



**Nombre del alumno: Juliana Perez Mendez**

**Nombre del profesor: Elvia Patricia Castro Roche**

**Materia: evaluación psicológica clínica**

**Nombre del trabajo: cuadro comparativo**

**Licenciatura: Psicología**

PASIÓN POR EDUCAR

Villahermosa, Tabasco. Julio 2020

## Intervenciones clínicas relacionadas con fobias, ansiedad y depresión.

<b>AGORAFOBIA SIN TRASTORNO DE PÁNICO</b>	<b>FOBIA ESPECÍFICA</b>	<b>DEPRESIÓN Y ANSIEDAD ASOCIADO A PRIVACIÓN DE LA LIBERTAD</b>
<p>La Agorafobia es un trastorno que interfiere de manera significativa en la vida cotidiana de la persona que la sufre pues resulta un impedimento importante a la hora de hacer tareas normales</p>	<p>Bajo la denominación de fobia específica se incluyen todas aquellas fobias en las que la reacción de miedo está focalizada en objetos o situaciones concretas.</p>	
<p>La paciente refirió sentirse agobiada incluso en las situaciones donde no hay demasiada gente presente, alcanzando la intensidad de sus respuestas de ansiedad valores muy altos en las aglomeraciones</p>	<p>El caso de una mujer de 42 años que acude a consulta tras haber sufrido un ictus meses atrás. La paciente refiere que, desde que sufrió el ictus, experimenta un gran temor a que éste se repita, y evita ciertas situaciones en las que el miedo es más acusado</p>	<p>El paciente acude a consulta por iniciativa propia luego de su libertad por privación de la misma durante seis (6) meses aproximadamente, recluido en una cárcel de Bogotá-Colombia por proceso judicial.</p>
<p>Comentó tener respuestas de ansiedad anticipatoria muy intensas si creía que el lugar al que se dirigía puede estar “abarroado”.</p>	<p>Su mayor miedo es que el ictus se vuelva a repetir. Cuando este temor aparece se pone muy nerviosa, y le sucede en diferentes lugares y, sobre todo, cuando está sola con los niños</p>	<p>Reporta una historia tristeza, problemas de concentración, anhedonia, aprehensión, tensión muscular, problemas de sueño; acompañada de crisis migraña desde el internamiento hasta el momento de la consulta, reporta un incremento de</p>

		estos síntomas en las últimas semanas.
Para la evaluación se utilizó en primer lugar una entrevista semiestructurada basada en la entrevista conductual propuesta por Fernández Ballesteros (2004) y en segundo los criterios diagnósticos del DSM-5 (APA, 2013), constatándose que la paciente cumplía los requeridos para el diagnóstico de un Trastorno de pánico sin agorafobia	La evaluación inicial se llevó a cabo en las dos primeras sesiones, y se empleó la entrevista como única técnica evaluativa	La entrevista inicial es semiestructurada en su primera parte, con presentación por parte del terapeuta, indagación por procesos anteriores, identificación del motivo de consulta, enfermedad actual, permitiendo la narración amplia de la sintomatología que incluye los <u>descriptores fisiológicos</u> identificados
Como ya hemos indicado, en la subfase "Entrenamiento" se aplicó una DS estándar. Ello se debió, en primer lugar, al hecho de que esta modalidad de tratamiento nos permitía contrastar nuestra hipótesis y en segundo porque, en este caso, las características y la naturaleza de las situaciones temidas/evitadas hacían muy difícil el control de la exposición.	Para el desarrollo del tratamiento psicológico, se han seleccionado una serie de técnicas a través de las cuales se pretenden cumplir los objetivos expuestos anteriormente. Por un lado, se ha decidido iniciar el tratamiento desde la Terapia de Aceptación y Compromiso, seleccionando las metáforas y recursos más acordes para el caso expuesto	Las hipótesis de mantenimiento surgen del análisis funcional y están organizadas en los procesos transdiagnósticos biológico, aprendizaje/condicionamiento y repertorios, aprendizaje/cognitivo/ información y motivacional