



Universidad Nacional
Federico Villarreal

Vicerrectorado de
Investigación

Facultad de Psicología

INTERVENCIÓN COGNITIVA CONDUCTUAL EN UNA USUARIA ADULTO CON CLAUSTROFOBIA

Trabajo Académico para Optar el Título de Segunda Especialidad
profesional en TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL

AUTOR

Puma Huacac, Roger Freddy

ASESOR

Carlos Ventura, David

JURADO

Figueroa Gonzales, Julio

Henostroza Mota Carmela

Capa Luque Walter

Lima- Perú

2019

Pensamientos

“La educación formal tiene sus luces y sus sombras. Nuestro esfuerzo, más allá de que hoy seamos graduados, puede servir para dar energía a las luces y hacer desaparecer las sombras”.

Grant Smith

“El aprendizaje es el principio de la riqueza. El aprendizaje es el principio de la salud. El aprendizaje es el principio de la espiritualidad. En la búsqueda y el aprendizaje comienza todo el proceso milagroso”.

Jim Rohn

Dedicatoria

Este trabajo de investigación se la dedico a nuestro Dios y la Virgen Natividad, quienes me permitieron haber llegado hasta este punto y brindarme salud para lograr mis objetivos. A mis padres, hermanos, esposa e hijos que son la esencia de mí existir.

Agradecimientos

A la Universidad Federico Villareal por haberme formado como especialista en sus prestigiosos claustros universitarios y por haberme dado la oportunidad de ser uno de sus alumnos

A nuestros profesores que nos acompañaron en la formación de especialistas brindándonos sus conocimientos y experiencias durante todo este tiempo de estudio.

A mi asesor que supo brindarme los consejos adecuados en la culminación de este trabajo.
Especialista Carlos Ventura David

Índice

	Pág.
Pensamientos	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Índice	v
Resumen	vii
Abstract	viii
I. Introducción	9
1.1 Descripción del problema	11
1.2 Propuesta de solución	12
1.3 Antecedentes	15
- Estudios Nacionales e Internacionales	15
- Base teórica científica (modelo teórico asumido	17
- Estrategias a emplear: Tipo de Programa	25
1.4 Objetivos	27
- Objetivo General	27
- Objetivos Específicos	27
1.5 Justificación e importancia	27
1.6 Impactos esperados del Proyecto (contribución del trabajo académico a la psicología)	28
II. Metodología	29
2.1 Tipo de Investigación	29

2.2 Evaluación Psicológica	29
- Historia psicológica	29
- Informe psicológico	36
III. Viabilidad del proyecto	44
IV. Productos	45
- Programa de intervención: procedimiento, resultados, discusión y conclusión	45
V. Recomendaciones	52
VI. Referencias	53

Resumen

El objetivo de mi estudio tuvo por finalidad disminuir la sintomatología ansiosa referido a la claustrofobia de un paciente adulto a través de la terapia cognitiva conductual, el diseño experimental es el de caso único A.B.A ; la unidad de estudio estuvo constituido por una paciente que asiste a sus consultas en el Centro Asistencial de Atención Primaria CAP – III A.S.A. de la Red Asistencial de Arequipa de EsSalud. el proceso se inició con la evaluación de la sintomatología presentada a través del Cuestionario Multiaxial de Millon, seguido de la recolección de datos para la elaboración de la línea base con la entrevista conductual, los autorregistros y el análisis funcional antes y después de la aplicación del programa cognitivo conductual, la técnica empleada durante el proceso psicoterapéutico fue la desensibilización sistemática, el entrenamiento en técnicas de relajación, autoinstrucciones, y la reestructuración cognitiva. Los resultados encontrados, dan a relucir la disminución de los síntomas fóbicos de manera significativa en un 90%, logrando una conducta más adaptativa en relación a si misma, entorno familiar y social.

Palabras clave: claustrofobia, ansiedad, terapia cognitiva-conductual,
Desensibilización Sistemática

Asbtract

The objective of my study was to reduce the anxious symptomatology referred to the claustrophobia of an adult patient through cognitive behavioral therapy, the experimental design is the single case A.B.A; The study unit consisted of a patient who attended their consultations at the Primary Care Assistance Center CAP - III A.S.A. of the Arequipa Health Network of Arequipa. the process began with the evaluation of the symptoms presented through the Millon Multiaxial Questionnaire, followed by the collection of data for the preparation of the baseline with the behavioral interview, the self-records and the functional analysis before and after the application of the Cognitive behavioral program, the technique used during the psychotherapeutic process was systematic desensitization, training in relaxation techniques, self-instructions, and cognitive restructuring. The results found reveal a significant reduction in phobic symptoms by 90%, achieving a more adaptive behavior in relation to itself, family and social environment.

Keywords: claustrophobia, anxiety, cognitive-behavioral therapy, Systematic Desensitization

I. Introducción

Los trastornos de ansiedad se constituyen como uno de los factores que afectan la Salud Mental conllevando al malestar subjetivo repercutiendo en distintas áreas del que hacer de las personas y considerando las altas incidencias y prevalencias de este estado emocional vemos que las fobias se constituyen como un tipo dentro de las clasificación de los trastornos de ansiedad conociéndose como un tipo las fobias específicas y en una de sus formas más concretas tenemos a la claustrofobia donde la persona presenta la sensación de sentirse atrapada en un espacio pequeño y que ese estado pueda irracionalmente llevar a atentar contra su propia vida.

Las personas que padecen de la claustrofobia, evitan lugares cerrados, situaciones como el tener que transportarse en medios que se caractericen por tener espacios muy cerrados o pequeños, así como también el evitar hacer uso de ascensores y de espacios cerrados, perturbando así su estado emocional.

Este estado de malestar genera en el paciente perjuicio en varias áreas de su vida y también a su salud generando un deterioro de sus relaciones personales, sociales, familiares, laborales y académicas. En este estudio, describimos a una paciente que presentó una fobia específica, este caso, el de la claustrofobia, la paciente adulta se caracterizó por ser una adulta que vive sola y que su esposo trabaja veinticinco días fuera de la ciudad y que los últimos cinco días de sus descansos, se concretaban con la visita a su hogar donde se encuentra la paciente.

El abordaje de este trastorno emocional se sostiene en el tratamiento cognitivo conductual, haciendo especial énfasis en la técnica de la desensibilización sistemática, la

misma que nos llevó a resultados positivos y útiles en el manejo de estos estados emocionales (ansiedad).

Para la consecución de los datos y haber obtenido los resultados deseados, el estudio de caso se estructuro de la siguiente manera:

En la primera parte del estudio de caso podemos ver los aspectos teóricos que fundamentan la casuística presentada, dándonos una amplitud de los contenidos teóricos que respaldan la técnica empleada además de hacer una revisión de las variables de estudio que implican lo relacionado al marco teórico del tema presentado.

En el segundo capítulo podemos encontrar la parte metodológica del estudio de caso que van desde el tipo de investigación hasta la evaluación psicológica, brindándonos información concerniente a la descripción clínica de la paciente como también la caracterización de su problema actual y las afectaciones en sus diferentes ámbitos en donde se desenvuelve la paciente.

El tercer acápite vemos la viabilidad del proyecto donde mostramos las situaciones y medios que nos permitieron desarrollar el estudio de caso. En el cuarto apartado vemos los productos conseguidos, que van desde la presentación del programa, así como la descripción del procedimiento empleado hasta los resultados encontrados, respaldado por la discusión y como parte final las conclusiones.

En la quinta parte vemos las recomendaciones, importante aspecto a considerar para el mantenimiento de la conducta adaptativa o estable sugiriendo realizar controles rutinarios hasta que la conducta disfuncional se extinga cerrando el estudio de caso con las referencias de todos los autores que sirvieron de sustento teórico y metodológico para esta investigación.

1.1 Descripción del problema

La salud mental es un estado de bienestar en el que la persona utiliza sus capacidades y puede hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad. En este sentido positivo, la salud mental es el fundamento del bienestar individual y del funcionamiento eficaz de la comunidad.

La promoción de la salud mental consiste en acciones que creen entornos y condiciones de vida que propicien la salud mental y permitan a las personas adoptar y mantener modos de vida saludables.

Las enfermedades mentales son condiciones graves que pueden afectar la manera de pensar, su humor y su comportamiento afectando áreas en donde las personas mantienen relaciones interpersonales.

El abordaje de estados emocionales disfuncionales requerirá de intervenciones que van desde actividades preventivos promocionales hasta intervenciones terapéuticas. La situación de la salud mental en nuestro país no se muestra ajena a la incidencia y prevalencia de estados emocionales disfuncionales y esta situación se reflejan en los datos estadísticos dados por la Organización Mundial de la Salud, donde nos afirman que de 4 de cada 10 peruanos padece de alguna enfermedad de salud mental, 11 millones de peruanos tendría a lo largo de su vida un problema de salud mental.

La prevalencia del trastorno de ansiedad es más frecuente en el adulto mayor y que la depresión junto al suicidio tiene mayor prevalencia en la juventud y la adultez y un 7% de la población padece ansiedad, según datos estadísticos del Ministerio de Salud, siendo las fobias del tipo social las que mayor incidencia se presentan.

Por lo expresado anteriormente se plantea el siguiente problema:

¿Cuál será el efecto de aplicar la Terapia Cognitiva Conductual en un paciente con claustrofobia del CAP -III A.S.A. ¿De la Red Asistencial de Arequipa – Es Salud?

1.2 Propuesta de solución

Programa de intervención

Establecimiento de un Repertorio de entrada

Línea Base

Tabla 1

Registro de frecuencia de pensamientos del paciente.

Conductas	Lun	Mar	Mie	Jue	Vie	Sab	Dom	Total
Abre ventanas	I	I	I	I	I	I	I	7
Abre cortinas, puertas, ventanas para dormir.	I	I	I	I	I	I	I	7
Usa las escaleras para evitar subir por el ascensor en los centros comerciales.						I	I	2
realiza actividades domésticas diarias repetitivas: escucha música, tv								
Pedir que las ventanas y cortinas estén abiertas cada vez que es atendida en un consultorio u oficina		I			I			2

Conductas pre-recurrentes

- Paciente se encuentre orientada en tiempo y espacio
- No presente trastornos de personalidad
- Coeficiente intelectual promedio
- Adecuado nivel de comprensión

Selección del diseño

- Diseño univariable multicondicional ABA

Procedimiento

Para alcanzar los objetivos específicos se aplicará la técnica de la desensibilización sistemática el mismo que tiene el siguiente procedimiento:

Paso 1: Explicar a la paciente el mantenimiento de la conducta a través de la triple relación de contingencia. La aplicación de la técnica de extinción. Po ejemplo:

Tabla 2

Cuadro análisis funcional de su conducta

Ed	R	Er
Ascensor	Usar escaleras	alivio

Paso 2: Entrenar en la práctica de la relajación progresiva

Tabla 3

Cuadro programa por fases de la desensibilización sistemática

Etapas	Actividad	Objetivos	Desarrollo de la actividad

1ra Fase	Relajación de cara, cuello y hombros	Lograr relajar distintos lugares focalizados de la relajación	Se le pide que: Frente: Arrugue unos segundos y luego lo relaja lentamente. Ojos: Se le pide abrir ampliamente para luego cerrarla lentamente experimentando la sensación de placer. Nariz: Pedir que arrugue y luego la relaje Boca: Abrir ampliamente y luego cerrarla relajando lentamente. Lengua: Que se presione la lengua con el paladar y luego relajar lentamente.
2da Fase	Repaso		Repasar mentalmente cada una de las partes que se han tensionado y relajado para comprobar que cada parte siga relajada

Paso 3: Elaborar la lista con todas las situaciones que generan ansiedad y Ordenarlas por jerarquía de las escenas ansiógenas de menor a mayor intensidad.

Paso 5: Afrontar a través de la imaginación con las situaciones temidas en cada nivel de la

jerarquía

Paso 6: afrontar en vivo

Mediador terapéutico

- Familiares: esposo e hija.

Programas de reforzamiento y designación de reforzadores

- Reforzadores: sociales, tangibles, de actividad.

Técnicas terapéuticas

- Conductuales: Desensibilización Sistemática.

1.3 Antecedentes

Estudios Nacionales e Internacionales

Un estudio realizado por Colquicocha (2012), nos presenta a una paciente adulta de 39 años de edad, manifestando reacciones de ansiedad que se dan cada vez que se encuentra sola en su auto, en su casa o trabajo, el mismo que se encuentra en una casa donde queda el taller de confecciones donde labora, es cuando empieza a manifestar signos característicos de un ataque de pánico, reacciones fisiológicas como la taquicardia, dificultad para respirar, sensación de ahogo, presión en el pecho, estas reacciones fisiológicas y el estado emocional que presenta, generan interferencia en su vida cotidiana del mencionado paciente. En el marco teórico de la investigación, hace referencia a la contextualización de las fobias así como la clasificación de los trastornos de ansiedad y la manera como están respondiendo los tratamientos frente a esas crisis de ansiedad, además señalan aspectos importantes de la sensibilización sistemática. La historia psicológica está elaborada según el modelo de la teoría del aprendizaje, el cual está orientado hacia el análisis funcional y la inferencia de un programa de tratamiento. Las técnicas terapéuticas empleadas son las derivadas del

condicionamiento clásico y como anteriormente se mencionaban a la desensibilización sistemática, el reforzamiento positivo, entre otros. Los resultados que se obtuvieron demostraron la eficacia de la intervención psicológica.

Otra investigación realizada por Gouveia, Medeiros, Gouveia, Santos & Diniz (2008), nos refieren que la finalidad de este estudio fue el de adaptar el Cuestionario de Claustrofobia al contexto brasileño. Se procuró conocer la estructura factorial y fiabilidad para luego comprobar la adecuación de los modelos uni y bifactoriales, después reunir evidencias de su validez convergente y verificar si sus puntuaciones varían según el género de los sujetos. La muestra estuvo conformada por 224 estudiantes universitarios, la mayoría mujeres (75.3%) y solteras (78.5%), con un promedio de edad de 24.2 años. Ellos completaron los Cuestionarios de Claustrofobia y el Cuestionario de Salud General, además de cinco preguntas demográficas. Los resultados nos mostraron lo teóricamente esperado, el modelo bifactorial fue más adecuado que el unifactorial, y la aflicción psicológica se correlacionó positivamente con el factor general y los específicos de claustrofobia. Por otro lado podemos afirmar que las mujeres presentaron mayor puntuación en claustrofobia de lo que hicieron los varones, independiente del factor considerado (asfixia o restricción). De este estudio se concluyó que el Cuestionario de Claustrofobia presenta parámetros psicométricos aceptables y coherentes con aquellos observados previamente.

Rachman y Taylo, (1993) nos hacen un análisis de la Claustrofobia. En este estudio buscó comprobar la hipótesis de que la claustrofobia se compone de dos elementos: el primer elemento conformado por el miedo a la asfixia y el segundo elemento miedo a la restricción. Se administró un cuestionario de claustrofobia de autoinforme, preguntas de entrevista y pruebas de exposición conductual a una muestra no seleccionada por conveniencia de 179 estudiantes universitarios. Los resultados de cada método de evaluación apoyaron y comprobaron la hipótesis planteada, y se encontró que los temores de asfixia y restricción estaban moderadamente correlacionados. Se considera la base de la correlación y se dan varias explicaciones. También se sugiere que estos temores pueden ser necesarios pero probablemente no suficientes para que ocurra la claustrofobia, y que otros

factores, como la sensibilidad a la ansiedad, pueden jugar un papel importante.

Por otro lado tenemos el estudio realizado por Gil y García (2017) estudio titulado como el uso de la relajación-visualización en la claustrofobia previa al tratamiento irradiante, donde nos refieren que los estados emocionales disfuncionales como la fobia a los espacios cerrados o claustrofobia conlleva a la reducción del bienestar subjetivo, psicosocial y la calidad de vida de la persona que la padece. La presencia de este trastorno resulta un factor de mal pronóstico en el paciente con cáncer que requiere recibir tratamiento irradiante. Antes del tratamiento médico se planteó como objetivo disminuir la intensidad de la fobia del paciente mediante la intervención cognitivo-conductual a través de la técnica de relajación-visualización, que permitiera reconocer resultados a corto plazo. Esta investigación se desarrolló en dos etapas: la evaluación psicológica del paciente y la intervención psicoterapéutica. En la evaluación, se utilizó la entrevista, la observación y el inventario de situaciones y respuestas de ansiedad. Durante la etapa de intervención, se puso en práctica la técnica de relajación-visualización, que conllevó a disminuir los niveles de ansiedad-estado asociados al temor a la radioterapia, así como la incorporación del paciente al tratamiento en solo un mes.

Base teórica científica

Ansiedad

En el caso de la ansiedad, al igual que en la depresión, los pensamientos negativos también juegan un rol importante, predominando un estilo de pensamiento de alerta constante frente a cualquier estímulo en el ambiente (Barlow y Durand, 2012). Se podría describir a la ansiedad como un conjunto de pensamientos de preocupación, aprehensión emocional, inquietud motriz y tensión interna que perturba a las personas (Snaith y Taylor, 1985). La APA (2014) y Sue et al. (2010) describen a la ansiedad, como una reacción desproporcionada ante un estímulo que signifique riesgo para la persona, que se caracteriza por un conjunto de síntomas, tanto fisiológicos y cognitivos, que producen intranquilidad, aceleración del ritmo cardíaco, sudoración, etc.

Trastornos de ansiedad

La angustia ante cualquier evento valorada como amenazante a la identidad personal. Este estado emocional puede darse y emerger ante circunstancias que pueden ir en forma progresiva y gradual considerada dentro de los parámetros de la normalidad hasta la franca psicopatología. Es así que la angustia será un acompañante del hombre en el curso de su existencia. En otros términos, un estado de angustia, se puede explicar de forma cuantitativa y cualitativamente por el estímulo que la desencadena. Cortese, (2004)

Etiopatogenia.

Genética

Podemos considerar los estudios sobre los trastornos de ansiedad que nos muestran una predisposición familiar especialmente en las crisis de angustia (pánico). El componente genético nos confirma que:

- a) Que las crisis de angustia comparten un condicionamiento genético (aunque el 50% de la varianza va a depender de factores condicionantes que se encuentran en el medio ambiente)
- b) la agorafobia la vemos asociada a las crisis de angustia.

Como lo puede indicar Cortese (2004), la forma como se dé la sucesión o transmisión aún se mantiene en forma incierta, pero, a diferencia de los abordajes clásicos donde se admitía una herencia poligénica, se sugiere la presencia de un gen dominante. Por esta situación es que se plantea el carácter genético hereditario en la etiología de los trastornos de pánico

Biología

Las actuales teorías biológicas de la etiología de las crisis de angustia nos mencionan que existen componentes como:

- a) estructuras temporo-límbicas y la amígdala
- b) sistema septo-hipocámpico.
- c) locus coeruleus, núcleo mesencefálico que se encuentra situado en la protuberancia y que produce la mayoría de la noradrenalina que se encuentra en el SNC, relacionando de esta manera con las conductas de alarma, miedo y el despertar. Por otro lado a nivel de la región septohipocámpica se da una intensa activación (bien de forma espontánea, por aumento de la actividad noradrenérgica a nivel del locus coeruleus, que provoca un incremento de actividad en las vías eferentes que van al córtex, hipotálamo, tálamo e hipófisis anterior, dando lugar de esta forma a la presentación de la sintomatología característica de la crisis de angustia (Cortes, 2004).

Cognición

El rol principal que se da en el origen de la angustia, está dada por las valoraciones cognitivas que las personas realizan a estímulos provenientes del medio ambiente como también del medio interno catalogados como amenazantes. Es así que la intensidad y duración de la reacción de angustia están dadas, por la cantidad de amenaza y la insistencia en la interpretación cognitiva amenazante, lo que se traduce y manifiesta fisiológicamente por un incremento de la hiperexcitación neurofuncional. Siendo los mecanismos cognitivos los que desempeñan un papel relevante en el mantenimiento de los distintos estados relacionados a la angustia, ya que, tras las crisis, el paciente desarrolla una ansiedad anticipatoria, que sería el paso que antecede a las conductas de evitación y de esta manera crear síndrome agorafóbico. (crisis de angustia) o de forma permanente (ansiedad generalizada) (Cortes, 2004).

Trastornos de ansiedad fóbica

Las fobias se constituyen como un tipo específico de temor. El término fobia deriva de la palabra griega phobos, que significa temor, pánico y terror, y de la deidad del mismo nombre, que provocaba pánico en sus enemigos.

Las cuatro características que permiten definir un temor concreto como fobia:

1. Como lo desproporcionado a una situación que lo crea
2. La situación no puede ser explicada o razonada.
3. Escapa del control voluntario.
4. Leva a la persona a evitar la situación temida.

Por los puntos señalados en referencia a la fobia queda clara frente al miedo u otros temores que de forma normal o patológica pueden presentarse en el hombre. En este grupo de trastornos la ansiedad, se presentan en marcha exclusiva o predominantemente ciertas situaciones que generan reacciones de ansiedad bien definidas o frente a objetos (ex-ternos al enfermo) que por lo general no son en sí mismo generalmente peligrosos y por consiguiente estas situaciones o hechos se evitan de un modo específico o son afrontados con bastante temor (Cortes, 2004).

Terapia Cognitiva Conductual

La Terapia Cognitiva Conductual es una modalidad de intervención de carácter psicológica basada, sobre todo en los inicios, en la psicología del aprendizaje. Actualmente la mayor parte de sus intervenciones se basan fundamentalmente en la psicología científica, que se convierte en un punto de referencia. Las técnicas y procedimientos que se utilizan en TCC cuentan en una buena parte con base científica o experimental, por otro lado, en una gran porcentaje de los procedimientos que se utilizan en la TCC se dan por las experiencias clínicas. El objeto del tratamiento es la conducta, y sus procesos subyacentes, en sus distintos niveles (conductual, cognitivo, fisiológico y emocional), y que los procesos que se dan se consideran como actividades susceptibles de medición y evaluación (aunque sea indirectamente) donde se dan e incluyen aspectos manifiestos como también los

encubiertos. (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012)

Proceso terapéutico

La evaluación conductual se da de muy diversas formas, métodos y modalidades de evaluación para la detección de la existencia de una conducta problema y sus parámetros. En la práctica clínica, una de las formas de reducir las fuentes de error que se puedan dar durante la evaluación conductual es el acceso y uso de múltiples fuentes de información (padres, pareja, profesores, compañeros, etc.) e instrumentos de evaluación (entrevistas, auto-registros, cuestionarios, etc.) para así disminuir el riesgo de sesgo que pueda existir en las fuentes de información. No obstante, y a pesar de las ventajas de esta estrategia evaluadora, hay que llamar la atención sobre la necesidad de mantener siempre la validez que conlleva el proceso evaluativo (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

Evaluación Cognitiva conductual

Uno de los aspectos fundamentales a considerar dentro del proceso evaluativo, son las auto-verbalizaciones que se asocian a los diferentes problemas, distorsiones cognitivas, supuestos básicos, actitudes, respuestas emocionales, estilos atribucionales, etc. La naturaleza encubierta de estas variables que se dan en las personas han influido necesariamente en la naturaleza de la evaluación cognitiva - conductual, que ha pasado a incorporar conductas no observables directamente y ha propiciado el desarrollo de técnicas específicas para la evaluación de contenidos y de los procesos cognitivos (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

Los procedimientos utilizados con mayor frecuencia para la evaluación de los contenidos cognitivos son los auto-registros y los inventarios cognitivos auto-informados además de la observación y entrevista. La recopilación e integración de la información obtenida de los datos conductuales, se muestran como importantes en cualquier juicio clínico, y especialmente en la formulación de un caso, ya que la formulación del caso integra en un modelo las medidas antes de la intervención, los juicios clínicos derivados de

ellas y el diseño de un programa de intervención a partir de la información recolectada. Otro aspecto importante en el proceso terapéutico es el análisis funcional que proporciona un modelo de formulación de casos clínicos que puede definirse, de forma muy general, como una síntesis de los problemas del paciente y de las variables con las que se correlacionan y que hipotéticamente se dan las afectaciones a los problemas presentados. Este análisis funcional, consiste en llevar a cabo un estudio individualizado de las conductas específicas del paciente, en el que se establecen las variables que determinan la conducta problema y que se pueden controlar para el cambio. Desde el punto de vista terminológico hay quienes distinguen entre evaluación funcional y análisis funcional (Sturmey, 1994 citado por Ruiz *et. al* 2012), haciendo referencia el primer término como el proceso de recogida de información para la elaboración de la hipótesis, y el segundo al proceso de verificación y contrastación de la mencionada hipótesis. En definitiva podemos determinar el análisis funcional como el conjunto de métodos que organizan la información recogida en la hipótesis sobre los antecedentes, conductas problema y consecuencias, no dejando de lado otras variables que podrían generar una afectación al modelo presentado (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

Terapia Cognitiva Conductual en casos de claustrofobia

La terapia cognitivo conductual se considera y es aceptada como tratamiento para la gran mayoría de los trastornos de ansiedad. Además se considera particularmente eficaz, con buenos resultados para tratar los trastornos fóbicos en los que el paciente teme irracionalmente una situación, así como anticipadamente frente a una situación. El objetivo final de la terapia cognitiva es reestructura y modificar pensamientos distorsionados o conceptos erróneos asociados con lo que se teme, y modificar el comportamiento de forma que el paciente pueda vivir en forma adaptativa. La teoría es que la modificación y reestructuración de estos pensamientos disminuirá considerablemente la ansiedad y la evitación de ciertas situaciones. Por ejemplo, se trataría de convencer a un paciente claustrofóbico de que los ascensores no son peligrosos, reemplazando su creencia irracional o desadaptativa con nuevos pensamientos adaptativos como el que el paciente considere el uso del ascensor como muy útiles para el desplazamiento. (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012)

Tratamiento

Para poder determinar la intervención en el caso de la claustrofobia, es de necesidad primordial saber en qué grado se encuentra. En casos donde se presente la claustrofobia menor es posible que la persona, haciéndose consciente del trastorno y adoptando ciertos hábitos positivos de conducta, supere este problema emocional. Si no es posible o no se vieran resultados favorables, será necesario recurrir a una intervención psicoterapéutica pudiendo opcionalmente ser complementado con tratamiento farmacológico.

Cabe resaltar que para el tratamiento de la claustrofobia se vean varias alternativas de intervención en base a la corriente psicológica, y que dentro de las cognitivas conductuales se den como habituales las siguientes:

Flooding y la Implosión

Es una Técnica que sirve para reducir la ansiedad que implica la exposición extensa de un paciente que no está relajado por el contrario con sintomatología compatible con una crisis de angustia a estímulos de alta intensidad que provocan la ansiedad, esta técnica se basa en el principio de la extinción es decir que el estímulo va perdiendo su calidad de aversiva pero en forma gradual cuando se expone al paciente de una manera repetida o continua sin que se presenten las consecuencias dañinas, aquí no se permite que el paciente escape o evite la situación a la que temen hasta que al final pueda aprender que la situación o evento no es amenazante.

La implosión o terapia implosiva es similar al flooding, en esta técnica se presentan estímulos que generan más miedo de lo normal siendo más intenso que aquellos que se encuentran en la vida diaria. (Bernstein y Nietzel, 1989)

Desensibilización Sistemática

La desensibilización sistemática se constituye como uno dentro de la gran variedad de métodos que se utilizan en la intervención dirigida a disminuir y eliminar hábitos neuróticos en la respuesta de ansiedad en una forma gradual dentro del modelo de la terapia de la neurosis experimental. En este procedimiento, al paciente se le induce a un estado fisiológico inhibitorio de la ansiedad, a través de la relajación muscular, luego se le presenta un estímulo con la finalidad de provocar débilmente la ansiedad mantenido en unos pocos segundos. La repetida presentación del estímulo genera un acostumbamiento y hace que el estímulo pierda progresivamente su capacidad de generar ansiedad. Luego se sigue con la presentación sucesiva de estímulos cada vez más fuertes mediante un tratamiento similar. Este método ha servido para eliminar una gran cantidad de hábitos neuróticos, por lo general en un tiempo muy corto. También ha capacitado a los terapeutas para tratarlos casi en cualquier orden que elijan y con la insistencia que deseen (Wolpe,1993).

El empleo de una emoción contraria como el control de las respuestas fisiológicas y el darse cuenta de lo irracional de la valoración adjudicada a cierto estímulo dado en forma gradual, tiene un precedente en la experiencia cotidiana. Un niño que llega a acostumbrarse a una situación a la que teme, pero si es expuesto a ella inadvertidamente en dosis pequeñas y en circunstancias en las que otras emociones están presentes, entonces conseguirá reducir su ansiedad. Otra variante la tenemos cuando un niño teme a la barba negra de un visitante, es probable que su temor se elimine con acontecimientos descondicionantes que puedan ocurrir si él se sienta en las piernas de su padre mientras éste habla con el visitante (Wolpe,1993).

En un principio el niño puede mirar rápidamente la barba, sin embargo, las reacciones de ansiedad disminuyen poco a poco, ya que ocurren en contraposición con el fondo de calor y respuestas placenteras que produce el padre, por consiguiente los pequeños brotes de miedo se irán inhibiendo poco a poco, a medida que el miedo ceda, el niño tolera inspecciones y acercamientos cada vez más prolongadas de la barba (Wolpe,1993).

Estrategias a emplear: tipo de programa

La Técnica De La Desensibilización Sistemática

El proceso terapéutico se iniciará cuidadosamente con el análisis funcional de la conducta del paciente en relación al problema emocional, en este caso su trastorno de ansiedad. Se deberá de corregir las falsas concepciones si así lo indica el análisis conductual y, si se requiere, debe iniciar el tratamiento asertivo. Si la desensibilización sistemática es lo indicado, ésta deberá de iniciarse tan pronto como sea posible y puede llevarse a cabo al mismo tiempo que el entrenamiento asertivo y que cualquier otro tipo de medida cognoscitiva que resulte necesaria. La técnica involucra cuatro conjuntos separados de operaciones:

1. La Introducción de la escala de ansiedad subjetiva.
2. Entrenamiento en relajación muscular profunda.
3. Elaboración de jerarquías de ansiedad.
4. Contraposición de la relajación y de los estímulos evocadores de ansiedad de la jerarquía (Wolpe,1993).

El tratamiento cognitivo-conductual general para los pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada

Busca incorporar las siguientes características:

1. Reeduación sobre las crisis de angustia. Al inicio del tratamiento se busca explicar al paciente en que consiste el modelo cognitivo-conductual, de esta forma se busca aliviar y que el paciente se dé cuenta de la forma como se estructura su estado emocional disfuncional consiguiendo de esta forma un alivio en los pacientes (Yankura y Dryden,1999).

2. Entrenamiento en respiración y relajación. El reentrenamiento en respiración se constituye de gran utilidad en el manejo de la ansiedad por la sencilla razón de que los pacientes durante su crisis de angustia experimentan dificultades en la respiración, presentándose estados como la hiperventilación característica de toda crisis de ansiedad. El ejercicio en respiración y relajación permite que los pacientes ejerzan control sobre la sintomatología física ayudando a reducir los niveles de ansiedad que son parte de las crisis de angustia (Yankura y Dryden,1999).

3. Reestructuración cognitiva. Este componente del tratamiento busca ayudar a los pacientes en modificar las cogniciones que conllevan las crisis de ansiedad entre ellas el pensamiento catastrófico implicada en las crisis de angustia, además la reevaluación contextual de las consecuencias negativas anticipadas de las crisis de angustia. Estos dos factores se convierten en los objetivos centrales de la reestructuración cognitiv. (Yankura y Dryden,1999).

4. Exposición a señales somáticas interoceptivas. Mediante los datos obtenidos en la recogida de información mediante la entrevista clínica y los instrumentos de evaluación, el terapeuta podrá determinar las afectaciones corporales que presenta el paciente. A continuación el cliente se expone sistemáticamente a estas sensaciones temidas a través de la práctica entre sesiones de los pertinentes ejercicios de provocación. Es de resaltar, el terapeuta aporta a la formación y el modelado sobre el correcto uso de dichos ejercicios. Una vez que el cliente haya completado una jerarquía de ejercicios de exposición interoceptiva, recibe a continuación la instrucción de afrontar las actividades evitadas (como el ejercicio físico, sexo o consumo de café) que se asocian con las sensaciones somáticas temidas (Yankura y Dryden,1999).

5. Exposición a las situaciones y lugares temidos. Para los clientes que presenten la evitación agorafóbica en relación a un trastorno de angustia, la exposición en vivo de las situaciones y lugares evitados (como las hileras en el supermercado, los restaurantes, los cines), se presenta como una parte muy importante del tratamiento.

Como los pacientes evitan entornos particulares a consecuencia de su ansiedad, la misma que podría producirse en los lugares que ellos condicionan para su desarrollo y curso., es que se les instruye para que induzcan deliberadamente sus sensaciones somáticas mientras se encuentran en estos entornos, de tal forma que puedan seguir profundizando en su desensibilización (Yankura y Dryden,1999).

1.4 Objetivos

- Objetivo General

Al final del programa, la paciente será capaz de: Permanecer en espacios cerrados y afrontarlos, como su dormitorio, oficinas y ascensores en 16 ensayos consecutivos con una performance del 80%

- Objetivos Específicos

- Dormir en su habitación sola
- Dormir con las cortinas cerradas
- Que por las noches pueda descansar con las puertas y ventanas cerradas.
- Que pueda dormir con la luz apagada, sin una linterna de mano ni apuntes de empresas de taxis
- Acceda a subir a ascensores con mínimos umbrales de ansiedad
- Acceda a permanecer en espacios cerrados como consultorios u otros ambientes con nivel SUD de 3 a menos.

1.5 Justificación e importancia

El abordaje de este caso clínico se muestra como importante por el aumento de los casos relacionados, es decir, el incremento de los trastornos de ansiedad en especial los relacionados a los ataques de pánico o crisis de angustia con sintomatología compatible a las fobias y el de poder vislumbrar el correcto tratamiento para el trastorno presentado.

Esta temática cobra relativa importancia por la casuística presentada donde se le da una mayor importancia a la prevalencia de los trastornos de ansiedad entre los que tenemos como el trastorno de angustia, la ansiedad generalizada, las fobias sociales y específicas, agorafobias entre otros. Por los datos estadísticos dados por el Ministerio de Salud a nivel regional y nacional se considera como un aspecto muy importante de la salud mental.

Haciendo referencia a la intervención, se observa que las técnicas cognitivo conductuales, se muestran como alternativas eficaces en el tratamiento de estos pacientes, haciendo énfasis en la desensibilización sistemática como un recurso terapéutico y de notables resultados en el tratamiento de las fobias específicas.

Es de vital importancia el poder reconocer la comorbilidad de los trastornos de ansiedad en especial la de las fobias como son los trastornos psicósomáticos que acompañan en el curso de estas alteraciones emocionales, este reconocimiento del estado de salud física y mental de los pacientes, se plantea a la vez, como se dijo anteriormente, la posibilidad de poner en práctica el abordaje psicoterapéutico de la Terapia Cognitiva Conductual, la misma que presenta resultados positivos consiguiendo remitir la sintomatología presentada de los distintos trastornos de ansiedad.

1.6 Impactos esperados del Proyecto (contribución del trabajo académico a la psicología)

- Reafirmar la eficacia del tratamiento cognitivo conductual en los trastornos de ansiedad y en especial la de las fobias específicas.
- A nivel individual, la remisión en forma total de la sintomatología presentada de las fobias específicas

II. Metodología

2.1 Tipo de Investigación

Es una investigación del tipo aplicada por la manipulación de una variable y ver los efectos en la otra (Kelinger, 1975); el diseño es de caso único (Hernández, Fernández y Baptista, 2015)

Es un diseño univariable multicondicional ABA, por ser un diseño experimental que solamente se explora una variable independiente y que en esta estrategia de análisis experimental la variable de tratamiento después de aplicada, es retirada.

2.2 Evaluación Psicológica

Historia psicológica

Datos de Filiación

Nombres y apellidos :	Manuela JBA	
Edad :	57 años	DNI: 29696270
Lugar y fecha de Nac. :	Arequipa 30 de mayo de 1961	
Grado de Instrucción :	5to Secundaria	
Derivado por :	Servicio de Medicina H.CL.: 10650	
Dirección :	Distrito de Alto Selva Alegre-Arequipa	
Fecha de entrevista :	26 de octubre del 2017	
Lugar de entrevista :	Servicio de Psicología del CAP III A.S.A. EsSalud	
Terapeuta :	Ps. Roger Freddy Puma Huacac	

Motivo de consulta

Paciente asiste a consulta por referencia del servicio de medicina expresión de tristeza, cabizbajo, no mantiene la mirada y evasiva, porte y compostura encorvada.

Paciente aparenta la edad que tiene, expresión facial de rigidez, porte y compostura encorvada, lenguaje poco fluido, movimientos repetitivos, da significado a su entorno, pensamiento y lenguaje coherente. Paciente refiere “que estuvo por emergencia, fue por propia voluntad en la madrugada al sentir presión en el pecho y la falta de aire pensando que le va a dar un paro cardíaco”

Problema actual

Paciente refiere que por las noches cuando va dormir y está sola en un espacio cerrado como su cuarto, piensa “en cualquier momento me va dar un paro cardíaco”, “me va faltar el aire y voy a morir”, experimentando ansiosa (10) y con miedo (10), así como fuertes palpitaciones, dolor y presión del pecho y a falta de aire va abriendo las cortinas, ventana, puertas, deja la luz prendida y una linterna de mano por si se cortara la luz, además tiene anotado en su mesa de noche los teléfonos de cuatro empresas de taxis con los que ya acordó llamar en caso le pase alguna emergencia. Esta situación se repite a diario todas las noches durante casi toda la noche llegando a conciliar el sueño por la madrugada

En otras ocasiones la paciente cuando está sola en casa piensa que en cualquier momento le puede dar un ataque cardíaco por que no circula aire y se puede asfixiar, tiene miedo (9) y se siente nerviosa (8) por las tardes cuando ya está en casa después de haber visitado a su hija que está en Miraflores o de haber hecho visitas a familiares o haber cumplido con las compras domésticas es que empieza a sentir temblar su cuerpo, siente como si su sangre estuviera hirviendo las palpitaciones si son constantes y frecuentes además de los frecuentes dolores de cabeza, esto se da todos las tardes y se inicia cada vez

que se encuentra sola en casa y que se prolongan por toda la noche, entonces ella abre las ventanas y cortinas, todas las puertas están abiertas a excepción de la principal, prende la televisión y deja prendida la radio mientras que realiza actividades domésticas como el de cocinar, limpiar, tejer y por la noche es que ve novelas para no tratar de pensar en su malestar físico y su palpitaciones y falta de aire disminuyen.

Es de mencionar que la paciente cuando está frente a un ascensor es que empieza a experimentar miedo (8) y ansiedad (9), cuando está dentro y antes de que cierre la puerta ella siente ansiedad (10) miedo(10) empieza a experimentar palpitaciones, dolor de pecho y la falta de aire, paralización del cuerpo, sudor en todo el cuerpo piensa que le va a faltar aire dentro del ascensor, asfixiarse y que se va a desmayar o morir por un ataque cardiaco ,estos síntomas se manifiestan mientras esté por ingresar y se incrementan cuando está dentro del ascensor, piensa en la manera de salir para evitar el ahogarse dentro del ascensor por eso de manera intempestiva y abrupta que sale del ascensor no llegando a transportarse y siente alivio, estas sensaciones se repiten cada vez que está frente a un ascensor y que tenga que hacer uso del mismo.

En otras situaciones cuando la paciente asiste a un consultorio médico o psicológico, con el transcurrir del tiempo y mientras se desarrolla la entrevista es que comienza a sentirse nerviosa (7), y cuando está en un lugar que implique cerrar la puerta de la habitación o estar en un espacio cerrado es que empieza a sentir ansiedad (10) y miedo (10), piensa que se puede asfixiar y morir o le dé un ataque cardiaco y es cuando empieza a experimentar sensaciones extrañas en su cuerpo, como si su sangre empieza a hervir, además de taquicardias, el incremento de sus latidos del corazón, dolor de pecho y la sensación de falta de aire, por eso que siempre solicita que las ventanas y puertas estén abiertas al igual que las cortinas, dándole más tranquilidad y mantenerse en la consulta médica o psicológica esta situación se repite cada vez que está en espacios cerrados y se da durante el tiempo que se encuentra en los mencionados lugares.

Desarrollo cronológico del problema

A la edad de 4 años, la paciente refiere no tener claros acontecimientos de su infancia a excepción de recuerdo de experiencia valorada como traumática para ella por haberse perdido en un mercado por el lugar donde vivía.

A la edad de 7 años, en casa jugando con sus primos que tuvo un incidente relacionado a quedar atrapada dentro del ropero de la habitación de sus padres, sucedió que jugaba a las escondidas y una de sus primas que le hecho llave y que después no encontraran la misma, cuando ella reaccionó con miedo pensando que posiblemente se asfixiaría por lo oscuro del mueble.

A la edad de 13 años, cuando asistió al primer día de clases de colegio nuevo, compañeros de clase la encerraron en el baño, le pusieron un seguro por la parte exterior a la puerta del baño, ese momento que sintió pánico a que la dejaran sola y todos se fueran del colegio.

A la edad de 38 años, en la tienda Estilos, tuvo una experiencia cercana según ella a la muerte, porque los ocupantes se quedaron atrapados y se apagó la luz del ascensor y empezó a tambalear dando la impresión de que podría descolgarse y caer.

Historia personal

Desarrollo inicial:

La paciente al consultar a sus padres respecto a su nacimiento y posterior desarrollo evolutivo, manifiesta que sus padres en especial su madre antes de que falleciera le mencionó que no tuvieron ningún inconveniente para concebirla y que fue un embarazo tranquilo y parto normal, en lo posterior no tuvo problemas relacionados al padecimiento de algún problema fisiológico como la enuresis, encopresis, problemas emocionales o de conducta que ameritaba ponerle atención, su desarrollo psicomotor fue normal, logró gatear antes del año y caminar con normalidad al año y meses.

Desarrollo Psicomotor:

Su desarrollo psicomotor según refiere su madre “fue normal, logró sentarse a los 10 meses, pararse a los 12 meses, caminó al año y medio; respecto a su lenguaje comenta que a los 11 meses empezó a balbucear, diciendo su primera palabra al año y medio, expresando pequeñas oraciones a partir de los dos años. Tuvo dificultades para controlar esfínteres, llegando a controlar el vesical a los 04 años.

Conductas inadecuadas más resaltantes de la infancia

Durante su crecimiento no recuerda haber presentado problemas relacionados a comportamientos disruptivos que le hayan ocasionado problemas en el colegio, sus estudios escolares de primaria, propiamente a los 6 años, siempre ha tenido un buen rendimiento, lo cual se refleja en la obtención de primeros puestos en toda la primaria, el único curso con el cual tuvo problemas fue en el de comunicación integral.

Actitudes de la familia frente al niño

Recuerda que cuando le llamaban la atención, lo hacían castigándola físicamente, siempre recuerda de los jalones en la oreja y golpes en la cabeza del tipo manotazo cada vez que no obedecía o no respondía de inmediato a las órdenes de sus padres. Siempre la llamada de atención se caracterizaba por el castigo físico y las amenazas, eran constantes cada vez que ella incurría en alguna falta.

Educación

Tabla 4

Estudios realizados

Estudios	Concluyó		Presentó Problemas de Rendimiento				
	Si	No	Adaptación	Aprendizaje	Conducta	Bajo	Promedio
Inicial	x						x
Primaria	x						x
Secundaria	x						X

Historia Familiar

Datos familiares

Tabla 5

Datos familiares

Parentesco	Nombre	Edad	Grado instrucción	Dedicación
Padre	Froilán	86	Primaria	Jubilado
Madre	Asunta	82	Primaria	Falleció
Hermano 1	Raúl	63	Técnico	Operador de máquina pesada
Hermano 2	Rosa María	59	Secundaria	Su casa

Hermano 3	Juan Carlos	50	Técnico	Electricista
Esposo	Jorge	55	Técnico	Chofer
Hija	Ana Iris	36	Secundaria	Su casa

Relaciones familiares:

La relación con su padre desde antes a la actualidad es buena, se sintió protegida, atendida, las actitudes que le generaban molestia eran por la desconfianza de los peligros que puedan existir en relación a su integridad física en espacios sociales y lúdicos. Celos en relación a sus amistades y pareja.

La relación con su madre, actualmente ella ya falleció el año pasado, siente su ausencia, era la persona que con quién más compartía. Extraña la presencia de su madre. La relación con sus hermanos es un poco fría, solamente se encuentra con ellos por el tema económico y salud de sus padres, que por estar enfermos mantiene una conversación en relación al cuidado y atención.

La relación con su hija se caracteriza por ser fría afectivamente, la misma que mantiene una actitud de lejanía por el tema de sus hijos relacionados al cuidado cuando la madre se va a trabajar

Antecedentes familiares

Familia compuesta por 3 hermanos, dos varones y una mujer, en la actualidad falleció la madre. Ella casada con una hija la misma que vive con su esposo en forma independiente, padre jubilado, hermanos trabajando como técnicos en distintas empresas y con familias independientes, esposo es operador de maquinaria pesada y trabaja en una mina por Moquegua, solamente está con ella cinco días de los libres que lo programan y su

hija casada que vive con su pareja en forma independiente. Su padre vive con su hermano menor, trabajan juntos y en la actualidad no tienen problemas, y tratan de tener una convivencia saludable. Es una familia nuclear, en cuanto a su dinámica familiar se muestra como buena por una interacción saludable entre sus hermanos y el padre, su condición socioeconómica es media baja y manifiesta no tener antecedentes familiares psicopatológicos

Instrumentos en la recolección de datos

Se aplicaron las siguientes pruebas:

- El Inventario Multiaxial de Personalidad Millon II
- El Cuestionario de Madurez Mental de California

Informe de cada uno de los instrumentos psicológicos

Cuestionario Multiaxial de Millon

Datos de Filiación

Nombre y Apellidos	: Manuela Jesús Barreros Alfaro
Edad	: 57 años DNI: 29696270
Lugar y fecha de nacimiento	: Arequipa 30 de mayo de 1961
Grado de instrucción	: 5to Secundaria
Derivado por	: Servicio de Medicina H.CL.: 10650
Dirección	: Alto de la Alianza 405 Gráficos Distrito de A.S.A.
Fecha de entrevista	: 26 de octubre del 2017
Lugar de entrevista	: Servicio de Psicología del CAP III A.S.A.
Terapeuta	: Ps. Roger Freddy Puma Huacac

Motivo de Evaluación

Perfil psicológico

Técnicas e Instrumentos Aplicados

- Entrevista Psicológica
- Cuestionario Multiaxial de Millon

Resultados:

Escala 2: Fóbica (evitativa)

Interpretación: Generalmente se muestra vigilante, permanentemente en guardia. Sus estrategias adaptativas reflejan temor y desconfianza, por ello, evita personas y situaciones que podrían generarle cierto riesgo. Pero, sí se acerca a personas mayores de las que está segura no atentarían contra ella. A pesar de los deseos de relación han aprendido que es mejor negar estos sentimientos y guardar en buena medida la distancia interpersonal.

Conclusiones

Evita personas y situaciones que podrían generarle cierto riesgo, hipervigilante y desconfiada.

Recomendaciones

Entrenamiento en habilidades de afrontamiento a situaciones para ella aversivas. A través de técnicas de exposición: imaginal, virtual, en vivo.

Prueba De Madurez Mental De California

Datos de Afiliación

Nombre y Apellidos	: Manuela Jesús Barreros Alfaro
Edad	: 57 años DNI: 29696270
Lugar y fecha de nacimiento	: Arequipa 30 de mayo de 1961
Grado de instrucción	: 5to Secundaria
Derivado por	: Servicio de Medicina H.CL.: 10650
Dirección	: Alto de la Alianza 405 Gráficos Distrito de A.S.A.
Fecha de entrevista	: 26 de octubre del 2017
Lugar de entrevista	: Servicio de Psicología del CAP III A.S.A.
Terapeuta	: Ps. Roger Freddy Puma Huacac

Motivo de Evaluación

Perfil de la capacidad intelectual

Técnicas e Instrumentos Aplicados

- Entrevista Psicológica
- Prueba de Madurez Mental de California

Resultados

Puntaje: 91 Edad Mental: 202 Edad Cronológica: 192 C.I.: 105

Categoría Mental: NORMAL Factores:

Orientación Espacial	: Normal
Razonamiento Lógico	: Normal
Razonamiento Matemático	: Superior
Razonamiento Verbal	: Normal

Conclusiones: De acuerdo a la evaluación psicométrica la paciente presenta una capacidad mental normal

Informe psicológico

Datos de Filiación

Nombre y Apellidos : Manuela Jesús Barreros Alfaro
Edad : 57 años DNI: 29696270
Lugar y fecha de nacimiento : Arequipa 30 de mayo de 1961
Grado de instrucción : 5to Secundaria
Derivado por : Servicio de Medicina H.CL.: 10650
Dirección : Alto de la Alianza 405 Gráficos Distrito de A.S.A.
Fecha de entrevista : 26 de octubre del 2017
Lugar de entrevista : Servicio de Psicología del CAP III A.S.A.
Terapeuta : Ps. Roger Freddy Puma Huacac

Motivo de Evaluación

Perfil psicológico

Técnicas e Instrumentos

- La entrevista Psicológica
- Cuestionario Multiaxial de Millon
- Prueba de madurez Mental de California

Resultados

Manuela, presenta características de personalidad introvertida, es decir, retraída socialmente, reservada, gusta más de la actividad intelectual que de la práctica, planifica

sus actos, ordenada, “primero piensa, luego actúa”. Por otro lado es, muy ansiosa, insegura, hiper-sensible al dolor ajeno, vulnerable a los acontecimientos externos adversos que la hacen rápidamente condicionarse en forma de “traumas psicológicos”, aprendiendo a evitar y escapar de situaciones similares debido a niveles altos de ansiedad que experimenta.

Generalmente se muestra vigilante, permanentemente en guardia. Sus estrategias adaptativas reflejan temor y desconfianza, por ello, evita personas y situaciones que podrían generarle cierto riesgo.

Conclusiones

- Adecuado ajuste a las reglas sociales y familiares
- Evita personas y situaciones que podrían generarle cierto riesgo, hipervigilante y desconfiada.

Recomendaciones

Seguir un Programa de manejo emocional (ansiedad).

- Un programa de desensibilización sistemática para la fobia a la oscuridad
- Entrenamiento en habilidades de afrontamiento a situaciones para ella aversivas. través de técnicas de exposición: imaginal, virtual, en vivo.

Diagnostico

Diagnóstico Tradicional, según el DSM – V

Tabla 6

Criterios diagnósticos según el DSM V

Crit. Dx. según DSM-V	Conductas de Manuela	Cumple: Si/No
- Miedo o ansiedad a una situación específica - El objeto o situación se evita o resiste activamente con ansiedad inmediata - El miedo es desproporcional al peligro real que plantea el objeto o la situación - El miedo ansiedad o evitación dura típicamente de 6 meses a más. - Este miedo causa malestar clínicamente significativo deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes	- Presenta miedo y ansiedad al espacio cerrado: dormitorio - Abre las ventanas y cortinas y puerta abierta y luz prendida - Taquicardia sofocación al dormitorio - Presenta 14 mese s - O va a visitar a familiares por temor a los ambientes cerrados como la sala comedor y consultorios	Si Si Si Si Si

de su funcionamiento.

Eje II: Trastorno de personalidad

Ninguna

Eje III: Enfermedades médicas

Ninguna

Eje IV: Problemas psicosociales y ambientales

Inadecuados estilos de crianza

Diagnóstico funcional

Tabla 7

Diagnóstico Funcional

Exceso	Debilitamiento	Déficit
➤ En su habitación, antes de dormir, abre las cortinas de las ventanas abiertas, las puertas abiertas, la luz prendida y una linterna ala mano por si es que se cortara la luz, además tiene anotado en su mesa de noche los teléfonos de cuatro empresas de taxis con los que ya acordó llamar en caso de que tengan que llevarla al hospital y que responderán de manera inmediata a su llamado		
➤ Por el día en su casa, abre cortinas, puertas, ventanas y realiza actividades domésticas diarias repetitivas.		
➤ Evita estar frente a un ascensor.		

-
- En un consultorio pide que las ventanas y cortinas estén abiertas cada vez que es atendida.
 - Ansiedad (10) y miedos (10).
 - Por la noche, palpitaciones, dolor y presión del pecho y falta de aire antes de ir a dormir.
 - Por el día, palpitaciones, dolor de cabeza, sensación de que la sangre le estuviera hirviendo
 - Frente a un ascensor: Palpitaciones, dolor y presión del pecho y falta de aire
 - En un consultorio, sensaciones de que su sangre empieza a hervir, taquicardias, falta de aire
-

Diagnóstico Cognitivo:

- Por la noche piensa: “Si no dejo las ventanas y cortinas abiertas me puede faltar el aire y podría asfixiarme o que me dé un paro cardíaco”
- Por el día piensa: “Si realizo actividades domésticas mi mente estará distraída y no me vendrán los pensamientos de que me pueda dar un ataque cardíaco”
- Frente a un ascensor: “Que se puede asfixiar dentro de un ascensor”
- En el consultorio: “Que se puede asfixiar en el consultorio”

III. Viabilidad del proyecto

Este estudio de caso contó con las facilidades dadas por la institución así como la aprobación por parte de la paciente, se contó con el ambiente apropiado para el desarrollo de las sesiones terapéuticas.

IV. Productos

Programa de intervención: procedimiento, resultados, discusión y conclusión

Establecimiento de un Repertorio de entrada

Línea Base

Tabla 8

Registro de frecuencia de pensamientos del paciente.

Conductas	Lun	Mar	Mie	Jue	Vie	Sab	Dom	Total
Abre ventana por la noche antes de dormir	I	I	I	I	I	I	I	7
Abre cortinas, puertas, ventanas para dormir.	I	I	I	I	I	I	I	7
Usa las escaleras para evitar subir por el ascensor en los centros comerciales.						I	I	2
realiza actividades domésticas diarias repetitivas: escucha música, tv								
Pedir que las ventanas y cortinas estén abiertas cada vez que es atendida en un consultorio u oficina		I			I			2

Conductas pre-recurrentes

- Paciente se encuentre orientada en tiempo y espacio
- No presente trastornos de personalidad
- Coeficiente intelectual promedio

- Adecuado nivel de comprensión

Selección del diseño

Diseño univariable multicondicional ABA

Procedimiento

Para alcanzar los objetivos específicos se aplicará la técnica de la desensibilización sistemática el mismo que tiene el siguiente procedimiento:

Paso 1: Explicar a la paciente el mantenimiento de la conducta a través de la triple relación de contingencia. La aplicación de la técnica de extinción. Po ejemplo:

Ed	r	Er
Ascensor	Usar escaleras	Alivio

Paso 2: Entrenar en la práctica de la relajación progresiva

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de la actividad
1ra Fase	Relajación de cara, cuello y hombros	Relajar grupos musculares para disminuir y eliminar la tensión nerviosa	Se le pide que: Frente: Arrugue unos segundos y luego lo relaja lentamente. Ojos: Se le pide abrir ampliamente para luego cerrarla lentamente experimentando la sensación de placer. Nariz: Pedir que arruge y luego la

		relaje
		Boca: Abrir ampliamente y luego cerrarla relajando lentamente.
		Lengua: Que se presione la lengua con el paladar y luego relajar lentamente.
2da Fase	Repaso	Repasar mentalmente cada una de las partes que se han tensionado y relajado para comprobar que cada parte siga relajada

Paso 3:

Elaborar la lista con todas las situaciones que generan ansiedad y Ordenarlas por jerarquía de las escenas ansiógenas de menor a mayor intensidad.

Paso 5:

Afrontar a través de la imaginación con las situaciones temidas en la jerarquía

Paso 6:

Afrontar en vivo

Mediador terapéutico

Familiares: esposo e hija

Programas de reforzamiento y designación de reforzadores

Reforzadores: sociales, tangibles, de actividad.

Técnicas terapéuticas

Conductuales: Desensibilización Sistemática.

Evaluación del tratamiento

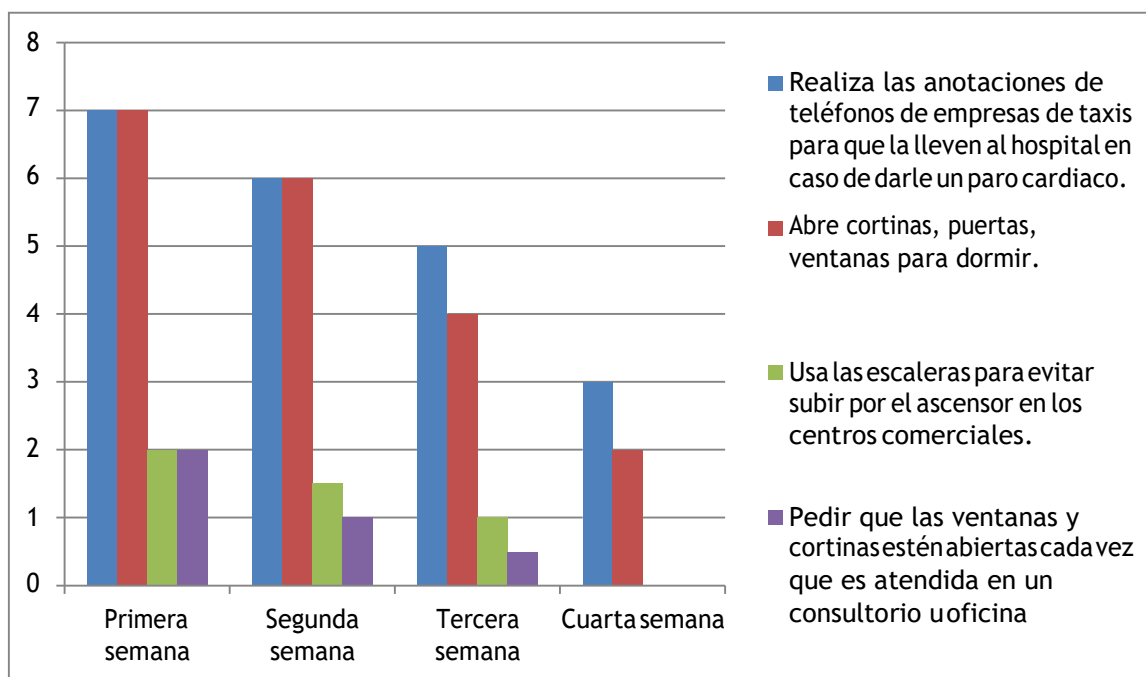


Figura 1

Evaluación del tratamiento hasta la cuarta semana

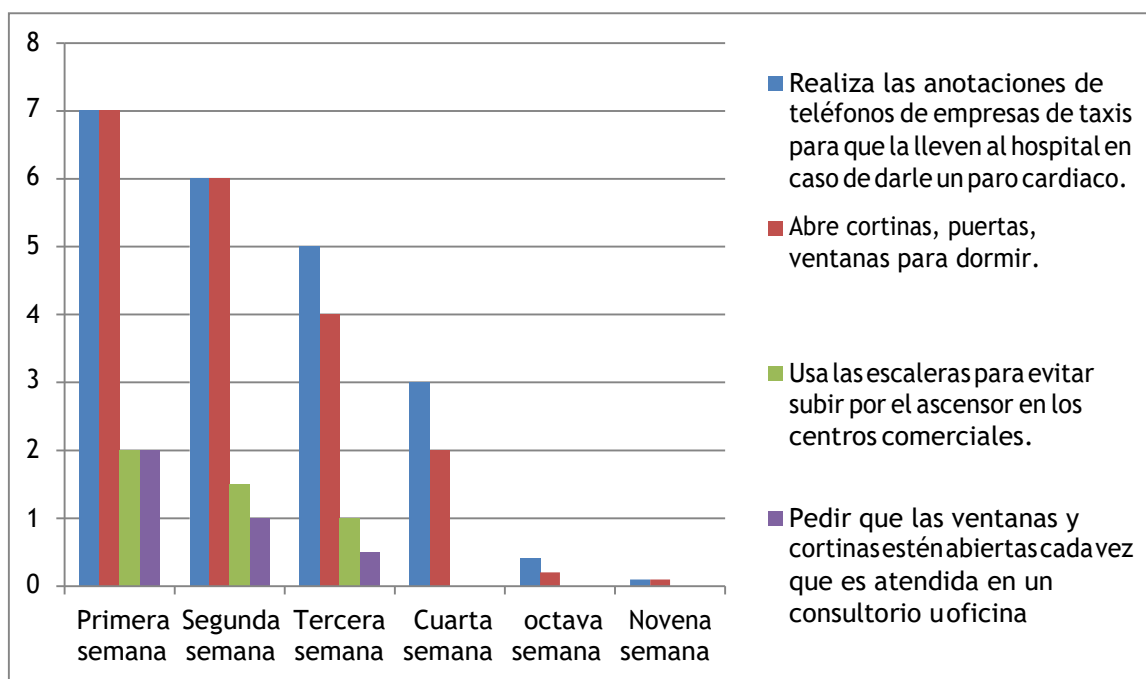


Figura 2

Evaluación del tratamiento hasta la novena semana

Discusión

Las actuales investigaciones referidas a las fobias específicas, se encuentran muy limitadas, al no encontrar estudios que consideren estas variables a pesar de la importancia que se da en nuestra sociedad.

Las intervenciones con resultados positivos, la tenemos como la técnica de la desensibilización sistemática como parte del enfoque cognitivo conductual conllevando a que los pacientes disminuyan sus síntomas ansiosos.

Este estudio tuvo por finalidad el poder determinar la eficacia de la terapia cognitiva conductual en la reducción y/o eliminación de la sintomatología ansiosa en relación a la claustrofobia.

Esta investigación llegó a comprobar la eficacia de la TCC disminuyendo en un 90% la sintomatología presentada en una paciente adulta que asiste al Centro de atención primaria CAP – III A.S.A. De la Red Asistencial de Arequipa de EsSalud estos resultados son similares a los realizados por Davison y Terence (1973) que afirman que la técnica de la desensibilización sistemática la conceptualiza como un procedimiento eficaz a través de la inducción de cogniciones contra fóbicas en fobias graves y de larga duración.

Un estudio realizado por Pérez (2016) Donde el paciente niño de 6 años presentaba fobias a situaciones climáticas y personajes disfrazados, en este estudio se llegó a extinguir las respuestas fisiológicas, cognitivas y conductuales a las situaciones antes mencionadas, evaluado y corroborado por los, pre y post intervención además de la implementación de la relajación como recurso importante en el tratamiento de estos estados emocionales.

Otros resultados similares los tenemos realizados por Otta y Ogazie (2014) donde investigaron los efectos de la desensibilización sistemática en la reducción de la fobia de prueba entre adolescentes en edad escolar, el estudio fue del tipo cuasi-experimental, los resultados obtenidos en la muestra que recibió el tratamiento tuvo efectos

positivos durante las fases del post y del seguimiento de aplicado el tratamiento.

Por otro lado tenemos el aporte de Howenstine (2006) que nos reporta el estudio de cinco casos clínicos de personas con discapacidad en el desarrollo donde se comprueba la eficacia de la desensibilización sistemática.

Así mismo tenemos el estudio realizado por Lindao y Herrera (2015) con la temática de las fobias sociales que influyen en el rendimiento académico en estudiantes de una unidad educativa y en donde obtuvo una correlación alta positiva de estas dos variables.

Conclusiones

Del estudio de caso realizado se concluye la eficacia de la Terapia Cognitiva Conductual en la disminución de la sintomatología ansiosa respecto a la claustrofobia.

V. Recomendaciones

1. Se recomienda monitorizar a la paciente en relación a la sintomatología fóbica, para prevenir situaciones que puedan nuevamente remitir conductas ansiosas y desarrollar conductas desadaptativas que la perturben emocionalmente.
2. Se recomienda realizar más investigaciones en relación a esta temática para ampliar la información teórica y por la gran incidencia de casos presentados y el malestar que esta ocasiona al interferir en todos los ámbitos de desarrollo de la persona.

VI. Referencias

- Barlow, D. y Durand, V. (2012). *Abnormal psychology: An integrative approach, (sixth edition)*. Wadsworth: Cengage Learning.
- Bernstein D., y Nietzel M. (1989) *Introducción a la Psicología Clínica*. México D.F.: McGraw-Hill
- Colquicocha E. (2012). *Estudio de dos casos psicológicos: claustrofobia y ludopatía*. Repositorio Institucional de la Universidad Nacional Federico Villarreal. Recuperado de: <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/1062>
- Cortese E. (2004). *Manual de Psicopatología y Psiquiatría*. Buenos Aires: Librería Técnica de Nobuko
- Davison G. Y Terence G. (1973) Procesos de reducción del miedo en la desensibilización sistemática: factores de refuerzo cognitivo y social en los seres humanos. *Journey Behavior Therapy* (4) (1) 1 – 21 Recuperado de: [/www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0005789473800711](http://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0005789473800711)
- Gil P., Abeledo A. y García M. (2017) Uso de la relajación-visualización en la claustrofobia previa al tratamiento irradiante. *Medicentro Electrónica*. 21 (2).Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432017000200014
- Gouveia V., Medeiros E., Gouveia R., Santos W. & Diniz P. (2008). Cuestionario de claustrofobia: evidencias de su validez y fiabilidad. *Interamerican Journal of Psychology*. 42 (3) 604 – 61. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28442320>> ISSN 0034-9690
- Howenstine R. (2006). Desensibilización sistemática de las fobias en individuos con discapacidades del desarrollo. *Boletín NADD* 9 (3) 2. Recuperado de:

<http://thenadd.org/modal/bulletins/v9n3a2~.htm>

Lindao K. y Herrera J. (2015). *Fobias sociales que influyen en el rendimiento académico de los estudiantes del séptimo año de la unidad educativa básica francisco de Orellana*. (Tesis de grado). Universidad de Guayaquil. Ecuador Recuperado de: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/8100/1/TRABAJO%20FOBIA%20HERRERA-LINDAO.pdf>

Otta F. Y Ogazie C. (2014) Effects of systematic desensitization and study behaviour techniques on the reduction of test phobia among in-school adolescents in abia state. *World Journal of Educational Research Vol. (1) (3) 1 – 7*. Recuperado de: <https://pdfs.semanticscholar.org/05ef/62745b8066b96c833e845b6715a70625751e.pdf>

Pérez M. (2016). *Intervención Cognitivo Conductual de un paciente con Fobia Específica de 6 años*. (Tesis de Maestría). Universidad del Norte de Barranquilla, Colombia. Recuperado de: <http://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/5834/1140842236.pdf?sequence=1>

Rachman S., Taylor S. (1993) Análisis de la Claustrofobia. *Journal of Anxiety Disorders*. Vol 7 (4) 281 - 291. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/088761859390025G>

Ruiz M., Díaz M., Villalobos A. (2012) *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Barcelona: Desclée De Brouwer.

Snaith, R. P. y Taylor, C. M. (1985). Rating scales for depression and anxiety: A current perspective. *British Journal of Clinical Pharmacology*, (19) 17-20.

Sue D., Sue D., Sue S. (2010) *Psicopatología comprendiendo la conducta anormal*. México

D.F.: CENGAGE Learning

Wolpe J. (1993) *Práctica de la Terapia de la Conducta*. México D.F.: Trillas

Yankura J., Dryden W. (1999) *Terapia Conductual Racional Emotiva*. Barcelona: Desclée de Brouwer.