



Facultad de Psicología

INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN EL TRASTORNO DE PÁNICO CON AGORAFOBIA EN UNA MUJER ADULTA

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Psicología

AUTORA:

SÁNCHEZ TENORIO, SILVIA SOFÍA

ASESOR:

ROCA PAUCARPOMA, FAVIO JAVIER

JURADO:

INGA ARANDA, JULIO

HENOSTROZA MOTA, CARMELA

MAYORGA FALCON, ELIZABETH

Lima - Perú

2019

Dedicatoria:

A mis padres, que son mis ejemplos de lucha y perseverancia y a mi pequeña hija Sofia, mi gran inspiración y aliciente para seguir adelante y cumplir con mis metas.

Agradecimientos

Le doy gracias a Dios que siempre me acompaña, a mis padres por confiar en mí y apoyarme incondicionalmente, y en especial a mi pequeña hija Sofía a quien le agradezco infinitamente el poder comprender mis ausencias.

Resumen

Se trabajó un caso clínico psicológico, en el cual se aplica un programa cognitivo conductual para el Trastorno de pánico y Agorafobia de una mujer adulta que evitaba desplazarse sola y a pie, debido al nivel alto de ansiedad y respuestas fisiológicas, experimentado por presentar recurrentemente pensamientos catastróficos. La intervención se inició elaborando la historia clínica psicológica, la evaluación conductual se realizó con test psicológicos y la intervención obedeció a un diseño Univariable Multicondicional (ABA). De los datos obtenidos se infirió un programa de tratamiento cuyos resultados permitieron alcanzar los objetivos planteados, en este caso, que la evaluada logre desplazarse sola y a pie por lugares que anteriormente evitaba.

Palabras claves: Trastorno de pánico, Agorafobia, programa cognitivo conductual, caso clínico psicológico.

Abstract

We worked on a psychological clinical case, in which a cognitive behavioral program is applied for panic disorder and Agoraphobia of an adult woman who avoided traveling alone and on foot, due to the high level of anxiety and physiological responses, experienced by recurring catastrophic thoughts. The intervention began by preparing the psychological clinical history, the behavioral evaluation was carried out with psychological tests and the intervention was due to a Univariable Multiconditional Design (ABA). From the data obtained, a treatment program was inferred, the results of which allowed the objectives set to be achieved, in this case that the evaluated one managed to travel alone and on foot to places that were previously avoided.

Keywords: Panic disorder, Agoraphobia, cognitive behavioral program, psychological clinical case.

Índice de Contenido

Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Resumen	iv
Abstract	v
Índice de contenido	vi
Índice de figuras	viii
I. Introducción.....	1
1.1 Descripción y formulación del problema.....	2
▪ Problema Actual	3
▪ Desarrollo Cronológico del problema.....	9
▪ Diagnóstico funcional	12
▪ Análisis Funcional	14
1.2 Antecedentes	19
1.3 Objetivos	23
1.4 Justificación	25
II. Marco Teórico	
2.1 Bases teóricas.....	26
▪ Trastorno de Pánico con Agorafobia	26
▪ Epidemiología	34
▪ Evaluación y técnicas	35
▪ Tratamiento.....	39
▪ Terapia Cognitivo Conductual	42
III. Método	
3.1 Tipo de Investigación	48
▪ Diseño	48

3.2	Ámbito temporal y espacial	49
3.3	Variables	49
	▪ Variable Dependiente	49
	▪ Variable Independiente.....	53
3.4	Población y muestra	54
3.5	Instrumentos.....	55
	▪ Informe integrado de los instrumentos aplicados	60
3.6	Procedimientos.....	67
	▪ Evaluación	67
	▪ Programa de tratamiento	67
3.7	Análisis de datos	82
IV.	Resultados	83
	▪ Seguimiento	89
V.	Discusión	91
	Conclusiones.....	93
	Recomendaciones.....	95
	Referencias	96
	Anexos	100

Índice de figuras

Figura 1: Relación de triple contingencia (análisis funcional).....	14
Figura 2: Puntuaciones Percentilares del Cuestionario de personalidad de Eysenck	55
Figura. 3: Categoría según creencia irracional o escala	56
Figura. 4: Círculo vicioso personalizado de la evaluada, basado en el modelo cognitivo de Clark y Salkovski (1996)	69
Figura 5. Unidad Subjetiva de Disturbios, basada en el sistema decimal	72
Figura 6. Registro de conductas aversivas según intensidad, expresadas en unidades SUD	73
Figura 7. Reestructuración cognitiva a través de la terapia racional emotivo conductual (TREC)	78
Figura 8. Representación de las conductas aversivas según intensidad, presentadas en el Repertorio de Entrada (Línea Base), expresadas en unidades SUD	83
Figura 9. Representación de las conductas aversivas según intensidad, en la quinta semana de tratamiento.	84
Figura 10. Representación de las conductas según frecuencia, presentadas en el Repertorio de Entrada.....	85
Figura 11. Representación de las conductas según frecuencia en la quinta semana de tratamiento	86
Figura 12. Representación comparativa de las cuatro primeras conductas aversivas según intensidad por semanas	87
Figura 13. Disminución de las conductas iniciales según frecuencia en la quinta semana de tratamiento	88
Figura 14. Representación de las conductas aversivas según intensidad, un mes después de finalizado el tratamiento	89
Figura 15. Representación de las conductas según frecuencia, un mes después de finalizado el tratamiento	90

I. Introducción

En nuestro país el 10.5% de la población adulta de Lima, ha presentado algún problema de ansiedad alguna vez en su vida, así mismo afirman que dichas enfermedades son más frecuentes en mujeres y dentro de este porcentaje, un 0.5% presentan Trastorno de Pánico y un 1.2% presentan Agorafobia. (Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”, 2002).

Ambos trastornos son de importancia, y en muchos casos se presentan juntos; entendemos por trastorno de pánico a los periodos concretos de intenso miedo y malestar, acompañados de, al menos, cuatro síntomas de ansiedad físicos o psicológicos y la Agorafobia se caracteriza por miedo a sitios o situaciones de las que resulta difícil escapar o recibir ayuda, en caso de sufrir un ataque de pánico. Situaciones típicas son alejarse de casa, estar en un cine o utilizar un transporte público.

El presente caso psicológico, se desarrolla bajo la terapia cognitivo-conductual (TCC), altamente eficaz en el tratamiento del trastorno de pánico con o sin agorafobia como demuestran varios meta – análisis (Clum y Surls, 1993; Michelson y Marchione, 1990), utilizando diversas técnicas como: desensibilización sistemática (D.S.), exposición en vivo (E.V.) autoexposición en vivo (A.E.V.), reestructuración cognitiva, psicoeducación, entre otras.

Siendo ambos trastornos importantes en la salud pública, pretendemos desarrollar alternativas que puedan ser útiles en la práctica clínica y sirvan de ayuda a los profesionales psicólogos que puedan encontrarse con estos casos en su consulta diaria.

1.1 Descripción y formulación del problema

Actualmente en nuestro país, los trastornos de ansiedad son las enfermedades que más se atienden en los consultorios de psicología y/o psiquiatría. Dentro de estos trastornos encontramos en un número significativo a los trastornos de pánico y de Agorafobia.

La problemática de estos trastornos radica en la situación incapacitante que expone al paciente, afectado la calidad de vida, la convivencia armoniosa con su entorno familiar, laboral y social, confinando muchas veces a las personas que lo padecen a vivir en cuatro paredes o depender de muchos fármacos de por vida.

Por lo tanto el trastorno de pánico con o sin agorafobia supone un importante problema de salud pública. (Margraf, Barlow, Clark y Telch, 1993). Para los profesionales psicólogos es importante fomentar el desarrollo del tratamiento psicológico en este tipo de trastornos ya que en la actualidad es abordado sólo con tratamiento psiquiátrico, que implica la prescripción de dos o más fármacos, corriendo el riesgo de desarrollar conductas adictivas.

Es por ello que urge desarrollar programas de intervención eficaces y efectivas, que posteriormente puedan ser usadas en formato grupal tanto en hospitales, consultorios y/o talleres y de esta manera poder disminuir las conductas que se presentan en dichos trastornos y paralizan en muchos casos tanto a las personas que lo padecen como a su entorno.

- **Problema Actual**

- **Presentación actual del problema**

Samantha está camino a recoger a su hija del colegio, que queda a unos 200 m. aproximadamente de su casa; conforme va avanzando hacia el colegio, inmediatamente piensa: “me va a dar algo”, “me voy a desmayar en medio de la pista”, “quien me va a ayudar”, sigue avanzando hacia el colegio, y al llegar, experimenta ansiedad (10) y miedo (10), taquicardia, temblor de piernas, sensación de falta de aire, quemazón en los brazos, pecho y espalda, llama a su hermana y le pide que la recoja porque se siente mal, su hermana le pide que se calme y no accede, piensa: “si me voy rápido a casa, me sentiré mejor”, busca a una de sus amigas que tiene auto y le pide que la lleve de regreso porque se siente mal, ella acepta y Samantha experimenta tranquilidad, porque disminuye su ansiedad (3) y miedo (3), disminuye la taquicardia, desaparece el temblor de piernas, quemazón en brazos, pecho y espalda, sensación de falta de aire. Esta conducta se repite cada vez que Samanta se aleja aproximadamente 100 m. a más de su casa.

Está cercana la hora de recoger a su hija del colegio, inmediatamente piensa: “que voy a hacer si me pasa algo”, quien me va a ayudar”, “me voy a desmayar y mi hija se va asustar”, experimenta ansiedad (9) y miedo (9), taquicardia, temblor de piernas, sensación de falta de aire, quemazón en los brazos, pecho y espalda, piensa: “si me quedo en casa no me pasará nada y mi hija no se va a asustar”; se queda en casa y le pide a su mamá que la lleve a su hija porque se

siente mal, su mamá la lleva al colegio, y ella experimenta tranquilidad, porque disminuye su ansiedad (4) y miedo (4), disminuye la taquicardia, sensación de falta de aire, quemazón en los brazos, pecho y espalda y desaparece el temblor de piernas. Estos pensamientos anticipatorios se presentan cada vez que Samanta va a alejarse aproximadamente 100 m. a más de su casa.

Samantha decide ir a pie al mercado que queda a unos 250 m. aproximadamente de su casa, minutos antes de salir, piensa: “si me pasa algo mi mamá pedirá ayuda”, le pide a su mamá que la acompañe, su mamá la acompaña para que se ella se sienta segura, lleva su botella de agua o una caja de chicles, en caso tenga dificultad para pasar la saliva o resequedad de la garganta. Conforme se va alejando, experimenta ansiedad (8) y miedo (8), taquicardia, temblor de piernas, quemazón en los brazos, pecho y espalda, sensación de falta de aire, faltando unos 100 m para llegar al mercado, toma un mototaxi para llegar más rápido y sentir menos los síntomas, evita hablar, hace señas o gestos y así evita pasar la saliva, disminuyendo la sensación de atragantarse con la saliva, al llegar al mercado pide al casero que la atienda rápido, porque se siente mal, el casero la atiende primero, termina sus compras muy rápido, y pide un mototaxi para regresar rápidamente a su casa, experimenta tranquilidad, porque disminuye su ansiedad (4) y miedo (4), disminuye la taquicardia, desaparece el temblor de piernas, quemazón en los brazos, pecho y espalda, sensación de falta de aire. Esta conducta y estos pensamientos anticipatorios se presentan cada vez que Samanta se aleja

aproximadamente 100 metros más de su casa.

En otra ocasión, decide ir a pie a la farmacia que queda a unos 120 m. aproximadamente de su casa; piensa: “si me da algo mi esposo me auxiliará”, le pide a su esposo que la acompañe, él accede, conforme va avanzando experimenta ansiedad (8) y miedo (8), taquicardia, temblor de piernas, quemazón en los brazos, pecho y espalda, sensación de falta de aire, inmediatamente piensa: “me voy a desmayar”, “me va a dar algo” faltando unos 50m para llegar a la farmacia, experimenta ansiedad (10) y miedo (10) y los síntomas fisiológicos aumentan, y piensa: “si regreso a casa, voy a sentirme mejor”, le dice a su esposo que no puede y le pide que detenga un mototaxi para regresar a su casa, su esposo pide un mototaxi y regresan a su casa, inmediatamente experimenta tranquilidad, porque disminuye su ansiedad (3) y miedo (3), disminuye la taquicardia, desaparece el temblor de piernas, quemazón en el torso y brazos, sensación de ahogo o falta de aire. Esta conducta y estos pensamientos anticipatorios se presentan cada vez que Samanta se aleja aproximadamente 100 m. a más de su casa.

Samantha necesita hacer sus compras con su tarjeta de crédito y decide ir al supermercado que está aproximadamente a 1500 m de su casa, piensa: “si me desmayo, mi esposo podrá cargarme y mi mamá pedirá ayuda”, pide a su mamá y a su esposo que la acompañen, toma dos cucharadas de agua de azahar para sentirse segura en la calle, lleva su botella de agua y 1 tableta de alprazolam en la billetera. Pide un taxi, para llegar más rápido y sentir menos los síntomas,

evita hablar mucho, solo lo necesario, hace señas o gestos, porque refiere que así siente menos la sensación de falta de aire y pasa menos la saliva. A mitad del camino, experimenta ansiedad (9) y miedo (9), piensa: “me va a dar algo, me voy a desmayar”, así mismo experimenta taquicardia, quemazón en los brazos, pecho y espalda, sensación de falta de aire, dificultad para pasar la saliva, sensación de atragantarse con la saliva, inmediatamente piensa: “si regreso a casa, voy a sentirme mejor”, Samantha le exige al chofer que detenga el auto y los lleve de regreso porque se siente mal, el chofer se detiene y los lleva de regreso sin llegar al destino, inmediatamente experimenta tranquilidad, porque disminuye su ansiedad (3) y miedo (3), disminuye la taquicardia, quemazón en los brazos, pecho y espalda, sensación de falta de aire, dificultad para pasar la saliva y sensación de atragantarse con la saliva. Esta conducta y estos pensamientos anticipatorios se presentan cada vez que Samanta se aleja aproximadamente 100 m. a más de su casa.

En otra ocasión Samanta necesita ir al dentista, que se encuentra a 150 metros aproximadamente de su casa, le pide compañía a su esposo si en caso le pasa algo, él pueda auxiliarla, su esposo acepta acompañarla, pide un mototaxi para llegar al consultorio rápidamente y así experimentar menos los síntomas, y antes de entrar al consultorio se encuentra con pacientes en la sala de espera, inmediatamente piensa: “si entro me va a faltar el aire, me voy a desmayar” “me pondré nerviosa y la gente pensará que estoy loca”, decide quedarse fuera del consultorio hasta que disminuya la cola, conforme va pasando el tiempo

aumenta su ansiedad (9) y miedo (9), respira por la boca rápidamente y experimenta taquicardia, temblor de piernas, quemazón en los brazos, pecho y espalda, sensación de falta de aire y piensa: “si regreso a casa me sentiré mejor”, le pide a su esposo que pida un mototaxi de regreso a casa y así experimenta tranquilidad, porque disminuye su ansiedad (3) y miedo (3), disminuye la taquicardia, desaparece el temblor de piernas, quemazón en los brazos, pecho y espalda, sensación de falta de aire. Estos pensamientos anticipatorios se presentan cada vez que Samanta se aleja aproximadamente 100 m. a más de su casa y tiene que hacer cola.

Estando en casa Samantha discute con su esposo porque le reclama que siempre está mal y no pueden salir juntos, inmediatamente piensa: “él debería entenderme”, “seguro ya no me quiere”, experimenta ansiedad (8), miedo (8) y presenta taquicardia, quemazón en los brazos, pecho y espalda, sensación de falta de aire, piensa: “si tomo la pastilla me sentiré mejor y se irán los síntomas”, toma ½ tableta de alprazolam, de esta manera experimenta tranquilidad, porque disminuye su ansiedad (4), miedo(4), disminuye la taquicardia, quemazón en los brazos, pecho y espalda, sensación de ahogo o falta de aire, y finalmente se queda dormida. Estos pensamientos anticipatorios se presentan cada vez que discute con su esposo o tiene alguna preocupación.

Antes de salir a trabajar Samantha, siente que su corazón palpita rápido, inmediatamente piensa: “me va a dar un infarto”, “me voy a morir”, toma 1

cucharada de agua de azahar para calmarse , al no obtener resultado, experimenta ansiedad (9) y miedo (9), aumenta la taquicardia, experimenta la sensación de quemazón en los brazos, pecho y espalda y sensación de falta de aire, piensa: “si me quedo en casa no me voy a agitar y no me va a dar otro ataque” por lo tanto se queda en casa y no va a trabajar a su oficina que queda en un tercer piso, es así que experimenta tranquilidad, porque disminuye su ansiedad (4), miedo(4), disminuye la taquicardia, quemazón a en los brazos, pecho y espalda y sensación de falta de aire.

Samantha se encuentra en su casa en compañía de su hermana, su hija y su mamá, su esposo demora media hora más de lo normal, conforme va avanzando el tiempo, inmediatamente piensa: “si me pasa algo, nadie va a poder cargarme solo él”, inmediatamente experimenta ansiedad (9) y miedo (9), taquicardia, quemazón en los brazos, pecho y espalda y sensación de falta de aire. Llama a su esposo para que venga rápido, que tome taxi porque se siente mal, y le marca cada 5 minutos para que se apresure o saber dónde está, su esposo le contesta y le dice que se calme, porque ya está en camino, su esposo llega en taxi y experimenta tranquilidad, porque disminuye su ansiedad (3) y miedo (3), disminuye la taquicardia, desaparece el temblor de piernas, quemazón en los brazos, pecho y espalda y sensación de falta de aire. Estos pensamientos anticipatorios se presentan cada vez que su esposo no está en casa.

- **Desarrollo Cronológico del problema**

El inicio de los síntomas lo relaciona con un accidente que padeció a la edad de 15 años cuando se encontraba sentada en su sala y se atoró con su saliva, sentía que se ahogaba, experimentó mucha ansiedad y miedo a morir, a partir de este hecho tenía miedo de pasar la saliva, sentía resequedad en la garganta, tomaba agua para ayudarse a pasar la saliva y masticaba chicles, iba al hospital con frecuencia acompañada de su madre, cuando sentía que no lo podía controlar, y le diagnosticaron trastorno de ansiedad. A partir de este hecho los síntomas se fueron presentando esporádicamente, manifestándose cada vez que salía fuera de casa con algún amigo, no recibía ningún alimento por miedo a atragantarse, tan solo tomaba agua que le causaba cierto alivio a la resequedad de garganta; en caso se presentara algún episodio de atragantamiento en la calle.

A la edad de 18 años inició sus estudios en un instituto a unos 15 min de su casa en combi, pasaba la saliva con dificultad, incluso dejaba que se acumulara hasta poder escupir o babeaba con el fin de no pasarla; subía a la combi y experimentaba los síntomas como sensación de ahogo o falta de aire, taquicardia, mareos, resequedad de la garganta e imposibilidad de pasar la saliva por miedo atragantarse) a los cinco minutos de haber subido, se bajaba inmediatamente de la combi o faltaba a clases cada vez que experimentaba los síntomas, esto sucedía 1 a 2 veces al mes. A los 20 años los síntomas se presentaban de forma intermitente, tomaba taxis con una frecuencia de 2 veces por semana para evitar que le diera los síntomas o si sucedía en la combi bajaba de ella inmediatamente; evitaba las reuniones sociales porque sentía que lo

olores fuertes como las colonias y los cigarros le tapaban las fosas nasales y le faltaba el aire.

Recuerda que el viaje más largo que hizo una vez que se presentaron los síntomas fue a los 24 años, cuando viaja a Nazca, a unas 8 horas de Lima en compañía de su familia, refiere que los síntomas se manifestaron mínimamente, tomaba agua y masticaba chicles para evitar la resequedad de la boca y el atragantamiento. A los 25 años los síntomas se vuelven incontrolables y ya no podía solventar los viajes en taxi, deja definitivamente de estudiar faltando 1 ciclo para terminar la carrera, no salía de su casa sola lo hacía acompañada de su mamá o algunas veces lo hacía en compañía de su enamorado que la recogía y la llevaba a su casa. Dos años después sale embarazada y luego de su licencia por maternidad, tomó el horario de fines de semana (viernes, sábado y domingos) para poder estar más tiempo con su hijita y los síntomas disminuyeron porque solo salía 3 veces a la semana, los demás días permanecía dentro de su casa, pero en alguna ocasiones aparecían los síntomas y si no lo podía controlar faltaba al trabajo, finalmente la despidieron por sus constantes falta injustificadas, en los siguientes años se repitió el mismo escenario, cada vez que se sentía mal, se quedaba en casa y no iba a trabajar o se bajaba de la combi o taxi y se iba al hospital y le decían que no tenía nada, esto le produjo conflictos laborales.

A la edad de 32 años, su vecino le ofrece un trabajo a tiempo completo en su empresa que quedaba en el tercer piso de su casa, el cual le produjo un gran alivio porque ya no tenía que padecer en una combi ni taxi, sin embargo pasaron

unos meses y nuevamente se presentaron los síntomas con mayor frecuencia al salir a más de 100 metros aproximadamente de su casa, estando dentro de su casa, (con sus familiares o cuando no estaba su esposo), al tener una preocupación o discusión con su esposo, subir las escaleras para llegar a la oficina que queda al lado de su casa, hacer algún esfuerzo físico, llevar o recoger a su hija del colegio, ir a eventos dentro del colegio, permanecer en lugares cerrados, ir al mercado, hacer colas, ir al dentista; entre otras situaciones cotidianas.

▪ **Diagnóstico Funcional**

A continuación se enumeran las principales conductas en exceso de las situaciones expuestas anteriormente en el desarrollo de la Presentación Actual del Problema, no se encuentran ninguna conducta en debilitamiento, ni en déficit:

Conductas en Exceso

- Pensamiento: **“me va a dar algo”, “me voy a desmayar en medio de la pista”, “quien me va a ayudar”.**
- Ansiedad (10) y miedo (10) al alejarse a pie a más de 100 m aproximadamente de su casa.
- Taquicardia, temblor de piernas, sensación de falta de aire, quemazón en los brazos, pecho y espalda
- Busca a una de sus amigas que tiene auto y le pide que la lleve de regreso porque se siente mal.
- Pensamiento: **“que voy a hacer si me pasa algo”, quien me va a ayudar”, “me voy a desmayar y mi hija se va asustar”.**
- Ansiedad (9) y miedo (9).
- Pensamiento: **“si me pasa algo mi mamá pedirá ayuda”**
- Le pide a su mamá que la acompañe.
- Lleva su botella de agua o una caja de chicles, en caso tenga dificultad para pasar la saliva o resequedad de la garganta.
- Ansiedad (8) y miedo (8),
- Evita hablar mucho, solo lo necesario, hace señas o gestos
- Termina sus compras muy rápido.

- Pide un mototaxi para regresar rápidamente a su casa.
- Pensamiento: **“si me da algo mi esposo me auxiliará”**
- Pensamiento: **“si regreso a casa, voy a sentirme mejor”**.
- Pensamiento: **“si me desmayo, mi esposo podrá cargarme y mi mamá pedirá ayuda”**,
- Pide a su mamá y a su esposo que la acompañen.
- Toma dos cucharadas de agua de azahar para sentirse segura en la calle, lleva su botella de agua y 1 tableta de alprazolam en la billetera.
- Exige al chofer que detenga el auto y los lleve de regreso porque se siente mal.
- Pensamiento: **“si entro me va a faltar el aire, me voy a desmayar” “me pondré nerviosa y la gente pensará que estoy loca”**.
- Pensamiento: **“si tomo la pastilla me sentiré mejor y se irán los síntomas”**.
- Toma ½ tableta de alprazolam.
- **“Pensamiento: me va a dar un infarto”, “me voy a morir”**.
- Toma 1 cucharada de agua de azahar.
- Pensamiento: **“si me pasa algo, nadie va a poder cargarme solo él”**.
- Llama a su esposo para que venga rápido y le marca cada 5 minutos para que se apresure o saber dónde está.

▪ **Análisis Funcional de las Conductas:**

ED	C	ER
<ul style="list-style-type: none"> • Esta camino a recoger a su hija del colegio. • Pensamiento: “me va a dar algo”, “me voy a desmayar en medio de la pista”, “quien me va a ayudar”. • Ansiedad (10) y miedo (10). • Taquicardia, temblor de piernas, sensación de falta de aire, quemazón en los brazos, pecho y espalda. 	<ul style="list-style-type: none"> • Piensa: “si me voy rápido a casa, me sentiré mejor”. • Busca a una de sus amigas que tiene auto y le pide que la lleve de regreso porque se siente mal 	<ul style="list-style-type: none"> • Su amiga la lleva de regreso a su casa. • Disminución de nivel de ansiedad (5) y miedo (5). • Disminución de las respuestas fisiológicas. • Confirmación de su pensamiento “llega a casa y se siente mejor”.
<ul style="list-style-type: none"> • Está cercana la hora de recoger a su hija del colegio. • Pensamiento: “que voy a hacer si me pasa algo”, quien me va a ayudar”, “me voy a desmayar y mi hija se va asustar”. • Ansiedad (9) y miedo (9) • Taquicardia, temblor de piernas, sensación de ahogo o falta de aire, quemazón en los brazos, pecho y espalda. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pensamiento: “si me quedo en casa no me pasará nada y mi hija no se va a asustar”. • Se queda en casa y le pide a su mamá que la lleve a su hija porque se siente mal. 	<ul style="list-style-type: none"> • La mamá de Samanta lleva al colegio a su nieta. • Confirmación de su pensamiento (no le pasó nada y su hija no se asustó). • Experimenta tranquilidad, porque disminuye su ansiedad (4) y miedo (4). • Desaparición y/o disminución de las respuestas fisiológicas.

<ul style="list-style-type: none"> • Minutos antes de salir de su casa. • Pensamiento: “si me pasa algo mi mamá pedirá ayuda”. • Conforme se va alejando, experimenta ansiedad (8) y miedo (8), taquicardia, temblor de piernas, quemazón en los brazos, pecho y espalda, sensación de falta de aire 	<ul style="list-style-type: none"> • Le Pide a su mamá que la acompañe. • Lleva su botella de agua, o una caja de chicles, en caso tenga dificultad para pasar la saliva o resequedad de la garganta • Toma un mototaxi, faltando unos 100 m para llegar al mercado • Evita hablar hace señas o gestos así evita pasar la saliva. • Pide al casero que la atienda rápido, porque se siente mal. • Termina sus compras muy rápido. • Pide un mototaxi para regresar rápidamente a su casa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Su mamá la acompaña para que ella se sienta segura. • Al masticar chicle disminuye la dificultad de pasar la saliva. • Al subir al mototaxi para llegar al mercado, siente menos los síntomas. • Disminución de la sensación de atragantarse con la saliva. • El casero la atiende primero. • Sube al mototaxi de regreso a su casa y experimenta tranquilidad porque disminuye el nivel de ansiedad (4) y miedo (4). • Al llegar a casa desaparecen y/o disminuyen las respuestas fisiológicas.
<ul style="list-style-type: none"> • Alejarse a pie a más de 100 m. aproximadamente de su casa, para ir a la farmacia. • Pensamiento: “si me da algo mi esposo me auxiliará”. • Conforme va avanzando experimenta Ansiedad (8) y miedo (8), 	<ul style="list-style-type: none"> • Le pide a su esposo que la acompañe. • Piensa: “si regreso a casa, voy a sentirme mejor”. • Le pide a su esposo que detenga un 	<ul style="list-style-type: none"> • Su esposo la acompaña. • Su esposo pide un mototaxi • Sube al mototaxi de regreso a su casa y así disminuye el

<ul style="list-style-type: none"> • Taquicardia, temblor de piernas, quemazón en los brazos, pecho y espalda, sensación de falta de aire. • Piensa: “me voy a desmayar”, “me va a dar algo” • Faltando unos 50m para llegar a la farmacia, experimenta ansiedad (10) y miedo (10) y los síntomas fisiológicos aumentan. 	<p>mototaxi para regresar a su casa.</p>	<p>nivel de ansiedad (3) y miedo (3).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Al llegar a casa desaparecen y/o disminuyen las respuestas fisiológicas. • Confirmación de su pensamiento “regresa a su casa y se siente mejor”.
<ul style="list-style-type: none"> • Alejarse a 500 m. aproximadamente de su casa. • Pensamiento anticipatorio: “si me desmayo, mi esposo podrá cargarme y mi mamá pedirá ayuda”. • A mitad del camino experimenta ansiedad (9) y miedo (9). • piensa: “me va a dar algo, me voy a desmayar”. • Taquicardia, temblor de piernas, sensación de falta de aire, dificultad para pasar la saliva, sensación de atragantarse con la saliva, quemazón en los brazos, pecho y espalda. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pide a su mamá y a su esposo que la acompañen. • Toma agua de azahar para sentirse segura en la calle y lleva su botella de agua y tableta de alprazolam en la billetera. • Evita hablar mucho., solo lo necesario, hace señas o gestos. • Pensamiento: “si regreso a casa, voy a sentirme mejor”. • Exige al chofer que detenga el auto y los lleve de regreso. 	<ul style="list-style-type: none"> • Su mamá y esposo la acompañan. • Al evitar hablar, disminuye la sensación de atragantarse con la saliva. • El chofer se detiene y los lleva de regreso sin llegar al destino. • De regreso a casa, experimenta tranquilidad, porque disminuye su ansiedad (3) y miedo (3). • Desaparición y/o disminución de las respuestas fisiológicas.
<ul style="list-style-type: none"> • Ir al dentista que se encuentra a 150 metros aproximadamente de su casa 	<ul style="list-style-type: none"> • Se queda fuera del consultorio hasta que disminuya la cola. 	<ul style="list-style-type: none"> • Su esposo pide un mototaxi. • Confirmación de su pensamiento

<ul style="list-style-type: none"> • Pensamiento: “si entro me va a faltar el aire, me voy a desmayar”, “me pondré nerviosa y la gente pensará que estoy loca”. • conforme va pasando el tiempo aumenta su ansiedad (9) y miedo (9), respira por la boca rápidamente y experimenta taquicardia, temblor de piernas, quemazón en los brazos, pecho y espalda, sensación de ahogo o falta de aire. 	<ul style="list-style-type: none"> • Piensa: “si regreso a casa me sentiré mejor”. • Le pide a su esposo que pida un mototaxi de regreso a casa. 	<p>(regresó a casa y se sintió mejor).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Experimenta tranquilidad, porque disminuye su ansiedad (3) y miedo (3) • Desaparición y/o disminución de las respuestas fisiológicas.
<ul style="list-style-type: none"> • Al discutir con su esposo. • Pensamiento: “él debería entenderme”, “seguro ya no me quiere”. • Ansiedad (8) y miedo (8) • Taquicardia, sensación de ahogo o falta de aire, quemazón en los brazos, pecho y espalda. 	<ul style="list-style-type: none"> • Piensa: “si tomo la pastilla me sentiré mejor y se irán los síntomas”. • Toma ½ tableta de alprazolam. 	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución del nivel de ansiedad (4), miedo (4) al tomar la tableta de alprazolam. • Desaparición y/o disminución de las respuestas fisiológicas. • Confirmación de su pensamiento (tomó la pastilla y disminuyeron los síntomas).
<ul style="list-style-type: none"> • Siente que su corazón palpita rápido • Pensamiento: “me va a dar un infarto”, “me voy a morir” • Ansiedad (9) y miedo (9) • Taquicardia, sensación de falta de aire, quemazón en los brazos, pecho y espalda. 	<ul style="list-style-type: none"> • Piensa: “si me quedo en casa no me voy a agitar y no me va a dar otro ataque”. • Se queda en casa y no va a trabajar a su oficina que queda en un tercer piso. 	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución del nivel de ansiedad (4), miedo (4). • Desaparición y/o disminución de las respuestas fisiológicas. • Confirmación de su pensamiento (no

		subió las escaleras y evitó otro ataque).
<ul style="list-style-type: none"> • Su esposo no se encuentra en casa. • Pensamiento: “si me pasa algo, nadie va a poder cargarme solo él”. • Ansiedad (9) y miedo (9) • Taquicardia, temblor de piernas, sensación de ahogo o falta de aire, quemazón en los brazos, pecho y espalda. 	<ul style="list-style-type: none"> • Llama a su esposo para que venga rápido en taxi porque se siente mal. • Le marca cada 5 minutos para que se apresure o saber dónde está 	<ul style="list-style-type: none"> • Su esposo le contesta cada vez que llama y le dice que se calme, porque ya está en camino. • Su esposo llega en taxi. • Disminución del nivel de ansiedad (3) y miedo (3). • Desaparición y/o disminución de las respuestas fisiológicas.

Figura 1: Relación de triple contingencia (análisis funcional)

1.2 Antecedentes

En las investigaciones nacionales tenemos un estudio de Miranda (2018) titulado: *Estudio de caso clínico: Programa de intervención cognitivo – conductual para un caso de trastorno de pánico*. Universidad San Martín de Porres - Lima, el cual se trata de una mujer de 26 años, con grado superior, diagnosticada inicialmente con arritmia cardíaca y posteriormente desarrolló trastorno de pánico, el cual le impedía lograr un adecuado desenvolvimiento en las áreas de ámbito familiar, social y personal. Los instrumentos de evaluación utilizadas fueron: Escala de ansiedad estado rasgo (STAI), Inventario de depresión de Beck, Inventario clínico Multiaxial Millon II y el Cuestionario sobre la historia de la vida de Lazarus. El tratamiento se basó en un plan de intervención bajo el modelo cognitivo conductual que consistió en 21 sesiones de intervención y 2 de seguimiento, una vez por semana con una duración de 45 minutos aproximadamente por cada sesión. El objetivo general plantea modificar su sistema de creencias erróneas por otras más realistas que permitan superar sus estados emocionales y las crisis de pánico. Finalmente se concluye con la superación de los objetivos planteados.

López Zumaeta (2017) presenta su tesis titulada: *Estudio de caso clínico: evaluación y tratamiento de un caso de agorafobia sin trastorno de pánico*. Universidad San Martín de Porres - Lima, se trata de un joven universitario de 22 años que padecía de conductas de evitación y escape a situaciones de ansiedad, el cual se fue agravando hasta convertirse en un cuadro de agorafobia. Las pruebas utilizadas para la evaluación

fueron: Test Gestáltico Visomotor de Bender, Test de Retención Visual de Benton, Escala de Inteligencia para Adultos de Weschler - WAIS III, Test de la Figura Humana de Karen Machover, Test de Frases incompletas de Sacks, Inventario de Personalidad de Eysenck, Inventario clínico Multiaxial de Millon II y Test de Asociación de Palabras -TAP. El tratamiento se basó en un plan de intervención bajo el modelo cognitivo conductual que consistió en 12 sesiones de intervención y 2 de seguimiento, una vez por semana con una duración de 50 minutos aproximadamente por cada sesión. Se concluye con la superación del cuadro clínico y la eficacia y eficiencia de la terapia cognitivo conductual para trastornos ansiosos como la agorafobia.

Así mismo tenemos un estudio de caso de Fiestas, Núñez y Vivar (2011) titulado: *Agorafobia en la infancia: a propósito de un caso*. Universidad Peruana Cayetano Heredia - Lima, el cual describe el caso de un niño de 10 años de edad, que presenta temor y evitación a las aglomeraciones, a los lugares públicos como mercados, hospitales y escuelas, así como temor a viajar solo en autobús y ausentarse solo de casa. Este caso se basó principalmente en la terapia cognitivo conductual combinada con terapia farmacológica. El presente estudio reporta los pocos casos de trastorno de pánico con o sin agorafobia sobre todo en menores de 10 años y se concluye de esta manera la existencia del mismo, además de la eficacia de la intervención cognitivo conductual.

En cuanto a los antecedentes internacionales tenemos el estudio de caso Monteverde y Casado (2015) titulado: *Tratamiento Cognitivo Conductual de un caso de trastorno de pánico con agorafobia en un paciente con dolor crónico* (España) el cual analiza el caso de una mujer de 43 años de edad, casada, con dos hijos, agente de viajes de profesión y de nivel sociocultural medio. Los instrumentos utilizados fueron: Cuestionario de Salud –SF-36; Cuestionario de Dolor de McGill –MPQ; y el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad –ISRA. Dicho Tratamiento consta de once sesiones, de una hora de duración y 1 vez por semana. Se obtiene como resultados la elevada eficacia del Tratamiento Cognitivo Conductual (TCC) para el Trastorno de Pánico y agorafobia exhortando de esta manera a los profesionales de la salud el uso de los tratamientos más eficaces y empíricamente validados para mejorar la calidad de la atención a los pacientes, como es el caso del TCC para el Trastorno de Pánico y agorafobia y en la intervención multidisciplinar del abordaje del dolor.

Un estudio de formato grupal es el de Garriga, Martín y Soler (2009) titulado: *Tratamiento Cognitivo Conductual grupal del trastorno de pánico con o sin agorafobia en un centro de salud mental público* (España), dicho estudio tiene la finalidad de investigar la efectividad de una combinación de técnicas cognitivo conductuales siguiendo el modelo de control del pánico (MCP), basados en el programa cognitivo conductual de Barlow, dicho estudio se aplica a 39 pacientes del centro de salud que cumplen con los criterios del CIE-10 para trastorno de pánico con o sin agorafobia y se les administra en la primera y última sesión los siguientes instrumentos de evaluación: Escala de ansiedad estado/rasgo (STAI), Inventario de depresión de Beck (BDI), Body

sensations questionnaire (BSQ), Agoraphobic cognition questionnaire (ACQ) y el Cuestionario de miedos (FQ). La duración del tratamiento es de 12 sesiones de 90 minutos cada sesión y toma en cuenta: Observación y comprensión del trastorno; técnicas de control físico: respiración diafragmática y entrenamiento en relajación muscular; reestructuración cognitiva, exposición interoceptiva, y exposición. Los resultados estuvieron basados en la comparación de los estadísticos descriptivos de las variables psicológicas tomados de los instrumentos que se aplicaron a los pacientes, dichos resultados arrojan diferencias significativas entre el pre y post tratamiento, avalando de esta manera la efectividad de la terapia de control de pánico de Barlow y Cerny (1988) aplicada en formato grupal a pacientes con trastorno de pánico con o sin agorafobia en un servicio público de salud mental.

Así mismo tenemos un estudio de caso de Wood (2008) titulado: *Doce sesiones de tratamiento cognitivo conductual en un caso de trastorno de pánico con agorafobia* (España), dicho programa está basado en el modelo cognitivo del pánico de Clark, aplicada a un paciente varón de 20 años de edad, diagnosticado con agorafobia hace 3 años, con tratamiento farmacológico de ansiolíticos y antidepresivos, las variables que trabajaron fueron directamente relacionadas con el pánico, como es la ansiedad y depresión. Los cuestionarios utilizados fueron: Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA), Inventario de Expresión de Ira Estado/Rasgo (STAXI), Cuestionario Tridimensional de la Depresión (CTD) y la subescala de “ataques de pánico y agorafobia” del Inventario de Actividades Cognitivas en los Trastornos de Ansiedad (IACTA). Dicho programa tuvo una duración de doce sesiones, una sesión por

semana de una hora de duración aproximadamente, más 3 semanas de seguimiento, lo cual arroja como resultados la aplicabilidad y elevada eficacia del Tratamiento cognitivo conductual (TCC) para el trastorno de pánico con agorafobia.

1.3 Objetivos

- Objetivo General

- Al final del Programa la evaluada logrará desplazarse sola y a pie a lugares mayores a 100 metros con una performance de 80% en 10 ensayos consecutivos.

- Objetivos Específicos

- Disminuir y/o eliminar la frecuencia de los pensamientos: **“Me va a dar algo”, “me voy a desmayar en medio de la pista”, “quien me va a ayudar”, “me va dar un infarto”, “me voy a morir.**
- Disminuir y/o eliminar las conductas de seguridad, como son: **Llevar su botella de agua, pedir compañía a su esposo o a su mamá para salir de casa, llamar a su esposo para que venga rápido en taxi y le marca el celular cada 5 minutos para que se apresure o saber dónde está, tomar ½ tableta de alprazolam cada vez que aparecen los síntomas.**
- Disminuir el nivel de ansiedad a niveles iguales o menores de un SUD de 6 al realizar actividades cotidianas como: **Subir las escaleras, realizar trotes, ejercicios, caminar a paso rápido, desplazarse a pie a más de 50 m de su casa aproximadamente,**

permanecer sola en casa, viajar en combi, micros o metros, y permanecer en centros comerciales o lugares concurridos por más de media hora.

- Extinguir las respuestas psicofisiológicas condicionadas y las conductas de evitación y escape como:
 - Experimentar ansiedad, miedo, taquicardia, temblor de piernas, entre otros síntomas fisiológicos al salir de casa, encontrarse sola o no disponer de ayuda de personas que la puedan auxiliar si e n caso le pasara algo.
 - Tomar mototaxi (distancias cortas), o taxi (distancias largas) para llegar más rápido al destino o para regresar rápidamente a su casa.
 - Pedir a su amiga que tiene auto, que la lleve de regreso.
 - Evitar hablar mucho, asienta con la cabeza o hace gestos.
 - Evitar hacer colas largas.
 - Evitar estar dentro de un centro comercial, un lugar concurrido o un lugar cerrado.
 - Bajar del taxi al experimentar los síntomas de la crisis.
 - Faltar al trabajo que queda en un tercer piso para evitar agitarse y generar una nueva crisis o empeorar si ya la tiene.
 - Terminar sus compras muy rápido.
 - Evitar reuniones sociales (por el humo del cigarrillo, ser un lugar cerrado, lejos de su casa, estar con personas que no la podrán auxiliar si le da la crisis, etc.).
 - Evitar salir de casa (llevar a su hija de paseo, a una fiesta infantil, asistir a sus actuaciones en el colegio, etc.)

1.4 Justificación

En los últimos estudios epidemiológicos sobre los trastornos mentales en nuestro país, existen altas tasas de incidencia de los trastornos de ansiedad, los cuales no están adecuadamente priorizados en la política de salud, a esto se suma el poco conocimiento de sus síntomas, el tratamiento adecuado y efectivo para los diversos casos que se presentan.

Es importante también conocer acerca del impacto sobre los familiares y el entorno cercano a las personas que sufren dichos trastornos, entendiendo que ellos son soporte fundamental para ellos.

El desarrollo del presente caso psicológico, muestra la eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual en el trastorno de pánico y agorafobia que se encuentra dentro de los trastornos de ansiedad, modelo que tiene altas tasas de éxito en otros países, incluso existen manuales y guías bajo este modelo.

II. Marco Teórico

2.1 Bases teóricas

▪ Trastorno de Pánico con Agorafobia

- Ubicación

Según el DSM-5 clasifica individualmente al trastorno de pánico (300.01) y la agorafobia (300.22) dentro de los trastorno de ansiedad (309.21). Así mismo el CIE 10, lo clasifica dentro de los trastornos de ansiedad fóbica (F40.0) y lo denomina como trastorno de pánico con agorafobia.

- Definición y Criterios Diagnósticos

Según la Asociación Americana de Psiquiatría, en la Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5 (2013), define el trastorno de pánico como: Ataques de pánicos imprevistos recurrentes. Un ataque de pánico es la aparición súbita de miedo intenso o de malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos y durante este tiempo se producen cuatro o más de los siguientes síntomas: Palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardíaca; sudoración; temblor o sacudidas; sensación de dificultar para respirar o de asfixia; sensación de ahogo; dolor o molestias en el tórax; náuseas o malestar abdominal; sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo; escalofríos o sensación de calor; parestesias; desrealización o despersonalización; miedo a perder el control o de volverse loco; miedo a morir.

- A.** Al menos a uno de los ataques le ha seguido un mes (o más) de uno o los dos hechos siguientes:
- 1.** Inquietud o preocupación continua acerca de otros ataques de pánico o de sus consecuencias (p.ej., pérdida de control, tener un ataque de corazón, “volverse loco”).
 - 2.** Un cambio significativo de mala adaptación en el comportamiento relacionado con los ataques (p.ej., comportamientos destinados a evitar los ataques de pánico, como evitación del ejercicio o de las situaciones no familiares).
- B.** La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p.ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p.ej. hipertiroidismo o trastornos cardiopulmonares).
- C.** La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p.ej., los ataques de pánico no se producen únicamente en respuesta a situaciones sociales temidas, como el trastorno de ansiedad social; en respuesta a objetos o situaciones fóbicas concretos, como en la fobia específica; en respuesta a obsesiones, como el trastorno obsesivo – compulsivo; en respuesta a recuerdos de sucesos traumáticos, como en el trastorno de estrés posttraumático; o en respuesta a la separación de figuras de apego; como en el trastorno de ansiedad por separación).

Los criterios diagnósticos de la CIE-10 para el TP, difiere en algunos ítems como en el síntoma de dificultad para respirar y la sensación de ahogo son considerados síntomas diferentes y se incluye un síntoma adicional: bocas seca y a la sensación de perder el control o “volverse loco” se añade la sensación de perder el conocimiento. Además exige que como mínimo uno de los síntomas corresponda a palpitaciones, sudoración, temblores o boca seca. También requiere la aparición de por lo menos 4 ataques en un periodo de 4 semanas.

Nota: La aparición súbita se puede producir desde un estado de calma o desde un estado de ansiedad.

Así mismo la Asociación Americana de Psiquiatría, en la Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5 (2013) define la Agorafobia (AG) como: Miedo o ansiedad intensa acerca de dos (o más) de las cinco situaciones siguientes:

1. Uso del transporte público (p. ej., automóviles, autobuses, trenes, barcos, aviones).
 2. Estar en espacios abiertos (p. ej., zonas de estacionamiento, mercados, puentes).
 3. Estar en sitios cerrados (p. ej., tiendas, teatros, cines).
 4. Hacer cola o estar en medio de una multitud.
 5. Estar fuera de casa solo.
- A. El individuo teme o evita estas situaciones debido a la idea de que escapar podría ser difícil o podría no disponer de ayuda si aparecen síntomas tipo pánico u otros síntomas incapacitantes o embarazosos

(p.ej., miedo a caerse en las personas de edad avanzada; miedo a la incontinencia).

- B.** Las situaciones agorafóbicas casi siempre provocan miedo o ansiedad.
- C.** Las situaciones agorafóbicas se evitan activamente, requieren la presencia de un acompañante o se resisten con miedo o ansiedad intensa.
- D.** El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantean las situaciones agorafóbicas y al contexto sociocultural.
- E.** El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- F.** El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- G.** Si existe otra afección médica (p.ej., enfermedad intestinal inflamatoria, enfermedad de Parkinson), el miedo, la ansiedad o la evitación es claramente excesiva.
- H.** El miedo, la ansiedad o la evitación no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental—por ejemplo, los síntomas no se limitan a la fobia específica, a la situación; no implican únicamente situaciones sociales (como en el trastorno de ansiedad social); y no están exclusivamente relacionados con las obsesiones (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), defectos o imperfecciones percibidos en el aspecto físico (como en el trastorno dismórfico corporal), recuerdo de

sucesos traumáticos (como en el trastorno de estrés postraumático) o miedo a la separación (como en el trastorno de ansiedad por separación).

Los criterios diagnósticos de la CIE-10 para la AG difieren de los del DSM-5 en: exigen la presencia de temor o evitación marcados de como mínimo 2 de las siguientes situaciones: multitudes, lugares públicos, viajar solo y viajar solo lejos de casa. También requiere la presencia simultánea de por lo menos 2 síntomas de ansiedad en por lo menos una ocasión, que uno de esos síntomas sea palpitaciones, sudoración, temblores o boca seca y que los síntomas de ansiedad se limiten a, o predominen en, las situaciones temidas o al pensar en ellas.

- **Clasificación**

En la edición anterior del manual diagnóstico de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) en el DSM IV, clasificaba a la agorafobia en dos tipos, en función de la existencia o no de una historia de trastorno de pánico: trastorno de pánico con agorafobia y agorafobia sin historia de trastorno de pánico. Además existía la categoría de trastorno de pánico sin agorafobia.

Actualmente el DSM 5 como ya se mencionó líneas arriba (**ubicación**) clasifica individualmente al trastorno de pánico y la agorafobia, sin mencionar ninguna clasificación para ambos diagnósticos.

La décima versión de la clasificación internacional de enfermedades (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud (1992), separa agorafobia sin trastorno de pánico, agorafobia con trastorno de pánico y trastorno de pánico, considerando al trastorno fóbico como el trastorno primario y a la crisis de pánico como indicadores de la gravedad del mismo; es decir la fobia tiene preferencia diagnóstica sobre las crisis de pánico.

- **Génesis y mantenimiento**

En cuanto al inicio de la agorafobia y trastorno de pánico, diversos estudios coinciden que existen factores de riesgo como la edad (20 - 50 años), sexo femenino, estatus socioeconómico bajo, consumo excesivo de tabaco y alcohol, historia parental o propia de trastornos mentales, entre otros (Moreno, Conejo, Rodríguez, Fernández, García & Bellon (citado en Bados, 2015). Para Goñi (2014) existen factores predisposicionales en los que incluye factores biológicos, factores de personalidad y factores desencadenantes, así mismo señala diversos factores que contribuyen al mantenimiento de dichos trastornos, como son los estímulos discriminativos, condicionados, variables cognitivas, respuestas psicofisiológicas entre otras. (p.30 - 37). Dichos factores son:

• ***Factores de adquisición***

- ***Factores biológicos***: Incluye la predisposición genética, vulnerabilidad neurobiológica y la vulnerabilidad psicofisiológica.

- ***Factores de personalidad:*** se dan entre el 25% y el 75% y se agrupan en el llamado grupo ansioso o temeroso de la personalidad, así mismo funcionan como predictores del trastorno de pánico y agorafobia.
- ***Factores desencadenantes del primer episodio de pánico y descripción del mismo:*** Son factores de estrés, no necesariamente estables, pero que, sin embargo, pueden mantenerse y acumularse en el tiempo por circunstancias que sobrepasan las capacidades de afrontamiento de la persona, o por una inadecuada gestión, por parte de la persona, de problemas, conflictos, acontecimientos estresantes, etc. que pueden ser muy diversos. Dichos factores producen una sobrecarga que, cuando alcanza un nivel crítico, interactúa con los factores predisposicionales, desbordándose y dando lugar al primer episodio de pánico. Esto explica el estado de hiperalertamiento e hipervigilancia para evitar que un nuevo episodio vuelva a ocurrir, pues probablemente lo haya adquirido por condicionamiento clásico.
- ***Factores de mantenimiento***

A partir del primer episodio de pánico se considera los siguientes factores de mantenimiento:

 - **Los estímulos discriminativos:** Tienen la función de actuar como señal, ante la cual se puede dar una respuesta de evitación antes que se presente la situación o el estímulo interoceptivo temido. En caso no pudiera evitarlo ese mismo estímulo funcionaría como condicionado.

- **Estímulos condicionados:** Son los que disparan automáticamente e involuntariamente las respuestas psicofisiológicas condicionadas. Pueden ser estímulos externos (exteroceptivos) o viscerales (interoceptivos).
- **Variables cognitivas mediacionales:** Son respuestas viscerales pertenecientes a la rama simpática del sistema nervioso autónomo, cuya función es preparar al organismo para la huida ante un peligro que podría ser fatal (taquicardia, disneas, falta de aire, sofocos, hiperventilación, dolor precordial, entre otros).
- **Las respuestas psicofisiológicas:** Se incluyen en un proceso de valoración cognitiva que conlleva dos tipos: valoración primaria (atención selectiva dirigida a las sensaciones, expectativas o anticipaciones, los errores interpretativos) y valoración secundaria (reevalúa la “peligrosidad” de la amenaza en función de los recursos percibidos para afrontarla o neutralizarla, se basa en la evitación y la huida).
- **Las estrategias de seguridad:** Con estas estrategias la persona intenta “mantenerse segura y a salvo” de posibles episodios de pánico. Tenemos: conductas de proximidad a los estímulos de seguridad (es a lo que se refieren cuando dicen que no pueden estar solos), conductas de evitación de determinados lugares (creen que si sufrieran un ataque de pánico no podrían tener acceso inmediato a los estímulos de seguridad) conductas de escape de todo aquello que evitan, caso de no poder evitarlo (evitan alterarse emocionalmente, pasar hambre, cansarse, hacer ejercicio físico, lugares en

donde no tenga acceso a una ayuda inmediata, o ponerse a salvo con figuras de protección o lugares de protección).

- **Epidemiología**

La edad media de comienzo de la agorafobia es 28 años (la mediana de la edad de comienzo para el trastorno de pánico sin agorafobia es 24 años). La amplitud de la edad de comienzo ha ido de 5 a 58 años. La agorafobia puede comenzar antes de los 16 años en el 10% de los casos y después de los 40 años en el 15%. El grupo de edad entre 45 y 64 años tiene un menor riesgo de desarrollar agorafobia, y este riesgo es aún mucho menor a partir de los 65 años. Los ataques de pánico en general y el trastorno de pánico con o sin agorafobia en particular se dan en niños, aunque, según parece, raramente la frecuencia es mucho mayor en adolescentes. (Kessler, Berglund, Demler, Jin, Merikangas & Walters, citado en Bados, 2015).

La prevalencia de la agorafobia es menor en adolescentes que en adultos (una cuarta parte). Los agorafóbicos constituyen alrededor del 50 - 60% de todos los fóbicos vistos en la práctica clínica. (Bados, 2015, p. 11).

Para Bekker (1996) la agorafobia se da en todas las clases sociales y es más frecuente en las clases socioeconómicas bajas, además tienen una probabilidad doble de ocurrencia en las personas de bajo nivel educativo. En muestras clínicas las dos terceras partes o más de los agorafóbicos son mujeres, este autor propone varias razones del porqué del predominio de las

mujeres: mayor disposición a admitir miedos, mayor nivel de ansiedad, estereotipo de los roles sexuales, factores hormonales, predisposición biológica, entre otras.

En cuanto a los datos epidemiológicos nacionales el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” manifiesta que el 10.5% de la población adulta de Lima, ha presentado algún problema de ansiedad alguna vez en su vida, así mismo afirma que dichas enfermedades son más frecuentes en mujeres, los trastornos de ansiedad más prevalentes son: fobia social 2.2%; trastorno de ansiedad generalizada 3%; y el trastorno de estrés postraumático 5.1%. Además del trastorno de pánico 0.5%, y la agorafobia 1.2%. (Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado-HideyoNoguchi”, 2002).

- **Evaluación y técnicas**

Para Bados, Moreno & Martín (citado en Bados y Calero, 2010) coinciden en afirmar que para la Terapia Cognitivo Conductual, es necesario trabajar en áreas específicas y así considerar una evaluación completa de este tipo de trastornos:

- Frecuencia, intensidad, duración y tipo de los ataques de pánico que tienen lugar; sensaciones físicas que experimenta la persona en momentos de elevada ansiedad o pánico. Es importante descartar que el cliente presente enfermedades médicas que estén relacionadas con los ataques de pánico y

evaluar el consumo de sustancias que pueden inducir ataques de pánico por consumo o abstinencia.

- Conductas de hipervigilancia de las sensaciones corporales relacionadas con ansiedad.
- Miedo a las sensaciones físicas de ansiedad y creencias acerca de las posibles consecuencias catastróficas de las mismas.
- Preocupación sobre cuándo tendrá lugar un siguiente ataque de pánico o sobre las posibles consecuencias negativas del mismo.
- Visualización de imágenes en las que la persona se ve a sí misma experimentando un ataque de pánico en cierta situación futura o repite una escena en la que tuvo lugar un ataque (ensayos encubiertos).
- Evitación de situaciones relacionadas con ansiedad (ejemplo, metro, autobús, centros comerciales, etc.) y de situaciones que pueden producir sensaciones físicas temidas (ejemplo, tener relaciones sexuales, correr para coger el transporte público, tomar café o té, etc.).
- Conductas de seguridad y de distracción ante la posibilidad de pánico, incluyendo las conductas de escape activas y el consumo de fármacos, y conductas de comprobación del propio estado de salud y petición de ayuda a familiares/conocidos tras los ataques.
- Consecuencias del problema en diversas áreas de la vida de la persona, como el área social, familiar o laboral.

- Además de las anteriores áreas, es imprescindible evaluar si la persona presenta, además, algún otro problema psicológico actualmente o si lo ha presentado en el pasado.

Así mismo los instrumentos que se utilizan en la Terapia Cognitivo Conductual, para realizar una evaluación completa son los siguientes:

- Entrevista
- Observación y auto-observación (con auto-registro). Cuando el psicólogo pueda hacerlo, observará directamente algunos aspectos de la conducta problema y, por otra parte, pedirá al cliente que observe y tome nota de su propio comportamiento.
- Autoinforme. Dentro de éstos, se pueden destacar por su amplia utilización clínica: Inventario de Movilidad para la Agorafobia para evaluar la evitación de situaciones y lugares., Cuestionario de Sensaciones Corporales para evaluar el miedo a diversas sensaciones corporales. Cuestionario de Cogniciones Agorafóbicas para evaluar los pensamientos catastróficos sobre las consecuencias de las sensaciones físicas de ansiedad, todas elaboradas por Chambless en 1985.

Las técnicas en este tipo de trastornos se basa en su mayoría de corte Conductual y Cognitivo – Conductual y se enumera a continuación:

- Respiración controlada: para ayudar a controlar la sobrerrespiración que suele producirse en situaciones de elevada ansiedad y las sensaciones desagradables asociadas. Además, se emplea para reducir la elevada activación fisiológica y afrontar las tareas de exposición. Mediante esta técnica la persona aprende a respirar de manera abdominal y a llevar un ritmo de respiración regular y pausada.
- Relajación muscular progresiva: Esta técnica se utilizaría también con el objetivo de reducir la elevada activación fisiológica y afrontar las tareas de exposición.
- Exposición a situaciones temidas con prevención de respuesta: Esta técnica consiste en el afrontamiento, preferiblemente gradual, por parte de la persona de las situaciones que le producen miedo o ansiedad hasta sentirse tranquila en ellas y sin recurrir a las conductas típicas de evitación, escape, comprobaciones o uso de otras señales de seguridad.
- Exposición interoceptiva con prevención de respuesta (exposición a sensaciones temidas): con el objetivo de que estas señales corporales dejen de provocar respuestas de ansiedad y miedo (Respuesta Condicionada) y dejen de funcionar como señales (Estímulo Discriminativo) para la puesta en marcha de conductas de evitación, escape, uso de otras señales de seguridad, etc. El procedimiento consiste en que la evaluada se enfrenta a las propias sensaciones corporales temidas, provocadas con ejercicios específicos o mediante la realización de actividades cotidianas que dan lugar a ellas.

- **Educación sobre la ansiedad:** Es importante que la evaluada, conozca acerca del valor de la ansiedad para la supervivencia, sobre las bases fisiológicas de las sensaciones experimentadas, sobre las circunstancias que pueden producir estas sensaciones y sobre las falsas atribuciones de estas sensaciones.
- **Reestructuración cognitiva:** Esta técnica consiste en cuestionar las cogniciones/verbalizaciones inadecuadas o desadaptativas, de modo que sean sustituidas por otras que generen emociones y conductas más adaptativas para la persona. El elemento terapéutico central de la reestructuración cognitiva es el debate de las cogniciones inadecuadas con el cliente, el cual se complementa con la práctica de estos debates por su parte fuera de consulta y, especialmente, con la realización de experimentos conductuales para comprobar si es cierto lo que se piensa.

▪ **Tratamiento**

El tratamiento individual del trastorno de pánico y agorafobia puede ser exclusivamente psicológico, exclusivamente farmacológico o combinado, es decir psicológico y farmacológico.

A. Tratamiento psicológico:

Los tratamientos más actuales y de mayor eficacia, aplicables para este tipo de trastornos (T. pánico y agorafobia) pueden distinguirse en dos

tipos de intervenciones: exposición en vivo(EV) y/o autoexposición en vivo (AEV) a las situaciones temidas, y la terapia cognitivo-conductual(TCC). El componente básico en la intervención de la Agorafobia, aunque no necesario en todos los casos, es la exposición a las situaciones y/o sensaciones temidas, ya sea combinada con AEV o limitada sólo a esta última. Sin embargo, su eficacia es insuficiente, por lo que se ha investigado su combinación con otras técnicas para lograr mejores resultados. (Bados, 2015).

Existe un protocolo que se desarrolló en el Centro para el estrés y desórdenes de ansiedad por Craske, Rapee y Barlow en el año de 1988 y se encuentra disponible como un detallado manual de tratamiento (Barlow y Craske, 1989). En los protocolos de investigación, el tratamiento normalmente se lleva a cabo en 11 sesiones individuales de una hora, aunque también se ha realizado en formato de grupo. Las sesiones se programan una vez a la semana, aunque también es posible que sea de forma diaria. El objetivo del protocolo de tratamiento consiste en influir directamente sobre el aspecto cognitivo, de interpretación errónea, de la ansiedad y los ataques de pánico, sobre la respuesta de hiperventilación y sobre las reacciones condicionadas a las señales físicas. Esto se hace, primero, proporcionando información precisa sobre la naturaleza de los aspectos fisiológicos de la respuesta de lucha/huida. En segundo lugar, se enseñan técnicas específicas para modificar las

cogniciones, incluyendo la identificación y el cuestionamiento de las ideas erróneas. Luego, se proporciona información específica sobre los efectos de la hiperventilación y su papel en los ataques de pánico con una amplia práctica del reentrenamiento de la respiración. Finalmente, se lleva a cabo la exposición repetida a las señales internas temidas con el objetivo de “descondicionar” las reacciones de miedo.

B. Tratamiento farmacológico:

Los principales fármacos que se utilizan en los casos de trastorno de pánico y la agorafobia son los antidepresivos, los ansiolíticos y en último lugar el grupo de los hipnóticos: Antidepresivos (Amitriptilina (nobritol), Imipramina (tofranil), entre otros.), ISRS (Inhibidores de la recaptación de serotonina) como: Fluvoxamina (Dumirox), Fluoxetina (Prozac), entre otras. Dentro los ansiolíticos más conocidos tenemos: Diacepam (aneurol), alprazolam (trankimacin).

C. Tratamiento combinado

Es el tratamiento compuesto conjuntamente por intervenciones psicológicas y farmacológicas. Para que se pueda hablar de tratamiento hay que considerar el efecto interactivo de ambos tipos de intervenciones y no el meramente aditivo. Por lo tanto, además de la comunicación interprofesional, el psicoterapeuta tendrá que contribuir apoyando a la intervención farmacológica y el médico o psiquiatra apoyara la

intervención psicológica. (Goñi, 2014, p.75). Para cuando el paciente note un alivio significativo de sus síntomas debido a la medicación, ya debe tener las suficientes competencias terapéuticas y empezar a aplicarlas, y entonces se debe iniciar la retirada gradual del fármaco.

D. Tratamientos de autoayuda

Las alternativas más utilizadas en este tipo de tratamiento son las de la bibliotecaria y las de ayuda a través de programas on-line.

▪ Terapia Cognitivo Conductual

- Fundamentos Teóricos

La Terapia Cognitivo Conductual es una forma de entender cómo pensamos acerca de uno mismo, de los demás y del mundo que nos rodea, y cómo este pensamiento influye negativamente sobre nuestras emociones y conducta. Así mismo se centra en problemas y dificultades del "aquí y ahora", en lugar de centrarse en las causas de la angustia o síntomas en el pasado, es así que Beck (citado en Pérez, s.f.) afirma. "La terapia cognitiva, es un procedimiento activo, directivo y estructurado y de tiempo limitado que se utiliza fundamentalmente para tratar diversas patologías" como son la ansiedad, fobias, problemas referentes al dolor y la depresión.

Según Rogers, la terapia cognitivo conductual observa al ser humano y su comportamiento, partiendo del pensamiento desde una perspectiva científica y asimismo maneja el interior del ser humano para hacer más completo su análisis, objetivo y su planteamiento. Dicha terapia lleva al paciente a descubrir otras posibilidades de solución, siendo esta un trabajo terapéutico directivo, ya que amplía un mundo de perspectivas a partir de las cuales puede enfocar aquello que provoca conflicto, llevando al paciente a encontrar por él mismo lo que los teóricos denominan pensamientos irracionales, realizando así una reestructuración cognitiva, lo que promoverá en el paciente una mejor adaptación a su ambiente. Es precisamente el pensamiento irracional o distorsionado el que lleva de alguna manera a la actuación del mismo. Pérez (s.f.).

- Surgimiento de la terapia cognitivo-conductual

La Psicoterapia Cognitivo-Conductual surgió a partir del Psicoanálisis y del Conductismo. Los principales exponentes de la Psicoterapia Cognitiva, originalmente venían del Psicoanálisis, entre ellos Ellis y Beck, como se sabe, ambos se alejaron de esa escuela por considerar que la misma no aportaba evidencia empírica relevante ni resultados favorables en el trabajo clínico. Por esta razón la Psicoterapia Cognitiva puso un acento especial en la comprobación, validación e investigación de sus teorías y fundamentalmente de su práctica. Ellis desarrolló lo que se conoce como la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) en donde todos los componentes eran tomados

en cuenta, lo revolucionario de su aporte fue la actitud del terapeuta que para él debía ser activa y directiva, sustituyó la clásica escucha pasiva por un diálogo con el paciente, en donde se debatía y se cuestionaba sus pensamientos distorsionados que se creía eran los determinantes de sus síntomas. Pérez (s.f.). Por otro lado, Beck en el 2006 con su “Terapia Cognitiva de la Depresión”, desarrolla lo que posteriormente se transformaría en una de las psicoterapias más eficaces para el tratamiento de la Depresión (Camacho, 2003). La otra línea de desarrollo que conformó los orígenes de la Terapia Cognitivo Conductual corresponde a los autores que provenían del Conductismo y viendo las limitaciones del mismo comenzaron a incorporar y ampliar sus concepciones, entre ellos los más destacados fueron Bandura, Meichenbaum y Lazarus.

Para Beck (2006) el objetivo de la terapia cognitiva-conductual es poder delimitar y poner a prueba las creencias falsas y los supuestos desadaptativos. El método consiste en experiencias de aprendizaje específico dirigido a enseñar a los pacientes las siguientes operaciones: Control de los pensamientos automáticos negativos; identificación de la relación entre cognición, afecto y conducta; examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados; sustitución de cogniciones desviadas por interpretaciones realistas; aprender a identificar las creencias falsas.

- Modelo cognitivo para el pánico

El constructo central de la teoría cognitiva de los trastornos de ansiedad es el concepto de esquema. Por lo cual los esquemas desadaptativos del paciente ansioso son interpretados como amenazas percibidas, físicas o psicológicas. Los individuos que padecen de crisis de ansiedad en su gran mayoría no reconocen sus bases cognitivas; sin embargo la cognición desempeña una función mediadora tal como: situación provocadora – pensamiento/valoración ansiosa – sentimientos de ansiedad. Los individuos suelen creer que son las situaciones las responsables de su malestar. De acuerdo a todo esto no son las situaciones lo que determina el nivel de ansiedad sino el modo en modo en el que se valora o evalúa la situación.

El ataque de pánico según Ato es “como un disparo erróneo del sistema de miedo” así mismo, plantea que una vulnerabilidad psicológica explica el desarrollo de la aprensión ansiosa sobre la recurrencia del pánico, que, a su vez conduce a la aparición del trastorno de pánico” (p. 237). La vulnerabilidad psicológica se puede interpretar como un conglomerado de creencias con contenido de peligro sobre los síntomas del trastorno. Estas creencias surgen a partir de distintas experiencias vitales (síntomas corporales). Se desarrollan asociaciones de miedo, condicionadas clásicamente, con distintos aspectos del contexto en el que ocurrió el ataque de pánico, incluyendo los alrededores de la situación y los síntomas de activación. El condicionamiento interoceptivo es una forma de condicionamiento que es relativamente resistente a la extinción y no consiente.

Es decir, las respuestas de temor condicionadas interoceptivamente no dependen del conocimiento consciente sobre los estímulos desencadenantes. Para este modelo de explicación parece ser que los ataques de pánico no son provocados por un estímulo a que ocurren de repente, ya que son desencadenados por alteraciones sutiles e inofensivas fisiológicamente, sobre el que el sujeto no es totalmente consciente.

En relación a las evaluaciones cognitivas erróneas del peligro (miedo a morir o perder el control) incrementen la activación de miedo, que a su vez intensifica las señales de temor; en efecto se mantiene un ciclo vicioso de “miedo al miedo” (miedo a las sensaciones fisiológicas). Definitivamente el trastorno de pánico se considera básicamente una fobia a los estímulos corporales. Para Aguado (2009) “menciona que el modelo cognitivo - conductual tiene como idea central que los trastornos emocionales, tales como los trastornos de ansiedad, surgen a partir de como el individuo interpreta determinados hechos que le suceden, generando expectativas en función a éstos” (p. 115). Los sujetos que padecen trastornos de ansiedad están sobreestimando sistemáticamente el peligro inherente a una situación dada. Esta sobreestimación activa de forma automática el llamado programa de ansiedad, el cual consiste, en un conjunto de respuestas heredadas y que nos protegen del peligro. Siendo el problema principal la sensación de vulnerabilidad, percibiéndola como la percepción de sí mismo que tiene éste como sujeto sometido a peligros internos y externos ante los que no puede ejercer ningún control.

- Principios:

En cuanto a los principios de la terapia cognitiva – conductual, Mahoney

(1977) señala lo siguiente:

1. El organismo humano responde a las representaciones cognitivas del medio y no al medio propiamente dicho.
2. Las representaciones cognitivas están relacionadas con los procesos del aprendizaje.
3. La mayor parte del aprendizaje humano se comunica cognitivamente.
4. Los pensamientos, sentimientos y conductas son causalmente interactivos (p. 125)

Así pues, la Terapia Cognitiva-Conductual es una de las teorías que plantea su propio modelo terapéutico y tiene como principio fundamental la resolución de los problemas actuales y con ello atenuar los síntomas mediante la intervención de cogniciones para poder modificar comportamientos. Es así que la TCC empieza a tener auge hasta nuestros días en cuanto a terapias psicológicas se trata, no solo por sus avances conceptuales que redefinen a la cognición y el estudio de las problemáticas psicológicas. (Yapko, 2006).

III. Método

3.1 Tipo de Investigación

Desde el punto de vista metodológico es una investigación de tipo Aplicada, es decir que utiliza los conocimientos en la práctica, para aplicarlos, en la mayoría de los casos, en provecho de la sociedad. (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

- **Diseño**

Es un diseño experimental de N=1 llamado también diseño experimental de caso único, diseño de un sujeto, diseño conductual, entre otras denominaciones. Para Ato y Vallejo (2007) los diseños de N=1 son diseños en los que una misma unidad de observación (sujeto, paciente, participante, organismo o cualquier otra entidad) se mide repetidamente a lo largo del tiempo bajo todos los niveles de, al menos, una variable independiente (p. 546).

Arnau (1995) refiere que los diseños de N=1 sirven para estudiar los efectos de las variables de tratamiento o intervención sobre la conducta (objeto de estudio) de individuos o grupos de individuos (p.180).

Según el tipo de diseño de caso único, se trabaja con el diseño Univariable Multicondicional (ABA) Análisis Conductual Aplicado o sus siglas en inglés "Applied Behavior Analysis". En este enfoque, el investigador obtiene una gran cantidad de datos de uno o varios sujetos bajo condiciones tanto de ausencia como de presencia de tratamiento. (Gentile, Roden y Klein, 1972). Mediante la aplicación de los diseños experimentales de sujeto único, se pretende evaluar el posible efecto de una

intervención o tratamiento sobre la conducta o variable de respuesta que se estudia. Es un diseño de reversión porque el tratamiento se introduce y, posteriormente, se retira. Esta tercera fase (fase de línea base postratamiento o segunda Fase A) le hace ganar validez interna respecto al diseño A-B. Los cambios se deben al efecto del tratamiento si después de introducirlo se produce un cambio en la medida de la Variable Dependiente, respecto a la línea base y, al retirarlo, se da un nuevo cambio.

3.2 Ámbito temporal y espacial

La técnica cognitivo conductual se aplicó a una mujer de 34 años de edad, natural de Lima, en un consultorio privado. El tratamiento tuvo una duración de 20 semanas.

3.3 Variables

- **Variable Dependiente:**

La variable dependiente es el trastorno de pánico y agorafobia, debido a que según Hernández Sampiere y cols. (2002), esta variable no se va a manipular, sino que se mide para ver el efecto que la manipulación de la variable independiente tiene en ella.

Definición Conceptual

El trastorno de pánico se caracteriza por periodos concretos de intenso miedo y malestar, acompañados de, al menos, cuatro síntomas de ansiedad físicos o psicológicos y la Agorafobia se caracteriza por miedo a sitios o situaciones de las que resulta difícil escapar o recibir ayuda, en caso de sufrir un ataque de pánico.

Situaciones típicas son alejarse de casa, estar en un cine o utilizar un transporte público.

Definición Operacional

El trastorno de pánico se refiere al miedo y ansiedad intensa que experimenta la evaluada al alejarse de casa a más de 100 m aproximadamente, estas conductas son acompañadas de sensaciones fisiológicas como taquicardia, temblor de piernas, sensación de falta de aire, entre otros y pensamientos catastróficos como: “me va a dar algo”, “me voy a desmayar en medio de la pista”, que impide finalmente que se quede en casa o realice sus actividades cotidianas.

La Agorafobia se refiere al miedo intenso que manifiesta la evaluada cuando está sola en casa o alrededor de personas que no le garanticen que la auxiliarán si sufre un ataque de pánico, estas conductas se acompañan de pensamientos anticipatorios como: “si me pasa algo, nadie va a poder cargarme solo mi esposo”, además de sensaciones fisiológicas como: taquicardia, quemazón en los brazos, pecho y espalda y sensación de falta de aire, llama insistentemente a su esposo o familiares de su confianza para que regresen rápidamente a hacerle compañía y si está dentro de un taxi o combi, se regresa a casa sin llegar a su destino.

Los instrumentos a utilizar son los siguientes:

- Cuestionario de Personalidad de Eysenck (2000)
- Registro de Opiniones “forma A”
- Cuestionario Multiaxial Millón II

- Cuestionario de Personalidad de Eysenck (2000)

Según Eysenck, citado por Anicama, (1974), considera al individuo alto en neuroticismo como una persona con un tipo de sistema nervioso lábil y sobre activo, una persona que reacciona demasiado intensamente y demasiado persistentemente ante los estímulos externos. Por lo tanto, se muestran conductualmente tensos, ansiosos, inseguros y tienden a mostrar trastornos psicósomáticos. Por lo tanto este tipo de personas desarrollan trastornos de ansiedad dentro de los cuales se encuentra el trastorno de pánico y agorafobia.

Dicho instrumento contiene 78 ítems que consta de tres escalas principales que miden las dimensiones básicas de la personalidad y una cuarta escala de mentira que se emplea como un procedimiento de control, a fin de detectar si el individuo intenta falsear sus respuestas.

- **Dimensión Introversión – Extraversión (E)** 20 ítems
- **Dimensión Neuroticismo - Estabilidad emocional (N)** 20 ítems
- **Dimensión Psicoticismo - Ajuste conductual (P)** 20 ítems
- **Escala de mentira (M)** 18 ítems

- Registro de Opiniones “forma A”

Los pacientes con trastorno de pánico y agorafobia tienen pensamientos irracionales, los cuales escapan de la realidad, son catastróficos y generan emociones negativas en ellos, contribuyendo de esta manera al mantenimiento del trastorno, al respecto Ellis afirma que las creencias tienen que ser identificadas y reestructuradas porque causan malestar emocional, según el modelo ABCDE que planteó.

Dicho instrumento consta de 6 escalas y 4 categorías: **A:** Es necesario ser querido y aprobado por todas las personas significativas para uno., **B:** Debemos ser absolutamente competentes, inteligentes y eficaces en todos los aspectos posibles, **C:** Ciertos actos no solo son malos sino que son condenables o viles, y la gente que los realiza debería ser avergonzada y castigada, **D:** Es terrible y catastrófico que las cosas y la gente no sean como a uno le gustaría que fueran, **E:** La infelicidad humana es causada por los hechos externos, no es impuesta por la gente y los acontecimientos, **F:** Si algo afecta fuertemente en alguna ocasión nuestra vida, siempre seguirá afectando. Se presenta 4 tipos de categoría según la creencia irracional o escala: **Racional, Tendencia Racional, Tendencia Irracional e Irracional.**

- Cuestionario Multiaxial Millón II

Millon plantea en su teoría que los estilos de personalidad reflejan características permanentes del funcionamiento del paciente, y de esta manera tienden a perpetuarse y agravar las dificultades cotidianas, ya que actúan de una manera automatizada y con frecuencia son conscientes de las consecuencias destructivas de su naturaleza y personalidad. Dentro de las patologías moderadas de la personalidad se encuentra el tipo fóbico y dentro de los síndromes clínicos, la ansiedad, tipología características de los pacientes que sufren de trastorno de pánico y agorafobia. Dicho instrumentos consta de 175 ítems y 4 escalas: **Patología Moderada de la Personalidad, Patología Severa de la Personalidad, Síndromes Clínicos, Síndromes Clínicos Severos**

Se analizan las escalas teniendo como base, los siguientes indicadores:

Indicador Elevado (> 85), Indicador Moderado (75 – 84), Indicador Sugestivo (60 – 74), Indicador Bajo (35 – 59), Indicador Nulo (0 – 34).
Se correlacionan las Escalas que han obtenido un Indicador Elevado y Moderado, según el caso individual.

- **Variable Independiente:**

La variable independiente es el tratamiento Cognitivo Conductual para el trastorno de pánico y agorafobia. La variable independiente es llamada también *tratamiento experimental o estímulo experimental*, pues el grupo experimental, recibe el

tratamiento o se le expone a la variable independiente. (Hernández Sampiere y cols. 2002).

Definición Conceptual

El tratamiento Cognitivo Conductual para el trastorno de pánico y agorafobia, consta de 20 sesiones, que pretende trabajar a nivel afectivo, cognitivo y fisiológico, para disminuir los síntomas del trastorno de pánico y agorafobia.

Definición Operacional

Intervenciones del Tratamiento cognitivo conductual para el trastorno de pánico y agorafobia. El procedimiento se divide en cuatro aspectos que se aplicará a la paciente en sesiones estructuradas:

- Psicoeducación
- Desensibilización sistemática
- Reestructuración cognitiva
- Exposición interoceptiva con prevención de respuesta

3.4 Población y muestra

Se trató de un estudio de caso único (N=1) de una mujer natural de Lima, de 34 años de edad, casada, con una hija de 6 años, sin tratamiento psicológico.

3.5 Instrumentos

- Cuestionario de Personalidad de Eysenck

El Cuestionario de Personalidad de Eysenck (2000), fue traducido, adaptado y estandarizado en Perú por Lic. E. Dany Araujo en el 2000, consta de tres escalas principales que miden las dimensiones básicas de la personalidad y una cuarta escala de mentira que se emplea como un procedimiento de control, a fin de detectar si el individuo intenta falsear sus respuestas. Contiene en total 78 ítems.

- **Dimensión Introversión – Extraversión (E)** 20 ítems
- **Dimensión Neuroticismo - Estabilidad emocional (N)** 20 ítems
- **Dimensión Psicoticismo - Ajuste conductual (P)** 20 ítems
- **Escala de mentira (M)** 18 ítems)

En el siguiente cuadro se muestran las puntuaciones percentilares del cuestionario:

Percentiles	Extraversión	Neuroticismo	Psicoticismo
75-100	Extraversión	Neuroticismo	Psicoticismo
50-75	Tendencia a la extraversión	Tendencia al Neuroticismo	Tendencia al psicoticismo
25-50	Tendencia a la introversión	Tendencia a la Estabilidad Emocional	Tendencia a ajuste conductual
0-25	Introversión	Estabilidad Emocional	Ajuste conductual

Figura 2. Puntuaciones Percentilares del Cuestionario de personalidad de Eysenck (2000)

- Registro de Opiniones “forma A”

El registro de opiniones forma A, tiene como objetivo poner de manifiesto las ideas irracionales particulares que contribuyen, de forma encubierta, a crear y mantener el estrés y la infelicidad. Es una versión modificada en el 2009, por Percy Guzmán, Psicólogo Peruano del Hospital Nacional Hipólito Unanue, quien valida el registro de opiniones para el contexto peruano, reduciéndolo a 6 creencias irracionales, con 65 ítems. Consta de 6 escalas y se presenta 4 tipos de categoría según la creencia irracional o escala: **Racional, Tendencia Racional, Tendencia Irracional e Irracional**. Las puntuaciones se describen en el siguiente cuadro:

Escala	CREENCIA IRRACIONAL	Racional	Tendencia Racional	Tendencia Irracional	Irracional
A	Es necesario ser querido y aprobado por todas las personas significativas para uno.	0-3	4	5	6-10
B	Debemos ser absolutamente competentes, inteligentes y eficaces en todos los aspectos posibles.	0-2	3-4	5	6-10
C	Ciertos actos no solo son malos sino que son condenables o viles, y la gente que los realiza debería ser avergonzada y castigada.	0-2	3	4	5-10
D	Es terrible y catastrófico que las cosas y la gente no sean como a uno le gustaría que fueran.	0-2	3	4	5-10
E	La infelicidad humana es causada por los hechos externos, no es impuesta por la gente y los acontecimientos.	0-1	2-3	4	5-10
F	Si algo afecto fuertemente en alguna ocasión nuestra vida, siempre seguirá afectando.	0-2	3	4	5-10

Figura 3. Categoría según creencia irracional o escala

En cuanto a la calificación, la consistencia de las respuestas, se lleva a cabo al comparar las respuestas de los ítems (61, 62, 63, 64 y 65) con las respuestas de los ítems (2, 12, 17, 38 y 53), respectivamente. En principio se considera inconsistente que las respuestas a ambos ítems sean iguales, ya que semánticamente son antónimos. Se calcula de manera total de inconsistencias, marcando la suma de ellas:

- Si la suma va de 0 a 2 la prueba es consistente
- Si la suma es de 3 la prueba es regular
- Si la suma es de 4 a 5 la prueba se inválida. Se establece un límite de 3 inconsistencias sobre un máximo de 5 para considerar válido el protocolo. Pues de otra manera la prueba no tiene validez.

En cuanto a la Confiabilidad, la prueba fue aplicada en una muestra piloto de 276 adolescentes de ambos sexos, de 14 a 18 años, de la jurisdicción de Lima-Este. Pertenecientes a una extracción social media-baja y baja (sectores C y D) y con un grado de instrucción fluctuante entre 3ro y 5to de secundaria. Se encontró un alfa de Crombach de 0.61, que se considera aceptable para medir variables de esta naturaleza y para su empleo en investigaciones sustantivas. En cuanto a la Validez, se estableció la validez de contenido a través del criterio de 6 jueces, especialista reconocidos y de experiencia en el uso de la Terapia Racional Emotiva; determinando un Coeficiente V de Aiken, para las 6 sub escalas fluctuantes entre 0.92 y 0.98, y para la prueba completa de 0.95. Este resultado nos permite afirmar que para los jueces consultados los ítems propuestos son consistentes y corresponde a la variable que se pretende medir (creencias irracionales).

▪ **Cuestionario Multiaxial Millón II**

Fue creado por Theodore Millon, es un instrumento diagnóstico, que consta de 175 ítems, consonante con un formato nosológico y una terminología conceptual de un sistema oficial. Cada una de las escalas ha sido construida como medida operacional de

un síndrome derivado de una teoría de personalidad y psicopatología. La prueba mide estas variables directamente y de modo cuantificable.

Consta de 4 escalas:

- Patología Moderada de la Personalidad:

- Escala 1: Esquizoide, Orientación pasiva-retraída.
- Escala 2: Fóbica (evitativa).
- Escala 3: Dependiente (sumisa).
- Escala 4: Histriónica. Orientación activa-dependiente.
- Escala 5: Narcisista. Orientación pasivo-independiente.
- Escala 6 A: Antisocial. Orientación activa-independiente.
- Escala 6 B: Agresivo-sádica. Orientación activo discordante.
- Escala 7: Compulsiva. Orientación pasiva-ambivalente.
- Escala 8 A: Pasivo-agresiva. Orientación activa-ambivalente.
- Escala 8 B: Autodestructiva (masoquista). Orientación pasivo –discordante.

- Patología Severa de la Personalidad:

- Escala S: Esquizotípica.
- Escala C: Limite (Bordeline).
- Escala P: Paranoide.

- Síndromes Clínicos:

- Escala A: Ansiedad
- Escala H: Histeriforme (tipo somatoforme).
- Escala D: neurosis depresiva (Distimia)
- Escala B: Abuso de alcohol.
- Escala T: Abuso de drogas.

- Síndromes Clínicos Severos:

- Escala SS: Pensamiento sicótico.
- Escala CC: Depresión mayor.
- Escala PP: Trastorno delirante.

En cuanto a la calificación es computarizada, se analizan las Escalas de validez:

V: Validez; ítems de apariencia extraña o altamente improbables:

Puntaje: >1 resultados inválidos..... Detener la calificación

Si es 1 validez cuestionable..... Puede continuar la calificación

Si es 0 válidosContinuar la calificación

X: Sinceridad; si el paciente se inclina a ser franco y sincero o por el contrario reticente y reservado:

“X” entre 145 y 590 Continuar con la Calificación

“X” >145 ó >590 Detener la Calificación

Y: Deseabilidad Social; identifica el grado con que los resultados pueden encontrarse afectados por la inclinación de los pacientes a mostrarse socialmente atractivos, moralmente virtuosos o emocionalmente ajustados.

>75Tendencia del sujeto a presentarse de forma favorable o con personalidad atrayente. Mientras más alto.....Sujeto trata de disimular sus aspectos psicológicos o dificultades personales.

Z: Autodescalificación;

>75 Inclinaciones a despreciarse o desvalorizarse intentando mostrar más trastornos emocionales y dificultades personales.

Se analizan las escalas teniendo como base, los siguientes indicadores:

Indicador Elevado	>85
Indicador Moderado	75 - 84
Indicador Sugestivo	60 - 74
Indicador Bajo	35 - 59
Indicador Nulo	0 – 34

Se correlacionan las Escalas que han obtenido un Indicador Elevado y Moderado, según el caso individual.

▪ **Informe integrado de los instrumentos aplicados**

- **Datos de Filiación**

- Nombres y Apellidos : Samantha
- Edad : 33 años
- Fecha de evaluación : 16/04/2017
- Terapeuta : Silvia Sanchez
- Fecha de informe : 30/05/2017

- **Motivo de Consulta**

Evaluación

- **Técnicas e Instrumentos Aplicados**

- Entrevista y observación
- Cuestionario de Personalidad de Eysenck (2000)
- Registro de Opiniones “forma A”
- Cuestionario Multiaxial Millón II

Interpretación:

Samantha frecuentemente evita situaciones cotidianas que le provocan miedo y ansiedad como salir sola de casa para llevar a su hija al colegio, ir a comprar al mercado, quedarse sola en casa, hacer colas largas, ir a reuniones, entre otras, en algunas ocasiones sus familiares refuerzan su conducta, ya sea acompañándola, haciendo las cosas por ella o cediendo ante sus pedidos de llegar rápido a casa cuando se siente mal, incluso evita comer alimentos que puedan producirle tos y por lo tanto le provoquen un atragantamiento, o emite conductas de seguridad, llevando una botella de agua siempre que sale por si experimenta resequedad de garganta y esta le provoque un atragantamiento, a pesar que muchas veces no lo toma, pero refiere sentirse segura teniéndolo a la mano; también lleva consigo su agua de azahar o toma 2 cucharadas antes de salir para disminuir la ansiedad al salir de casa, así mismo se encuentra permanentemente en guardia ante los mínimos síntomas de la crisis o se anticipa a ellos, expresándose: “me va a dar algo”, “me voy a sentir mal”, “no voy a poder”, usualmente se lamenta porque nadie la entiende o se compadece de ella y su “enfermedad”, se frustra fácilmente y se pone a llorar cuando no logra salir más allá de su casa. Con frecuencia se anticipa a las situaciones interpretándolas de manera negativa, lo cual propicia que se desencadene la crisis de pánico, es así que cuando su esposo demora en llegar del trabajo o su mamá o su hija demoran en llegar a casa, ella se muestra intranquila, tensa y se echa a llorar porque interpreta inmediatamente que les ha pasado algo malo o han sufrido algún accidente.

Cuando siente algún dolor inmediatamente piensa que puede sufrir alguna enfermedad o la pone a la expectativa de sufrir algún síntoma de la crisis de pánico y de esta manera le resulta difícil mantener la calma, respira rápidamente y suele huir o escapar de la situación ansiógena. El estado de constante ansiedad se explica biológicamente porque su actividad cortical funciona como un sistema nervioso central lábil, es decir que presenta un umbral bajo que la hace sensible al estrés, es por ello que su desenvolvimiento personal está inmerso en respuestas de ansiedad, tensión indecisión e inquietud, lo cual la condiciona a desarrollar el trastorno de pánico que presenta actualmente, emitiendo constantemente conductas de evitación.

Suele intervenir en discusiones y riñas interminables ya que vacilan entre la deferencia y la obediencia; entre el desafío y negativismo agresivo, su comportamiento muestra un patrón de terquedad y enfado explosivo entremezclado con periodos de culpabilidad y vergüenza. Cuando sus hermanos le increpan sobre el mal comportamiento de su hija, ella se molesta y les grita que no se metan en su vida y que no es asunto de ellos. Así mismo cuando su esposo llega unos minutos tarde a casa, ella le grita y le da de manotazos diciéndole “ya te has ido a putear”; en su actual trabajo si alguien le increpa algo ella reacciona y contesta inmediatamente sin darse cuenta a quien le responde, o lo que dice puede ser ofensivo para la otra persona, es decir “actúa luego piensa”, es así que la han despedido en dos oportunidades de su actual trabajo por discutir con la pareja del gerente, luego se arrepiente y pide perdón por considerar que se excedió. Cuando no logra realizar algún objetivo que se traza

en el aspecto laboral o personal, se frustra y se paraliza abandonando su objetivo, se echa a llorar y repite frases como: “no puedo”, como por ejemplo en su trabajo cuando no alcanza los suficientes clientes para poder sacar un dinero extra o cuando no llega al lugar que quiere ir (farmacia, librería, mercado, colegio de su hija) y se regresa a su casa, tiende a reaccionar impulsivamente, sobre todo si alguien hace o dice lo contrario a lo que ella desea o piensa, o le hacen saber de algún defecto, ya que primero “actúa luego piensa”, es así que se muestra en algunas ocasiones agresiva verbalmente y otras físicamente. Así mismo se lamenta constantemente de sufrir crisis de pánico y que nadie la comprende, en algunas ocasiones piensa o le dice a su esposo que mejor sería morir y acabaría todo, pero luego reacciona y piensa: “soy tan cobarde que no lo haría”. Se queja de las deudas que tiene y que el sueldo que recibe solo es para pagar y apenas para comer; sin embargo hace uso de sus tarjetas de crédito cuando se queda sin dinero o pide préstamos para salvar su situación.

Pugna entre seguir los esfuerzos ofrecidos por los demás y los deseados por ella misma, estudió más de 5 carreras técnicas a insistencia de su mamá y su hermana los cuales no culminó ninguno por encontrar algún defecto a cada carrera, a pesar de ello se interesa bastante en cumplir con las metas de la empresa y conseguir las ventas que le trae beneficios económicos, es por ello que si parte del equipo de trabajo falla o no va al ritmo de ella, se molesta y exige que vayan a la par con ella, pues considera que interfiere en la consecución de sus metas.

Presenta características de personalidad con tendencia a la introversión, que se explica por evitar con frecuencia lugares concurridos como reuniones sociales, aglomeraciones, o lugares donde sea difícil escapar o desconocido para ella, por el temor de desencadenar una crisis, sin embargo presenta características sociables, se relaciona con sus pares de su edad y mayores que ella, es muy amigable y conversadora.

Es poco activa, experimenta desgano y apatía lo que le dificulta realizar sus quehaceres diarios, y que en ocasiones permanezca en cama durmiendo o viendo televisión; refiere estar la mayor parte de tiempo cansada y desmotivada y en casa solo hace lo necesario ya que refiere que nunca le han obligado a hacer los quehaceres, además que la mayor parte del tiempo, “se siente mal”. Muestra poca responsabilidad en los quehaceres del hogar, sin embargo es respetuosa de la reglas y de la autoridad, se muestra responsable en el cumplimiento de las labores de su trabajo y suele ser afectuosa y colaboradora sobre todo con su madre y su hija; así mismo es sensible al dolor ajeno, se conmueve al ver a las madres que trabajan con sus hijos en las calles hasta altas horas de la noche.

Respecto a sus esquemas de pensamiento evidencia frustración cuando las cosas no sale como las planea, como cuando no alcanza sus objetivos de venta o de número de clientes en el trabajo; se molesta y se echa a llorar cuando sus familiares y esposo no se compadecen de ella o no le hacen caso cuando ella les dice que se siente mal, manteniendo la forma de pensar “las personas y las

cosas deberían ser como yo quiero”; dicho esquema le permite expresar su cólera y en algunas ocasiones es agresiva verbalmente o físicamente; tiene arraigado el concepto de revanchismo sobre todo si se trata de una persona significativa para ella, es así que experimenta sentimientos de impotencia y cólera hacia su padre, evita hablar con él y las veces que lo hace se muestra cortante e indiferente porque engañó a su mamá, viviendo una vida paralela con otra pareja, pues considera que si alguien cometió una falta, debería pagar por ello; así mismo considera que si algo afectó fuertemente alguna vez su vida, siempre seguirá afectándola. Tiene muy en claro que debe ser absolutamente competente, inteligente y eficaz en todos los aspectos posibles de su vida, es por ello que se muestra exigente en su trabajo procurando ganar los mayores clientes posibles, se esfuerza por mantener una cartera de clientes fija, si no lo consigue experimenta ansiedad, cólera y frustración que la paraliza y bloquea, constantemente se queja que la “enfermedad” (trastorno de pánico) no le permite realizar su vida normal, justificándose que no es ella si no la “enfermedad”.

Conclusiones:

- Características de personalidad con tendencia a la introversión
- Neuroticismo con sistema nervioso central lábil.
- Tendencia al adecuado ajuste a las reglas sociales y familiares.
- Estado constante de tensión o ansiedad.
- Personalidad pasivo agresiva.
- Evidencia creencias irracionales.

Recomendaciones:

- Entrenamiento en competencias personales- sociales, manteniendo las conductas sociales y familiares exhibidas.
- Programa de reestructuración cognitiva para desterrar las creencias irracionales y sustituirlas por otras más racionales.
- Programa de tratamiento Cognitivo Conductual para manejar el trastorno de pánico y agorafobia (incluye la ansiedad).

3.6 Procedimientos

El procedimiento se divide en cuatro aspectos: La psicoeducación acerca del problema, la de sensibilización sistemática frente a estímulos aversivos, la reestructuración cognitiva para disminuir las creencias irracionales y finalmente la exposición interoceptiva con prevención de respuesta para exponerla a las sensaciones temidas.

- **Evaluación**

Se evaluó con las pruebas psicológicas, autoregistros y establecimiento de la línea base de las conductas tanto de frecuencia como de intensidad.

- **Programa de tratamiento**

- A. Etapa Informativa o psicoeducación:*

Se empieza explicándole a la paciente que la ansiedad es una emoción común a todos los seres humanos, está presente durante toda la vida y como el resto de emociones cumple una función, nos prepara ante lo que podría ser peligroso y por lo tanto se activa frente a la percepción de una amenaza o peligro. Dicha conducta es aprendida a través de la asociación de estímulos, en el caso de Samantha, ésta conducta de ansiedad y temor a sufrir una crisis de pánico estando sola, lo aprendió cuando se atragantó con su saliva estando sola en casa y experimentó miedo a morir. Luego se le explica cómo se mantiene dicha conducta graficándole la Triple Relación de Contingencia, en donde el Estímulo Discriminativo (Ed) es salir de casa sola o quedarse sola en casa por el temor a experimentar una crisis de pánico y no contar con ayuda o experimentar una sensación interna (palpitaciones o dolor de

pecho); la conducta o respuesta es la de evitar salir de casa, pedir compañía para superar la crisis o interpretar de manera errónea las sensaciones internas lo cual aumenta los síntomas fisiológicos ; y éstas conductas se van a mantener a través de un Proceso de Reforzamiento Negativo, en donde el alivio que siente al evitar tales situaciones, o soportar con compañía estas situaciones, se convierte en el Estímulo Reforzador (Er).

Así mismo para complementar la explicación anterior, se diseña el círculo vicioso personalizado del pánico, basado en el Modelo cognitivo de Clark y Salkovskis, (1996) quienes consideran, el ataque de pánico como consecuencia de un círculo vicioso en el que la interpretación catastrófica de las sensaciones corporales juega un papel central. Se procede de la siguiente manera: se le pide a la evaluada que recuerde un episodio reciente de pánico (el último o el más intenso) y que describa paso a paso, como se desarrolló, tal como indican Clark y Salkovskis se puede facilitar la tarea haciendo una serie de preguntas guiadas por la secuencia: sensación – interpretación - emoción y sensaciones. Por ejemplo antes de salir de casa Samanta percibe palpitaciones, lo interpreta como un ataque al corazón y piensa: “me va a dar un infarto”, “me voy a morir”, esta interpretación le produce miedo y activa su sistema de alarma que solo se activa en situaciones de peligro, la ansiedad y el miedo que se producen incrementa los latidos de su corazón y confirman la idea de estar sufriendo un ataque al corazón y aumentan más el miedo y las sensaciones derivadas de ello, formándose así el círculo vicioso del pánico.



Figura 4. Círculo vicioso personalizado de la evaluada, basado en el modelo cognitivo de Clark y Salkovski (1996).

B. Desensibilización sistemática

La desensibilización sistemática (D.S.) consiste en 3 etapas:

- Entrenamiento en relajación (relajación progresiva de Jacobson o control de la respiración)
- Jerarquización de situaciones aversivas.
- Exposición propiamente dicha.

B 1. Entrenamiento en relajación

B.1.1 Entrenamiento en control de la respiración:

Para lograr una adecuada relajación muscular primero se entrena a la evaluada en este tipo de respiración. En primer lugar se realiza el modelado, se le pide a la evaluada que se siente cómodamente o se eche sobre el sillón reclinable en posición semisentada, luego que coloque una mano sobre *el abdomen, con el dedo meñique encima del ombligo, se le pide que inspire sin levantar los hombros y debe observar que el abdomen se eleve con cada inspiración, intentando llevar el aire hasta la parte más baja de los pulmones, y en cada espiración, el abdomen vuelve a su posición original. Cada inspiración debe ser por la nariz durante 3 segundos utilizando el diafragma, luego espirar por la nariz o por la boca durante 3 segundos y hacer una breve pausa antes de volver a inspirar. Se le explica que el fin de este tipo de respiración es para lograr la relajación y en cada espiración debe dejar escapar las tensiones.*

Una vez que ha quedado claro, se le invita a la evaluada a hacerlo sola, colocándose cómodamente, con los ojos cerrados y seguir el procedimiento explicado en líneas anteriores. Puede realizarse como mínimo 8 actos respiratorios sin superar el número de 12 actos respiratorios por minuto.

B.1.2 Relajación muscular de Jacobson:

Se entrena a la evaluada en esta técnica con el objetivo de disminuir el nivel de tensión muscular, las respuestas fisiológicas y somáticas de la ansiedad y de esta manera logre disminuir la frecuencia, duración e intensidad de la ansiedad, causada por los estímulos discriminativos previamente identificados en la lista de Jerarquización de situaciones aversivas elaborada por la paciente, con ayuda de la terapeuta.

La evaluada es entrenada en el consultorio, para lo cual se le pide que se ubique lo más cómoda posible en un sillón reclinable para proceder a la ejecución de los pasos de la Técnica de Relajación Muscular de Jacobson. Dicho entrenamiento se lleva a cabo en la segunda y tercera sesión terapéutica, al final de las cuales se realiza la grabación con la voz grabada de la terapeuta, además de la entrega de una Hoja de Registro de Relajación (**Anexo A**) asignándole la tarea de practicar en su casa la secuencia completa de relajación dos veces por día, durante seis días consecutivos, registrando dicho entrenamiento en las hojas de registro de relajación.

Después de este período de tiempo (una semana) la evaluada ya es capaz de relajarse muscularmente al escuchar la grabación hecha por la terapeuta.

B2. Jerarquización de situaciones aversivas

Se le solicita a la evaluada que escriba en una hoja, una lista llamada: Inventario de Temores, donde registra las situaciones que le crean aversión, rechazo o temor, sin tener en cuenta aún alguna jerarquía, sólo que las enumere. Seguidamente, en otra aparte, se procede a jerarquizar, con ayuda del terapeuta, las situaciones aversivas de acuerdo al nivel de ansiedad que le producen las mismas, expresadas en unidades SUD

(Unidad Subjetiva de Disturbios), unidad que es empleada como medida subjetiva de la ansiedad experimentada al momento de enfrentar la situación aversiva, empleando el sistema decimal, en donde:

SUD

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
RELAJACIÓN				ALERTA			ANSIEDAD ALTA		

Figura 5. Unidad Subjetiva de Disturbios, basada en el sistema decimal.

El grafico se explica de la siguiente manera:

- 1 representa un nivel alto de relajación (es decir, no existen signos de ansiedad)
- 5 a 7 es un nivel de alerta, donde la evaluada experimenta ansiedad que le produce ligeras perturbaciones.
- 8 es un nivel de ansiedad a partir del cual puede “bloquear” o “paralizar” a la evaluada.
- 10 indica un nivel muy alto de ansiedad (donde obviamente no existe la relajación).

De acuerdo a esta Escala de Valorización, se obtiene la siguiente lista de Jerarquización de las conductas aversivas:

CONDUCTAS AVERSIVAS	SUD
A. Subir las escaleras hasta el 3er piso.	6
B. Realizar trotes o correr 1 vuelta alrededor del parque.	6
C. Hacer ejercicios aeróbicos o baile.	7
D. Manejar bicicleta.	8
E. Caminar a paso rápido.	8
F. Desplazarse a pie hasta 50 m de su casa aproximadamente.	8
G. Desplazarse a pie al parque cercano que está a 70 m de su casa aproximadamente.	8
H. Desplazarse a pie a la librería que está a 100 m de su casa aproximadamente.	9
I. Permanecer sola en casa.	9
J. Desplazarse a pie a la farmacia que está a 120 m de su casa aproximadamente.	9
K. Desplazarse a pie al parque que está a 200 m de su casa aproximadamente.	10
L. Desplazarse a pie al mercado que está a 250 m de su casa aproximadamente.	10
M. Desplazarse a pie al colegio de su hija que queda a 200 m de su casa aproximadamente.	10
N. Desplazarse a pie para hacer compras a Plaza Veá, que está a 200 m de su casa aproximadamente.	10
O. Viajar en combi, micros o metros, sola o acompañada a distancias mayores a 1500 m. de su casa aproximadamente.	10
P. Permanecer en centros comerciales o lugares concurridos por más de media hora.	10

Figura 6. Registro de conductas aversivas según intensidad, expresadas en unidades SUD (Escala de unidades subjetivas).

B 3. Exposición propiamente dicha

B.3.1 Exposición a situaciones aversivas mediante afronte imaginal

La evaluada se ubicará cómodamente en el sillón reclinable del consultorio y se le relaja mediante la Técnica de Relajación Muscular de Jacobson, para la cual ha recibido entrenamiento previo. Inmediatamente se le pide que imagine el ítem que le produce el menor nivel de ansiedad, que en este caso corresponde a “Subir las escaleras hasta el 3er piso.” Se describe imágenes adrede, con el mayor detalle posible de las personas u objetos implicados en la situación aversiva que se quiere recrear imaginalmente. Si estas imágenes logran incrementar tanto la ansiedad, que la imagen creada se pierde, se le pide a la paciente que se vuelva a relajar y cuando lo haya logrado, nuevamente se le solicita que imagine la situación del ítem en cuestión. Si por segunda vez la imagen se pierde a causa del aumento de ansiedad, nuevamente se relaja y se le vuelve a pedir que repita el procedimiento. Después de dos ensayos consecutivos en que la evaluada logre imaginar el ítem sin interrupción debido al incremento de la ansiedad, se da por culminado el trabajo con ese ítem y se pasa a trabajar el siguiente. Y así sucesivamente con los siguientes ítems hasta que la evaluada sea capaz de imaginar sin interrupción y sin incrementar el nivel de ansiedad, el último ítem de la lista de jerarquización. En el caso de Samantha, este procedimiento se desarrolla durante 5 meses, a través de 20 sesiones terapéuticas, logrando cumplir los objetivos planteados.

B.3.2 Exposición a situaciones aversivas mediante afronte en vivo

A medida que la evaluada alcanza la imaginación completa de cada uno de los ítems de la lista de Jerarquización, se le indica que trabaje paralelamente dichos ítems en vivo, es decir en situaciones de la vida real, manteniendo una secuencia de continuidad temporal con el trabajo que se realiza en el consultorio.

En el presente caso, la terapeuta acompaña a Samantha a su domicilio para ayudarla a entrenarse para la aplicación de la Exposición en vivo. Dicho procedimiento consiste en trabajar con el primer ítem de la Lista de Jerarquización.

En la primera sesión, se le acompaña a Samantha a su trabajo que queda en el tercer piso para iniciar con el primer ítem de las conductas aversivas como es subir las escaleras hasta tres pisos, la evaluada se ubica en el primer piso del edificio junto al terapeuta y se le pide que suba las gradas del primer piso, llega al descanso de la escalera y da 3 respiraciones, su nivel de ansiedad es de 4, luego avanzamos hacia el tercer piso y nos detenemos en el descanso de la escalera para que la paciente realice las respiraciones correspondientes, su nivel de ansiedad se mantiene en 4 y finalmente llegamos al tercer piso con un nivel de ansiedad de 3. Se le pregunta sobre el nivel de ansiedad que experimenta y menciona que está en 3.

Continuamos con la sesión y la terapeuta se coloca a una distancia de 1 metro de separación y guía a la paciente para llegar hasta el tercer piso, refiere experimentar una ansiedad de 3; se continúa con la exposición esta vez con la terapeuta a 2 metros distancia y guiándola para llegar hasta el tercer piso, esta vez experimenta un sud de 4, se continúa ahora con la terapeuta esperando en la parte inferior de las escaleras y la evaluada sube las escaleras sola, refiere experimentar un sud de 6 al llegar al descanso

de la primera escalera, por lo que le pido que retroceda al lugar donde disminuya su ansiedad, al regresar al primer peldaño, su sud disminuye a 4. Se realiza esta exposición 2 ensayos más manteniendo un sud de 3 al bajar la escalera sola. Se da por finalizado las sesiones de afronte en vivo, y se le indica que debe practicar sola, el procedimiento anterior. De la misma manera se realizará el afronte en vivo de los demás ítems de lista de jerarquización en las siguientes sesiones hasta llegar al último ítem.

C. Reestructuración cognitiva a través de la terapia racional emotivo conductual (TREC)

La técnica consiste en enseñarle a la evaluada el método del ABC, que consiste en pedirle que nos indique una situación que le provoca una emoción desagradable, como por ejemplo en la primera situación que se describe en la figura 9.

El análisis sería de la siguiente manera: Está cerca la hora de llevar a su hija al colegio (A), inmediatamente se activan los pensamientos irracionales como: “que voy a hacer si me pasa algo”, quien me va a ayudar”, “me voy a desmayar y mi hija se va asustar” (B), se activan las conductas como el Miedo (9), Ansiedad (9) y le pide a su mamá que la lleve al colegio (C). En el consultorio se analizan estos registros y se discute el pensamiento irracional. El punto más importante es cuando la evaluada identifica por sí sola estos pensamientos. Después junto con ella se debate y discute los pensamientos irracionales (D): ¿Cuándo me ha pasado algo al llevar a mi hija al colegio?, ¿Si me pasara algo, en la calle o en el colegio la gente me auxiliaría?, ¿Qué pruebas tengo que me vaya a pasar algo?, Esto lo he notado varias veces y no ha pasado nada; esto vendría a ser la disputa racional, que provoca a su vez (E) que es la

consecuencia del análisis racional, de la siguiente manera: “Nunca me ha pasado nada cuando he llevado a mi hija a su colegio”, por lo tanto su Miedo: 5, Ansiedad: 4 y Lleva sola a su hija.

Y de la misma manera se sigue con los demás acontecimientos Activadores (A), tal como se describe en la siguiente tabla:

A	B	C	D	E
Está cerca la hora de llevar a mi hija al colegio	“que voy a hacer si me pasa algo”, quien me va a ayudar”, “me voy a desmayar y mi hija se va asustar”.	Miedo (9) Ansiedad (9) Le pido a mi mamá que la lleve al colegio.	¿Cuándo me ha pasado algo al llevar a mi hija al colegio? Nunca ¿Si me pasara algo, en la calle o en el colegio la gente me auxiliaría? Sí ¿Qué pruebas tengo que me vaya a pasar algo? Ninguna Esto lo he notado varias veces y no ha pasado nada	Pensamiento: “Nunca me ha pasado nada cuando he llevado a mi hija a su colegio”. Conducta: Llevo sola a mi hija. Emoción: Miedo: 5, Ansiedad: 4
Estoy a unos 50 m de llegar al colegio de mi hija.	“me va a dar algo”, “me voy a desmayar en medio de la pista”	Ansiedad (10) Miedo (10). Busco a una de las mamás que tiene auto y le pido que me lleve de regreso a mi casa.	¿Cuántas veces me he desmayado al ir a recoger a mi hija al colegio? Ninguna vez Pensar así me pone más nerviosa Cuántas veces he pasado por lo mismo y no me ha pasado nada.	Pensamiento: “Nunca me he desmayado solo es el miedo que tengo”. Conducta: Recojo sola a mi hija Emoción: Miedo:5 Ansiedad: 4
Necesito hacer mis compras en el supermercado y no me decido si ir en combi o en taxi	“si me voy en taxi llegaré más rápido y sentiré menos los síntomas”	Ansiedad (9) y miedo (9). Pido un taxi	Así vaya en taxi o en combi, si siento miedo, me pondré ansiosa y aparecerán los síntomas. Cuantas veces he viajado en combi sola o acompañada y no me ha pasado nada. He viajado a provincias y a lugares muy lejanos y no me ha pasado nada.	Pensamiento: “estaré tranquila al tomar la combi para que no aparezcan los síntomas.” “Si antes lo he logrado ahora también puedo hacerlo” Conducta: Voy en colectivo o micro. Emoción: Miedo:4 Ansiedad: 4

<p>Estoy con mi hija, mi hermana y mi mamá y mi esposo demora en llegar</p>	<p>“si me pasa algo, nadie va a poder cargarme solo él”</p>	<p>Ansiedad (9) y miedo (9), Llamo a mi esposo cada 5 minutos y le pido que tome taxi para que llegue rápido.</p>	<p>Ellas tal vez no podrán cargarme pero si pueden pedir ayuda si me pasa algo. Si estoy pendiente de que me pase algo me pondré más ansiosa. Llamar a mi esposo cada 5 minutos no hará que llegue más rápido y lo pondré más tenso y nervioso.</p>	<p>Pensamiento: “Tanto mi esposo como mi familia pueden auxiliarme si necesito de ayuda”</p> <p>Conducta: No lo llamo y espero que se comunique. Me distraigo conversando o viendo televisión.</p> <p>Emoción: Miedo:2 Ansiedad: 2</p>
<p>Discuto con mi esposo porque me reclama que siempre estoy mal y no podemos salir juntos.</p>	<p>“él debería entenderme”, “seguro ya no me quiere”,</p>	<p>Ansiedad: (9), miedo: (9), cólera: (8) tristeza: (/)</p>	<p>¿Es verdad en un 100% lo que estoy pensando? No</p> <p>¿Es verdad que no me quiere? No Me gustaría que mi esposo me entienda cuando le digo que no puedo hacerlo. Él me demuestra de muchas maneras que me quiere. Otras veces me anima cuando me quiero rendir. Si no me quisiera ya se hubiera ido de la casa. Es lógico que se moleste cuando me rindo y no intento salir. Si no me entendiera no me llevaría al hospital o me acompañaría a todos los lugares que le pido que me acompañe</p>	<p>Pensamiento: “Mi esposo no está en la obligación de entenderme” “El hecho que no me entienda en estos momentos no quiere decir que ya no me quiera”</p> <p>Conducta: Hago un esfuerzo y salgo con mi esposo y mi hija.</p> <p>Emoción: Miedo:2 Ansiedad: 2</p>

<p>Siento que mi corazón palpita rápido porque estoy esperando una noticia</p>	<p>“me va a dar un infarto”, “me voy a morir”,</p>	<p>Miedo: 9 Ansiedad: 9 Me paralizó y me pongo a gritar y a pedir que me lleven al hospital urgente</p>	<p>¿Soy una persona sana?: Si ¿Cuántas veces que he ido al hospital teniendo estos síntomas me han dicho que no tengo nada?: Siempre El médico me ha dicho que es ansiedad. Me he hecho todas las pruebas médicas y no tengo ningún riesgo cardíaco, ni orgánico. Pensar así, solo hace que empeore mis síntomas.</p>	<p>Pensamiento: “Si mi corazón palpita rápido es por ansiedad o porque estoy preocupada por algo” Conducta: Me calmo y no presto atención a esta sensación (me distraigo haciendo mis cosas, canto una canción, etc.) Emoción: Miedo:5 Ansiedad: 5</p>
<p>Mi esposo demora en llegar a casa.</p>	<p>“seguro está con otra”</p>	<p>Ansiedad (9) y miedo (9), cólera: (8)</p>	<p>¿Qué pruebas tengo que me es infiel? Ninguna Pensar así me pone más nerviosa</p>	<p>Pensamiento: “seguro que tuvieron reunión y demoraron más de lo previsto”. “El tráfico últimamente está terrible de regreso a casa” Conducta: Lo espero y me comunico con él, si es necesario. Emoción: Miedo:2 Ansiedad: 2</p>

Figura 7. Terapia racional emotivo-conductual. Situaciones activadoras (A), Interpretaciones de las situaciones (B), Emociones negativas (C), Discusión (D), Cambio favorable en las emociones (E)

D. Exposición interoceptiva con prevención de respuesta (exposición a sensaciones temidas):

Esta técnica se realiza en el consultorio primero por los ejercicios más leves, es decir por los que le produzcan menos síntomas y avanzamos gradualmente por los ejercicios que recrean lo más parecido a los síntomas de la crisis. Los ejercicios que se realizaron en consulta en orden de menor a mayor intensidad son:

1. Correr sin desplazarse del sitio, levantando las rodillas lo más alto que pueda.
2. Retener la respiración durante 30 segundos
3. Colocar la cabeza entre las piernas durante 30 segundos y luego levantarla rápidamente hasta la posición vertical
4. Mover la cabeza rápidamente de izquierda a derecha
5. Hiperventilar (respirar rápidamente con la boca abierta durante 30 segundos)
6. Dar vueltas en una silla giratoria durante 30 segundos

Después de los primeros ensayos los ejercicios se fueron prolongando en el tiempo hasta 2 minutos excepto el de retener la respiración. Se hizo un registro de la frecuencia intensidad y sensaciones percibidas, el ejercicio que le causa mayor sensaciones es la de mover la cabeza rápidamente y retener la respiración. Después de realizar estos ejercicios en el consultorio, se deja como tarea realizarlos en casa 2 a 3 veces al día con su registro respectivo. (**Anexo B**)

3.7 Análisis de datos

Se analiza los datos a través del diseño ABA (Applied Behavior Analysis) Análisis Conductual Aplicado. Es un diseño reversible, porque el tratamiento se introduce y, posteriormente, se retira. Se trata de un diseño con tres fases: línea base, tratamiento y reversión.

A: Es la medición de la conducta tal y como se presenta a la primera sesión, no existe intervención de la variable independiente (VI).

B: Se presenta la variable independiente (VI) y se mide a través del tiempo.

A: Se deja de presentar la variable independiente (VI) y se mide la Variable Dependiente (VD).

IV. Resultados

Después de la cuarta semana de iniciado el tratamiento, se realiza la comparación con el registro de la línea base tanto de intensidad como de frecuencia.

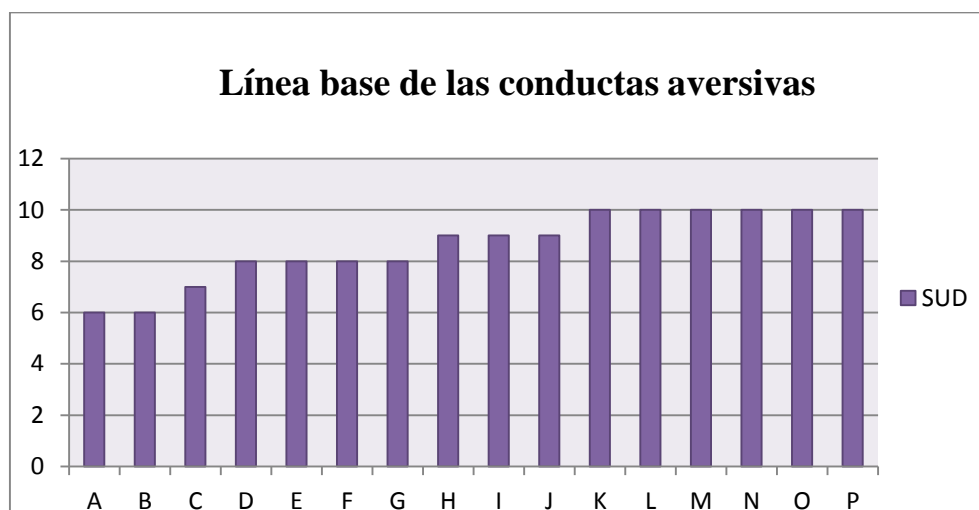


Figura 8. Representación de las conductas aversivas según intensidad, presentadas en el Repertorio de Entrada (Línea Base), expresadas en unidades SUD.

Se observa la intensidad de las conductas aversivas antes de iniciado el tratamiento valorado según el SUD. Se evidencia que las conductas **K** (Desplazarse a pie al parque que está a 200 m de su casa aproximadamente), **L** (Desplazarse a pie al mercado que está a 250 m de su casa aproximadamente), **M** (Desplazarse a pie al colegio de su hija que queda a 200 m de su casa aproximadamente), **N** (Desplazarse a pie para hacer compras a Plaza Vea, que está a 200 m de su casa aproximadamente), **O** (Viajar en combi, micros o metros, sola o acompañada a distancias mayores a 1500 m. de su casa aproximadamente), **P** (Permanecer en centros comerciales o lugares concurridos por más de media hora) ; son las que puntúan el máximo nivel de intensidad, SUD= 10.

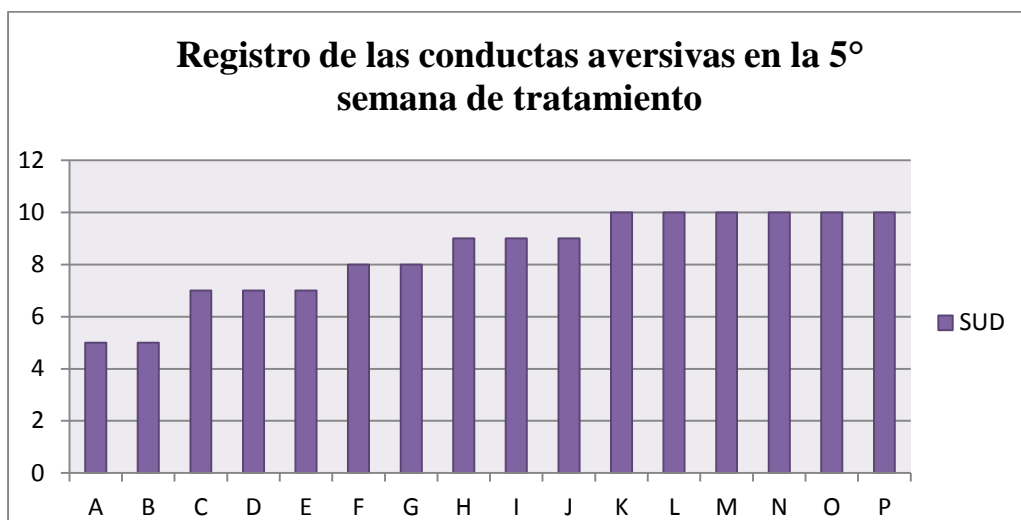


Figura 9. Representación de las conductas aversivas según intensidad, en la quinta semana de tratamiento.

Después de la quinta semana de iniciado el tratamiento, se observa una disminución de la intensidad de las conductas aversivas: A (Subir las escaleras hasta el 3er piso) SUD=5, B (Realizar trotes o correr 1 vuelta alrededor del parque) SUD=5, D (Manejar bicicleta.) SUD=7, E (Caminar a paso rápido.) SUD=7.

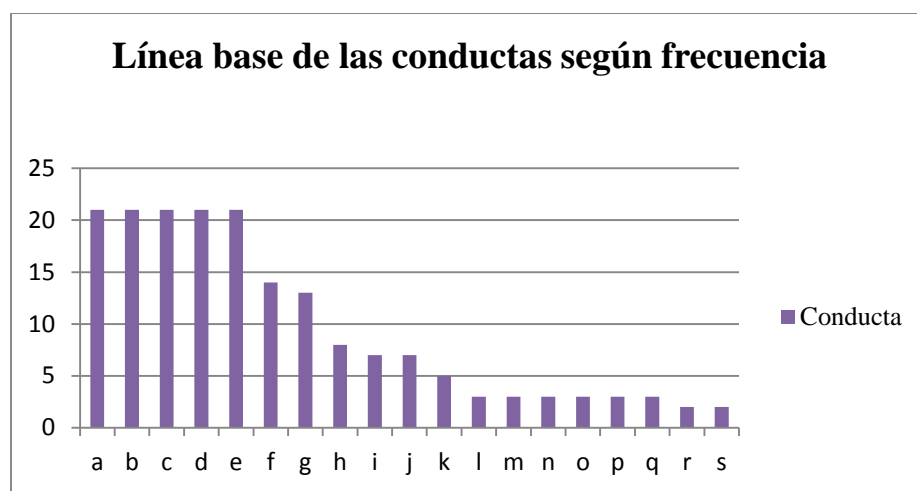


Figura 10. Representación de las conductas según frecuencia, presentadas en el Repertorio de Entrada (Línea Base).

Se observa la línea base de las conductas presentadas antes de iniciado el tratamiento, en donde las conductas **a** (pensamientos anticipatorios: “me va a dar algo”, “me voy a desmayar en medio de la pista”, “quien me va a ayudar”) **b** (pide compañía a su esposo o a su mamá para salir de casa) **c** (lleva su botella de agua y caja de chicles) **d** (toma dos cucharadas de agua de azahar y lleva 1/2 tableta de alprazolam) y **e** (pide un mototaxi o taxi para ir o regresar rápidamente a su casa o llegar a su destino), son las que se presentan con mayor frecuencia.

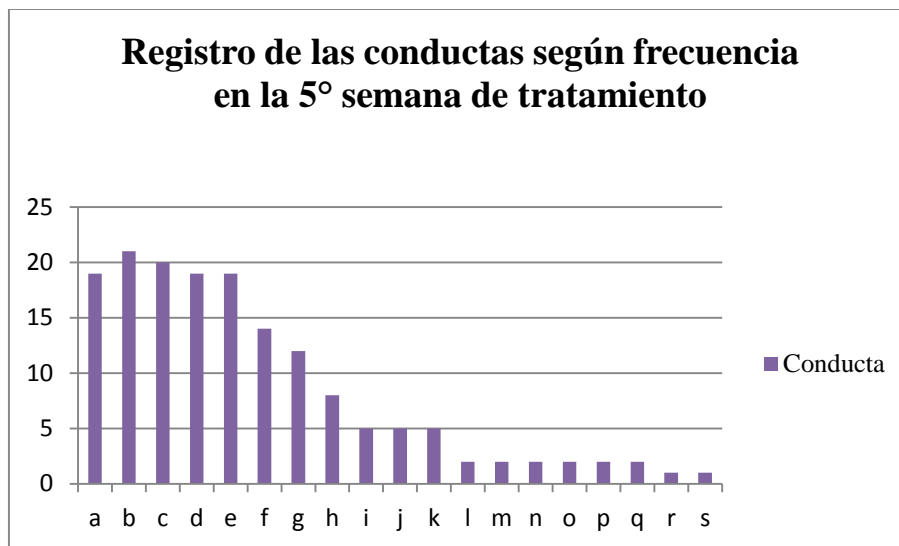


Figura 11. Representación de las conductas según frecuencia en la quinta semana de tratamiento.

Después de la quinta semana de iniciado el tratamiento, se observa una disminución de las conductas según frecuencia: a =19 (pensamientos anticipatorios: “me va a dar algo”, “me voy a desmayar en medio de la pista”, “quien me va a ayudar”), d =19(toma dos cucharadas de agua de azahar y lleva 1/2 tableta de alprazolam), e =19(pide un mototaxi o taxi para ir o regresar rápidamente a su casa o llegar a su destino), i =5(pide a una de sus amigas que tiene auto, que la lleve de regreso) y j =5 (evita hablar, hace señas o gestos), entre las conductas más representativas.

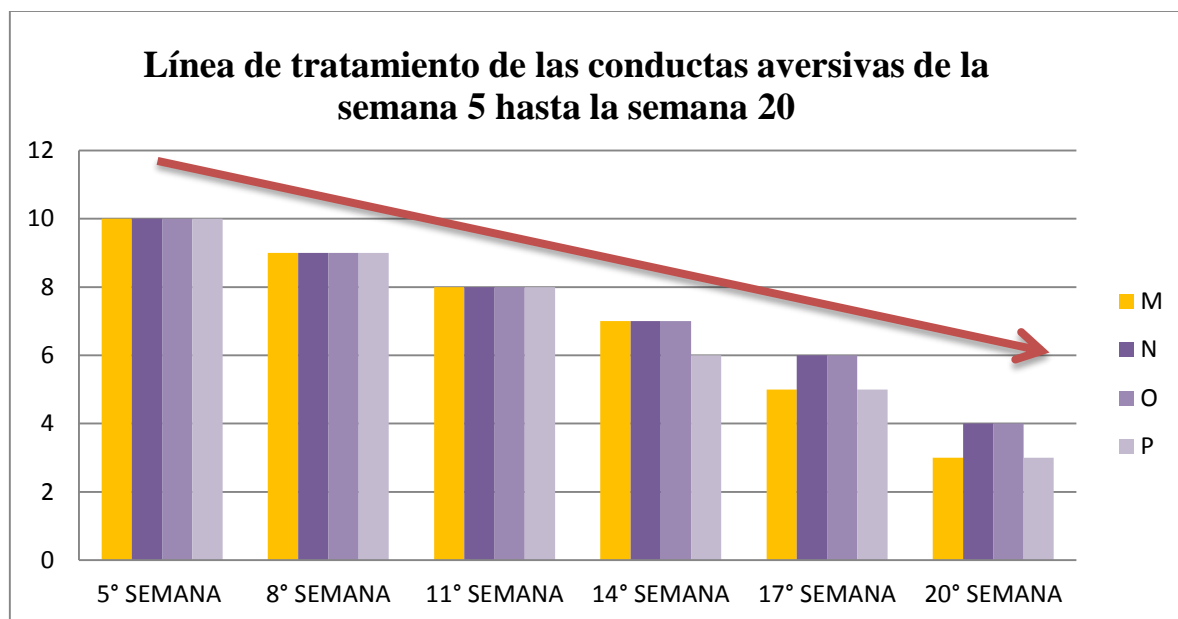


Figura 12. Representación comparativa de las cuatro primeras conductas aversivas según intensidad por semanas.

Se realiza un comparativo de las conductas aversivas según intensidad, desde la quinta semana de iniciado el tratamiento hasta la última semana (semana 20), donde se observa una disminución significativa en la semana 14: M=7 (desplazarse a pie al colegio de su hija), N=7(desplazarse a pie para hacer compras a Plaza Veá), O=7 (viajar en combi, micros o metros, sola o acompañada) y P=6 (permanecer en centros comerciales o lugares concurridos por más de media hora) y finalmente en la última semana de tratamiento se observa una mayor disminución en dichas conductas: M=3,N=4, O=4 y P=3.

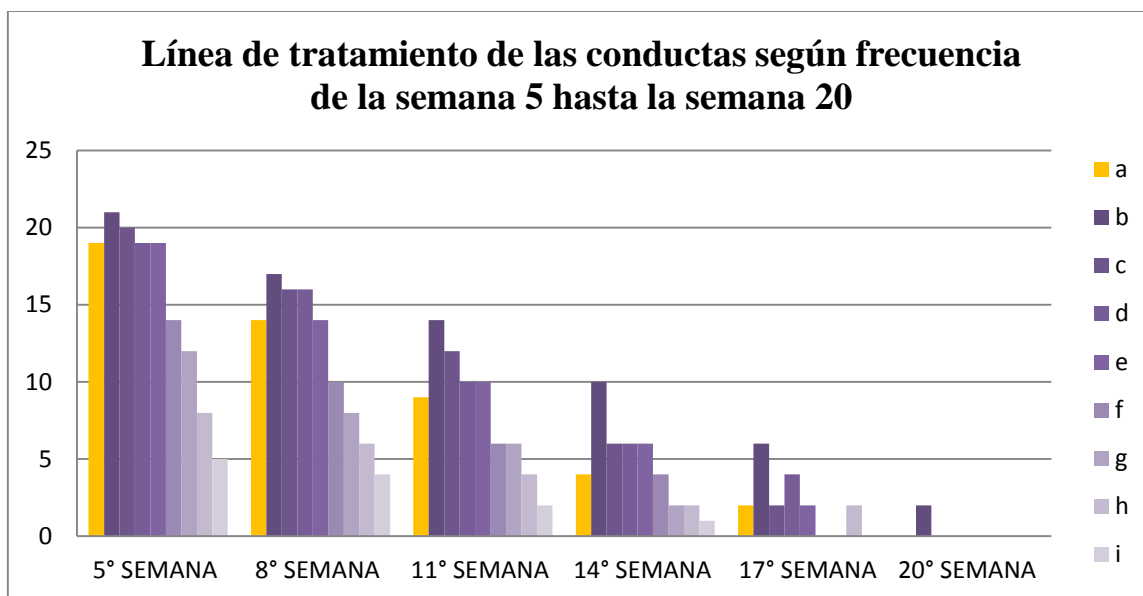


Figura 13. Representación comparativa de las nueve conductas más frecuentes por semanas.

Se realiza un comparativo de las nueve conductas más frecuentes, desde la quinta semana de iniciado el tratamiento hasta la última semana (semana 20), donde se observa una disminución importante en la semana 11: **a=9** (pensamientos anticipatorios: “me va a dar algo”, “me voy a desmayar en medio de la pista”, “quien me va a ayudar”), **b=14** (pide compañía a su esposo o a su mamá para salir de casa) **c=12** (lleva su botella de agua y caja de chicles), **d=10** (toma dos cucharadas de agua de azahar y lleva 1/2 tableta de alprazolam), **h=4** (Toma ½ tableta de alprazolam cada vez que aparecen los síntomas), **i=2** ((pide a una de sus amigas que tiene auto, que la lleve de regreso), entre las conductas más representativas. En las semana 17 la frecuencia de las conductas disminuyen significativamente: **a=2**, **b=6**, **c=4**, **d=4**, **h=2**, **i=0** y finalmente en la semana 20 solo se mantiene la conducta **b=2** (pide compañía a su esposo o a su mamá para salir de casa).

- **Seguimiento:**

A continuación se muestra el registro de las conductas según intensidad y frecuencia un mes después de finalizado el tratamiento (semana 24).

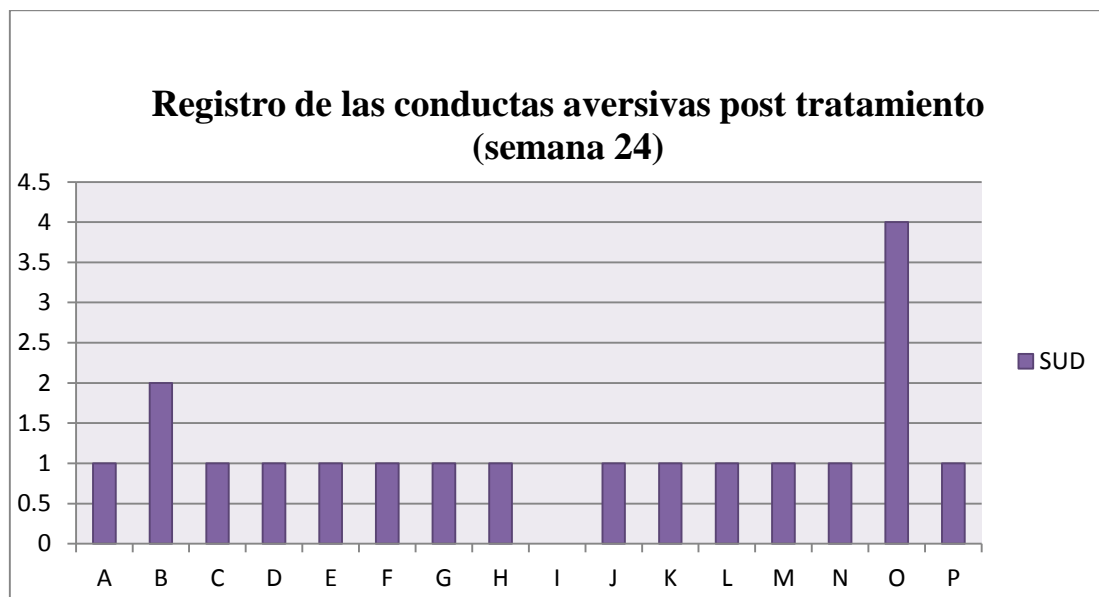


Figura 14. Representación de las conductas aversivas según intensidad, un mes después de finalizado el tratamiento.

Se observa la intensidad de las conductas aversivas un mes después de finalizado el tratamiento. Entre las conductas más representativas tenemos: **M** (Desplazarse a pie al colegio de su hija que queda a 200 m de su casa aproximadamente) SUD=1, **N** (Desplazarse a pie para hacer compras a Plaza Vea, que está a 200 m de su casa aproximadamente) SUD=1, **O** (Viajar en combi, micros o metros, sola o acompañada a distancias mayores a 1500 m. de su casa aproximadamente) SUD=4, **P** (Permanecer en centros comerciales o lugares concurridos por más de media hora) SUD= 1 y finalmente la extinción de la conducta aversiva **I** (permanecer sola en casa.).

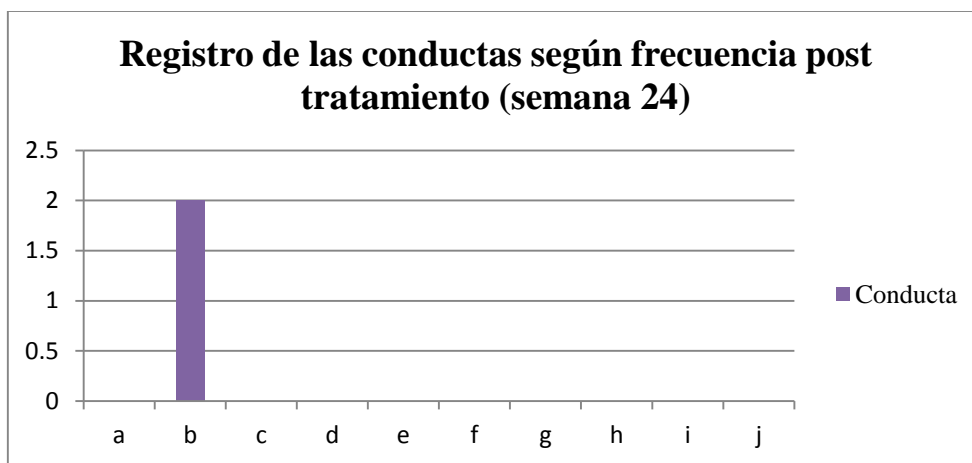


Figura 15. Representación de las conductas según frecuencia, un mes después de finalizado el tratamiento.

Se observa las conductas según frecuencia, un mes después de finalizado el tratamiento, se evidencia el mantenimiento de la conducta $b=2$ (pide compañía a su esposo o a su mamá para salir de casa) y la extinción del resto de conductas.

V. Discusión de resultados

Autores como Margraf , Barlow, Clark y Telch(1993) afirman que los programas cognitivo conductuales son el tratamiento de elección para el trastorno de angustia (hoy denominados trastornos de pánico) pues con ellos se alcanzan altas tasas de éxito, tal como en el presente trabajo nos demuestran los resultados de la aplicación de las técnicas cognitivo conductuales a través de un programa de intervención, donde ese evidencia que la línea de seguimiento es superior a los registrados en la línea de base, así mismo concluyen también que el cambio cognitivo del paciente resulta fundamental por su relación con el éxito del tratamiento; el componente de exposición en los casos en que el pánico está acompañado por la agorafobia y los resultados más modestos se alcanzan con el componente de relajación. En este caso la aplicación de la reestructuración cognitiva contribuyó a desterrar los pensamientos catastróficos y de esta manera la paciente se sienta más segura al salir a la calle, facilitando así la exposición a las situaciones aversivas para ella y finalmente la práctica de los ejercicios de relajación mantengan su nivel de ansiedad en un SUD menor a 6, logrando así los objetivos planteados.

Las técnicas cognitivos conductuales aplicadas en el presente caso, arrojan resultados favorables en la línea de seguimiento tanto de frecuencia como de intensidad comparados con los presentados en la línea base, demostrando la efectividad de dichas técnicas, tal como se evidencia en el trabajo de investigación de Garriga, Martín y Soler (2009) quienes avalan la efectividad de un programa cognitivo conductual siguiendo el modelo de control del pánico (MCP), basados en el programa de Barlow (Barlow y Cerny, 1988; Barlow y Craske, 1989), los cuales utilizan una combinación de técnicas cognitivo conductuales (psicoeducación,

respiración diafragmática; entrenamiento en relajación muscular; reestructuración cognitiva; exposición interoceptiva, y exposición) aplicadas en formato grupal a 39 pacientes de un centro de salud, obteniendo diferencias significativas entre el pre y post tratamiento.

La aplicación de las técnicas de exposición interoceptiva (exposición a las situaciones temidas) combinadas con las técnicas de exposición en vivo (EV), disminuyen los pensamientos catastróficos, lo cual contribuye al avance progresivo de la exposición a las situaciones temidas, tal como lo demuestra el estudio de Sanchez, Llompart y Bados (2000) que encontraron en muestras de pacientes agorafóbicos de sexo femenino que la adición de la técnica de exposición interoceptiva a la EV (combinada con entrenamiento en relajación y respiración) produjo mayores mejoras en los pensamientos distorsionados durante los ataques de pánico y en evitación, así mismo Craske, Rowe, Lewin y Noriega-Dimitri (1997) añadieron exposición interoceptiva a las técnicas cognitivo conductuales como la exposición en vivo (EV), autoexposición en vivo (AEV), reestructuración cognitiva y ejercicios de relajación y respiración, obteniendo resultados significativos. Coincidentemente, en el presente caso, la aplicación de las técnicas mencionadas típicas como exposición en vivo (EV), autoexposición en vivo (AEV), reestructuración cognitiva y ejercicios de relajación y respiración, adicionándole técnicas interoceptivas, también arrojaron resultados favorables respecto a los objetivos terapéuticos.

VI. Conclusiones

1. La aplicación de las técnicas cognitivo conductuales facilitó que Samantha se desplazara sola y a pie a lugares mayores a 100 metros de distancia de su casa, con una performance de 80% en diez ensayos consecutivos, alcanzando de esta manera el objetivo general planteado.
2. La aplicación de las Técnicas Cognitivas logró cuestionar pensamientos desadaptativos que mantenían el trastorno de pánico con agorafobia, como resultado de ello disminuyó la frecuencia de las cogniciones (“me va a dar algo”, “me voy a desmayar”, “si me quedo en casa no me pasará nada”, “me va dar un infarto”, “me voy a morir”) y consecuentemente la intensidad de las emociones.
3. La intervención Conductual también produjo cambios en su estilo de vida, como eliminar las conductas de seguridad (llevar una botella de agua, llevar un frasco de agua de azahar, goma de mascar y 1 tableta de alprazolam en la billetera). Así mismo asiste a reuniones sociales y reuniones de capacitación lejos de su lugar de trabajo; sale a pasear con su familia a centros comerciales o lugares concurridos; lleva y recoge a su hija del colegio, viaja sola en combi a lugares cercanos y de esta manera depende menos de su familia y realiza sus quehaceres de forma independiente y ha iniciado un pequeño negocio familiar.

4. Después de 5 meses de tratamiento, la examinada prescindió del alprazolam porque sus niveles de ansiedad fueron progresivamente disminuyendo. La intensidad de respuesta (SUD) disminuyó a niveles iguales e inferiores a 6 en situaciones de realizar actividades para ella aversivas, como: subir las escaleras hasta el 3er piso, realizar trotes o correr 1 vuelta alrededor del parque, hacer ejercicios aeróbicos, baile, caminar a paso rápido, entre otras.

VII. Recomendaciones

- Trabajar con la familia o entorno cercano, para que conozcan la naturaleza del trastorno y comprendan las conductas evitativas que muchas veces son calificadas como excesivas o exageradas.
- Es importante que la familia asuma un rol de acompañante terapéutico, para que logre exponerse a las situaciones para ella aversivas o que solía evitar al inicio, y que de esta manera por aproximaciones sucesivas las enfrente sola.
- Es necesario de más estudios para dilucidar que componente o componentes son los principales responsables del cambio que se puede alcanzar en los programas propuestos y de esta manera poder diseñar propuestas terapéuticas amoldadas a la realidad de cada país y que pueda aplicarse a un número mayor de personas con el fin de lograr la mayor eficacia posible de la terapia y progresivamente diseñar programas más breves que respondan a las actuales exigencias del coste beneficio terapéutico.

Referencias

- Anicama, J. (1974). *Rasgos básicos de la personalidad de la población de Lima: un enfoque experimental, estandarización del inventario Eysenck de Personalidad (EPI forma "B")*. Tesis para optar el grado de Bachiller en Psicología. Lima: UNMSM
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Arlington, EEUU: American Psychiatric Publishing.
- Bados, A. (2015). *Agorafobia y Pánico*. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/65642/1/Agorafobia%20y%20p%C3%A1nico.pdf>
- Barlow, D.H., y Cerny, J.A. (1988). *Tratamiento psicológico del pánico*. New York: Guilford Press.
- Barlow, H. & Craske, G. (1989) *Dominio de su ansiedad y pánico*. New York: Guilford Press.
- Bekker, M. (1996). Agorafobia y Género. *Clinical Psychology Review*, 16(2), 129-146. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0272735896000128>
- Camacho, J. (2003). *El ABC de la Terapia Cognitiva*. Buenos Aires: Fundación Foro. Recuperado de <https://www.fundacionforo.com/pdfs/archivo23.pdf>
- Clum, G y Surls, R. (1993). Un metaanálisis de tratamientos para trastornos de pánico. *Diario de Consultoría y Psicología Clínica*, 61(2), 317-326. Recuperado de <https://www.cop.es/colegiados/PV00520/eficiencia.PDF>

Craske, G., Rowe, M., Lewin, M. y Noriega, R. (1997). Exposición interoceptiva versus reentrenamiento respiratorio dentro de la terapia conductual cognitiva para el trastorno de pánico con agorafobia. *Revista Británica de Psicología Clínica*, 36(1), 85-99. Recuperado en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9051281>

Fiestas, L., Núñez P. & Vivar R. (2011) Agorafobia en la infancia: a propósito de un caso. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 74(1), 213-218. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/3720/372036933006.pdf>

Garriga, Martín y Soler (2009) titulado: Tratamiento Cognitivo Conductual grupal del trastorno de pánico con o sin agorafobia en un centro de salud mental público, *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 14(2), 79-93. Recuperado de [http://www.aepcp.net/arc/\(2\)_2009\(2\)_Garriga_Martin_Soler.pdf](http://www.aepcp.net/arc/(2)_2009(2)_Garriga_Martin_Soler.pdf)

Goñi J. (2014). *Trastorno de Pánico y Agorafobia*, Madrid. España: Síntesis.

Hernández, R., Fernández C. y Baptista P. (2002). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill.

Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi” (2002). Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental, Informe General. *Anales de Salud Mental*, 18(1-2), 28 - 30. Recuperado de <http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2002-ASM-EESM-M/files/res/downloads/book.pdf>

López, S. (2017). *Estudio de caso clínico: evaluación y tratamiento de un caso de agorafobia sin trastorno de pánico* (tesis de pregrado). Recuperado de <http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/handle/usmp/2948>

- Margraf, J., Barlow, H., Clark, M. y Telch, J. (1993). Tratamiento psicológico del pánico: trabajo en curso sobre el resultado, los ingredientes activos y el seguimiento. *Investigación y terapia del comportamiento*, 31(1),1-8. Recuperado en [http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967\(93\)90036-T](http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967(93)90036-T)
- Michelson, L. y Marchione, K. (1990). Tratamientos cognitivos y farmacológicos del trastorno de pánico con agorafobia. *Diario de Consulta y Psicología Clínica*, 59(1), 100-114. Recuperado de <https://www.cop.es/colegiados/PV00520/eficiencia.PDF>
- Miranda, L. (2018). *Estudio de caso clínico: Programa de intervención cognitivo - conductual para un caso de trastorno de pánico*.(tesis de pregrado). Recuperado de <http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/handle/usmp/2948>
- Monteverde N. & Casado M. (2015) Agorafobia en la infancia: a propósito de un caso. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental*, 20(1), 1-17. Recuperado de [file:///C:/Users/Silvia/Downloads/Dialnet-TratamientoCognitivoConductualDeUnCasoDeTrastornoD-5912893%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Silvia/Downloads/Dialnet-TratamientoCognitivoConductualDeUnCasoDeTrastornoD-5912893%20(1).pdf)
- Organización Mundial de la Salud (1992), CIE-10. *Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínica y pautas para el diagnóstico*, Madrid. España: Méditor.
- Pérez, A. (s.f.). *Introducción a la Terapia Cognitivo-Conductual*. México: Instituto Cognitivo-Conductual de Salud Mental de México. Recuperado de <https://docplayer.es/22429278-Introduccion-a-la-terapia-cognitivo-conductual-perez-salinas-a-instituto-cognitivo-conductual-de-salud-mental-de-mexico.html>
- Sánchez, A., Llompart, M & Bados, A. (2000). *Terapia cognitivo-conductual en agorafobia: Análisis de componentes*. Cartel presentado en el XXX Congreso de la Asociación Europea de Terapias Conductuales y Cognitivas, España.

Wood, C. (2008). Doce sesiones de tratamiento cognitivo conductual en un caso de trastorno de pánico con agorafobia. *Ansiedad y Estrés*, 14(2-3), 239-251. Recuperado de https://webs.ucm.es/info/seas/ta/trat/Tratamiento_cognitivo-conductual_caso_trastorno_panico_con_agorafobia.pdf

Yapko, M. (2006). *Para romper los patrones de la depresión*. México: Pax.

Anexos**Anexo A. Hoja de registro de relajación**

Fecha	Momento del día (mañana/ tarde)	Relajación conseguida (0-10)	Concentración conseguida (0-10)

Actividad	Tiempo	Pensamiento negativo	Sensaciones temidas	Sud alcanzado
Correr sin desplazarse del sitio, levantando las rodillas lo más alto que pueda.				
Retener la respiración durante 30 segundos				
Colocar la cabeza entre las piernas durante 30 segundos y luego levantarla rápidamente hasta la posición vertical				
Mover la cabeza rápidamente de izquierda a derecha				
Hiperventilar (respirar rápidamente con la boca abierta durante 30 segundos)				
Dar vueltas en una silla giratoria durante 30 segundos				

Anexo B. Hoja de registro de ejercicios de exposición interoceptiva

Concentrarse en las sensaciones. Practicar las actividades tal cual se indiquen, sin tratar de evitar alguna sensación molesta ni aplicar aún respiración diafragmática. Practicar en casa tres veces al día los ejercicios que se han realizado en la sesión. Una vez terminado el ejercicio valorar y registrar el

sud alcanzado, que pensamientos negativos se presentan y que sensaciones percibe. A continuación aplicar la respiración controlada y la reestructuración de los pensamientos negativos temidos.