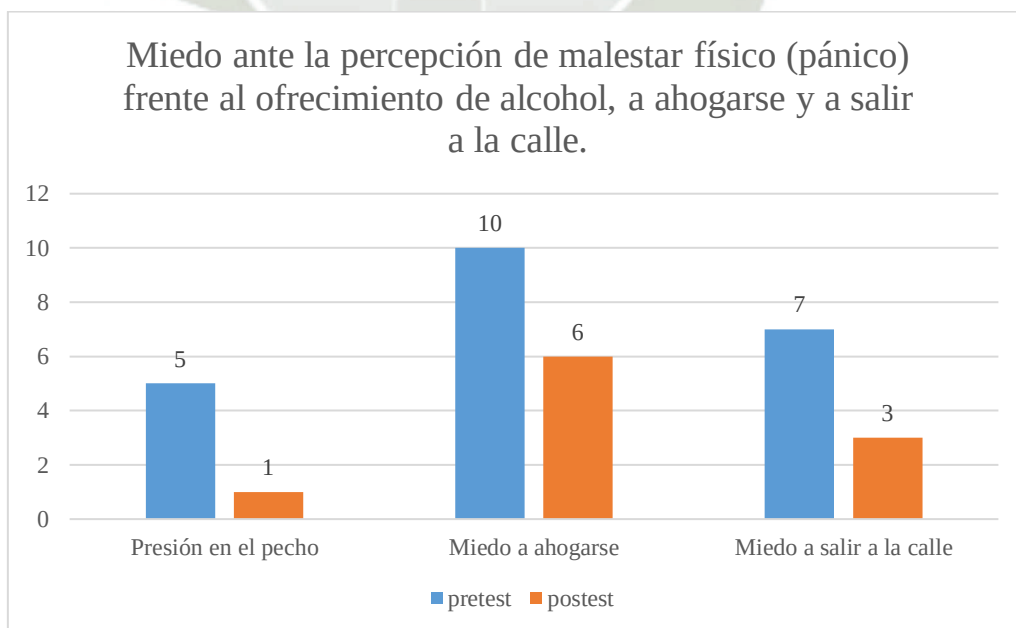
Gráfico 4. *Miedo a los malestares físicos (pánico) ante actividades antes relacionadas con el amigo fallecido*





El gráfico 4 muestra los resultados de dos malestares físicos (pánico) percibidos en el contexto de la realización de actividades antes relacionadas con el amigo fallecido. Se observa que para la sensación de palpitaciones la intensidad del miedo pasó de 5 a 1 mientras que las molestias en la garganta se redujeron de 7 a 1.

Gráfico 5. *Miedo ante la percepción de malestar físico (pánico) frente al ofrecimiento de alcohol, a ahogarse y a salir a la calle.*

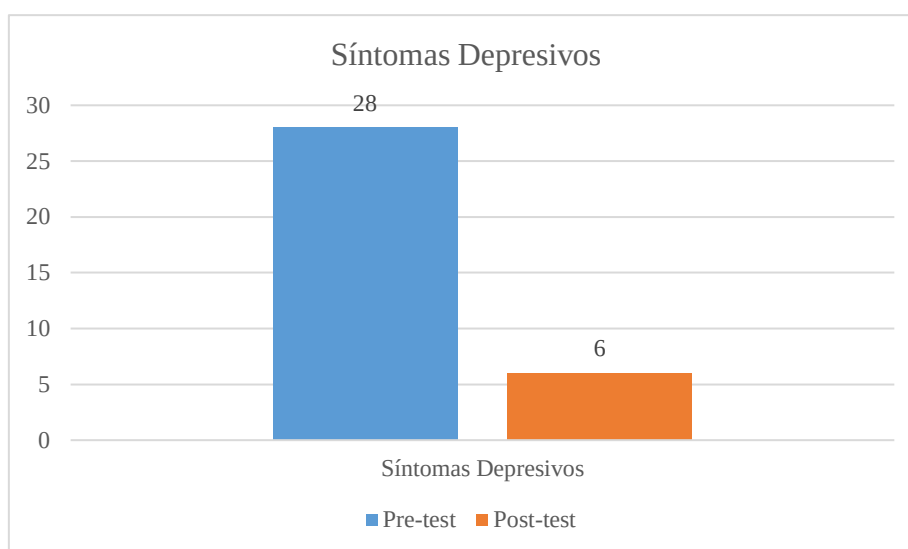


En el gráfico 5 se observan otras medidas de intensidad del miedo (pánico) en el contexto del ofrecimiento de alcohol, el miedo al ahogo o el salir a la calle. Se encuentra

que la presión en el pecho disminuye de 5 a 1, el miedo a ahogarse disminuye de 10 a 6 y el miedo a salir a la calle disminuye de 7 a 3.

### ***Variación en el reporte de síntomas de depresión***

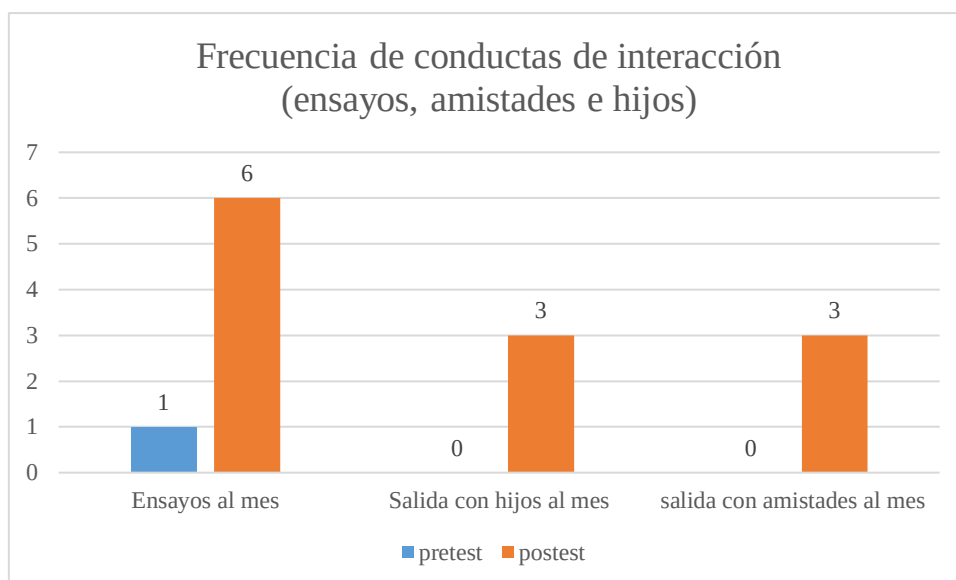
Gráfico 6. *Síntomas depresivos*



Respecto a los síntomas depresivos, en el gráfico 6 se puede apreciar que estos presentan una variación de 28 a 6 que representa un cambio de categoría depresión moderada a ausencia de depresión ante la ausencia de percepción de malestar del paciente.

### ***Variación en las conductas de interacción social***

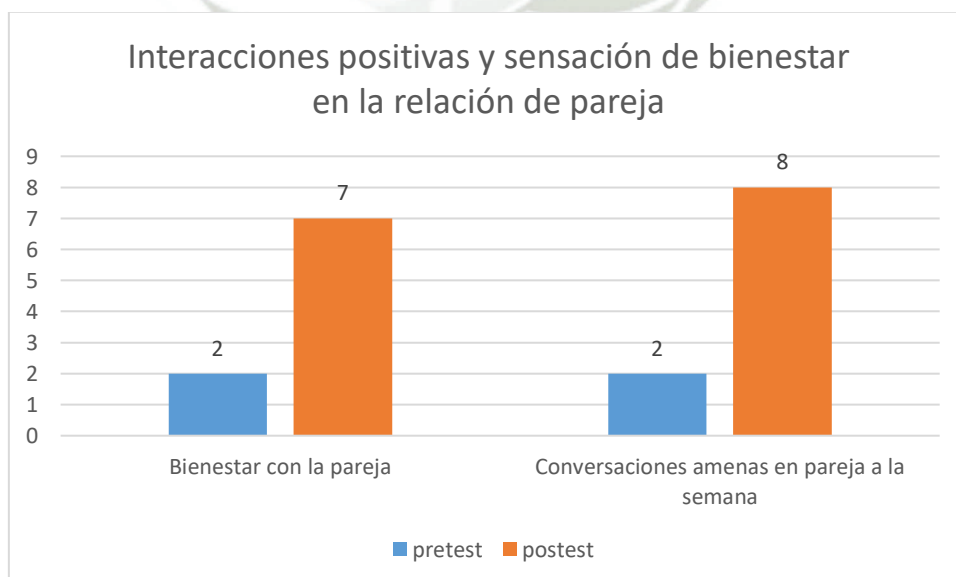
Gráfico 7. *Frecuencia de conductas de interacción*



En el gráfico 7 se observan tres medidas frecuencia de conductas de interacción y cómo estas han aumentado posterior a la intervención. La conducta de asistir a los ensayos ha variado de 1 a 6 al mes. La interacción con los hijos mediante salidas ha aumentado de 0 a 3 al mes mientras que las salidas con amistades sin consumo de alcohol han variado de 0 a 2 al mes.

### ***Variación en las conductas de interacción positiva con la pareja***

Gráfico 8. *Interacciones positivas y sensación de bienestar en la relación de pareja*





Del gráfico 8 se desprende que la valoración subjetiva del bienestar que experimenta el paciente con su pareja ha variado de un 2 a un 7 en una escala del 1 al 10. Por otra parte, la frecuencia de ocurrencia de conversaciones amenas en pareja durante la semana ha variado de 2 a 8.

Gráfico 9. *Frecuencia de retorno al hogar en estado de ebriedad a la semana*



En el gráfico 9 se observa que las medidas de frecuencia de la conducta de retornar al hogar en estado de ebriedad (que se relacionan con la interacción con la pareja) variaron desde el pretest al posttest manteniéndose la ausencia de reporte de esta conducta incluso después del término de la terapia (control).

### ***Variación en la intensidad de las creencias distorsionadas***

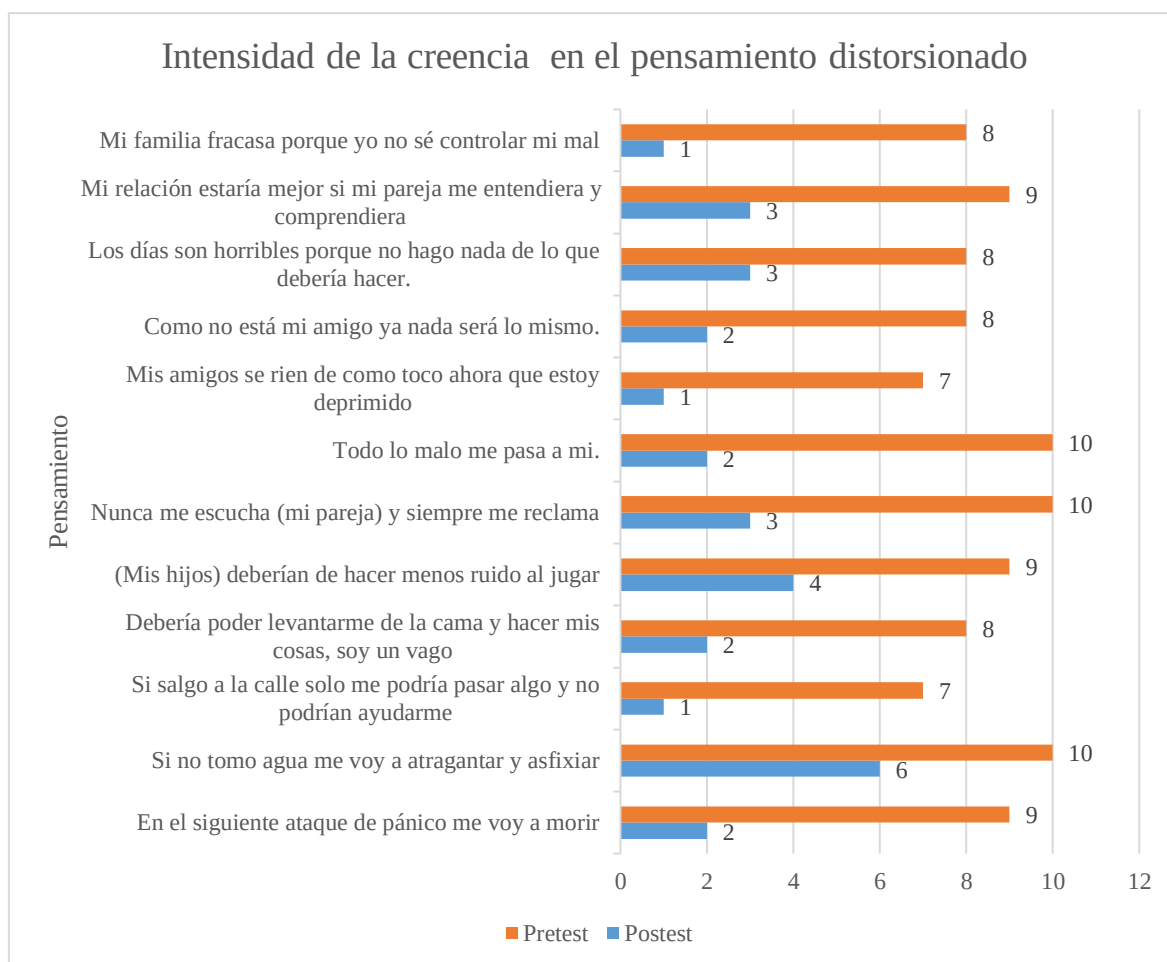


Gráfico 10. *Intensidad de la creencia en el pensamiento distorsionado*

Del gráfico 10 se extrae que los 12 pensamientos distorsionados trabajados han disminuido en la intensidad con las que el paciente cree dichas oraciones. Así, las distorsiones han disminuido de entre 4 a 8 puntos según de cuál se trate.

### Descripción del Seguimiento

Posterior a la intervención realizada se llevó a cabo el seguimiento del paciente a lo largo de 3 meses de haber finalizado con las sesiones de terapia. Este se realizó mediante monitoreo telefónico (dos semanales, tres cada quincena y una al mes) constatando reportes verbales de la pareja y el paciente siendo la última en el tercer mes posterior al final del tratamiento en donde se aplicó el pos-test (sesión 17). En este control se constató el mantenimiento de los cambios logrados durante el proceso terapéutico y se trataron

pautas para la prevención de recaídas. Se encuentra que Carlos mantiene su ritmo de vida dividiendo su tiempo entre el trabajo, sesiones de práctica con su orquesta y actividades familiares.





## Discusión

La presente investigación tuvo como objetivo disminuir la sintomatología del trastorno de pánico y la depresión para facilitar el desempeño normal del sujeto en su medio. Para ello se tomaron medidas previas a la intervención tanto de síntomas mediante escalas formales como de medidas subjetivas de diversas emociones. Por último se elaboró y aplicó una intervención terapéutica de 16 sesiones desde el modelo cognitivo conductual y fueron expuestos los resultados.

Acorde a la literatura, los síntomas somáticos en un caso de ataque de pánico suelen estar mayormente controlados por el miedo a las sensaciones interoceptivas (Barlow, 2018) al existir uno o más eventos que condicionan el miedo a morir y las sensaciones interoceptivas. Así, las cogniciones suelen jugar un papel potenciador en la respuesta de ansiedad o incluso de disparador según posteriores episodios de asociación de estímulos. Frente a ello se constituye como la técnica de elección a la exposición interoceptiva (Barlow, 2018; David et al., 2018; Pérez et al., 2013). De esta manera, el resultado obtenido con nuestro paciente en cuanto a la disminución de los síntomas del trastorno de pánico en diversos contextos generales y específicos son coincidentes con las recopilaciones realizadas por los autores de manuales (Barlow, 2018; David et al., 2018; Pérez et al., 2013). Esto también se ve reflejado en los resultados del cuestionario de ansiedad estado-rasgo del cual se aprecian una disminución de categoría entre el pre y postest, resultados que se asemejan a otros estudios (Amodeo, 2018; Espada et al., 2007). De esta forma, se logra el primer objetivo específico que refiere a disminuir los síntomas de ansiedad.

Por otra parte, los síntomas de depresión presentes en Carlos se encontraban en relación a la observación de ineficacia del evaluado en su mundo y las posteriores conductas de evitación que resultaron del contexto (pandemia, pérdida de su amigo) como del alejamiento de fuentes de reforzamiento (amistades, ensayos, trabajo, paternidad,

interacciones positivas con pareja). Para ello, las evidencias señalan como tratamiento de elección la Activación Conductual la cual se enfoca en reorientar al paciente a las actividades que originalmente eran fuentes de reforzamiento (Pérez et al., 2013; Barraca et al., 2011; Barraca, 2009). Los resultados al aplicar el conjunto de estrategias que suponen la activación conductual ha resultado en la disminución de los síntomas de la depresión en el Cuestionario de Depresión de Beck de manera que se ha obtenido el resultado esperado acorde a otras experiencias (Barraca, 2009) que a su vez completa el segundo objetivo específico del presente trabajo.

Después, se propuso como objetivo el aumentar las conductas de interacción social, esto implica su frecuencia. Se plantearon como indicadores la asistencia a ensayos, las salidas con los hijos y las salidas con amistades sin consumo de alcohol resultando que la intervención ha logrado aumentar la frecuencia de estas conductas al mes. El debilitamiento de las conductas de interacción social planteadas están íntimamente relacionadas con el estado depresivo al constituir fuentes de reforzamiento del paciente los cuales eran evitados por diversos motivos. El interés en este tipo de conductas está señalado como de suma importancia en el tratamiento de la depresión (Martell et al., 2013; Barraca et al., 2011). Si bien la intervención planteada por la Activación Conductual sugiere la enseñanza de habilidades con las que no cuenta el paciente para realizar correctamente el proceso (Barraca y Pérez, 2015), al encontrar antecedentes de interacciones sociales satisfactorias en ese ámbito y las limitaciones del presente estudio motivó el plantear como objetivo el retorno al ambiente social antes que su optimización (con sesiones de habilidades sociales) debido a dicha observación. Se logró, entonces, fomentar el retorno a los espacios sociales (ensayos, parentalidad y amistades) valiéndose de los procedimientos de activación conductual perdiendo ellos su cualidad aversiva de recordar al amigo perdido o estar controlados por pensamientos distorsionados.

Luego, en el área de pareja, se planteó como objetivo el aumento de conductas de interacción positiva entre la pareja. Acorde a los antecedentes, una de las actividades que usualmente disfrutaba el paciente y su pareja eran conversaciones diversas, extensas y constantes por lo cual fue tomada su frecuencia como indicador además de la percepción de bienestar. Adicional a ello, la temática de interacción (negativa) entre la pareja previa a la intervención se centraba en el retorno a casa en estado de ebriedad de Carlos, por lo cual, para su discusión, se incluyó en el análisis de resultados. De esta forma, tanto la percepción de bienestar como la frecuencia de conversaciones amenas han aumentado mientras que la frecuencia de retornos a casa en estado de ebriedad se han extinto. Al respecto, para la mejora en las problemáticas de pareja algunos autores sugieren el abordaje de las conductas de interacción positiva y negativa (Barraca, 2016; Costa y Serrat, 2015). Estas fueron consideradas en el presente caso clínico por estar relacionadas con las patologías del paciente, sin embargo, han sido abordadas desde el planteamiento de la activación conductual, siendo motivado y reforzado su ejecución antes que trabajado con planteamientos propiamente de terapia de pareja como el abordaje de habilidades de comunicación, resolución de problemas u otros (Costa y Serrat, 2015). Si bien no se descarta la presencia de otras problemáticas de pareja en el intervenido, estas exceden los límites del planteamiento del caso y el motivo de consulta por lo cual fue solo recomendada una evaluación más especificada en esta área finalizando el proceso terapéutico.

Por último, se planteó como objetivo la disminución de la intensidad de creencia en diversos pensamientos distorsionados que mantienen la sintomatología ansiosa y depresiva. Considerando la especificidad de los pensamientos descritos por el paciente y al no contar con un instrumento estandarizado que los incluya se optó por medir la intensidad de creencia antes y después de la intervención. La literatura señala evidencia diversa respecto



de la efectividad separada y combinada de las estrategias conductuales y cognitivas para los trastornos de pánico y depresión (Barlow, 2018; David et al., 2018; Barraca y Pérez, 2015; Pérez et al., 2013; Barraca, 2009) siendo que para cada trastorno, el núcleo de la interención son la exposición interoceptiva y la programacion y estructuración de actividades. Luego, para los aspectos cognitivos se considera que es la creencia en estos pensamientos lo que fomenta y mantiene las patologías. Por ello, se realizó la reestructuración cognitiva mediante debate obteniéndose el resultado de una disminución en la creencia de todos los pensamientos distorsionados planteados. Este resultado va de la mano con la disminución de la sintomatología de las patologías ansiosas y depresivas lo cual apoya los planteamientos y propuestas de algunos autores (Clark y Beck, 2012; Nezu et al., 2006).

Los resultados en la reducción de síntomas patológicos y el logro de un nivel de funcionalidad previo a la instauración del trastorno ansioso y depresivo refuerzan los postulados de la terapia cognitivo conductual y confirman el planteamiento del caso como el uso de técnicas para el cambio. Adicional a ello, reafirman la importancia de considerar el contexto de interacción del paciente para garantizar la generalización de conductas propuestas en terapia y que estas queden reforzadas de manera natural en el entorno del paciente.

El presente estudio presenta también limitaciones en tanto al seguimiento por diversos motivos (distancia, disponibilidad del paciente, etc.), limitaciones para la generalización de resultados, en la ampliación de objetivos al no abordar con mayor profundidad la estructura de creencias subyacentes a la personalidad del paciente, el desarrollo u optimización de diversas habilidades complementarias o el abordaje a profundidad de alguna problemática de pareja subyacente, constituyendo estos motivos de recomendación al paciente.

## Conclusión

Partiendo de los resultados y la discusión realizada se concluye del presente estudio de caso lo siguiente:

**Primero:** la intervención terapéutica ha disminuido los síntomas de miedo a los malestares físicos (pánico) y han disminuido la ansiedad estado-rasgo de una categoría elevado a una baja.

**Segundo:** la intervención terapéutica ha disminuido los síntomas de depresión de una categoría moderada a la ausencia de síntomas de depresión.

**Tercero:** la intervención terapéutica ha aumentado las conductas de interacción social logrando interacciones sociales y comunicativas placenteras mejorando con ello su disposición al trabajo y fomentando el soporte emocional.

**Cuarto:** la intervención terapéutica ha aumentado las conductas de interacción positiva en la pareja permitiendo una comunicación fluida, satisfactoria y de intercambio de cuidados.

**Quinto:** la intervención terapéutica ha disminuido las creencias distorsionadas del paciente lo cual disminuye el miedo a los malestares físicos, disminuye la aversión a las interacciones sociales, mejora su imagen de si mismo y su valía.

De esta manera, la intervención terapeutica desde el modelo cognitivo conductual ha logrado disminuir la sintomatología del trastorno de pánico y la depresión facilitando el normal desempeño del paciente en su medio.

## Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Amodeo, S. (2018). *Estudio de la eficacia de un tratamiento psicológico breve en la disminución de la sensibilidad a la ansiedad en pacientes con trastorno de pánico* (Tesis Doctoral, Universidad Autónoma de Madrid). Repositorio Biblos-e Archivo.
- Barlow, D. H. (2018). *Manual clínico de trastornos psicológicos. Tratamiento paso a paso*. Ciudad de México, México: Manual Moderno.
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Allen, L. B., Ehrenreich Mey, J. (2011). *Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales*. Madrid, España: Alianza Editorial.
- Barraca, J. M. (2009). La activación conductual (AC) y la terapia de activación conductual para la depresión (TACD). Dos protocolos de tratamiento desde el modelo de la activación conductual. *EduPsykhé*, 8(1), 23-50.
- Barraca, J. M. (2010). Aplicación de la activación conductual en un paciente con sintomatología depresiva. *Clínica y Salud*, 21(2), 183–197.  
Doi:10.5093/cl2010v21n2a7
- Barraca, J. M. (2016). *Terapia integral de pareja. Una intervención para superar las diferencias irreconciliables*. Madrid, España: Síntesis.
- Barraca, J. y Pérez, M. (2015). *Activación conductual para el tratamiento de la depresión*. Madrid, España: Editorial Síntesis.
- Barraca, J., Pérez Álvarez, M. y Lozano, J. H. (2011). Avoidance and activation as keys to depression: Adaptation of the behavioral activation for depression scale in a spanish



sample. *The Spanish Journal of Psychology*, 14(2). Doi:

10.5209/rev\_SJOP.2011.v14.n2.45

Blanchard, R. J., Blanchard, D. C., Griebel, G. y Nutt, D. (2008). *Handbook of Anxiety and Fear*. Amsterdam, Germany: Elsevier Press.

Berenzon, S., Asunción, M., Robles, R. y Medina Mora, M. E. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Pública de México*, 55(1), 74-80.

Bromet, E., Andrade, L. H., Hwang, I., Sampson, N. A., Alonso, J., de Girolamo, G., et al. (2011). Crossnational epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Medicine*, 9, 90.

David, D., Jay Lynn, S. y Montgomery, G. (2018). *Evidence-based Psychotherapy. The state of the science and practice*. New York, USA: Wiley Blackwell.

Caballo, V. (1997). *Manual para el tratamiento cognitivo de los trastornos psicológicos* (Vol. 1). Madrid, España: Siglo XXI de España.

Clark, D. A. y Beck, A. T. (2012). *Terapia Cognitiva para trastornos de Ansiedad*. Bilbao, España: Descleé de Brouwer.

Costa, M. y Serrat, C. (2015). *Terapia de parejas. Un enfoque conductual*. Madrid, España: Alianza Editorial.

Emmelkamp, P. y Ehrling, T. (Eds.). (2014). *The Wiley Handbook of Anxiety Disorders* (Vol. 1). Oxford, United Kingdom: Wiley Blackwell.

Espada, J. P., Van der Hofstad, C. J. y Galván, B. (2007). Exposición en vivo y técnicas cognitivo-comportamentales en un caso de ataques de pánico con agorafobia. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(1), 217-232.

INMSM (2003). *Estudio epidemiológico de salud mental en la sierra peruana 2003*.

(Informe General, Anales de Salud Mental). Lima, Perú: Concytec.

INMSM (2012). *Estudio epidemiológico de salud mental en Lima Metropolitana y Callao*

– *Replicación 2012* (Informe general. Anales de salud mental). Lima, Perú:

Concytec.

Jongsma, A. E. y Peterson, L. M. (2013). *Planes de tratamiento para la psicoterapia con adultos*. Barcelona, España: Editorial Eleftheria.

López, S. R. (2017). *Estudio de caso clínico: Evaluación y tratamiento de un caso de agorafobia sin trastorno de pánico* (Tesis de Pregrado). Universidad de San Martín de Porres, Lima, Perú. Recuperado de <http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/handle/usmp/2948>

Martell, C. R., Dimidjian, S. y Herman Dunn, R. (2013). *Activación conductual para la depresión. Una guía clínica*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.

Martina, M., Ara, M. A., Gutiérrez, C., Nolberto, V., Piscoya, J. (2017). Depresión y factores asociados en la población peruana adulta mayor según la ENDES 2014-2015. *Anales de la Facultad de Medicina*, 78(4), 393-397.

Mori, N. y Caballero, J. (2010). Historia natural de la depresión. *Revista Peruana de Epidemiología*, 14(2).

Moreno, G. A. (2021). *Estudio de caso clínico: Programa de intervención del trastorno de pánico bajo la terapia cognitiva conductual* (Tesis de Licenciatura, Universidad San Martín de Porres). Repositorio de la Universidad San Martín de Porres.

Muriana, E., Pettenò, L. y Verbitz, T. (2007). *Las caras de la depresión. Abandonar el rol de víctima: curarse con la psicoterapia en tiempo breve*. Barcelona, España: Herder.

Nevado, C. (2016). Intervención cognitivo-conductual en un caso de trastorno de pánico y agorafobia. En Grupo Editor RCA (ED.) *Manual de casos clínicos. I y II concurso de casos clínicos de fisioterapia, psicología, TCAE y terapia ocupacional* (pp. 182-200). Alcalá la Jaén, España: Editorial Formación Alcalá.x

Nezu, A. M., Nezu, C. M. y Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales. Un enfoque basado en problemas*. México DF, México: Manual Moderno.

OMS (2000). Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10. *Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.

Payne, (2002). *Técnicas de relajación. Guía práctica* (3era Ed). Barcelona, España: Editorial Paidotribo.

Pérez, J., Rivera, C., Soto, E. y Muñoz, M. (2011). Trastorno depresivo mayor en niños adolescentes. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 12(3), 149 – 54.

Pérez, M., Fernández, J. R., Fernández, C. y Vásquez, I. (2013). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos*. Madrid, España: Pirámide.

Reevy, G. M., Ozer, Y. M. & Ito, Y. (2011). *Encyclopedia of emotion*. California, USA: Greenwood.

Reyes, V. V. (2020). *Intervención cognitivo conductual en un varón adulto con trastorno de pánico* (Tesis de Segunda Especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal). Repositorio de la Universidad Nacional Federico Villarreal.



Flores, V. C. (2019). *Estudio de caso clínico: programa de intervención cognitivo – conductual en un caso de depresión en la adolescencia temprana* (Tesis de Licenciatura, Universidad San Martín de Porres) Repositorio de la universidad San Martín de Porres.

Viedman, M. I. (2002). *Mecanismos psicofisiológicos de la ansiedad*. Madrid, España: Universidad de Granada.

Vieta, E., Colom, F., Martínez Arán, A. (2004). *La enfermedad de las emociones. El trastorno bipolar*. Barcelona, España: Ars Medica.

Weissman, M. M., Bland, R. C., Canino, G. J., Faravelli, C., Greenwald, S., Hwu, H. G., Joyce, P. R., Karam, E. G., Lee, C. K., Lellouch, J., Lepine, J. P., Newman, S. C., Oakley-Browne, M. A., Rubio-Stipec, M., Wells, J. E., Wickramaratne, P. J., Wittchen, H. A. y Yeh, E. K. (1997). The cross-national epidemiology of panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 54, 305-309.

## Anexos

### ANEXO 1: Protocolo de relajación muscular progresiva

| Grupo Muscular            | Procedimiento de tensión-distensión                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Brazo dominante</b>    | “Extienda hacia el frente su brazo derecho (es decir, dominante), cierre frecuentemente el puño y tense el brazo completo desde la mano hasta el hombro. Perciba la tensión en el bíceps, antebrazo, codo, puño y dedos. Después relájelo, doblando el brazo por el codo y dejándolo descansar sobre su regazo”                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Brazo no dominante</b> | “Extienda hacia el frente su brazo derecho (es decir, no-dominante), cierre frecuentemente el puño y tense el brazo completo desde la mano hasta el hombro. Perciba la tensión en el bíceps, antebrazo, codo, puño y dedos. Después relájelo, doblando el brazo por el codo y dejándolo descansar sobre su regazo”                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Frente</b>             | “Arrugue la frente elevando las cejas tanto como pueda, empuje sus cejas hacia arriba, tensando todo lo que pueda la frente y las sienes. Después relájelas lentamente, dejando que sus cejas vayan cayendo progresivamente y descargue la tensión de la frente”.                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Ojos y nariz</b>       | “Cierre fuertemente los ojo, apriételos todo lo que pueda hasta que sienta la tensión alrededor de los mismos. Al mismo tiempo, arrugue la nariz, empujándola hacia su rostro. Perciba la tensión alrededor de los ojo, de la nariz y pómulos superiores. Lentamente relájelos, destense la tensión que rodea a sus ojos y la nariz, dejando de arrugarla. Mantenga cerrados los ojos y concéntrense en las sensaciones de relajación que rodea a sus ojos y la nariz”                                                |
| <b>Mandíbula y cuello</b> | “Tense la boca, mandíbula y las zonas del cuello haciendo una sonrisa exageradamente amplia, apriete los dientes y estire su cuello tirando hacia dentro de su boca y pómulos. Advierta la tirantez de los músculos que rodean la boca, la mandíbula y zona frontal del cuello. A medida que descarga la tensión, concéntrese en la sensación de relajación en estas regiones de la cara y del cuello”.                                                                                                               |
| <b>Hombros y espalda</b>  | “Colóquese un poquito más adelante en la silla y levante y retrase los codos hasta que las paletas de los hombros se aproximen entre sí. Al mismo tiempo el pecho se está expandiendo. Advierta la tensión en los hombros y en la parte superior de la espalda. Gradualmente descargue la tensión retrocediendo en la silla, colocando ambos brazos sobre el regazo y permitiendo que los hombros caigan a su posición normal. Concéntrese en la descarga de tensión de los hombros y de la zona de la espalda media” |

|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Pecho</b>               | “Tenso el pecho haciendo una profunda inhalación y después manteniendo dentro el aire. Sienta la tensión en el pecho mientras lo aprieta y tira de él. A medida que lo relaje, concéntrese en cuán sueltos siente ahora los músculos del pecho”.                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Estómago</b>            | “Apriete el estómago tirando de él hacia adentro y endureciendo como si fuera una tabla. Advierta la tensión y la dureza de su estómago. Mientras lo destensa, perciba cómo cambian las sensaciones entre la tensión y relajación”.                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Pierna dominante</b>    | “Levante del suelo su pierna derecha (es decir, dominante) hasta que esté completamente extendida hacia delante, tuerza los dedos de los pies hacia adentro y tense toda la pierna, tanto como pueda. Perciba la tensión en su pie, pantorrilla, rodilla y pierna. Gradualmente relájela, bajando la pierna hasta el suelo y doblando levemente la rodilla hasta que tenga el pie apoyado en el suelo. Advierta la sensación de relajación que tiene ahora en toda la pierna”.      |
| <b>Pierna no dominante</b> | “Levante del suelo su pierna izquierda (es decir, no dominante) hasta que esté completamente extendida hacia delante, tuerza los dedos de los pies hacia adentro y tense toda la pierna, tanto como pueda. Perciba la tensión en su pie, pantorrilla, rodilla y pierna. Gradualmente relájela, bajando la pierna hasta el suelo y doblando levemente la rodilla hasta que tenga el pie apoyado en el suelo. Advierta la sensación de relajación que tiene ahora en toda la pierna”. |

Fuente: Clark y Beck, 2012.



## ANEXO 2: Respiración Diafragmática

Este tipo de respiración se refiere a aquel que pone mayor énfasis en la expansión hacia debajo de la cavidad pectoral (abdomen). Para llevar a cabo este ejercicio nos debemos de poner en la situación más cómoda posible y pasar unos pocos minutos descansando en silencio. Entonces seguiremos las siguientes instrucciones.

1. Iniciaremos colocando una mano sobre el pecho y otra en el abdomen, la intención será el prestar atención al ritmo actual de respiración sin intervenir en él. Sea este ritmo rápido o lento.
2. Una vez realizado lo anterior y sin cambiar posición, se centrará la atención en diferenciar si es la mano del pecho o la mano del abdomen la que se mueve más al momento de tomar aire.
3. Realizado esto se fomenta a que la persona modifique su forma de respirar, en esta ocasión, procurando que sea la mano colocada en el abdomen la que se mueva más que la que se encuentra en el pecho. Otra manera de visualizarlo sería la idea de que el abdomen empuja más la mano colocada ahí que la del pecho. Estos esfuerzos deben de ser repetidos hasta que sean coordinados con mayor fluidez.
4. Luego de esto se procederá a realizar respiraciones más profundas y lentas. Se sugiere como pauta que la inspiración se realice por la nariz y que la expiración se realice por la boca. Además, estos procesos deberán ser realizados en un lapso de 3 a 5 segundos aproximadamente y entre ellos deberá haber una retención de unos 2 a 4 segundos.
5. Finalmente se junta todo lo aprendido y se realizan series de entre 15 a 20 respiraciones profundas.

### ANEXO 3: Registro semanal de relajación muscular progresiva

**Nombre:**

**Fecha:**

Instrucciones: cada día deberás programar dos sesiones de relajación de 15 minutos. Use el siguiente cuadro para registrar su avance en la práctica de la relajación mediante esta técnica. Marque con un ✓ cada grupo muscular que haya logrado relajar satisfactoriamente durante la sesión práctica y marque con una X cada grupo muscular en donde haya encontrado dificultades. Al final de cada columna valore el nivel de relajación alcanzado desde un 0 (incapaz de relajarme) a un 100 (completamente relajado que me dormí) teniendo como punto medio un 50 (moderadamente relajado pero consciente de cierta tensión).

| Día de la semana                           | Día 1 |   | Día 2 |   | Día 3 |   | Día 4 |   | Día 5 |   | Día 6 |   | Día 7 |   |
|--------------------------------------------|-------|---|-------|---|-------|---|-------|---|-------|---|-------|---|-------|---|
| Sesión práctica                            | 1     | 2 | 1     | 2 | 1     | 2 | 1     | 2 | 1     | 2 | 1     | 2 | 1     | 2 |
| 1. Brazo dominante                         |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |
| 2. Brazo no dominante                      |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |
| 3. Frente                                  |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |
| 4. Ojos y nariz                            |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |
| 5. Mandíbula y cuello                      |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |
| 6. Hombros y espalda                       |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |
| 7. Pecho                                   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |
| 8. Estómago                                |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |
| 9. Pierna dominante                        |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |
| 10. Pierna no dominante                    |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |
| Valore nivel general de relajación (0-100) |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |

## ANEXO 4: Distorsiones comunes del pensamiento (para el terapeuta)

Se presenta a continuación una relación de los errores o distorsiones más comunes del pensamiento que llevan a distorsionar la visión del pasado, presente o futuro de las personas así como la visión de sí mismo, de otros y del mundo. Oriente a su cliente en la identificación de los patrones de pensamientos distorsionados más comunes en su persona.

### **PENSAMIENTOS DISTORSIONADOS**

1. Filtraje: Es el tomar los detalles negativos y magnificarlos dejando de lado los aspectos positivos de la situación. Visión de túnel que puede distinguirse en tres posibilidades:
  - Túnel depresivo: evidenciando hipersensibilidad todo aquello que sugiere pérdida o abandono.
  - Túnel ansioso: Seleccionando aquellos que indique peligro.
  - Túnel Colérico: Seleccionando aquello que pueda implicar injusticia.
2. Pensamiento Polarizado: El calificar o pensar que las personas o las cosas son blancas o negras, buenas o malas. La persona a de ser perfecta o fracasada. No existe término medio. Dicotomía hacia fuera o hacia sí mismo.
3. Sobregeneralización: Es el extraer una conclusión general de uno o dos detalles. Si ocurre algo malo en una ocasión esperará que ocurra una y otra vez. Las palabras claves son: siempre, todos, totalmente, jamás, nunca, nadie. Distorsión que conduce a una vida cada vez más restringida.
4. Interpretación del pensamiento: Sin mediar palabra, la persona sabe que sienten los demás y por que se comportan de la forma en que lo hacen. En concreto, es capaz de adivinar que sienten los demás respecto a ella.
5. Visión catastrófica: Se espera el desastre. La persona se entera o escucha un problema y empieza a decirse "Y si..."
6. Personalización: El creer que todo lo que la gente hace o dice es alguna forma de reacción hacia ella. También se compara con los demás, intentando determinar quien es más elegante, tiene mejor aspecto, etc.  
Error básico es que se interpreta cada experiencia, cada conversación, cada mirada como una pista para analizarse y valorarse a sí mismo.
7. Falacias de control: Es la distorsión del sentido de poder y control de una persona. Verse a sí mismo impotente y externamente controlada, o onnipotente y responsable de todo lo que ocurre alrededor.
  - Externo, es cuando se siente víctima del destino, se ve a si mismo desamparado.
  - Interno, es creerse el responsable del sufrimiento o la felicidad de aquellos que le rodean.
8. Falacia de la justicia: La persona está resentida porque piensa que conoce qué es la justicia, pero los demás no están de acuerdo con ello.



Se expresa con frases condicionales: Si me quisiera no se burlaría..... Si me quisiera no me dejaría sola en casa.

9. Culpabilidad: La persona mantiene que los demás son responsables de su sufrimiento, o toma el punto de vista opuesto y se culpa a sí misma de todos los problemas ajenos. Se experimenta una sensación de alivio cuando conoces quien es el culpable. Cuando una persona está sufriendo, alguien ha de ser responsable.

10. Debería: La persona posee una lista de norma rígidas sobre como deberían actuar tanto ella como los demás. Las personas que transgreden estas normas le enojan y también se sienten culpables si las viola ella misma.

Lista de deberías más comunes:

1. Debería ser el padre, amigo, estudiante, trabajador perfecto.
  2. Debería ser capaz de encontrar una rápida solución a cualquier problema.
  3. No debería equivocarme.
  4. Debería ser asertivo sin herir nunca a nadie.
  5. No debería cansarme.
11. Razonamiento emocional: Cree que todo lo que siente tendría que ser verdadero. Si se siente aburrida algo debe aburrirla.  
Cree siempre en las emociones propias es como creerse todo lo que se imprime.
12. Falacia de cambio: Es el desear que los demás cambien para sentirse feliz. Las estrategias para cambiar a los otros incluye el echarles la culpa, exigirles, ocultarles cosas y negociar.
13. Las etiquetas globales: Se generalizan una o dos cualidades de un juicio negativo global.
14. Tener razón: Continuamente esta en un proceso de probar que sus opiniones son correctas. Es imposible equivocarse y hará cualquier cosa para demostrar que tiene la razón.
15. Falacia de la recompensa divina: Espera cobrar algún día todo el sacrificio y abnegación, como si hubiera alguien que llevara las cuentas. Se resiente cuando se comprueba que la recompensa no llega.

## ANEXO 5: Distorsiones comunes del pensamiento (para el paciente)

**Nombre:**

**Fecha:**

En la presente actividad, ud y el terapeuta discutirán con respecto a los pensamientos y cómo estos pueden distorsionar la visión de nosotros mismos, de otros y del mundo. En el siguiente cuadro ud escribirá los pensamientos que usualmente llegan a su mente según cada tipo de distorsión. Al final del ejercicio colocará del 1 al 10 qué tanto cree en estos pensamientos donde 1 significa que cree poco o nada y 10 que lo cree firmemente.

| Tipo de distorsión | Ejemplo de mis propios pensamientos |
|--------------------|-------------------------------------|
|                    |                                     |
|                    |                                     |
|                    |                                     |
|                    |                                     |
|                    |                                     |
|                    |                                     |
|                    |                                     |
|                    |                                     |
|                    |                                     |

## ANEXO 6: Evaluación de valores

**Nombre:**

**Fecha:**

En el siguiente cuadro se muestran en una columna las áreas de la vida de la mayoría de personas posee. En la columna continua se encuentran espacios en blanco en donde ud. deberá colocar qué es importante para ud en esa área. Esto que es importante, en lo posible, debe ser escrito como un objetivo y no como una meta.

**Ejemplo: Área de la vida: CASA; valor: que mi casa esté limpia**

| ÁREA DE LA VIDA      | OBJETIVO DEL ÁREA DE VIDA |
|----------------------|---------------------------|
| FAMILIAR             |                           |
| PERSONAL /<br>AMICAL |                           |
| LABORAL              |                           |
| ACADÉMICA            |                           |
| PAREJA               |                           |



### ANEXO 7: Evaluación de acciones valiosas

**Nombre:**

**Fecha:**

En la siguiente tabla, incluya las acciones que le permiten acercarse a ese objetivo del área de vida. **Ejemplo: Área de la vida: CASA; valor: que mi casa esté limpia; acciones valiosas: limpiar los fines de semana.**

| OBJETIVO DEL<br>ÁREA DE VIDA | ACCIONES VALIOSAS |
|------------------------------|-------------------|
| FAMILIAR                     |                   |
| PERSONAL /<br>AMICAL         |                   |
| LABORAL                      |                   |
| ACADÉMICA                    |                   |
| PAREJA                       |                   |