



**FACULTAD DE PSICOLOGIA**

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

**Línea de investigación:**

**Salud mental**

Trabajo Académico para optar el Título de Segunda Especialidad  
Profesional en Terapia Cognitivo Conductual

**Autora:**

López Lobatón, Mónica Rosario

**Asesor:**

Solano Melo, Cristian Alfonso

ORCID: 0000-0001-6669-4330

**Jurado:**

Roca Paucarpoma, Favio

Montes de Oca Serpa, Hugo

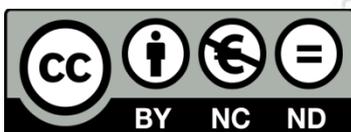
Casquero Zaidman, Miriam

**Lima - Perú**

**2022**

**Referencia:**

Solano, M. (2022). *Intervención cognitivo conductual en una mujer adulta con trastorno de pánico con agorafobia* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/5897>



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada (CC BY-NC-ND)**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede generar obras derivadas ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



## **FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

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

Línea de investigación: Salud mental

Trabajo Académico para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en  
Terapia Cognitivo Conductual

**Autora:**

López Lobatón, Mónica Rosario

**Asesor:**

Solano Melo, Cristian Alfonso

Código ORCID: 0000-0001-6669-4330

**Jurado:**

Roca Paucarpoma, Favio

Montes de Oca Serpa, Hugo

Casquero Zaidman, Miriam

**Lima – Perú**

**2022**

## **Pensamiento**

*Si un problema se puede arreglar,*

*entonces no hay necesidad de preocuparse.*

*Si no se puede, entonces de nada sirve preocuparse.*

*No existe ningún beneficio en preocuparse*

DALAI LAMA

*Para conservar el equilibrio, debemos  
mantener unido lo interior y lo exterior, lo visible y  
lo invisible, lo conocido y lo desconocido, lo  
temporal y lo eterno, lo antiguo y lo nuevo.*

JOHN O' DONOHUE

### **Dedicatoria**

Este trabajo es dedicado a todas las personas, quienes padecen, padecieron y padecerán, este trastorno, tan conocido y desconocido al mismo tiempo. A quienes fueron estigmatizados, a quienes se sintieron limitados e incomprensidos.

A quienes buscaron calma y no encontraron.

### **Agradecimiento**

A Dios, por las oportunidades que me brinda, por ser mi luz y guía en momentos de incertidumbre; y ser mi fuerza en tiempos de cansancio.

A mis padres y hermana y a todas aquellas personas que me apoyaron en este proceso.

A Has, Milú, Lucas y Minerva, quienes me brindaron calma y alegría con sus ocurrencias.

Y finalmente, a quien me dio la oportunidad de exponer su caso, por confiar en mí, por comprometerse, en cada sesión, por permitirme ser su guía y acompañarla en este proceso en el cual se acepta, se quiere y sabe que no está sola, que hay un gran camino por recorrer, pero al final del túnel siempre hay una salida.

## Índice

Pensamiento .....	II
Dedicatoria.....	III
Agradecimiento.....	IV
Índice.....	V
Lista de tablas .....	VIII
Lista de Figuras.....	IX
Resumen.....	X
Abstract.....	XI
I. Introducción .....	12
1.1. Descripción del Problema.....	13
1.2. Antecedentes .....	14
1.2.1. Antecedentes nacionales .....	14
1.2.2. Antecedentes internacionales.....	16
1.2.3. Fundamentación Teórica.....	19
1.3. Objetivos .....	31
1.3.1. Objetivo General.....	31
1.3.2. Objetivos Específicos.....	31
1.4. Justificación .....	32
1.5. Impactos esperados del trabajo académico .....	33

II. Metodología .....	34
2.1. Tipo y diseño de Investigación: .....	34
2.2. Ámbito temporal y espacial .....	34
2.3. Variables de Investigación .....	34
2.3.1. Variable independiente .....	34
2.3.2. Variable dependiente .....	35
2.4. Participante .....	35
2.5. Técnicas e instrumentos .....	35
2.5.1. Técnicas. ....	35
2.5.2. Instrumentos.....	41
2.5.3. Evaluación psicológica .....	43
2.5.4. Evaluación psicométrica .....	52
2.5.5. Informe psicológico integrador.....	66
2.6. Intervención .....	81
2.6.1. Plan de intervención.....	81
2.6.2. Programa de intervención .....	82
2.7. Consideraciones éticas .....	92
III. Resultados .....	93
3.1. Análisis de resultados .....	93
3.2. Discusión de Resultados .....	96
3.3. Seguimiento .....	98
IV. Conclusiones .....	100

V. Recomendaciones .....	101
VI. Referencias.....	102
VII. Anexos .....	112

**Lista de tablas**

Tabla 1: Datos académicos .....	51
Tabla 2: Datos Familiares .....	51
Tabla 3: Resultados de la Escala de autoevaluación de ansiedad.....	52
Tabla 4: Resultados del Cuestionario de Pánico y Agorafobia (CPA) .....	54
Tabla 5: Resultados del Cuestionario de Creencias Irracionales de Ellis .....	60
Tabla 6: Resultados del Inventario de Personalidad Eysenck Forma B .....	63
Tabla 7: Criterios Diagnóstico para el Trastorno de Pánico .....	69
Tabla 8: Criterios diagnósticos para Agorafobia .....	71
Tabla 9: Registro de frecuencia de las conductas motoras problema – Línea base.....	73
Tabla 10: Registro de frecuencia de las cogniciones problema.....	74
Tabla 11: Registro del promedio de la intensidad de ansiedad y miedo – Línea base	75
Tabla 12: Diagnostico Funcional .....	76
Tabla 13: Análisis funcional de las conductas .....	77
Tabla 14: Análisis cognitivo-emocional-conductual (registro ABC) .....	79
Tabla 15: Calendarización del plan de intervención.....	81
Tabla 16: Sesiones del programa de intervención .....	82
Tabla 17: Registro de frecuencia de las conductas motoras problema pre y postest ...	93
Tabla 18: Registro de frecuencia de las cogniciones problema Pretest y Postest.....	94
Tabla 19: Registro del promedio de la intensidad de ansiedad y miedo Pre y Postest	95

**Lista de Figuras**

Figura 1: Frecuencia de las conductas motoras en la fase A .....	74
Figura 2: Frecuencia de las cogniciones catastrofistas en la Línea base .....	75
Figura 3: Promedio de la intensidad de ansiedad y miedo en la Línea base .....	76
Figura 4: Frecuencia de las conductas motoras Pre y Post .....	94
Figura 5: Frecuencia de frecuencia de las cogniciones problema – Prey Postest .....	95
Figura 6: Promedio de la intensidad de ansiedad y miedo –Pre y Postest .....	96

## Resumen

En el presente trabajo académico se expone la aplicación de un tratamiento cognitivo conductual en una mujer de 35 años que presenta trastorno de pánico con agorafobia. La evaluación y abordaje realizado está diseñado bajo el modelo experimental de caso único ABA. Los instrumentos empleados para la recolección de datos fueron: la entrevista psicológica y registros conductuales. Las pruebas psicométricas aplicadas fueron la Escala de Autoevaluación de ansiedad de Zung, el Cuestionario de Pánico y Agorafobia de B. Sandín y P. Chorot, el Cuestionario de Creencias Irracionales de Ellis, Inventario de Personalidad Eysenck Forma B para adultos y el Inventario Clínico Multiaxial de Millon III. Se emplearon las Técnicas Cognitivo Conductuales como: Ejercicios de Respiración, Técnica de Relajación Progresiva de Jacobson, las Técnicas de Exposición Interoceptiva, Simbólica, en Vivo, Modelado, Autorregistros, Psicoeducación, Debate, Técnica detención del pensamiento/emoción, Terapia Racional Emotiva (Técnica humorística e Imaginación Racional emotiva) y Autoinstrucciones. La intervención psicológica fue realizada en un Centro de Salud de San Martín de Porres, con un total de 19 sesiones de tratamiento y tres sesiones de seguimiento de manera mensual. Los resultados de la intervención, mostraron el cumplimiento de los objetivos planteados; impactando positivamente en el ámbito personal, familiar, laboral y social de la paciente.

*Palabras clave:* terapia cognitivo conductual, trastorno de pánico con agorafobia, adulta.

### **Abstract**

In the present academic work, the application of a cognitive-behavioral treatment in a 35-year-old woman with panic disorder with agoraphobia. The evaluation and approach carried out is designed under the ABA metacondition single case experimental model. The instruments used for data collection are: the psychological interview, psychometric tests like Zung's Anxiety self-assessment, questionnaire the panic and agoraphobia, questionnaire irrations belief to Ellis, inventory the personality to Eysenck, Inventory multiaxial Clinical and behavioral records. Likewise, techniques such as psychoeducation, thought arrest, Rational Emotive Behavioral Therapy, self- instructions training in slow diaphragmatic breathing, Jacobson relaxation training, interoceptive exposure, symbolic exposure, live exposure and others were used. The psychological interventions were in a health center of San martin de Porres with 19 treatment sessions and three monthly follow up sessions. The results of the intervention showed a favorable change compared to the objectives; the intervention developed has a positive impact on the personal, family, work and social of the patient.

*Keywords:* cognitive behavioral therapy, panic disorder with agoraphobia, adult.

## I. Introducción

En los últimos dos años en el Perú los índices de ansiedad han ido en aumento debido a la coyuntura actual, afectando a la población adulta e infantil. Si bien la ansiedad es definida como el miedo intenso e irracional que genera reacciones fisiológicas, existen diversos tipos (como ya lo veremos más adelante), entre los cuales se encuentran el trastorno de pánico y la agorafobia.

El trastorno de pánico se ha descrito como un trastorno de ansiedad incapacitante con alcance severo, interfiriendo en las áreas vitales del ser humano. Siendo motivo de preocupación el aumento de los casos en el Perú, así como el peligro que corren de volverse crónicos cuando no son tratados de manera adecuada. Vale decir que este hecho se agrava si tenemos en consideración que un porcentaje mayoritario de las personas diagnosticadas con trastorno de pánico desarrollan también agorafobia. El presente trabajo académico, está orientado principalmente a describir el proceso de intervención terapéutico desde el enfoque cognitivo conductual para lo cual he realizado evaluaciones y abordaje terapéutico.

En el apartado I: señalo la descripción del Problema en el cual abordo las conductas problema, antecedentes, la fundamentación teórica, objetivos, entre otros aspectos. En el apartado II detallo la metodología; tipo y diseño de investigación, técnicas empleadas instrumentos psicológicos aplicados, el plan de intervención, etc. El apartado III, abarca los resultados, así también la discusión del programa de intervención psicológica. Seguidamente en los apartados IV, V, VI y VII, las conclusiones, recomendaciones, referencias con el modelo APA – 7ma edición y anexos, respectivamente.

## 1.1. Descripción del problema

Durante las últimas décadas la salud mental está siendo más afectada, y la prevalencia de los trastornos vienen en aumento, siendo el inicio de su desarrollo en edades más tempranas, uno de estos trastornos es la ansiedad, la cual se caracteriza por la reacción emocional (sensación de miedo) y fisiológica que se manifiesta en una situación de peligro, activando su instinto de supervivencia (Buela-Casal et al. 2001) y, hace 10 años su prevalencia en menores de 17 años era de 3.4%, aumentando al 4.1% para el año 2018 (Instituto de la Mente Infantil, 2018). El trastorno de ansiedad, presenta diversas tipificaciones, es así que en los manuales de diagnóstico CIE-10 y en el DSM-V, entre las cuales se encuentran el trastorno de pánico y agorafobia. Ochando y Peris (2012) mencionan que el trastorno de pánico suele aparecer durante la adolescencia, teniendo una prevalencia del 16% en adolescentes entre 12 y 17 años de edad, dándose con mayor frecuencia en mujeres.

La Asociación Americana de Psicología (APA, 2017) señala que el trastorno de pánico se caracteriza por ataques de pánico recurrente cuyos síntomas son sudoración, aceleración del ritmo cardíaco, temblores, falta de aire y sensación de pavor. Dichos ataques, se presentan de manera repentina e inesperada, haciendo sentir a las personas temerosas sobre cuándo y cómo les volverá a suceder lo mismo, llevándolo a cambiar o restringir sus actividades diarias.

La Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2000) define a la agorafobia como aquel miedo de encontrarse en situaciones o lugares que en los que se puedan dar eventos difíciles o vergonzosos y no tener ayuda, generando síntomas similares al ataque de pánico, teniendo como consecuente el evitar dichas situaciones.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2013) señala que la prevalencia de los trastornos de ansiedad varía entre 18,7 y 24,2%, y en América el 3% y el 1.9%, presenta

trastorno de pánico y agorafobia respectivamente; y en América latina el 1.4% tiene trastorno de pánico y el 2.5% agorafobia.

En el Perú, el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi (INSM HD-HN, 2014;2019), señala que los estudios epidemiológicos realizados en el 2012, el 0.5% presenta trastorno de pánico y el 1.2% agorafobia, la prevalencia en Lima metropolitana fue del 3% para trastorno de ansiedad generalizada, el 0,5% trastorno de pánico y, el 1,2% agorafobia sin trastorno de pánico

El presente trabajo académico trata sobre el caso de una mujer de 35 años de edad, quien reside en el distrito de San Martín de Porres – Lima. Acudió a consulta con sintomatología y características correspondientes a un trastorno de pánico con agorafobia, el cual se caracteriza por mantener un intenso miedo y preocupación a sufrir un ataque de pánico, evitando diversas situaciones. Se realizó el proceso de evaluación correspondiente para tener una presunción diagnóstica clara y poder realizar la intervención con la terapia cognitiva conductual.

## **1.2. Antecedentes**

### ***1.2.1. Antecedentes nacionales***

A nivel nacional, Reyes (2020) realizó un tratamiento cognitivo-conductual en un varón con trastorno de pánico, usando un diseño experimental de caso único multicondicional. Para la recolección de datos empleó la entrevista psicológica, el Inventario de personalidad de Eysenck, el Cuestionario Multiaxial de Millon-II, el Test de Pensamientos automáticos y registros conductuales. Su intervención tuvo como objetivo reducir los episodios de pánico y la intensidad sus respuestas fisiológicas y ansiosas. En su programa de intervención ejecutó diversas técnicas como psicoeducación, biblioterapia, videoterapia, respiración diafragmática, auto instrucciones, entre otros. Al finalizar el tratamiento el paciente redujo y reestructuró sus

pensamientos y creencias desadaptativas hasta en un 70%, disminuyó su sintomatología fisiológica en un 50%, y aprendió a comunicarse de manera asertiva.

Por su parte, Sánchez (2019) trabajó un caso psicológico clínico, aplicando un programa Cognitivo Conductual para el Trastorno de pánico y agorafobia de una mujer adulta que presentaba un nivel alto de ansiedad y respuestas fisiológicas. El proceso de intervención partió con la elaboración de la historia clínica psicológica y la evaluación mediante test psicológicos (Inventario de personalidad de Eysenck, Registro de Opiniones - Forma A, Cuestionario Multiaxial de Millon-II). El diseño fue experimental de caso único, específicamente el diseño univariable multicondicional (ABA). Para ello, se planteó un programa para alcanzar los diversos objetivos, siendo el principal lograr que la evaluada se desplace sola y a pie por los lugares que, anteriormente, evitaba. Los resultados fueron satisfactorios, logró cumplir los objetivos, así como disminuir los pensamientos anticipatorios y conductas evitativas en un 80% de las veces y en la escala de intensidad una reducción de más del 40%.

Otro caso lo presenta Miranda (2018) quien trabajó con una joven de 26 años que presentaba ataques de pánico, cuyo objetivo fue modificar su sistema de creencias irracionales por unas más realistas que le permitan superar sus estados emocionales, las crisis de pánico y mejorar su desenvolvimiento en el área personal, familiar y laboral. Las pruebas psicológicas que usó son la Escala de Ansiedad Estado- Rasgo (STAI), Inventario de Depresión de Beck (IDB), Inventario Clínico Multiaxial de Millon II y Cuestionario sobre la Historia de la Vida de Lazarus; y algunas técnicas del tratamiento fueron la psicoeducación, relajación, reestructuración cognitiva, entre otras. Halló que los puntajes iniciales del del IDB (13) y el STAI (estado: 34 y rasgo: 31) disminuyeron (4; y estado: 8 y rasgo: 21) al finalizar la intervención; asimismo la paciente refirió sentirse mejor, indicando que las crisis de pánico se redujeron al finalizar la terapia.

Asimismo, Fernández (2018) intervino a un paciente varón con ataques de pánico de 57 años, para brindarle mecanismos de afrontamiento y de reducción de ansiedad. El programa de intervención fue de 14 sesiones y hubo tres sesiones seguimiento. El tratamiento cumplió su objetivo, el paciente logró manejar su ansiedad sin ayuda de ansiolíticos, y en las sesiones de seguimiento refirió que era capaz de hacer frente a la ansiedad empleando las técnicas que aprendió, y presentaba un pensamiento más racional.

López (2017) trabajó un caso de evaluación e intervención en un paciente de 22 años con agorafobia sin trastorno de pánico; el diseño fue experimental de caso único y tuvo como objetivo reducir el nivel de ansiedad, conductas evitativas y de seguridad del participante. Para la evaluación utilizaron tests psicológicos como Test Gestáltico Visomotor de Bender, Test de retención Visual de Benton- Forma D, Escala de Inteligencia para adultos de Weschler- Wais III, Test de Asociación de Palabras – TAP, Inventario Clínico Multiaxial de Millon, Inventario de la Personalidad de Eysenck. En el proceso de pre y post test emplearon el Inventario de Agorafobia – IA y el Inventario de Ansiedad Estados- Ansiedad Rasgo (IDARE). Para el plan de intervención se utilizaron diversas técnicas cognitivo- conductuales en un plan de 14 sesiones. Al concluir la intervención, los puntajes obtenidos en las pruebas disminuyeron considerablemente, por ejemplo, antes del tratamiento en el IA obtuvo un puntaje de 181 en la escala global, y al finalizarlo obtuvo un 7 en esa misma escala; asimismo el paciente percibía mayor dominio y control emocional.

### ***1.2.2. Antecedentes internacionales***

En los estudios internacionales, un estudio de caso sobre TCC para tratar trastorno de pánico es el de Esteban y Ardila (2019) quienes trataron a una joven de 24 años con este diagnóstico, con un programa de 6 sesiones, en las cuales usaron técnicas como la reestructuración cognitiva y la relajación. Para la recopilación de información emplearon la

entrevista inicial, donde identificaron presencia de pensamientos automáticos negativos catastróficos, lo cual la llevaba a tener un desequilibrio emocional, generándole ataques de pánico. Al finalizar el programa tuvieron como resultados que la paciente logró reconocer sus pensamientos negativos y cambiarlos por unos más positivos, disminuyendo asimismo su nivel de ansiedad.

Fernández, et al. (2018) realizaron un estudio de caso único para comprobar la eficacia de la TCC en un adolescente de catorce años con trastorno de pánico. La terapia fue de 8 sesiones cada una de duración de una hora cada quince días y emplearon técnicas como: psicoeducación, exposición (en imaginación, en vivo e interoceptiva), reestructuración cognitiva, respiración, relajación y técnicas de distracción, entre otras. Los resultados mostraron una disminución de síntomas de ansiedad hasta en un 60%, corroborando los resultados obtenidos con la Escala de Ansiedad de Hamilton antes y después del tratamiento y la disminución de los ataques de pánico, reflejados en las puntuaciones menores de la Escala de Pánico y Agorafobia obteniendo antes del tratamiento un puntaje de 21 y posterior al tratamiento un puntaje total de 2.

Por su parte, Nevado (2015) llevó a cabo un estudio de caso clínico para brindar técnicas y mecanismos para controlar la sintomatología fisiológica, cognitiva y conductual de la ansiedad en una mujer española de veinticinco años diagnosticada con crisis de pánico y agorafobia. Para ello empleó una entrevista semiestructurada, el inventario de agorafobia (IA; de Echeburúa y Corral) y el Inventario Multiaxial Clínico de Millon (MCMI-II), y para evaluar los parámetros de sus conductas de ansiedad, escape y evitación, utilizó autorregistros. El programa de tratamiento fue de 10 sesiones de una hora de duración cada una, de las cuales las 2 primeras fueron de evaluación; y empleó técnicas de psicoeducación, relajación y respiración, autoexposición a estímulos generadores de ansiedad, y biblioterapia. Al finalizar el tratamiento, se realizó tres sesiones de seguimiento, una por mes. El tratamiento permitió la reducción de

los síntomas y mejora del paciente después del primer mes de intervención, aunque los resultados sobre la efectividad de la intervención podrían estar sesgados, ya que la paciente consumía Lorazepam.

En esta misma línea, Monterde y Casado (2015) trabajaron con una paciente de 43 años diagnosticada con Trastorno de Pánico con Agorafobia. Los instrumentos que emplearon fueron el Cuestionario de Salud–SF-36, el Cuestionario de Dolor de McGill (MPQ), y el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA). El tratamiento que plantearon fue de once sesiones, incluyendo la evaluación, con una hora de duración y de una vez por semana. Hallaron que al finalizar el tratamiento las puntuaciones en el ISRA fueron ligeramente menores para cada uno de sus factores, respecto a la puntuación antes del tratamiento. Además, se logró que la paciente retome las actividades que había dejado de hacer.

En España Prats et al. (2014) realizaron un programa de tratamiento para probar la eficacia de la terapia cognitivo conductual (TCC) grupal en el trastorno de pánico con o sin agorafobia. Participaron 56 pacientes con trastorno de pánico y el tratamiento consistió en 9 sesiones de frecuencia semanal, para lo cual realizaron evaluaciones del tratamiento al inicio, finalización, y de seguimiento al primer y tercer mes. Los instrumentos que emplearon fueron la Escala de Pánico y Agorafobia de Bandelow, la Escala de Ansiedad Rasgo versión rasgo (STA-T), el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), la Escala para la evaluación de la Sensibilidad de la Ansiedad (ASI-3) y la Escala de Discapacidad del Inventario de Discapacidad de Sheehan (SDI). Al finalizar observaron una disminución significativa en las puntuaciones de la sintomatología de pánico- agorafobia, las cuales se mantuvieron hasta el tercer mes de seguimiento. Además, no encontraron diferencias significativas entre los pacientes que recibieron solo TCC y aquellos que tuvieron TCC más tratamiento farmacológico.

### **1.2.3. Fundamentación teórica**

**1.2.3.1. Definición de ansiedad.** Según Moreno (2002) la ansiedad es una emoción normal, cuya función es la adaptación a diversas situaciones, para lo cual es necesario disponer de un mecanismo de alarma, que asegure la supervivencia. Siendo que toda persona presenta miedo y ansiedad a determinadas circunstancias en las que se avecine algún riesgo o peligro que le hará prevenir daños. Sin embargo, a veces ocurre que estos mecanismos de alarma y prevención, producen falsas alarmas ante situaciones o estímulos inocuos; es ahí donde se puede hablar o referirse al trastorno de ansiedad.

Cortman et al. (2015) señala que la ansiedad es la unión entre lo psicológico y fisiológico, que se asocian con los sentimientos de preocupación, incomodidad, miedo y/o nerviosismo; los cuales forman parte normal de la vida; no obstante, ocurre que en muchas situaciones la frecuencia de estos sentimientos es demasiada, volviéndose inmanejable, es ahí cuando se puede clasificar como un trastorno.

Clark y Beck (2012) definen a la ansiedad como aquel complejo sistema de respuestas fisiológicas, afectivas, conductuales y cognitivas, que se activan para alertar o anticipar eventos o circunstancias que se catalogan como aversivas, ya que se perciben como incontrolables e impredecibles y que podrían presentar una amenaza potencial para la vida del individuo.

La ansiedad tiende en un inicio a ser normal, siendo ese mecanismo que nos permite estar alertas ante cualquier situación o evento que nos presente un riesgo, no obstante, como ya lo mencionaron Moreno (2002) y Cortman et al. (2015), suele pasar que este mecanismo se intensifica, percibiendo riesgo donde no lo hay y se desborda impidiendo controlarlo. Es por ello que Clark y Beck (2012) proponen cinco criterios para distinguir la ansiedad anormal o patológica.

- **Cognición disfuncional:** se refiere a la concepción y valoración errada de una situación, la cual no se puede confirmar; siendo creencias disfuncionales sobre el peligro y el erróneo proceso cognitivo que genera un excesivo miedo incoherente con la situación real.
- **Deterioro del funcionamiento:** En situaciones peligrosas la persona puede paralizarse viéndose la existencia de una interferencia en el manejo afectivo y adaptativo, afectando la vida social y laboral del individuo; impidiéndole disfrutar su vida plenamente.
- **Persistencia:** la persona que presenta una ansiedad patológica o anormal, puede sentir una sensación elevada con tan solo pensar el potencial peligro o amenaza, sin que necesariamente se encuentre el estímulo al que perciba como peligroso; además la frecuencia en la que experimenta estas sensaciones es frecuente y durante años.
- **Falsas alarmas:** ocurre en ausencia de un estímulo amenazante, presentándose una crisis de angustia imprevista e intensa.
- **Hipersensibilidad a los estímulos:** la gama de estímulos o situaciones que generan un peligro o amenaza es amplia, siendo en ocasiones la sensación demasiado intensa para el estímulo.

Cuando la ansiedad es patológica, se habla de un trastorno de ansiedad, el cual presenta a su vez tipificaciones y cada trastorno se refiere a un conjunto característico de síntomas y sensaciones que suelen aparecer en la misma persona (Moreno, 2002, pp. 23) entre las cuales se encuentra: el trastorno de pánico, agorafobia, trastorno por estrés agudo, trastorno obsesivo-compulsivo, fobias específicas, fobia social, trastorno por estrés postraumático, y el trastorno de ansiedad generalizada.

**1.2.3.2. Definición del trastorno de pánico.** La American Psychiatric Association (APA, 2014) señala que los ataques de pánico son un tipo de trastorno de ansiedad, la cual se

identifica, fundamentalmente, por la aparición inesperada y recurrente de crisis de angustia, derivadas de un intenso e irracional temor a sufrir ataques de ansiedad o pánico y no ser socorrido.

Una definición similar a la de la APA la dan Bourne y Garano (2012) quienes sostienen que el trastorno de pánico se caracteriza por la presencia de episodios ansiosos intensos y agudos, que además son repentinos, aparecen sin motivo alguno. Estos ataques se producen como mínimo una vez al mes, donde la persona se preocupa por sufrirlos nuevamente. Los ataques de pánico a menudo vienen junto a miedos irracionales, tales como el miedo a sufrir un infarto, enfermedades repentinas o volverse loco y la persona que lo sufre se siente aterrado por estas experiencias. Como ocurre con otras emociones, los ataques de pánico suelen presentarse con una tendencia a la huida o lucha, involucrando así también la activación del sistema autónomo que se acompaña de una percepción de muerte o peligro, aunque no siempre suelen presentarse estas conductas de escape, activación fisiológica o percepción de peligro (Craske y Barlow, 2018).

El Manual de Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM V) describe dos tipos de ataques de pánico: los esperados e inesperados (APA, 2014) siendo los esperados aquellos que se relacionan con una situación en la que es probable que ocurran, y los inesperados aquellos que ocurren sin causa aparente.

Otra división de los ataques de pánico la dan Bonevski y Naumovska (2020) basados en la relación de la ausencia/presencia de situaciones desencadenantes y la ocurrencia del ataque de pánico: a) inesperados: son aquellos que ocurren espontáneamente, no están relacionados a una situación específica y son los más comunes, b) inducido por la situación: implica los ataques inmediatos que ocurren al momento de ser expuesto o anticiparse a una situación particular, c) ataque de pánico predispuesto a la situación: son esperados ante una

situación en particular, sin embargo; no siempre ocurren frente al desencadenante y no necesariamente ocurren de inmediato ante la exposición, d) otros tipos de ataques: incluyen aquellos que tienen lugar en un contexto emocional especial, además tienen síntomas limitados, y e) ataques inducidos por las situaciones particulares: situaciones que tienen características sociales o muy específicas, por lo que los ataques de pánico no ocurren solo en los trastornos de pánico sino también en fobias específicas y sociales. Por ende, el trastorno de pánico puede presentarse con o sin agorafobia (Rodríguez, 2008).

Si bien las crisis de pánico no tienen concretamente un origen, se ha presentado atención, especialmente, a las diferencias individuales sobre las interpretaciones de sus cogniciones personales respecto a los síntomas físicos de la ansiedad, ya que estos síntomas iniciales son los que aparentemente guían la interpretación que hace la persona sobre sus sensaciones corporales, interpretando una taquicardia como un infarto, falta de aire como asfixia, las despersonalizaciones como indicador que va a enloquecer, entre otros (Moreno et al., 2007).

Además, algunos estudios señalan que los ataques de pánico son más frecuentes en personas que presentan una personalidad sensible a la ansiedad (Osma et al., 2014).

**1.2.3.3. Definición de agorafobia.** Según Bourne y Garano (2012) se define como el miedo a sufrir ataques de pánico en situaciones o lugares que se perciben como inseguros e incluso en lugares aparentemente seguros como el hogar, donde el miedo experimentado hace que la persona evite diversas situaciones. Los temores suelen estar relacionados al conjunto de escenarios y situaciones como estar fuera de casa solo, mezclarse con la multitud, cruzar un puente o viajar en algún medio de transporte. Este miedo o temor excesivo, se caracteriza por ser irracional y, además de ocurrir al estar en espacios abiertos o desconocidos, es evitativo respecto a situaciones en las que es difícil huir o escapar (American Psychological Association,

2010). Por lo cual, al verse en estas situaciones, la persona realizará conductas de evitación, debido al miedo excesivo de presentar un ataque de pánico, necesitando la compañía de una persona en la que confíe.

En ese sentido, la agorafobia puede desarrollarse sin la existencia previa de un ataque de pánico; es decir, surgen síntomas similares a un ataque de pánico ante situaciones determinadas (Rodríguez, 2008). Este miedo de experimentar síntomas parecidos a un ataque de pánico, también repentinos, es por la posible incapacidad o extrema vergüenza que les pueda generar el tenerlo (Bados, 2017) siendo lugares como cines, museos, teatros, restaurantes, viajar en lugares estrechos (carro o tren) o abiertos (campos), entre otras situaciones las más comunes, donde la persona experimenta el miedo a tener ansiedad en dichas circunstancias (“miedo al miedo”).

Por otro lado, Caballo et al. (2014) señala que la forma de diferenciar la fobia social y la agorafobia es que en la última se evita situaciones sociales por el miedo a experimentar síntomas semejantes a los de un ataque de pánico, además de no poder huir o escapar de dicha situación; en cambio, en la fobia social, la evitación se basa en el miedo que se tiene a ser desvalorado por los demás.

La agorafobia también se puede dividir por niveles, Barlow (2014) propone tres: a) agorafobia leve: hace referencia a las personas que dudan al momento de salir y tomar largas distancias; sin embargo, logran solucionarlo para ir y volver del trabajo, asiste a otros lugares recreativos ubicándose cerca a la puerta de salida o escape y evitan aquellos lugares que están atestado de personas; b) agorafobia moderada: en este nivel están quienes solo se desplazan a lugares con un máximo de 16 km de distancia respecto a su casa, y solo si alguna otra persona los acompaña. Además, evitan subir a buses o aviones, así como estar fuera en horarios donde

hay más personas fuera; c) agorafobia grave: aquí se encuentran aquellas personas que su desplazamiento fuera de casa muy limitado, quedándose reclusos solamente en su hogar.

**1.2.3.4. Criterios diagnósticos del trastorno de pánico.** Según el manual del DSM V (APA, 2014, pp. 208-209) los criterios diagnósticos son los siguientes:

A. Presencia de ataques de pánico frecuentes e imprevistos. Los ataques de pánico se caracterizan por la súbita aparición de miedo o malestar intenso que llega a su mayor expresión en minutos, tiempo en el que pueden ocurrir cuatro o más de los siguientes síntomas (estos ataques súbitos pueden aparecer cuando se está ansioso o calmado): sudoración, palpitaciones como taquicardia, dificultad para la respiración, temblores, náusea, escalofríos, dolor, sensación de ahogarse, miedo a morir, entumecimiento, mareos, despersonalización o desrealización, y miedo a la pérdida del control.

B. A uno de estos ataques como mínimo le ha seguido uno o ambos hechos siguientes por un mes o más: 1) preocupación continua por tener otro ataque o sus consecuencias; o 2) un cambio en la conducta con el fin de prevenir signos asociados a los ataques (como evitar ejercitarse).

C. Los ataques no son atribuibles a una afección o enfermedad médica ni a efectos fisiológicos por una sustancia.

D. Esta alteración no es explicable de mejor manera por un trastorno mental diferente como trastorno obsesivo compulsivo o fobia específica

**1.2.3.5. Criterios diagnósticos para la agorafobia.** Para el DSM V (APA, 2014, pp. 217-218) los criterios diagnósticos para la agorafobia son los siguientes:

A. Ansiedad o miedo intenso en dos o más de las siguientes situaciones: al estar en: 1) sitios cerrados, 2) sitios abiertos, 3) fuera de casa y solo, 4) medio de una multitud, 5) transporte público.

B. La persona evita o teme estas situaciones por la idea de que salir o escapar de ellas puede ser difícil o no obtendría ayuda en caso los síntomas de pánico u otros embarazosos o incapacitantes aparecen.

C. Estas situaciones de agorafobia le provocan ansiedad o miedo casi siempre.

D. Sin la presencia de un acompañante las personas se resisten con ansiedad o miedo intenso a estas situaciones, evitándolas activamente.

E. La ansiedad o miedo que experimentan es desproporcionado respecto al peligro real de la situación agorafóbica y al contexto sociocultural de la persona.

F. La ansiedad, miedo y evitación es continua, y usualmente dura de seis a más meses.

G. La ansiedad, miedo y evitación causa deterioro social, laboral o en otras áreas relevantes del funcionamiento o malestar clínicamente significativo.

H. Si existe enfermedad médica, la ansiedad, miedo y evitación es notoriamente excesiva.

I. La ansiedad, miedo y evitación no se explican mejor por síntomas de un trastorno mental diferente, como fobia específica, obsesiones, recuerdos traumáticos, entre otros.

**1.2.3.6. Epidemiología.** Kessler et al. (2005) señala que el trastorno de pánico con o sin agorafobia tiene sus inicios a los 24 años. Por otro lado, Ollendick (1998) y Petot (2004) refieren que se inicia a los 13 años, siendo sus comienzos en la adolescencia, siendo Sandín (1997) quien reafirma eso, manifestando que en una revisión de estudios el inicio es 11 años.

Andrews y Slade (2002) en su estudio epidemiológico, encontraron que 0.6% eran personas con trastorno de pánico con agorafobia y el 1.3% trastorno de pánico sin agorafobia. Jacobi et al. (2004) señala que en Alemania la prevalencia es del 1.8% para el trastorno de pánico, y que razón de incidencia entre mujeres y hombres de 2,5.

Walters et al. (2008) manifiesta que los individuos con trastorno de pánico, luego de haber controlado los factores de riesgo asociados, exceptuando la depresión; estuvieron asociados con una probabilidad mayor a la enfermedad coronaria, sufriendo infartos de miocardio antes de los 50 años.

Según el DSM-IV la edad de inicio de la agorafobia es 28 años, (Kessler et al., 2005), mientras que en el CIE-10 el inicio es a los 15 años (Wittchen et al., 2008).

La agorafobia en sus comienzos, presenta conductas evitativas que en muchos casos suelen darse de forma gradual. Cuando los problemas de agorafobia son establecidos tienden a fluctuar, presentando remisiones parciales y recaídas de variable duración, siendo más frecuente en mujeres (Bados, 2015). Andrews y Slade (2002) y Haro, et al. (2006) señalan que, de las personas con agorafobia o trastorno de pánico, entre el 65 y 70% son mujeres. Adicional a ello Bados (2015) refiere que en las personas de bajo nivel socioeconómico la probabilidad de que se desarrolle agorafobia y ataque de pánico es el doble, al igual que en personas con bajo nivel educativo, en personas viudas, divorciadas o separadas, en comparación a mujeres casadas y en personas entre 18 y 59 en comparación con las de 60 años o mayores; y que se da con mayor frecuencia en las zonas urbanas que rurales.

Magee et al. (1996) y Andrews y Slade (2002) señalan que las mujeres con agorafobia son dos terceras partes más; siendo un 66 a 72% la población femenina; es decir, hay entre 2 a 2,7 mujeres con agorafobia o agorafobia con ataque de pánico por cada hombre. Bekker (1996) propone algunas explicaciones para dicha incidencia, siendo las siguientes: mayor disposición

a admitir sus miedos, mayor nivel de rasgos de ansiedad, estereotipo de roles sexuales, factores hormonales, prolapso de la válvula mitral y predisposición biológica.

Por otro lado, Bados (2015) refiere que las explicaciones señaladas por Bekker pueden ser aparentes y no reales, ya que la agorafobia en varones puede enmascarse con el abuso de alcohol; siendo diagnosticados con dependencia del alcohol y no con agorafobia. Sin embargo, Pollard et al. (1990) hallaron que el 38% de las mujeres presentaban agorafobia mientras que solo el 17% de los varones tenían una dependencia hacia el alcohol; de la misma manera las mujeres también podrían enmascarar la agorafobia con el abuso de los tranquilizantes o la excesiva ingesta de comida.

**1.2.3.7. Modelos explicativos.** Si bien no existe una causa determinada para el trastorno de ansiedad o específicamente el trastorno de pánico, hay autores que presentan algunas teorías sobre las causas.

- Modelo Biológico

Virues (2005) refiere que la ansiedad se presenta cuando se activa el sistema nervioso, como consecuencia de la presentación de estímulos externos; dicha activación se expresa con sintomatología periférica que deriva del sistema nervioso vegetativo y sistema endocrino; es decir, la sintomatología fisiológica de la ansiedad es generada por estos sistemas y los síntomas psicológicos de la ansiedad son producidos por la estimulación del sistema límbico y la corteza cerebral.

Klein (1964) señala que el pánico es un evento diferente de la ansiedad anticipatoria; sin embargo, es fundamental en la ansiedad de separación, encontrándose relacionados con el mecanismo de protesta que se activa en los estímulos de apego. Este mecanismo es una alarma que tiene un umbral bajo y por ello se activa con facilidad. Siendo en el modelo biológico, que el trastorno de pánico tiene una excesiva descarga en el sistema nervioso central

específicamente en el área parahipocámpica y los quimiorreceptores medulares. Así mismo, asume que existe anomalías en los neurotransmisores a causa de los cambios de procesos intracelulares.

Middleton (1990) refiere que hay una existencia de cierta anomalía en las funciones de autonomía en aquellos pacientes que fueron diagnosticados con pánico, siendo la alteración con mayor importancia el prolapso de la válvula mitral, hay que tener en cuenta que no se puede decir que el pánico es una condición para el diagnóstico de esta alteración, es decir, la alteración más importante es el prolapso de la válvula mitral, pero en ningún caso debe tomarse el pánico como un signo más para una condición cardíaca. Además, señala que los pacientes luego del tratamiento conductual suelen continuar manifestando sensibilidad a los efectos hipotensivos de la clonidina.

Como ya se había comentado anteriormente, no hay causas específicas sobre este trastorno; sin embargo, hay algunas propuestas como la de Elkin (2000) quien sostiene que existen 2 causas o factores que intervienen en los ataques de pánico: a) el factor fisiológico: refleja un desequilibrio en el sistema neural que intervienen en la excitación y la percepción de potenciales peligros. Además, Elkin refiere que este desequilibrio incluye el neurotransmisor GABA. Existe una concordancia alta en el trastorno de pánico, hasta el 90%, en gemelos monocigotos, lo que apoya este factor. Y el b) factor psicológico: implica que aquellas personas que han padecido de un trastorno de ansiedad en la infancia, en su vida adulta tienen mayor posibilidad de presentar trastorno de pánico o depresión, debido a que su sistema límbico se ha sensibilizado en su niñez, condicionándolos a reaccionar en mayor medida ante sus estados emocionales internos.

- Teoría conductual

Hull (1952) refiere que el modelo conductual busca explicar la ansiedad desde lo experimental y operativo, siendo entendida como el impulso que lleva al individuo a actuar de una determinada forma; siendo la ansiedad una reacción emocional a un grupo de estímulos incondicionados inicialmente (estímulos discriminativos) y posteriormente serán estímulos condicionados los cuales se van a mantener por los refuerzos obtenga el individuo.

Rachman (1988) refiere que el pánico puede explicarse mediante el modelo de condicionamiento clásico. En el cual el E1 (parque) produce una R1 (ataque de pánico espontáneo), en un inicio otros estímulos como las sensaciones corporales o palpitaciones serán neutros; estos estímulos posteriormente se condicionarán y generarán un RC de pánico (palpitaciones, sudoración). Señala que en este esquema debe haber existido un ataque espontáneo previo y el mantenimiento dependerá de la interpretación que le dé el individuo.

- Modelo Cognitivo

Suárez (2018) indica que el modelo cognitivo explica que antes de una conducta de escape, el individuo realiza una evaluación y valoración de la situación y al encontrar amenazas en dicha situación desencadena respuestas ansiosas que provocan otro proceso cognitivo. Siendo este proceso cognitivo representado por pensamientos, creencias, acompañados de imágenes que giran en torno a la situación amenazante.

Clark (1988) señala que cuando una persona tiene una experiencia de pánico, este evento es resultado de la evolución de la amenaza externa y de la energía o fuerza de los mecanismos de defensa que presente. Dichas personas presentan pensamientos catastróficos en situaciones que no necesariamente existen amenazas y hay señales de seguridad. Teniendo este antecedente puede atribuir estos cambios a alguna enfermedad que posteriormente dará lugar a escapar o evitar generando un condicionamiento operante. Es así que solo aquella señal que

se interprete como un precedente al desastre; y se mal interpreten las sensaciones percibidas genera un ataque de pánico. Por ejemplo, la sensación que se produce al hacer ejercicio no se toma como un ataque de pánico, pero es similar a la sensación que se produce cuando se da un ataque de pánico (Clark, 1988)

Según Beck (1988) para el ataque de pánico necesariamente debe presentarse como condición la disociación entre el pensamiento reflexivo y el pensamiento automático: pudiendo darse ataques con pulso y respiración normal. Para Teasdale (1988) el modelo cognitivo del pánico es aceptado solo si demuestra que: existe una interpretación catastrófica en los ataques de pánico; puede inducirse un ataque de pánico de forma experimental a través de estas interpretaciones y que la intervención cognitiva elimina o contrarresta el ataque de pánico.

Por otro lado, Beck et al. (1989) refieren que la primera propuesta de Teasdale (1988) puede darse y se puede obtener resultados en el tratamiento, apoyando la tercera condición; lo que no se puede probar es la segunda condición, ya que la interpretación catastrófica no es necesaria en los ataques de pánico ya que no todos se producen de la misma forma.

**1.2.3.8. Modelo de terapia cognitivo conductual.** La terapia cognitivo conductual se basa, particularmente en sus inicios, en la teoría del aprendizaje y está fundamentada en la investigación científica, así, muchos de sus procedimientos y técnicas tienen bases experimentales, aunque muchos otros surgen del contexto clínico, de la experiencia de los terapeutas (Díaz et al., 2017). La intervención terapéutica del modelo cognitivo conductual para el trastorno de pánico se encuentra entre las primeras intervenciones para el abordaje de este trastorno. Incluye varias diversas técnicas y estrategias, las cuales tienden a ser útiles en la disminución de frecuencia de los ataques de pánico, la conducta evitativa en la agorafobia y otros rasgos del trastorno de pánico. Entre estas técnicas y estrategias se encuentran la

psicoeducación, reestructuración cognitiva, exposición interoceptiva, exposición en vivo y relajación (Manrique, 2014).

La terapia cognitivo conductual para el trastorno de pánico y agorafobia se puede realizar en diversos escenarios como consultorios externos, centros de atención primaria y hospitales de internamiento. Además, la terapia cognitivo conductual para el trastorno de pánico y agorafobia puede realizarse de forma individual o grupal. En la mayoría de investigaciones, la terapia cognitivo conductual para el tratamiento del pánico y agorafobia constan de unas 10 a 20 sesiones de semanales; sin embargo, hay estudios muestran que los tratamientos más breves también pueden ser eficaces (Barlow, 2014). Si bien el tratamiento cognitivo conductual es eficaz para el trastorno de pánico, Cano y Dongil (2017) señalan que en los pacientes con este trastorno suelen presentar recaídas por diversos motivos, entre ellos los sesgos cognitivos de los terapeutas, ya que toman especial énfasis en las estrategias de reestructuración cognitiva sobre otras.

### **1.3. Objetivos**

#### ***1.3.1. Objetivo general***

Reducir la sintomatología del trastorno de pánico con agorafobia en una paciente adulta, en los niveles de respuesta: fisiológico, emocional, cognitivo y conductual mediante la aplicación de la Terapia Cognitivo-conductual.

#### ***1.3.2. Objetivos específicos***

- Reducir la sintomatología fisiológica de la ansiedad y el ataque de pánico a través de técnicas cognitivas conductuales.
- Disminuir los pensamientos distorsionados y creencias irracionales relacionados a la ansiedad, reemplazándolos por pensamientos racionales más funcionales que le permitan desenvolverse en la vida cotidiana.

- Disminuir la conducta de escape y evitación mediante la exposición y afrontamiento a situaciones que le generan ansiedad, a través de las técnicas cognitivo conductuales.
- Instalar la autorregulación emocional, para tener un manejo frente a la ansiedad relacionada con el trastorno de pánico con agorafobia.

#### **1.4. Justificación**

El trabajo académico mostrado utiliza el enfoque cognitivo conductual para intervenir en los pensamientos y creencias desadaptativas, a fin de reducir y controlar la sintomatología de ansiedad en sus niveles de respuesta cognitivo, fisiológico, emocional y conductual. En relación con eso, se busca realizar un programa específico de intervención con técnicas cognitivo - conductuales como: técnica de respiración diafragmática, técnica de relajación progresiva de Jacobson, técnicas de exposición, psicoeducación, reestructuración cognitiva a través del cuestionamiento de Ellis, detención de pensamiento, terapia racional emotiva, entre otros.

Como bien se sabe, el trastorno de pánico es un trastorno de ansiedad que se caracteriza por episodios inesperados y repetidos de intenso miedo acompañados por síntomas fisiológicos. Esto sin limitarse a una situación en particular, es decir, puede manifestarse dentro de diferentes ámbitos de la persona que lo padece, motivo por el cual podemos encontrar una paralización importante en las actividades de la su vida cotidiana.

Asimismo, la agorafobia es un tipo de trastorno de ansiedad en que se experimenta miedo a los lugares o situaciones que podrían causarse pánico, llegando a sentirse atrapado, indefenso o avergonzado, siendo esta la causa por la que tratas de evitar este tipo de lugares o situaciones.

Es común notar que la persona que padece de trastorno de pánico con agorafobia suele malinterpretar sensaciones fisiológicas de manera catastrófica. Por ejemplo, el presente estudio

de caso, donde la evaluada tiende malinterpretar sensaciones de mareo pensando que se va a caer o desmayar, sensación de la taquicardia como un ataque al corazón. De tal forma que dicha interpretación y el miedo a sufrir nuevamente la experiencia (ataques de pánico) ha llegado a afectar en diferentes ámbitos de su vida, como: el ámbito individual, familiar, laboral y social. Ante estas dificultades que interfieren con su actividad cotidiana, la intervención Cognitivo Conductual cobra mayor importancia, puesto que otorga resultados a corto plazo, fundamentales para la solución de la problemática.

Asimismo, la importancia del presente trabajo de investigación radica en el aporte teórico práctico para futuras intervenciones desde el enfoque cognitivo conductual. Además, de proponer una intervención eficaz para aliviar el sufrimiento de una paciente, que requiere apoyo para vivir con plenitud y bienestar.

### **1.5. Impactos esperados del trabajo académico**

El presente trabajo académico tiene como finalidad principal el beneficio de la paciente, esto, a través de la aplicación de un programa de tratamiento diseñado específicamente para el caso. Esperando así, que se logre alcanzar el objetivo principal que es lograr la reducción y control de la sintomatología de ansiedad, en sus niveles de respuesta cognitivo, fisiológico, emocional y conductual. Asimismo, lograr una mejora en los diferentes ámbitos de su vida, además, de brindarle las herramientas de afrontamiento necesarias para manejar situaciones similares y/o inesperadas.

Del mismo modo, este trabajo, será un aporte para la comunidad científica, específicamente a los colegas psicólogos, sirviendo como base teórica y evidencia de eficacia de la intervención cognitivo conductual en casos afines.

## **II. Metodología**

### **2.1. Tipo y diseño de investigación:**

El tipo de investigación es aplicada, ya que en ella utilizan los conocimientos de manera práctica en beneficio de la sociedad (Kerlinger, 1975).

El diseño de investigación es experimental, de caso único. En este diseño la unidad de observación se mide en un período de tiempo, bajo al menos una variable independiente, (Ato y Vallejo 2007).

En las investigaciones experimentales de caso único, se trabaja con el diseño Univariable Multicondicional (ABA) Línea base- Línea experimentación- Línea base. Donde el investigador recolecta los datos, evaluando el posible efecto de un tratamiento o intervención de un sujeto, en el cual inicialmente no existe un tratamiento y, posteriormente si existe la presencia del mismo (Gentile et al., 1972). Presenta 3 fases observación, intervención y efectos. Para lo cual se realiza una línea base final, corroborando de esa forma el cambio.

### **2.2. Ámbito temporal y espacial**

La evaluación y el tratamiento se realizó en un consultorio de un centro de salud de San Martín de Porres, durante un aproximado de 29 sesiones (7 de evaluación, 19 de intervención y 3 de seguimiento).

### **2.3. Variables de investigación**

#### **2.3.1. Variable independiente**

Terapia cognitivo conductual: es una de las intervenciones utilizadas en el trastorno de pánico con agorafobia, la cual incluye técnicas y estrategias diversas para la disminución de frecuencia de los ataques de pánico, así como de la conducta evitativa de la agorafobia. Entre las técnicas y estrategias se emplearon las técnicas cognitivo conductuales como: Ejercicios de

Respiración, Técnica de Relajación Progresiva de Jacobson, las Técnicas de Exposición Interoceptiva, Simbólica, en Vivo, Modelado, Autorregistros, Psicoeducación, Debate, Técnica Detención del Pensamiento/emoción, Terapia Racional Emotiva (Técnica Humorística e Imaginación Racional Emotiva) y Autoinstrucciones.

### **2.3.2. *Variable dependiente***

Trastorno de pánico con agorafobia: es un tipo de trastorno de ansiedad, que se caracteriza principalmente, por la aparición recurrente e inesperada de crisis de angustia producto de un intenso e irracional temor a sufrir ataques de ansiedad o pánico y no ser socorrido. Este miedo hace que la persona evite diversas situaciones así existan señales de seguridad.

## **2.4. Participante**

Se trató de un estudio de caso único (N=1) de una mujer de 35 años de edad, separada desde que nació su hijo, tiene estudios secundarios completos, es natural de Lima y actualmente vive con su padre, hermano, cuñada, sobrinos y su hijo adolescente. No ha tenido tratamiento psicológico, pero si acudió anteriormente a psiquiatría por lo cual estuvo recibiendo medicación.

## **2.5. Técnicas e instrumentos**

### **2.5.1. *Técnicas.***

Las técnicas usadas para el programa de intervención en un caso de trastorno de pánico con agorafobia fueron las siguientes:

- **Ejercicios de Respiración:** Las técnicas de respiración permiten facilitar el control a voluntad de nuestra respiración y así automatizar este control inclusive en situaciones estresantes (Olivares y Méndez, 2008) ya que, al ser un mecanismo fisiológico, automático e

involuntario, se modifica cuando en diferentes situaciones, como cuando nos ejercitamos o sentimos ansiedad que esta se acelera. Para esto se han desarrollado diferentes formas de respiración, una de ellas es la respiración diafragmática, la cual consiste en producir gran movilidad de las costillas inferiores y la parte superior del abdomen inflando el vientre, y esta forma de respiración es considerada la fisiológicamente más adecuada (Moreno, 2002).

Otros tipos de ejercicios basados en la respiración son (Davis et al., 2000): la respiración profunda, la respiración mediante el suspiro, respiración natural completa, respiración purificante, respiración pasiva, entre otras; que se diferencian principalmente en la postura que se adopta (tumbado en el suelo, sentado, sentado con posición de cochero, o de pie), el tiempo de retención del aire, músculos y movimientos involucrados para el ejercicio, y el componente imaginario.

- Técnica de Relajación Progresiva de Jacobson: Consiste en practicar una serie de sencillos ejercicios de tensión y relajación muscular, y se basa en la premisa de que las respuestas ansiosas del organismo provocan conductas y pensamientos que conllevan a la tensión muscular, lo que hace que la sensación propia de ansiedad aumente (Davis et al., 2000).

El objetivo que se busca con estos ejercicios en un inicio no es tanto lograr la relajación muscular, sino que quien lo practica aprenda a diferenciar los estados de tensión muscular y relajación (Moreno, 2002), para que eventualmente la persona pueda evocar estas sensaciones de estar relajado cuando sienta ansiedad. Esta técnica cuenta con muchas variaciones (Caballo, 1995) según el número de grupos musculares involucrados, el tiempo de tensión y relajación por cada músculo, el número de repeticiones de cada ejercicio, el orden de los grupos musculares, la involucración de todos los músculos del cuerpo a la vez o solo grupos específicos, el uso de autoinstrucciones, y la mezcla de frases que se emplean en otras técnicas de relajación como la pasiva o autógena.

Existen, también, diversas técnicas de relajación como la técnica de relajación pasiva (Olivares y Méndez, 2008), que se diferencia de la progresiva porque no emplea los ejercicios de tensión muscular, sino solo consiste en relajar los grupos musculares mediante las instrucciones del terapeuta, y son especialmente útiles cuando a la persona le es difícil relajar los músculos después de haberlos tensado; y la relajación autógena, es una de las más usadas después de la técnica de Jacobson, y consiste en la relajación inducida mediante frases que emite el terapeuta sobre sensaciones corporales de peso y temperatura en diferentes zonas del cuerpo.

- Las técnicas de exposición: constituyen una serie de pasos que tienen por objetivo reducir los niveles de activación fisiológica de una persona, mediante la extinción y habituación, ante ciertos estímulos que le provocan ansiedad; y esto se logra al exponer, gradualmente o no, a la persona a la situación temida, produciendo así un aprendizaje porque su organismo se acostumbra, reduciendo sus respuestas de activación (Barraca, 2014).

Algunas formas de su aplicación son las siguientes (Ruiz, et al., 2012): a) exposición simbólica: esta técnica se refiere al contacto con el estímulo o situación temida a través de representaciones mentales (imaginación), visual, auditivo, virtual; b) exposición en vivo: consiste en presentar de forma directa el estímulo o situación temida, se puede dar de forma gradual o desde un inicio teniendo contacto con situaciones generadoras de alto nivel de ansiedad. La indicación básica es mantenerse en contacto con el estímulo temido hasta que la ansiedad se logre reducir a la mitad. Para lograr la máxima efectividad de la exposición en vivo se debe de eliminar las conductas de seguridad como la compañía de otras personas, agua, dinero o recursos que utilice para evitar o huir de la situación o estímulo; c) exposición interoceptiva: consiste en generar síntomas similares a los ataques de pánico durante un minuto aproximadamente, mediante ejercicios que tratan de simular los síntomas más comunes y temidos de las crisis de angustia que padece el paciente. Se puede hacer la simulación mediante

la realización de ejercicios físicos, hiperventilación intencional, dar vueltas en su mismo lugar, contener la respiración, etc.

- **Modelado:** su función es la de enseñar a ejecutar de forma efectiva la conducta interpersonal de las personas que presentan ansiedad. En la cual el terapeuta se encarga de mostrar la habilidad o conducta que tendrá que aprender, y le explica cómo se realiza dicha conducta; es decir hace la demostración teórica y práctica de cómo se ejecutará la conducta. Posterior a ello se le pide al paciente que ahora él realice la conducta, mientras el terapeuta va corrigiendo o interrumpiendo la conducta con el fin de que se ejecute de forma adecuada o se detenga los niveles de ansiedad (Clark y Beck, 2012).

- **Autorregistros:** permiten evaluar y obtener información sobre las conductas de interés para el terapeuta, como las relaciones funcionales de las conductas relevantes, sus dimensiones y modo de respuesta (Keawe'aimoku et al., 2009). Existen diversos autorregistros y se diseñan como se considere necesario según el terapeuta vea conveniente en el objetivo que se haya planteado.

- **Psicoeducación:** es un proceso mediante en el cual el terapeuta le provee de conocimientos básicos al cliente, y sus relativos, respecto a su dificultad, con el fin de informar, prevenir recaídas y entrenarlo para que pueda manejar; esta información se da a lo largo de la terapia y aborda temas como los factores causales del problema, los síntomas, el cómo lidiar con la situación, las opciones de tratamiento disponibles, el curso y resultados de la intervención, refutar algunos mitos y malentendidos sobre su dificultad, entre otros (Sarkhel et al., 2020). En general, la meta es que el paciente entienda y sea capaz de manejar la enfermedad que presenta, ya que cuanto mejor conozca su propia enfermedad, mejor puede vivir con su condición.

- **Debate:** es una de las técnicas con mayor relevancia en la TREC. Ellis utilizaba tres argumentos para el debate (argumento empírico, argumento lógico y argumento

pragmático) los cuales ayudaban a cuestionar las creencias irracionales, y DiGiuseppe (1991, como se citó en Ruíz et al., 2012) señaló otros estilos: a) socrático: se basa en realizar preguntas abiertas destinadas a animar para detectar las creencias irracionales y racionales y las razones por que lo son en cada caso. Se apoya en los argumentos utilizados por Ellis. b) didáctico: Se le enseña a detectar y debatir las creencias irracionales, haciendo que entienda los procedimientos y puntos tratados. c) metafórico: se realiza usando cuentos que ayuden a demostrar las creencias irracionales y las racionales; y d) humorístico: se usa el sentido del humor al momento de refutar las creencias irracionales.

Sin embargo, Lega et al. (2017) señalan que más bien habría tácticas (didáctica, mayéutica socrática, humorística y metafórica), y estrategias o estilos (lógico/filosófico, empírico/realista y pragmático/práctico) de debate. Estos estilos de debate los describen de la siguiente manera: 1. Lógico/filosófico, se emplea la lógica de las ideas para hacer conclusiones más coherentes y razonables; 2. Empírico/realista, aquí se hace uso del método científico para que los pacientes puedan tomar sus creencias como hipótesis y las sometan a verificación, de modo que puedan ver si sus creencias concuerdan con los hechos observables de la realidad y son congruentes con la misma; y 3. Pragmático/práctico, ya que las creencias suelen mantenerse porque tienen algún beneficio para la persona, se le enseña al paciente a que haga un análisis costo/beneficio para que pueda percatarse que a largo plazo las creencias irracionales traen inconvenientes.

- Técnica Detención del Pensamiento/emoción: esta técnica tiene como objetivo reducir o controlar la duración y frecuencia de cogniciones (como imágenes, pensamientos o recuerdos) recurrentes, sin modificar sus contenidos, y el procedimiento consiste en elaborar un listado de los pensamientos intrusivos y otro de imágenes relajantes, luego se pide al sujeto que imagine la situación para que ocurra el pensamiento intrusivo, y es cuando el terapeuta dice una palabra como “¡alto!” (ya elegida con

anterioridad), y le pide que imagine la situación alternativa o relajante (Salgado et al., 2008). Esta técnica es útil para pacientes que se muestran incrédulos de poder eliminar pensamientos desagradables, de este modo la técnica funciona mejor con personas que presentan problemas relacionados con ansiedad, depresión, trastorno obsesivo compulsivo, fobias, preocupación de carácter sexual, y manejo de la ira (Barraca, 2014).

- **Terapia Racional Emotiva:** la reestructuración cognitiva basada en el modelo cognitivo propuesto por Ellis et al. (1981; como se citó en Pérez et al., 2008) se esquematiza en la teoría A-B-C-D-E, donde A es la situación que origina B; B, es el pensamiento funcional o disfuncional según sea su sistema de creencias originado por A, los cuales conducen a C; C, es la consecuencia emocional o conductual ante la aparición de A; D, es el trabajo del terapeuta para modificar o sustituir B, para lo cual se emplea la lógica y la racionalidad, discriminando de forma crítica los pensamientos que se presentan en B; y E, es el resultado de la intervención; es decir, la modificación o eliminación del pensamiento irracional que fue sustituido por uno funcional mediante el debate, generando en consecuencia emociones y conductas más adaptativas. Si bien es cierto, que el modelo de tratamiento es la esquematización A-B-C-D-E, inicialmente fue el modelo ABC el que empleó Ellis para explicar la personalidad, psicopatología y funcionamiento de las personas, que inicialmente era lineal y pasó a ser contextual o circular ya que cada uno de los elementos interactuaban y eran interdependientes, donde no solo estaban involucradas conductas, emociones y cogniciones, sino también valores, metas y objetivos que cada persona tenía, el cual se denominó “G” (Lega, 2017).

- **Técnica humorística:** Ellis (1981; como se citó en Ruíz et al., 2012) considera que las perturbaciones emocionales en muchos casos, es debido al exceso de dramatismo o seriedad con el que suele tomar uno mismo las cosas que nos suceden en la vida. Es por ello que plantea esta técnica la cual consiste en imaginarse en una situación que genere malestar, e interrumpirla con algo de origen humorístico, ya sea una canción, relato, chistes, aforismos,

etc. que generen un cambio de emoción por lo menos de forma momentánea. Las cuáles serán reforzadas con las técnicas de reestructuración cognitiva.

- **Imaginación Racional Emotiva:** Maultsby Jr. (1971; como se citó en Ruíz et al., 2012), dentro de la TREC, es una de las técnicas más utilizadas. La cual consiste en pedirle al paciente que intente modificar su emoción negativa y perturbadora, en determinada situación, por otra emoción más apropiada o moderada, para la cual debe modificar aquellas creencias irracionales que le generan esa emoción negativa.
- **Autoinstrucciones:** se consideran estrategias metacognitivas que consisten en favorecer la autorregulación conductual, creencias y confianza en sí mismo. El objetivo es enseñar a pensar para facilitar el acceso a las habilidades que se requieran para afrontar un problema. Suele utilizarse en combinación con otras técnicas como el modelado, aproximaciones sucesivas, exposición, entre otras. Prepara al individuo para utilizar estas autoinstrucciones según sea el momento o situación, de manera que focalice la atención, guie la conducta, proporcione un refuerzo o retroalimentación sobre algo por ejecutar y reducir la ansiedad (Ruíz et al., 2012).

### **2.5.2. Instrumentos**

- a) Escala de Autoevaluación de ansiedad de Zung:

Creado por William Zung en 1965, cuyo objetivo es el identificar los niveles de ansiedad, midiendo su intensidad. Consta de 20 ítems (15 directos e 5 inversos siendo estos últimos los ítems 5,9,13,17 y 19), en escala Likert con puntajes de 1 a 4. Los niveles de ansiedad se miden con el índice de EAA, siendo de 20 a 35, no hay ansiedad presente; de 36 a 47 ansiedad mínima a moderada; de 48 a 59 ansiedad marcada a severa y de 60 a 80 grado máximo de ansiedad. Presenta una confiabilidad de 0.66

- b) Cuestionario de Pánico y Agorafobia de B. Sandín y P. Chorot,

Creado por Sandín y Chorot en el año 1997, tomando como base otros cuestionarios de ataques de pánico. Tiene como objetivo evaluar las características del trastorno de pánico con o sin agorafobia y de la agorafobia. El tiempo de duración es entre 20 y 30 minutos. Consta de 6 secciones: la primera sección presenta 21 ítems, la segunda y tercera sección 3 ítems cada una, la cuarta 2 ítems, la quinta 3 ítems y la sexta 2 ítems, siendo un total de 40 ítems. Su validez se halla mediante la comparación de resultados con el ADIS-M, ambos instrumentos fueron aplicados a una muestra de 37 participantes de los cuales 20 fueron diagnosticados con trastorno de pánico. Se encontró que entre ambos instrumentos había una concordancia del 91%.

c) Cuestionario de Creencias Irracionales de Ellis

Este cuestionario fue creado por Albert Ellis en 1980. Consta de un total de 100 ítems y el tiempo de duración es de 30 minutos; puede ser aplicado de manera grupal o individual, a partir de los 12 años. Tiene como objetivo identificar las creencias irracionales que posee el individuo. Se dividen en 10 grupos de creencias irracionales, puntuados en una escala dicotómica de 0 y 1. Su calificación consiste en que la persona posee dicha creencia irracional que tenga un puntaje más próximo a 10; siendo de 0 a 5 un puntaje promedio, de 6 a 7 nivel moderado y 8 a 10 un alto nivel de irracionalidad. Posee una validez de .90 y un coeficiente de alpha de Cronbach de .74.

d) Inventario de Personalidad Eysenck Forma B para adultos

Creado por Hans Eysenck en 1954. Consta de 57 ítems, puntuados en una escala dicotómica de 0 y 1. Presenta dimensión de introversión-extroversión y estabilidad-inestabilidad, el cruce entre ambas genera el temperamento. Además, consta de una escala de veracidad. Presenta una confiabilidad de .86

en el coeficiente de Alpha de Cronbach. Y la validez fue obtenida mediante un análisis factorial.

e) **Inventario Clínico Multiaxial de Millon III**

Theodore Millon, creó el inventario en 1997, cuyo objetivo es evaluar el diagnóstico clínico y personalidad. Su aplicación es a partir de los 18 años y dura entre 45 a 60 min, es de aplicación individual y colectiva en grupos pequeños de hasta 10 personas. Consta de 175 ítems, distribuidos en 22 escalas, puntuación dicotómica de 0 y 1. Además posee una escala de validez, sinceridad, deseabilidad y autodescalificación.

**2.5.3. Evaluación psicológica**

**a) Datos de filiación.**

Nombres y apellidos:	Luciana
Edad:	35 años
Lugar de nacimiento:	Lima
Dirección:	Distrito San Martín de Porres.
Derivado por:	Médico de emergencia.
Lugar de entrevista:	CS. Perú 3era zona.
Terapeuta:	Lic. Mónica López Lobatón.

**b) Observación de la conducta**

Mujer adulta de 35 años, contextura y altura promedio, se muestra aseada y viste acorde a la estación. Lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona. Lenguaje claro, tono de voz adecuado, pensamiento lógico y coherente. Movía las manos constantemente,

refería sentirse avergonzada por la situación que atraviesa, se entrecortaba su voz al relatar acontecimientos de su vida.

**c) Motivo de consulta**

La paciente viene por voluntad propia, refiriendo que desea controlar su malestar ya que no le deja estar tranquila. Al respecto menciona *“la semana pasada no he podido dormir, me acostaba a las 3 de la mañana y me despertaba a las 5 am, trato de descansar y no puedo, siento mi cuerpo caliente, sin estabilidad. Esto me ha sucedido 2 veces durante la semana”*.

Además, manifiesta que desde que tuvo su primera crisis en el 2012, no puede estar sola por temor a que tal situación se vuelva a repetir, su miedo es recurrente y se agudiza cuando tiene que salir. Estuvo con tratamiento farmacológico (aprox.5 meses), el cual no culminó debido a que pensaba que ello la podía volver dependiente. En relación a ello comenta *“lo dejaba porque me decían que me iba a volver dependiente de las pastillas y yo no quería eso”*.

**d) Problema actual**

Cada vez que Luciana espera el carro en el paradero, entre mucha gente, para ir a cuidar a su sobrino en la casa de su hermano, piensa *“algo me va a pasar”*, *“otra vez me va a dar mi ataque”*, *“y si me contagian el virus y me enfermo”*, *“no hay nadie quien me ayude si me desmayo”*, debido a ello comienza a sentir ansiedad (9), miedo (8), generándole hormigueo y sensación de calor en el cuerpo, su corazón se acelera, las piernas le tiemblan y falta de aliento. Ante esto, espera por unos minutos que pase un carro vacío, si no aparece se regresa a su casa y llama a su hermano para que le recoja el taxista que ya conoce. Afirma que solo está tranquila cuando está en su casa o llega a la casa de su hermano. Esta situación se repite aproximadamente 6 veces a la semana.

Al llegar al cajero, Luciana encuentra que hay una fila de personas y debe esperar, mira a su alrededor, busca otro lugar dónde haya un cajero y retirar más rápido el dinero para no

estar entre tanta gente y fuera de casa, aunque desea irse, se mantiene en el lugar, pensando “*me va dar mi ataque*”, “*y si me desmayo van a pensar que tengo covid*”, “*si me desmayo nadie me va ayudar*”, a la vez que siente hinchones en el pecho y sensación de desmayo, falta de aliento, así como vergüenza (7), miedo(9) y ansiedad (10), por tener que quedarse ya que es necesario que retire el dinero. Se siente bien cuando logra retirar el dinero y estar de regreso a casa, experimentando tranquilidad al llegar. Esta situación se da cada vez que sale al cajero, aproximadamente 2 veces por semana.

Cuando sale al mercado sola a realizar las compras y encuentra que hay mucha gente comprando, al respecto piensa “*algo me va a pasar*”, “*la gente no me va ayudar*”, “*me va a dar mi crisis*”, generándole ansiedad (9), miedo (10), y reacciones fisiológicas como sudor, escalofríos, temblor en las piernas y falta de aliento motivo por el que decide ir al mercado temprano a fin de evitar la aglomeración de personas, realizar sus compras rápidamente acelerando su caminar, logrando regresar rápido a su casa. Señala que le tranquiliza y complace el llegar a su casa con las compras que necesitaba para cocinar en la semana. Esta situación se da cada vez que va al mercado, aproximadamente, 4 veces por semana.

En algunas ocasiones, cuando está en el mercado y debe esperar porque los puestos en los que suele comprar están ocupados, comienza a sentir ansiedad (10) y miedo (9), Vergüenza (8) debido a que piensa “*de tanto esperar me va a dar mi ataque*”, “*me voy a desmayar y todos me van a ver*”, “*van a pensar que tengo covid*”, “*¿qué voy hacer si me desmayo?*”, experimentando síntomas físicos como sudor, frío, temblor en las piernas, dificultad para respirar, sensación de desmayo, motivo por el cual se va a otro puesto donde hay menos personas, compra lo que encuentra y a un precio más elevado, acelerando su caminar para regresar lo más pronto a casa. Afirma que se tranquiliza al llegar a casa así no haya comprado todo lo que necesita. Esta situación se repite al menos 4 veces por semana.

Cuando ve noticias sobre el covid mientras cocina, al respecto piensa “*y si me enfermo*”, “*si me contagio, ¿qué me puede pasar?*”, “*si mi hijo se enferma*”, “*¿cómo voy hacer?*”, por lo que comienza a sentir dolor de cabeza, espalda, sudoración en las manos, opresión en el pecho y falta de aliento, así como ansiedad (9) y miedo (10), motivo por el cual, apaga la tv, se apresura en terminar de cocinar y busca conversar largamente con su hijo distrayéndose de sus pensamientos, disminuyendo su nivel de ansiedad y miedo así como sus respuestas fisiológicas. Esta situación se da aproximadamente 4 veces por semana.

Al llegar la noche, cada vez que Luciana se acuerda de la promesa que le hizo a su abuela el día que falleció, le da insomnio, se le nubla la vista, hormigueo y sensación de calor en el cuerpo, su corazón se acelera, sintiendo ansiedad (9), miedo (8) y tristeza (9), esto debido a que piensa “*no le voy a poder cumplir la promesa a mi abuela de cuidar a mi hijo*”, “*estoy sola, si me da mi crisis quien va cuidar a mí*”, “*en cualquier momento me da mi crisis y me muero*”. Enseguida, se levanta de su cama y se dirige al cuarto de su hijo, se recuesta a su lado y al verlo que está bien, logra tranquilizarse y conciliar el sueño. Esta situación se repite, aproximadamente, 2 veces a la semana.

Luciana de 35 años, al enterarse que la cuarentena se extendía, sintió ansiedad (10) y miedo (9), comenzó a hacer sus cosas rápido para irse a descansar, retirándose de la sala y aislándose de sus familiares, esto debido a que piensa “*más tiempo en esta situación no lo aguantaré, necesito mis pastillas, me dará un infarto*”, sentía que sus manos empezaban a sudar y se aceleraban sus latidos del corazón, además de dolor de cabeza. Esta situación se repite cada vez que escucha noticias sobre mantenerse en casa

**e) Desarrollo cronológico del problema.**

A la edad de 7 Años. Su madre comienza a llevarla a la casa de su amiga en el Callao, lugar donde la dejaba sola con el hijito menor de la amiga, mientras ellas tomaban en compañía

de hombres. Refiere que tenía miedo ir. En una oportunidad el hijo mayor de la señora llegó de forma intempestiva y entro, ante esto, Luciana corrió a esconderse a un cuarto, el joven le pedía que baje insistentemente, negándose. Al llegar la madre, salió y se puso a llorar, sin embargo, no le hizo caso. Al respecto señala *“yo tenía mucho miedo y lloraba porque me sentía sola pero mi mamá no hizo nada y solo nos fuimos a casa”*.

A la edad de 8 años. Comenta que su mamá la abandonó en la casa de su abuela. *“fuimos con mis hermanos a casa de mi abuela y mi mamá nos dijo ya vuelvo voy a comprar y no volvió, mi papá tuvo que ir a recogernos”*, señala *“tuve miedo, estuve muy triste, además que mamá no había sido cariñosa conmigo”*.

A la edad de 11 años. Su padre tuvo un accidente por lo que tuvieron que llamar a la madre, *“ella solo venía un ratito, nos veía y se iba”*. Recuerda que, en una ocasión, mientras viajaba en el carro con su madre a Chosica, un adulto mayor se ofreció a cargarla *“mientras estaba sentada el señor empezó a meter su mano en mis partes, yo me pare, y mi mamá me gritó y me dijo que me sentara, con miedo me senté y no dije nada”*

A la edad de 27 años. En una ocasión, cuando Luciana trabajaba como cajera en un casino, presencié un asalto. Menciona *“los delincuentes estaban con revólveres, patearon la caja, rompieron las lunas polarizadas, no sabía dónde meterme, rompieron la puerta”*. Señala que dos meses después del asalto, *“estaba en el carro regresando a casa y de la nada me dio miedo, se me cerró el pecho, sentí presión, abrí la ventana del carro, me sudaban las manos, las piernas me temblaban, no me llegaba el aire, hasta que me bajé del carro y pude llegar al paradero, recién”*. Allí me sentí más tranquila y me fui calmando.

Por otro lado, señala que en una oportunidad tuvo una pesadilla a horas de la madrugada, recuerda *“me atacaban por calle en la noche, sentí la punzada en el pecho y dos punzadas en el estómago, me vi muerta, estaba en el piso, sentía mi corazón que se paralizaba, se me bajó la presión, ya no pude dormir, me temblaba el cuerpo, me vino taquicardia, no sé*

*por qué, solo sentía que me iba a morir, a cada momento sentía miedo, no quería estar sola, en el cuarto, en el trabajo; estaba con mi papá, mi hermano y mi hijo en casa”. Comenta que con el transcurrir de los días, seguía con miedo, “el pecho me quemaba, de pronto me sentía nerviosa y me fui al hospital, fui con mi papá al hospital San José por emergencia, me sentía muy mal, quería saber qué me pasaba, me tomaron un electrocardiograma, el médico le dijo a mi papá que todo estaba bien y que vaya al psicólogo”. En el hospital le recetaron pastillas (Alprozalam).*

Además, comenta *“durante todo ese año cada vez que tenía que salir o ver a alguien nuevo como el que trabajaba en la movilidad que recoge a mi hijo tenía las mismas sensaciones”. Resalta lo siguiente “tenía miedo que el carro me atropelle o me hagan algo y por eso estaba atenta o cambiaba de calle para caminar, prefería caminar que tomar carro”.*

A la edad de 28 años. Su abuela paterna se enferma, por lo que tuvo que dejar de trabajar para dedicarse a atenderla, también comenta *“el papá de mi hijo dejó de pasarme dinero”, motivo por el que comencé a pensar y preocuparme “¿cómo voy a pagar el colegio?”, “¿qué haré ahora?”, “enseguida sentí que se me enfriaba el cuerpo y no podía respirar bien, sentía que me iba a desmayar y no había quien me ayude. Sentía que me iba a morir, pero no dije nada para preocupar a los demás”.*

A la edad de 29 años. La abuela paterna es llevada de emergencia, horas más tarde fallece. Al día siguiente le piden que vista su abuela para que la pongan en el ataúd, nos comenta *“al entrar a la morgue con mis hermanos, sentí mucho frío, y cuando estaba acabando de maquillarla me puse a llorar, mi hermano me dijo que no llorara, que me calme. Pero luego vino mi tío y le contradijo diciendo que me deje llorar. Yo me paré y sentí que iba a desmayarme, sentía fuertes hinchones en el pecho, me dolía mucho, pero seguí fuerte sin decir nada”. En el transcurso de los días el dolor de pecho continuaba en aumento dándole la sensación que algo pasaba en su corazón, a los que relata “sentía que algo le pasaba a mi*

*corazón, hasta que mi prima me acompañó al Hospital Nacional Cayetano Heredia, pero me dijeron que no tenía nada y me recetaron paroxetina, tome la pastilla y al inicio sentía hincones, luego comencé a sentirme mejor, tenía más ganas de salir. Estuve tomando el medicamento por 5 meses, pero luego las dejé porque mi prima me dijo que podía volverme dependiente.*

Asimismo, comenta que ese mismo año su ex pareja le cuenta que va a tener otro hijo con la mamá de su hija, al respecto menciona *“me sentí muy decepcionada, me dolió mucho. Y llegué a casa temblando, me dolía el pecho, me costaba respirar, me tiré en la cama y solo me puse a llorar. Luego no tenía ganas de nada, no quería salir y solo me quedaba en mi cama y abrazaba una almohada y me quedaba dormida”*.

A la edad de 31 años. Regresa a trabajar en campañas, por lo que cada vez que requería subirse a un carro esperaba a que venga uno vacío para no estar entre mucha gente, refiere *“si eso sucedía, volvía a sentirme mal, me faltaba el aire, me sudaban las manos y sentía me iba a morir”*. Al cabo de unos meses y debido a la frecuencia con la que ocurrían estos episodios dejó de trabajar y se dedicó a hacerle el seguimiento a la denuncia por alimentos que le había puesto padre de su hijo, a su vez, retomó el tratamiento psiquiátrico.

A la edad de 33 años. En la celebración del día de la madre, hubo un compartir en el colegio de su hijo, relata *“tenía que ir porque iba hacer una actuación para mí. Pero yo iba sola y me sentía ansiosa porque tenía que tomar carro. Para motivarme me decía tengo que ir, mi hijo me está esperando, sin embargo, ya en el carro me faltaba la respiración durante todo el trayecto, la presión se me bajó”*. Al llegar al colegio una madre de familia la asistió y la ayudó a sentarse, pues *“sentía que el corazón se me iba a parar”*. Ante esto, decidió llamar a su cuñada para que la recoja y le ayude. Luciana comenta *“cuando ella llego me dijo que ponga de mi parte y me comencé a calmar porque ya me sentía más segura al hablar con ella”*.

A la edad de 34 años. Su cuñada le pidió de favor que llevara a su sobrino al

entrenamiento de fútbol, era la primera vez que lo iba a llevar, manifiesta que *“sentía mucho miedo, me hincaba el pecho y comenzaba a sentir frío, cuando tenía que cruzar la calle me sentía más mareada, pero no podía decir nada porque mi sobrino estaba ahí y no quería que se preocupe”*. Al llegar al entrenamiento se sentó, continuando los síntomas, hasta que 15 minutos después llegó su cuñada. *“Cuando llegó mi cuñada me sentí más tranquila y comencé a calmarme”*.

**f) Historia personal.**

Se observó que Luciana presentó diversos eventos resaltantes en su vida como son los siguientes:

Desarrollo inicial: Luciana no recuerda sucesos de etapas más tempranas. Comenta que la madre la abandonó a ella y sus hermanos cuando tenía 8 años.

Conductas inadecuadas más resaltantes en la infancia: Luciana refiere que cuando tenía 7 y 8 años sentía mucho miedo cada vez que se quedaba sola, se mamá la llevaba a casa de su amiga (de la madre) en el Callao y a viajar en micro. Este último, a partir de los 11 años debido a que sufrió de tocamientos indebidos mientras estaba en carro con su madre, la misma que ignoró y regañó cuando Luciana le dijo del hecho.

Actitudes de la familia frente a la evaluada: Luciana comenta que durante su infancia y adolescencia le daban poco o nada de importancia, ignorando o minimizando sus emociones. Además, refiere que constantemente la castigaban físicamente y de manera desproporcionada sin motivo alguno o cuando se rehusaba a ir a la casa de la amiga de la mamá o de la abuela.

Educación: En la etapa inicial no presentó ninguna dificultad. En primaria, repitió tercer grado, coincidiendo con el abandono de la madre. Durante su educación secundaria su rendimiento fue bajo ya que no tenía apoyo en su aprendizaje, además al igual que su

hermana mayor se dedicaron al cuidado de sus hermanos menores.

**Tabla 1**

*Datos académicos*

Estudios	Concluyó		Presentó Problemas de			Rendimiento		
	Si	No	Adap	Apren	Cond	Bajo	Prom	Alto
Inicial	X						X	
Primaria	X			Repitió		X		
				tercer grado				
Secundaria	X					X		

*Nota.* Adap. = adaptación, Apren. = aprendizaje, Cond. = Conducta, Prom. = promedio.

**Tabla 2**

*Datos familiares*

Parentesco	Nombre	Edad	Grado instrucción	Dedicación
Padre	Nicolás	55	Secundaria completa	Venta de periódicos
Hermano 1	Alberto	29	Superior técnico	En el banco
Cuñada	María	28	Secundaria completa	Ama de cada
Hijo	Ángelo	15	Secundaria incompleta	escolar
Sobrino	Mario	5	Inicial	Escolar
Sobrino	Juan	11	-	-
		meses		

**g) Historia familiar**

Relaciones Familiares. Luciana vive con su padre, hermano, cuñada, sobrinos e hijo, pero no presenta conflictos con ninguno de ellos, ya que refiere que viven en diferentes pisos y cuando se encuentran la comunicación es amena y afectuosa. Con el padre que tiene problemas de alcohol, refiere que trata de no meterse en sus cosas de modo que

no discuten; sin embargo, se preocupa que llegue seguro y sano a casa.

Antecedentes Familiares. El padre presenta problemas de alcoholismo y la madre conductas disruptivas y consumo habitual de alcohol.

#### 2.5.4. Evaluación psicométrica

##### **Informe Psicológico de la Escala de Autoevaluación de Ansiedad de Zung (EAA)**

##### **Datos de filiación**

- Apellidos y Nombres : Luciana
- Edad: 35 años
- Fecha de evaluación : 25 de Junio de 2021
- Psicólogo: Lic. Mónica López

##### **Motivo de evaluación**

- Evaluación de ansiedad

##### **Técnicas e instrumentos aplicados**

- La entrevista psicológica
- Escala de autoevaluación de ansiedad

##### **Resultados**

##### **Tabla 3**

*Resultados de la Escala de autoevaluación de ansiedad*

Puntaje total	Índice EAA	Diagnóstico
41	51	Ansiedad marcada o Severa

## **Interpretación**

Luciana, obtiene un índice de 51, lo cual significa que tiene un nivel de ansiedad severa, con características como, inquietud, agobio, sensación de amenaza, peligro y que algo malo le puede pasar como en situaciones en las que debe esperar o ir a un lugar que no conoce, presentando reacciones fisiológicas como sudoración en las manos, escalofríos, mareos, náuseas, agitación en el pecho, sensación de falta de aire; pensando que va a desmayarse y nadie la ayudará; dichas sensaciones y pensamientos la conducen a retirarse o evitar acudir a esos lugares o situaciones, las han afectado su vida laboral, social y familiar.

## **Conclusiones**

- Nivel de ansiedad severa

## **Recomendaciones**

- Entrenamiento en Técnicas de Relajación.
- Participar en un Programa para el manejo de la ansiedad.

## Informe Psicológico del Cuestionario de Pánico y Agorafobia (CPA)

### Datos de filiación

- Apellidos y Nombres : Luciana
- Edad: 35 años
- Fecha de evaluación : 02 de Julio de 2021
- Psicólogo: Lic. Mónica López

### Motivo de evaluación

- Evaluación de pánico y agorafobia

### Técnicas e instrumentos aplicados

- La entrevista psicológica
- Cuestionario de Pánico y Agorafobia (CPA) de B. Sandín y P. Chorot (1997)

### Resultados

#### Tabla 4

*Resultados del Cuestionario de Pánico y Agorafobia (CPA) de B. Sandín y P. Chorot (1997)*

---

#### Primera sección: características relacionadas con los Ataques de Pánico (AP)

---

Dimensiones		Frecuencia	Intensidad	Respuesta
Ataques de pánico en su vida		10 o más		
Síntomas	Miedo		Muchísima	
	Molestia o malestar		Muchísima	
	Latidos fuertes o rápidos del corazón		Mucha	
	Sudores		Mucha	
	Temblores o sacudida de brazos o piernas		Muchísima	

Sensación de falta de aire, ahogo o asfixia	Mucha	
Dolor o molestias en el pecho	Muchísima	
Sensación de vómito o malestar en el estómago	Mucha	
Vértigo, mareos o sensación de inestabilidad	Muchísima	
Sensación de irrealidad o de estar en un sueño	Mucha	
Miedo a perder el control	Muchísima	
Miedo a morir	Mucha	
Hormigueo o adormecimiento en la cara, manos o pies	Muchísima	
Escalofríos o sofocación	Mucha	
Sensaciones de desmayo	Mucha	
Edad de comienzo		26 años
AP en el último año		10 o más
AP en el último mes		7
Último AP		Hace 15 días
AP inesperados		Muchas
AP esperados		Algunas
Gravedad de AP		Mucha
Nivel de confianza para evitar el AP		Poca
Nivel de confianza para controlar el AP		Bastante
Tiempo para alcanzar la respuesta máxima de los síntomas		Entre 10min y media hora
Duración de AP		Entre 10min y media hora
Pensamientos durante el ataque de pánico	Que tendrá un ataque al corazón	Siempre
	Que se desmayará	Casi siempre
	Que la gente se fijará en usted	Siempre
	Que su mente no funciona bien	Casi siempre
	Que no podrá respirar y se asfixiará	Casi siempre
	Que será una situación embarazosa	Siempre
	Que llamará la atención o hará el ridículo	Siempre

Que necesitará ayuda	Casi siempre
Que no podrá controlarse	Varias veces

### Segunda sección: Criterios para el diagnóstico del Trastorno de Pánico (TP)

Dimensiones	Respuesta
Preocupación o miedo a otros posibles AP	Mucho
Preocupación por las consecuencias del AP	Mucho
Perturbaciones en la vida del individuo	Mucho

### Tercera Sección: nivel de interferencia laboral, social y familiar

Dimensiones	Respuesta
Afectación negativa de los AP en sus actividades laborales	Mucho
Afectación negativa de los AP en sus relaciones sociales	Bastante
Afectación negativa de los AP en sus relaciones familiares	Poco

### Cuarta sección: Evitación de actividades

Dimensiones	Frecuencia	Respuesta
Tomar café	Lo evito casi siempre	
Discutir	Lo evito bastantes veces	
Tener relaciones sexuales	Lo evito casi siempre	
Actividades Sitios calientes y poco ventilados	Lo evito bastantes veces	
Pasear cuando hace mucho frío o calor	Lo evito bastantes veces	
Tomar bebidas estimulantes	Lo evito casi siempre	
Nivel de interferencia en la vida por evitar o dejar de hacer estas cosas cotidianas		Mucho

### Quinta sección: Agorafobia

Dimensiones	Miedo o ansiedad que siente	Cuánto suele evitarlo	Respuesta
Hospitales	Muchísimo	Muchísimo	

Situaciones o lugares	Centros comerciales	Bastante	Bastante
	Cines o teatros	Mucho	Mucho
	Restaurantes o cafeterías	Bastante	Bastante
	Museos	Mucho	Mucho
	Garajes	Mucho	Mucho
	Estadios de fútbol o similares	Mucho	Mucho
	Auditorios	Mucho	Mucho
	Iglesias	Bastante	Bastante
	Viajar en metro	Mucho	Mucho
	Pasar por un puente	Mucho	Mucho
	Ascensores	Mucho	Mucho
	Viajar en avión	Muchísimo	Muchísimo
	Tomar el bus	Mucho	Mucho
	Viajar en tren o micro	Mucho	Mucho
	Manejar un auto o viajar en auto	Bastante	Bastante
	Estar sola en casa	Bastante	Bastante
	Lugares altos	Mucho	Mucho
	Sitios cerrados	Mucho	Mucho
	Las calles o parques	Mucho	Mucho
	Estar lejos de casa	Muchísimo	Muchísimo
Hacer cola	Muchísimo	Muchísimo	
Estar entre mucha gente (fiestas, reuniones, etc.)	Muchísimo	Muchísimo	
Por el hecho de evitar o sentirse mal en estos sitios	Afectación negativa en sus actividades laborales		Mucho
	Afectación negativa en sus relaciones sociales		Mucho
	Afectación negativa en sus relaciones familiares		Poco

### Sexta sección: aspectos que han sido relacionados con la experiencia de los ataques de pánico

Dimensiones	Respuesta
Padres separados o divorciados	Si
Estado civil	Separada
Familiares próximos fallecidos recientemente	Si

Cambio reciente de trabajo	No labora por miedo a trasladarse en bus
Enfermedad grave reciente	No
Enfermedad grave de algún familiar	No
	Discusiones con su padre
	Discusiones con sus tías
Sucesos estresantes importantes	Abandono de su madre a los 12 años
	Asaltos en su trabajo
	Fallecimiento de su abuela
Algún familiar que haya sufrido ataques de pánico	Ninguno

---

### Interpretación

Se obtiene como resultados del Cuestionario de Pánico y Agorafobia (CPA), en la primera sección que durante su vida ha tenido de 10 a más ataques de pánico, siendo su primer ataque a los 26 años, para que se le manifiesten los síntomas al máximo le tarda entre 10min y media hora, mismo tiempo que le dura los ataques de pánico. Sus principales síntomas durante el ataque son miedo, molestia, temblores, dolor o molestia en el pecho, mareos, miedo a perder el control, adormecimiento en la cara, manos o pies, latidos fuertes o rápidos del corazón, sudoración, sensación de falta de aire, sensación de vómito, sensación de irrealidad o de estar en un sueño, miedo a morir, escalofríos y sensación de desmayo. Y las principales interpretaciones catastrofistas que evidencia son que tendrá un ataque al corazón, que se desmayará, que las personas se fijarán en ella, que su mente no funciona bien, que no podrá respirar y se asfixiará, que le ocurrirá algo malo en la cabeza, que llamará la atención o hará el ridículo, que se bloqueará mentalmente, que necesitará ayuda, que no podrá controlarse, entre otros.

En relación a los resultados en la segunda sección, Luciana denota mucha preocupación o miedo a otros posibles ataques de pánico, así como preocupación por las consecuencias de estos ataques y como afecta en aspectos de su vida. En la tercera sección se obtiene, la paciente

demuestra mucha afectación negativa de los ataques de pánico en sus actividades laborales, bastante afectación en sus relaciones sociales y poca afectación en sus relaciones familiares. Respecto a la cuarta sección, la examinada evita las siguientes actividades: tomar café o bebidas estimulantes, tener relaciones sexuales, discutir, sitios calientes y poco ventilados, y pasear cuando hace mucho frío o calor.

En cuanto a la quinta sección del cuestionario, de acuerdo a los resultados, la examinada presenta agorafobia; dándole miedo y evitando realizar ciertas actividades o visitar ciertos lugares como hospitales, viajar en avión, metro, micro, tren, estar lejos de casa, hacer cola, encontrarse entre mucha gente, cines, museos, garajes, estadios, auditorios, cruzar un puente, ascensores, lugares altos o sitios cerrados, entre otros. Y por el hecho de evitar o sentirse mal en estos sitios, su nivel de interferencia laboral y social es mucho, habiendo dejado de trabajar, en el aspecto familiar la afectación es poca. Finalmente, en la sexta sección, sí se evidencian aspectos que han sido relacionados con la experiencia de los ataques de pánico, como: discusiones con su padre, o familiares, robos a mano armada en su lugar de trabajo, fallecimiento de su abuela, abandono de su madre a los 12 años.

### **Conclusiones**

- Presenta características compatibles con el trastorno de pánico con agorafobia

### **Recomendaciones**

- Participar en un programa de psicoterapia para el manejo del trastorno de pánico con agorafobia.

## Informe Psicológico del Cuestionario de Creencias Irracionales de Ellis

### Datos de filiación

- Apellidos y Nombres : Luciana
- Edad: 35 años
- Fecha de evaluación : 25 de Junio de 2021
- Psicólogo: Lic. Mónica López

### Técnicas e instrumentos aplicados

- La entrevista Psicológica
- Cuestionario de Creencias Irracionales de Ellis

### Resultados

#### Tabla 5

*Resultados del Cuestionario de Creencias Irracionales de Ellis.*

N°	Creencia irracional	Puntuación
1	Es una necesidad absoluta tener el amor y aprobación de las demás personas.	3
2	Se debe ser infalible, constantemente competente y perfecto en todo lo que hacemos.	2
3	Las personas que son malvadas y villanas deben ser siempre castigadas.	3
4	Es horrible y catastrófico cuando las cosas no son de la manera en que nos gustaría.	9
5	Las circunstancias externas causan las miserias humanas y las personas reaccionan en medida que estas provocan emociones.	3

6	Se debe sentir miedo y ansiedad acerca de cualquier cosa que sea desconocida e incierta.	9
7	Es más fácil evitar que el enfrentar las dificultades y responsabilidades de la vida.	8
8	Necesitamos de algo y/o alguien más grande o fuerte que nosotros en quien confiar y apoyarnos.	4
9	Los hechos de nuestro pasado tienen mucha importancia para determinar nuestro presente.	4
10	La felicidad puede ser lograda por medio de la inacción, la pasividad y el ocio sin final.	2

---

*Nota:* mientras el puntaje se encuentre más próximo a 10 más fuerte es la creencia irracional.

### **Interpretación**

Respecto a las creencias irracionales de Luciana, la examinada obtuvo un puntaje de 9 en la creencia irracional n°4 “es terrible y catastrófico cuando las cosas no son de la manera en que nos gustaría”. Por ejemplo, en situaciones en las que ha planificado sus salidas para realizar alguna actividad como comprar o retirar dinero, encuentra fila de personas y debe esperar, comienza a pensar “¿Por qué me pasa esto?”, “no voy a soportarlo, me va a dar mi crisis y me voy a desmayar”, o cuando va al mercado y piensa “me va a dar mi crisis y nadie me va ayudar”.

Asimismo, la examinada presenta una creencia irracional n°6 con puntaje 9 respecto a “se debe sentir miedo y ansiedad acerca de cualquier cosa que sea desconocida e incierta”. Como cuando debe acudir a la casa de su hermano y el taxi toma otra ruta, o no es el taxista que conoce, o en el tiempo de cuarentena que no sabía cuándo iba terminar y cuando y como sería atendida en el hospital para recibir su medicina generándole diversas conductas y respuestas fisiológicas que afectan su rutina, como evitar ver noticias en especial sobre el covid teniendo pensamientos persistentes como “y si me enfermo”, “si me contagio que me puede pasar”, “si mi hijo se enferma”, “cómo voy hacer”, “no le voy a cumplir la promesa a mi abuela de cuidar a mi hijo”.

Otra creencia irracional es la n°7 con un puntaje de 8 respecto a “es más fácil evitar que enfrentarse a las dificultades y responsabilidades de la vida”, las cuales se evidencian en situaciones en las que va al cajero y encuentra cola, espera unos minutos y se va a otro cajero o su casa debido a que comienza a sentir hinchones en el pecho y sensación de desmayo, a medida que se acercaba a su casa, los síntomas disminuían; lo mismo sucedía cuando iba al mercado, optando por ir muy temprano para evitar encontrarse con muchas personas en los puestos que compra.

### **Conclusiones**

La examinada presenta las siguientes creencias irracionales:

- Creencia irracional n° 4 “es terrible y catastrófico cuando las cosas no son de la manera en que nos gustaría” con un puntaje de 9.
- Creencia irracional n°6 “se debe sentir miedo y ansiedad acerca de cualquier cosa que sea desconocida e incierta” con un puntaje de 9.
- Creencia irracional n°7 “es más fácil evitar que enfrentarse a las dificultades y responsabilidades de la vida” con un puntaje de 8.

### **Recomendaciones**

- Entrenamiento en reestructuración cognitiva para cambiar sus pensamientos irracionales en pensamientos racionales y funcionales para la disminución de la ansiedad.

## Informe Psicológico Del Inventario de Personalidad Eysenck Forma B - para adultos

### Datos de filiación

- Apellidos y Nombres : Luciana
- Edad: 35 años
- Fecha de evaluación : 09 de Julio de 2021
- Psicólogo: Lic. Mónica López

### Motivo de evaluación

- Evaluación de la personalidad

### Técnicas e instrumentos aplicados

- La entrevista psicológica
- Inventario de Personalidad Eysenck Forma B - para adultos

### Resultados

**Tabla 6**

*Resultados del Inventario de Personalidad Eysenck Forma B - para adultos*

Dimensión	Puntaje directo	Diagnóstico
Extraversión- Introversión	11	Introversión
Neuroticismo	17	Inestable
Mentiras	3	La prueba se valida
Temperamento	-----	Melancólico

## **Interpretación**

Luciana, presenta características de personalidad introvertida, es decir, es una persona tranquila, reservada excepto con sus amigos íntimos.

La evaluada demuestra ser una persona inestable emocionalmente, comportándose generalmente ansiosa, insegura, vacilando al momento de tomar una decisión, o expresar su opinión. Se muestra vulnerable a los acontecimientos externos, realizando conductas de evitación y escape, siendo notorias en las ocasiones que sale a retirar dinero del cajero y debe esperar porque hay cola, yéndose a buscar en otro lugar un cajero sin personas o regresa rápidamente a su casa; lo mismo sucede al esperar el bus en la calle, ir a un lugar que desconoce o al ir al mercado; presentando también respuestas fisiológicas, propias de un ataque de pánico, el cual ya ha presentado en diversas ocasiones con anterioridad estando sola. Posee un temperamento melancólico, su sistema nervioso es débil y cambiante; es decir, muestra reacciones fisiológicas como dolor de cabeza, opresión en el pecho, mareos, dificultad para dormir, sudoración, escalofríos, en situaciones que le generan ansiedad como el salir sola de casa, intensificándose si el lugar al que va es lejano y desconocido. Busca protección, y afecto debido a que se siente muy ansiosa porque piensa que algo malo le va a pasar.

## **Conclusiones**

- Características de personalidad introvertida
- Neuroticismo con sistema nervioso central débil
- Temperamento melancólico

## **Recomendaciones**

- Participar en un programa de psicoterapia para el manejo de la ansiedad.
- Entrenamiento en técnicas de Relajación.

## **Informe Psicológico del Inventario Clínico Multiaxial De Millon III**

### **Datos de filiación.**

- Apellidos y Nombres : Luciana
- Edad: 35 años
- Fecha de evaluación : 16 de Julio de 2021
- Psicólogo: Lic. Mónica López

### **Motivo de evaluación.**

- Evaluación de la personalidad

### **Técnicas e instrumentos aplicados.**

- La entrevista psicológica
- Inventario Clínico Multiaxial de Millon III

### **Resultados.**

Luciana presenta indicadores elevados característicos de un Trastorno de ansiedad obteniendo un puntaje de 85; es decir, en situaciones en las que tiene que salir de casa sola, esperar en el paradero, ir al cajero y ver colas; reacciona con síntomas fisiológicos como: sensación de tensión, excesiva transpiración, escalofríos, cefaleas, opresión en el pecho, sensación de dificultad para respirar y náuseas, dificultad para dormir, imposibilidad de relajarse reaccionando de forma exagerada ante estímulos de baja intensidad, mostrando excesiva sudoración en las manos y molestias abdominales.

Puede sentir que los problemas diarios le desbordan y no se siente con fuerzas para afrontarlos; alejándose de situaciones que le provoquen ansiedad. Cuando no consigue

evitarlas, tiene malestar o ansiedad significativa que pueden reflejarse en sensaciones de tensión, inquietud desasosiego e inseguridad.

### **Conclusiones**

- Presenta indicadores característicos de un Trastorno de Ansiedad.

### **Recomendaciones**

- Participar en un programa de psicoterapia para disminuir los niveles de ansiedad.

### **2.5.5. Informe psicológico integrador**

#### **a) Informe psicológico integrado.**

#### **Informe Psicológico Integrado**

##### **Datos de filiación**

- Apellidos y Nombres : Luciana
- Edad: 35 años
- Fecha de evaluación : 18 Junio al 16 Julio de 2021
- Psicólogo: Lic. Mónica López
- Fecha del Informe: 30 de Julio de 2021

##### **Motivo de evaluación**

- Evaluación de Trastorno de Pánico con agorafobia

##### **Técnicas e instrumentos aplicados**

- La entrevista psicológica
- Escala de Autoevaluación de ansiedad de Zung (EAA)
- Cuestionario de Pánico y Agorafobia (CPA) de B. Sandín y P. Chorot (1997)
- Cuestionario de Creencias Irracionales de Ellis

- Inventario de Personalidad Eysenck Forma B - para adultos
- Inventario Clínico Multiaxial de Millon III

### **Resultados**

Luciana, obtiene un índice de 51, lo cual significa que tiene un nivel de ansiedad severa, con características como, inquietud, agobio, sensación de amenaza, peligro y que algo malo le puede pasar como en situaciones en las que debe esperar o ir a un lugar que no conoce, presentando reacciones fisiológicas como sudoración en las manos, escalofríos, mareos, náuseas, agitación en el pecho, sensación de falta de aire; pensando que va a desmayarse y nadie la ayudará; dichas sensaciones y pensamientos la conducen a retirarse o evitar acudir a esos lugares o situaciones, las han afectado su vida laboral, social y familiar.

En la evaluada para que se le manifiesten los síntomas de pánico tarda un tiempo máximo entre 10min y media hora, mismo tiempo que le dura los ataques de pánico. Sus principales síntomas durante el ataque son miedo, molestia, temblores, dolor o molestia en el pecho, mareos, miedo a perder el control, adormecimiento en la cara, manos o pies, latidos fuertes o rápidos del corazón, sudoración, sensación de falta de aire, sensación de vómito, sensación de irrealidad o de estar en un sueño, miedo a morir, escalofríos y sensación de desmayo. Y las principales interpretaciones catastrofistas que evidencia son que tendrá un ataque al corazón, que se desmayará, que la gente la gente se fijará en ella, que su mente no funciona bien, que no podrá respirar y se asfixiará, que le ocurrirá algo malo en la cabeza, que llamará la atención o hará el ridículo, que se bloqueará mentalmente, que necesitará ayuda, que no podrá controlarse, entre otros. En cuanto a la agorafobia; presenta miedo y evita realizar ciertas actividades o visitar ciertos lugares como hospitales, viajar en avión, metro, micro, tren, estar lejos de casa, hacer cola, encontrarse entre mucha gente, cines, museos, garajes, estadios, auditorios, cruzar un puente, ascensores, lugares altos o sitios cerrados, entre otros. Y por el

hecho de evitar o sentirse mal en estos sitios, su nivel de interferencia laboral, social es mucho, habiendo dejado de laborar, en el aspecto familiar la afectación es poca

Respecto a las creencias irracionales obtuvo un puntaje de 9 para la creencia irracional n°4 “es terrible y catastrófico cuando las cosas no son de la manera en que nos gustaría”; 9 puntos para la creencia irracional n°6 “se debe sentir miedo y ansiedad acerca de cualquier cosa que sea desconocida e incierta” y 8 puntos en la creencia irracional n°7 con “es más fácil evitar que enfrentarse a las dificultades y responsabilidades de la vida”.

La examinada, presenta características de personalidad introvertida, es decir, es una persona tranquila, reservada excepto con sus amigos íntimos. Denota ser una persona inestable emocionalmente, comportándose generalmente ansiosa, insegura, vacilando al momento de tomar una decisión, o expresar su opinión. Se muestra vulnerable a los acontecimientos externos, realizando conductas de evitación y escape, presentando también respuestas fisiológicas, propias de un ataque de pánico, el cual ya ha presentado en diversas ocasiones con anterioridad estando sola. Posee un temperamento melancólico, su sistema nervioso es débil y cambiante; es decir, muestra reacciones fisiológicas como dolor de cabeza, opresión en el pecho, mareos, dificultad para dormir, sudoración, escalofríos, en situaciones que le generan ansiedad como el salir sola de casa, intensificándose si el lugar al que va es lejano y desconocido.

Luciana presenta indicadores elevados característicos de un Trastorno de ansiedad obteniendo un puntaje de 85; es decir, en situaciones en las que tiene que salir de casa sola, esperar en el paradero, ir al cajero y ver colas; reacciona con síntomas fisiológicos como: sensación de tensión, excesiva transpiración, escalofríos, cefaleas, opresión en el pecho, sensación de dificultad para respirar y náuseas, dificultad para dormir, imposibilidad de relajarse reaccionando de forma exagerada ante estímulos de baja intensidad, mostrando excesiva sudoración en las manos y molestias abdominales.

Cuando no consigue evitarlas, tiene malestar o ansiedad significativa que pueden reflejarse en sensaciones de tensión, inquietud desasosiego e inseguridad

Por lo tanto, en relación a las respuestas de los cuestionarios administrados, se confirma el cuadro clínico de Trastorno de Pánico con agorafobia, ya que las respuestas cumplen con los indicadores descritos en el DSM-V.

### **Conclusiones**

- Nivel de ansiedad severo
- Presenta indicadores de un Trastorno de Ansiedad compatible con el ataque de pánico con agorafobia.
- Creencias irracionales nº4, 6 y 7
- Neuroticismo con sistema nervioso central débil
- Características de personalidad introvertida

### **Recomendaciones**

- Participar en un programa de psicoterapia para el manejo del pánico con agorafobia.
- Entrenamiento en reestructuración cognitiva para cambiar sus pensamientos irracionales en pensamientos racionales y funcionales para la disminución del pánico con agorafobia.
- Interconsulta a psiquiatría.

### **b) Diagnóstico tradicional, según el DSM – V.**

En la Tabla 7 se observa que la examinada cumple los cuatro criterios, por lo tanto, presenta el diagnóstico del trastorno de pánico.

### **Tabla 7**

*Criterios Diagnóstico para el Trastorno de Pánico*

<b>Criterios diagnósticos para el Trastorno de Pánico, según el DSM-5</b>	<b>Conductas que presenta la paciente</b>
---	---

- A.** Ataques de pánico 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 síntomas siguientes:

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

1. Palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardiaca.
2. Sudoración.
3. Temblor o sacudidas.
4. Sensación de dificultad para respirar o de asfixia.
5. Sensación de ahogo.
6. Dolor o molestias en el tórax.
7. Náuseas o malestar abdominal.
8. Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo.
9. Escalofríos o sensación de calor.
10. Parestesias (sensación de entumecimiento o de hormigueo).
11. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (separarse de uno mismo).
12. Miedo a perder el control o de “volverse loco.”
13. Miedo a morir.

- B.** 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.,

La paciente súbitamente presenta miedo intenso con los siguientes síntomas:

1. Palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardiaca.
2. Sudoración.
3. Temblor o sacudidas.
4. Sensación de dificultad para respirar.
5. Sensación de ahogo.
6. Dolor o molestias en el tórax.
7. Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo.
8. Escalofríos o sensación de calor.
9. Parestesias (sensación de entumecimiento o de hormigueo).
10. Miedo a morir.

Presenta preocupación por padecer nuevamente un ataque, evita situaciones o lugares en donde puede darse el ataque.

comportamientos destinados a evitar los ataques de pánico, como evitación del ejercicio o de las situaciones no familiares).

- |  |  |
|--|--|
| <p><b>C.</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, trastornos cardiopulmonares).</p>  | <p>Presenta. La paciente no consume drogas o medicamentos, ni padece otra afectación médica.</p> |
| <p><b>D.</b> 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 en el trastorno de ansiedad social; en respuesta a objetos o situaciones fóbicas concretos, como en la fobia específica; en respuesta a obsesiones, como en el trastorno obsesivo-compulsivo; en respuesta a recuerdos de sucesos traumáticos, como en el trastorno de estrés postraumático; o en respuesta a la separación de figuras de apego, como en el trastorno de ansiedad por separación).</p> | <p>Presenta</p>  |

---

*Nota.* Tabla elaborada con información extraída del DSM- V (APA, 2014, pp. 208-209).

En la tabla 8, se muestra que la examinada cumple ocho criterios, por lo tanto, presenta el diagnóstico de Agorafobia.

### **Tabla 8**

#### *Criterios diagnósticos para Agorafobia*

<b>Criterios diagnósticos para la Agorafobia, según el DSM-5</b>	<b>Conductas que presenta la paciente</b>
<p><b>A.</b> Miedo o ansiedad intensa acerca de dos (o más) de las cinco situaciones siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Uso del transporte público (p. ej., automóviles, autobuses, trenes, barcos, aviones).</li> <li>2. Estar en espacios abiertos (p. ej., zonas de estacionamiento, mercados, puentes).</li> <li>3. Estar en sitios cerrados (p. ej., tiendas, teatros, cines).</li> <li>4. Hacer cola o estar en medio de una multitud.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cada vez que Luciana espera el carro en el paradero, entre mucha gente, para ir a cuidar a su sobrino en la casa de su hermano.</li> <li>2. Al llegar al cajero, Luciana encuentra que hay una fila de personas y debe esperar</li> </ol>

5. Estar fuera de casa solo.	3. Cuando sale al mercado sola a realizar las compras
<b>B.</b> 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).	Presenta. La paciente tiene miedo a que le dé su ataque y nadie le ayude
<b>C.</b> Las situaciones agorafóbicas casi siempre provocan miedo o ansiedad.	Presenta. Cada vez que están en las situaciones temidas, siente miedo y ansiedad
<b>D.</b> Las situaciones agorafóbicas se evitan activamente, requieren la presencia de un acompañante o se resisten con miedo o ansiedad intensa.	Presenta. La paciente evita lugares concurridos, espera poco tiempo y se va.
<b>E.</b> El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantean las situaciones agorafóbicas y al contexto sociocultural.	Presenta
<b>F.</b> El miedo, la ansiedad o la evitación es continuo, y dura típicamente seis o más meses.	Presenta
<b>G.</b> El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.	Presenta
<b>H.</b> Si existe otra afección médica (p. ej., enfermedad intestinal inflamatoria, enfermedad de Parkinson), el miedo, la ansiedad o la evitación es claramente excesiva.	No presenta
<b>I.</b> 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).	Presenta

*Nota.* Tabla elaborada con información extraída del DSM- V (APA, 2014, pp. 217-218).

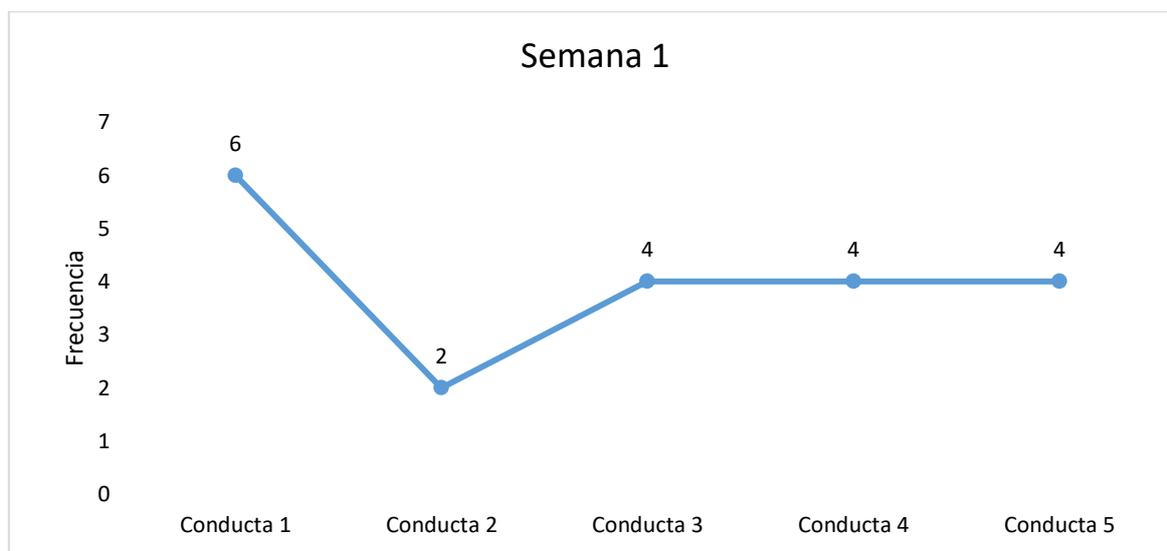
c) **Línea base A****Tabla 9***Registro de frecuencia de las conductas motoras problema – Línea base A*

Conductas	L	M	M	J	V	S	D	T
a) Esperar solo por unos minutos a que pase un microbús vacío y si no aparece, se regresa a su casa y llama a su hermano para que le recoja el taxista que ya conoce.	I	I	I	I	I	I		6
b) Mirar a su alrededor y busca otro lugar dónde haya un cajero y retirar más rápido el dinero para no estar entre tanta gente y fuera de casa.		I			I			2
c) Ir al mercado muy temprano a fin de evitar la aglomeración de personas.	I		I		I	I		4
d) Realizar las compras rápidamente, acelerando su caminar para lograr regresar lo más pronto a casa.	I		I		I	I		4
e) Ir a otro puesto donde haya menos personas para comprar lo que encuentra aún si está a un precio más elevado, para regresar apresuradamente a su casa.	I		I		I	I		4

*Nota:* L = Lunes, M = Martes, M = Miércoles, J = Jueves, V = Viernes, S = Sábado, D = Domingo y T = Total.

**Figura 1**

*Frecuencia de las conductas motoras en la fase A*



*Nota.* El gráfico representa la frecuencia de las conductas motoras problema en la semana 1.

**Tabla 10**

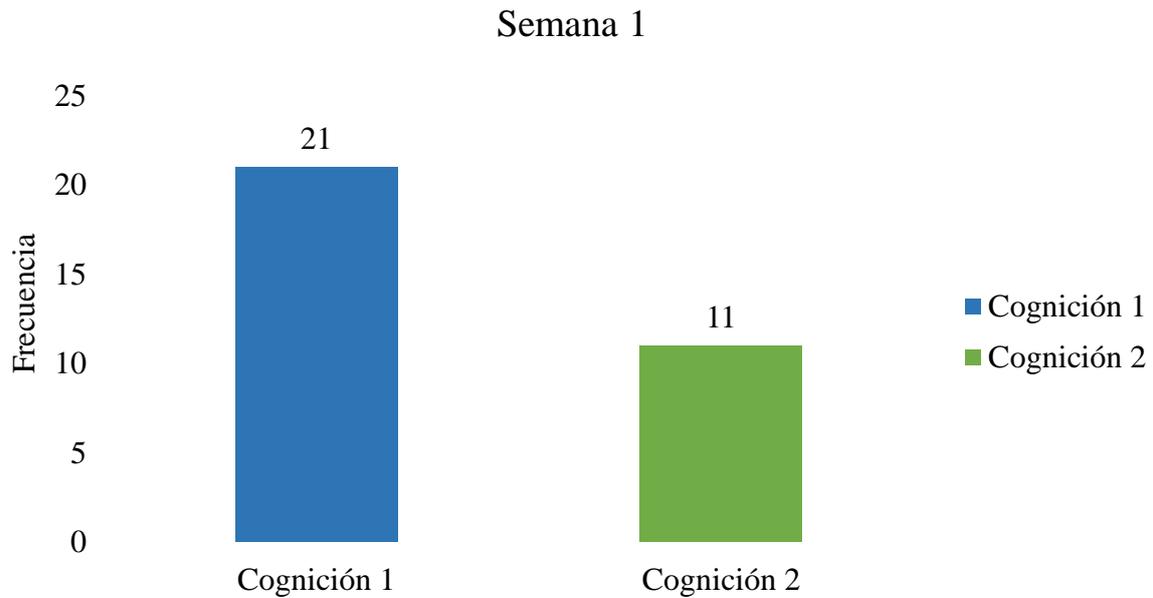
*Registro de frecuencia de las cogniciones problema – Línea base A*

Cogniciones	L	M	M	J	V	S	D	T
C.1 Presentar pensamientos catastróficos: “algo me va a pasar”, “otra vez me va a dar mi ataque”, “no hay nadie que me ayude si me desmayo”, “y si me desmayo van a pensar que tengo covid”, “en cualquier momento me da mi crisis y me muero” “más tiempo en esta situación no lo aguantaré, necesito mis pastillas, me dará un infarto”.	III	III	III	III	I	IIII	II	21
C.2 Presentar cogniciones anticipatorias: “si me contagio, ¿qué me puede pasar?”, “si mi hijo se enferma”, “¿cómo voy hacer?”, “y si me contagian el virus y me enfermo”, “estoy sola, si me da mi crisis quien va cuidar de mí”.	II	II	I	I	I	III	I	11

*Nota:* L = Lunes, M = Martes, M = Miércoles, J = Jueves, V = Viernes, S = Sábado, D = Domingo y T = Total.

**Figura 2**

*Frecuencia de las cogniciones catastrofistas en la Línea base*



*Nota.* El gráfico representa la frecuencia de las cogniciones catastrofistas en la semana 1.

**Tabla 11**

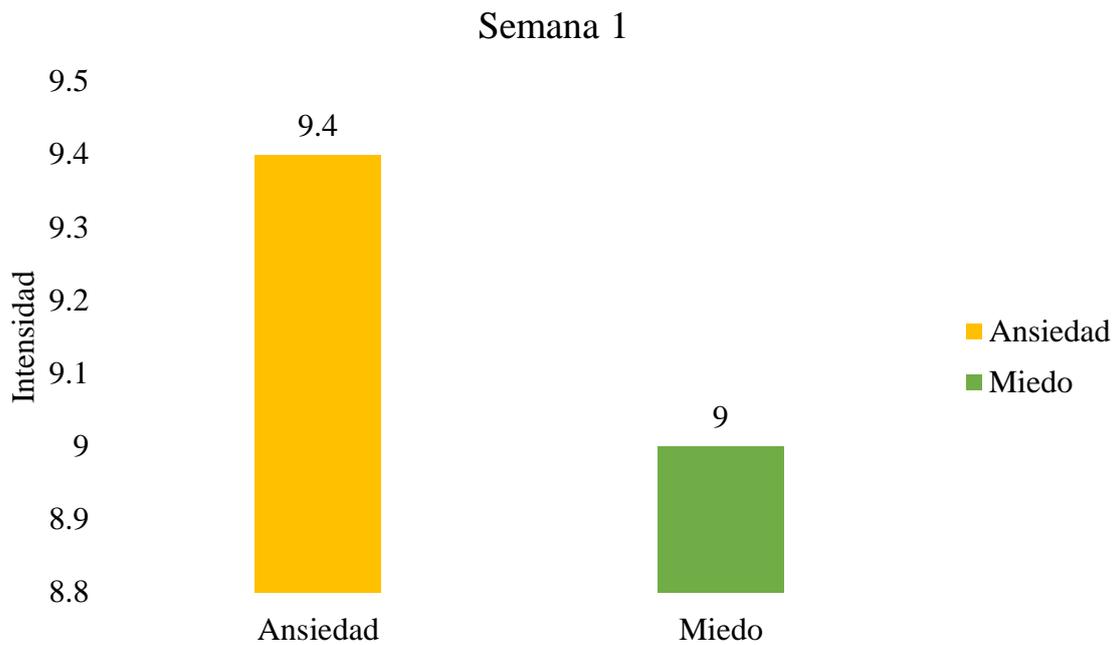
*Registro del promedio de la intensidad de ansiedad y miedo – Línea base*

	S.1	S. 2	S.3	S.4	S.5	S. 6	S. 7	Promedio Semana 1
Ansiedad (0-10)	9	10	9	10	9	9	10	9.4
Miedo (0 – 10)	8	9	10	9	10	8	9	9

*Nota:* los puntajes obtenidos son extraídos del análisis funcional medidos según la escala subjetiva de unidad. S= situación

**Figura 3**

*Promedio de la intensidad de ansiedad y miedo en la Línea base*



*Nota.* El gráfico representa el promedio de intensidad de las emociones en la semana 1.

#### **d) Diagnóstico funcional**

**Tabla 12**

*Diagnostico Funcional*

Exceso	Debilitamiento	Déficit
<ul style="list-style-type: none"> <li>Esperar solo por unos minutos a que pase un microbús vacío y si no aparece, se regresa a su casa o llama a su hermano para que le recoja el taxista que ya conoce.</li> <li>Mirar a su alrededor y busca otro lugar dónde haya un cajero y retirar más rápido el dinero para no estar entre tanta gente y fuera de casa.</li> <li>Ir al mercado muy temprano a fin de evitar la aglomeración de personas.</li> </ul>		

- 
- Realizar las compras rápidamente, acelerando su caminar para lograr regresar lo más pronto a casa.
  - Ir a otro puesto donde haya menos personas para comprar lo que encuentra aún si está a un precio más elevado, para regresar apresuradamente a su casa.
  - Presentar pensamientos catastróficos: *“algo me va a pasar”, “otra vez me va a dar mi ataque”, “no hay nadie que me ayude si me desmayo”, “y si me desmayo van a pensar que tengo covid”, “en cualquier momento me da mi crisis y me muero” “más tiempo en esta situación no lo aguantaré, necesito mis pastillas, me dará un infarto”.*
  - Presentar cogniciones anticipatorias: *“si me contagio, ¿qué me puede pasar?”, “si mi hijo se enferma”, “¿cómo voy hacer?”, “y si me contagian el virus y me enfermo”, “estoy sola, si me da mi crisis quien va cuidar de mí”.*
- Realizar conductas de autorregulación ante situaciones que le generan ansiedad
- 

e) **Análisis funcional de las conductas**

**Tabla 13**

*Análisis funcional de las conductas*

Ed	C	Er
----	---	----

---

---

<p>Cada vez que Luciana espera el carro en el paradero, entre mucha gente, para ir a cuidar a su sobrino en la casa de su hermano.</p>	<p>Esperar solo por unos minutos a que pase un microbús vacío y si no aparece, se regresa a su casa y llama a su hermano para que le recoja el taxista que ya conoce.</p>	<p>El estar en su casa o llegar a la casa de su hermano</p>
<p>Al llegar al cajero, Luciana encuentra que hay una fila de personas y debe esperar.</p>	<p>Mirar a su alrededor y busca otro lugar dónde haya un cajero y retirar más rápido el dinero para no estar entre tanta gente y fuera de casa.</p>	<p>Se siente bien cuando logra retirar el dinero y estar de regreso a casa, experimentando tranquilidad cuando llega.</p>
<p>Sale al mercado a realizar las compras.</p>	<p>Ir al mercado muy temprano a fin de evitar la aglomeración de personas.</p>	<p>Le tranquiliza y complace el llegar a su casa con las compras que necesitaba para cocinar en la semana.</p>
<p>Cuando está en el mercado y realizando sus compras.</p>	<p>Realizar las compras rápidamente, acelerando su caminar para lograr regresar lo más pronto a casa.</p>	<p>Llegar a casa así no haya comprado todo lo que necesita</p>
<p>Cuando está en el mercado y debe esperar porque los puestos en los que suele comprar están ocupados.</p>	<p>Ir a otro puesto donde haya menos personas para comprar lo que encuentra aún si está a un precio más elevado, para regresar apresuradamente a su</p>	<p>Distraerse de sus pensamientos, disminuyendo su nivel de ansiedad y miedo, así como sus respuestas</p>

---

casa.

fisiológicas.

**Tabla 14***Análisis cognitivo-emocional-conductual (registro ABC)*

A	B	C
Cada vez que Luciana espera el carro en el paradero, entre mucha gente, para ir a cuidar a su sobrino en la casa de su hermano.	<i>“algo me va a pasar”, “otra vez me va a dar mi ataque”, “y si me contagian el virus y me enfermo”, “no hay nadie que me ayude si me desmayo”.</i>	Ansiedad (9), miedo (8). Espera por unos minutos que pase un carro vacío y si no aparece se regresa a su casa. Llama a su hermano para que le recoja el taxista que ya conoce.
Al llegar al cajero, Luciana encuentra que hay una fila de personas y debe esperar.	<i>“me va dar mi ataque”, “y si me desmayo van a pensar que tengo covid”, “si me desmayo nadie me va ayudar”.</i>	vergüenza (7), miedo (9) y ansiedad (10) Mirar a su alrededor y busca otro lugar dónde haya un cajero y retirar más rápido el para no estar entre tanta gente y fuera de casa.
Sale al mercado a realizar las compras y encuentra que hay mucha gente comprando	<i>“algo me va a pasar”, “la gente no me va ayudar”, “me va a dar mi crisis”</i>	Ansiedad (9), miedo (10) Decide ir al mercado temprano a fin de evitar la aglomeración de personas, realizar sus compras rápidamente

<p>En algunas ocasiones, cuando está en el mercado y debe esperar porque los puestos en los que suele comprar están ocupados</p>	<p><i>“de tanto esperar me va a dar mi ataque”, “me voy a desmayar y todos me van a ver”, “van a pensar que tengo covid”, “que voy hacer si me desmayo”.</i></p>	<p>acelerando su caminar, logrando regresar rápido a su casa. ansiedad (10) y miedo (9), Vergüenza (8) se va a otro puesto donde hay menos personas, compra lo que encuentra y a un precio más elevado, regresa a casa apresuradamente con menos compras</p>
<p>Ver noticias sobre el covid mientras cocina</p>	<p><i>“y si me enfermo”, “si me contagio, ¿qué me puede pasar?”, “si mi hijo se enferma”, “¿cómo voy hacer?”</i></p>	<p>Ansiedad (9) y miedo (10) Apaga la tv, se apresura en terminar de cocinar y busca conversar largamente con su hijo.</p>
<p>Al llegar la noche, cada vez que Luciana se acuerda de la promesa que le hizo a su abuela el día que falleció</p>	<p><i>“no le voy a poder cumplir la promesa a mi abuela de cuidar a mi hijo”, “estoy sola, si me da mi crisis quien va cuidar a mí”, “en cualquier momento me da mi crisis y me muero”.</i></p>	<p>Ansiedad (9), miedo (8) y tristeza (9). Se levanta y recuesta en la cama de su hijo</p>
<p>Enterarse que la cuarentena se extendía</p>	<p><i>“más tiempo en esta situación no lo aguantaré, necesito mis pastillas, me dará un infarto”,</i></p>	<p>Ansiedad (10) y miedo (9) Retirarse de la sala de tv.</p>

---

y aislarse de sus familiares

## 2.6. Intervención

### 2.6.1. Plan de intervención

**Tabla 15**

*Calendarización del plan de intervención*

<b>Sesiones de Evaluación Psicológica</b>			
<b>Sesión</b>	<b>Fecha</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Técnica</b>
1	18/06/2021	Identificar el problema y su desarrollo	Observación y Entrevista
2	25/06/2021	Evaluar	Observación y Entrevista
3	02/07/2021	Evaluar	Observación y Entrevista
4	09/07/2021	Evaluar	Observación y Entrevista
5	16/07/2021	Evaluar	Observación y Entrevista
6	23/07/2021	Identificar la frecuencia de las conductas problema	Autorregistro
7	30/07/2021	Entrega del informe integrado	
<b>Sesiones de Tratamiento</b>			
1	06/08/2021	Reconocer el trastorno de pánico con agorafobia	Psicoeducación
2	13/08/2021	Entrenar la forma correcta de respirar	Respiración diafragmática Autorregistro de monitoreo
3	20/08/2021	Inducción a la relajación progresiva.	Psicoeducación Relajación progresiva de Jacobson Modelado
4	27/08/2021	Entrenar a la paciente en relajación a través de los grupos musculares superiores.	Relajación progresiva de Jacobson Modelado Autorregistro de monitoreo
5	03/09/2021	Entrenar a la paciente en la relajación a través de los grupos musculares inferiores y ejercitar el cuerpo completo.	Relajación progresiva de Jacobson Modelado Autorregistro de monitoreo
6	10/09/2021	Detener los pensamientos distorsionados	Detención de Pensamiento.

7	17/09/2021	Explicar la relación entre situación, pensamiento y conducta/emociones	Psicoeducación Autorregistro de monitoreo
8	24/09/2021	Identificar los pensamientos distorsionados y creencias irracionales relacionadas con la ansiedad	Psicoeducación Autorregistro de monitoreo
9 y 10	01/10/2021 y 15/10/2021	Reestructurar sus pensamientos relacionados con la ansiedad	Debate Autorregistro de monitoreo
11	22/10/2021	Promover la regulación emocional	Autoinstrucciones
12	29/10/2021	Promover la regulación emocional	Imaginación racional emotiva
13	05/11/2021	Promover la regulación emocional	Técnica humorística
14	12/11/2021	Adequar y tolerar las reacciones físicas similares a las de un ataque de pánico	Exposición interoceptiva
15 y 16	19/11/2021 y 26/11/2021	Afrontar las situaciones que evita en espacio seguro y controlado	Respiración diafragmática Exposición Simbólica
17	03/12/2021	Afrontar las situaciones y lugares que evita mediante el acompañamiento	Exposición en vivo
18	10/12/2021	Afrontar las situaciones y lugares que evita mediante el monitoreo	Exposición en vivo
19	17/12/2021	Afrontar las situaciones y lugares que evita sin acompañamiento ni monitoreo	Exposición en vivo

Seguimiento: una vez al mes durante 3 meses

### 2.6.2. Programa de intervención

**Tabla 16**

*Sesiones del programa de intervención*

Sesiones	Objetivo	Procedimiento	Técnica
<b>Sesiones de tratamiento</b>			

	Reconocer el		Psicoeducación
1	trastorno de pánico con agorafobia	<p>Se explicó de manera didáctica y detallada, temas como: ¿Qué es la ansiedad?, ¿cómo se manifiesta?, ¿Qué son las crisis de ansiedad?, ¿en qué consiste los ataques de pánico?, ¿cuándo estamos hablando de un trastorno de pánico? Y agorafobia. Seguidamente, se enmarcó el problema en el modelo cognitivo del pánico, resaltando el papel de los pensamientos catastróficos en el círculo vicioso (sensación interna – interpretación catastrófica – activación del sistema de alarma). Así como, qué es pensamiento – emoción – conducta, y su interrelación. Se justificó la importancia de llevar a cabo la intervención, para este caso, a través del enfoque cognitivo conductual. Como tarea se brindó material bibliográfico.</p>	
2	Entrenar la forma correcta de respirar.	<p>Se enseñó la respiración diafragmática lenta, explicándole que la respiración es un mecanismo fisiológico, generalmente automático e involuntario, el cual se modifica cuando estamos frente a determinadas situaciones. Es decir, cuando hacemos ejercicios o sentimos ansiedad la respiración suele ser acelerada. Por el contrario, sucede cuando nos sentimos relajados, la respiración disminuye y se vuelve más diafragmática. Por lo tanto, se vuelve importante aprender a respirar en forma diafragmática lenta, lo cual ayudaría a la paciente a relajarse y controlar la ansiedad. Se entregó autorregistro para monitorear su desempeño en la técnica.</p>	<p>Respiración diafragmática Autorregistro de monitoreo</p>

3	Inducción a la relajación progresiva.	Se le enseñó y entrenó en la técnica de Relajación progresiva de Jacobson para que aprenda a tensar y relajar los principales grupos musculares del cuerpo, y al mismo tiempo concentrarse en las sensaciones relacionadas con la tensión y relajación. Se le enseñó brevemente como tensar y relajar cada uno de los músculos superiores e inferiores, los cuales se detallarán en las sesiones posteriores.	Psicoeducación Relajación progresiva de Jacobson Modelado
4	Entrenar a la paciente en relajación a través de los grupos musculares superiores.	Se le explicó a la paciente que durante esta sesión se practicará la tensión relajación de los músculos superiores. Se ejercerá tensión durante 4 y se destensará por 15 segundos. La secuencia trabajada fue de la siguiente manera: empezamos por la mano y el ante brazo dominante, siendo 4 segundos de tensión y 15 segundos de distensión. Se continuó con el brazo dominante. Se pasó a la mano y antebrazo no dominante, siguiendo con brazo no dominante. Se pasó a la frente, ojos, nariz, boca, cuello y garganta, pecho, hombros y parte superior de la espalda. Se entregó autorregistro para que practique en casa y monitorear su desempeño en la técnica.	Relajación progresiva de Jacobson Modelado Autorregistro de monitoreo
5	Entrenar a la paciente en la relajación a través de los grupos musculares	Se le explicó a la paciente que durante esta sesión se practicará la parte inferior y se ejercerá tensión durante 4 y se destensará por 15 segundos. La secuencia trabajada fue de la siguiente manera:	Relajación progresiva de Jacobson Modelado Autorregistro de monitoreo

	inferiores	y	Región abdominal o estomacal, muslo, pantorrilla y pie	
	ejercitar	el	dominante, se pasó al muslo, pantorrilla y pie no	
	cuerpo		dominante.	
	completo.		Para finalizar, se le explicó que se debía integrar la	
			tensión de todo el cuerpo tanto inferior como superior.	
			Detallándole que tensara toda la parte superior junta y	
			luego destensarla, lo mismo con la parte inferior.	
			Se entregó autorregistro para que practique en casa y	
			monitorear su desempeño en la técnica.	
6	Detener	los	Se le enseñó a detener sus pensamientos distorsionados y	Detención de
	pensamientos		creencias irracionales que dificulten su funcionalidad.	Pensamiento.
	distorsionados		Ejemplo:	
			-Se le pidió que cierre los ojos y se imagine dentro de	
			un micro, luego que comienza a pensar “me voy a	
			morir”, “me va a dar mi crisis”; dará fuerte un golpe en	
			el escritorio y se dirá de forma firme y clara “ALTO”.	
			-Se repitió el ejercicio unas 5 veces.	
			-Luego se le indicó que se vuelva a imaginar la	
			situación y ahora cuando esté pensando “me va a dar mi	
			crisis”, “me voy a morir”; realice la misma acción	
			repetiendo diga fuertemente “ALTO”	
			-Se repitió el ejercicio otras 5 veces y luego se cambia	
			a otra situación.	
			-Se realizó lo mismo con otras situaciones.	
7	Explicar	la	Se le explicó en qué consiste la terapia Cognitivo	Psicoeducación
	relación	entre	Conductual; se le enseñará el modelo ABC de Ellis para	Autorregistro de
	situación,		que logre entender cómo influye los pensamientos la	monitoreo

	pensamiento y conducta/emoci ones	relación que tienen con sus conductas y emociones en determinadas situaciones, siendo A la situación o evento activador, B el pensamiento y C la consecuencia emocional o conductual. Se practica algunos ejercicios de registro ABC para que luego pueda trabajarlos en casa. Se entregó autorregistro para que practique y monitorear su desempeño en la técnica.	
8	Identificar los pensamientos distorsionados y creencias irracionales relacionadas con la ansiedad	Se le explicó qué son los pensamientos distorsionados y creencias irracionales enfatizando aquellos relacionados con el trastorno de pánico y agorafobia. Mediante ejemplos la paciente reconocerá los pensamientos distorsionados y creencias irracionales.  Se le explicó sobre qué son los pensamientos distorsionados, creencias irracionales y a cómo identificarlos.  - <i>Catastrofismo</i> : Es un pensamiento negativo que cataloga la situación como algo exageradamente grave y peligroso, del cual no habrá salvación, no se considera o se minimizan las señales de seguridad.  - <i>Filtro mental</i> : Un detalle negativo nubla los demás aspectos de la realidad. Es como una gota de tinta que tiñe toda la jarra de agua. Por ejemplo: No pude salir a realizar las compras del mercado y pienso “ya lo he estropeado todo”  - <i>Sobregeneralización</i> : Consiste en transformar un acontecimiento negativo en una regla absoluta de	Psicoeducación  Autorregistro de monitoreo

derrota o infortunio. Suelen usar palabras como “todo”, “nunca”, “siempre”

- *Lectura de Pensamiento*: Consiste en asumir lo que las demás personas están pensando o sintiendo, con poca o ninguna evidencia para sustentar la presunción y ningún intento de confirmarla o rechazarla.
- *Adivinación*: Consiste en hacer una predicción y luego convencerse de que es un hecho ya establecido. El problema surge al confundir una posibilidad con una probabilidad.
- *Creencia irracional n° 4*: “Es tremendo y catastrófico el hecho que las cosas no vayan por el camino que a uno/a le gustaría que fuesen”.
- *Creencia irracional n° 6*: “si algo es o puede ser peligroso o temible, uno debe sentirse terriblemente inquieto por ello y pensar constantemente en la posibilidad de que esto ocurra”.
- *Creencia irracional n° 7*: “Es más fácil evitar que afrontar ciertas responsabilidades y dificultades en la vida”

Se procedió a identificar de los pensamientos realizados con anterioridad (casa) los pensamientos distorsionados y creencias irracionales que presenta respecto a la ansiedad, trastorno de pánico y agorafobia. Se entrega autorregistro para que practique y monitorear su desempeño en la técnica.

9 y 10	Reestructurar sus pensamientos relacionados con la ansiedad	<p>Se le entrenó en el debate (D) de los pensamientos distorsionados y creencias irracionales ayudándole a cuestionar dichos pensamientos y a formular las nuevas creencias racionales alternativas (E); notándose en el cambio en sus emociones y conducta.</p> <p>Se le entregó la ficha de Autorregistro diario para que pueda hacer el llenado de situaciones, pensamientos distorsionados, el debate de los mismos y la nueva idea; según el modelo ABCDE de Ellis</p> <p>Se entregó autorregistro para que practique y monitorear su desempeño en la técnica.</p>	Debate Autorregistro de monitoreo
11	Promover la regulación emocional	<p>Consistió en explicarle que sus pensamientos pueden cambiarse tanto con el debate como con las autoinstrucciones, las cuales consisten en darse mensajes positivos y de afrontamiento ante situaciones o eventos que le generen malestar y que estos mensajes ayudarán a la regulación emocional.</p> <p>Mediante ejemplos de frases y situaciones se le instruyó en esta técnica, posteriormente se le pidió que generara sus propios mensajes, seguidamente se le pidió que imagine una situación que le cause malestar y se diga esos mensajes que había generado.</p> <p>Por último, se le indicó que estos mensajes de autoinstrucción serían de utilidad en las sesiones posteriores, por ello debía ir practicando en diversas situaciones de su día a día, dándose mensajes ya sea para normalizar los</p>	Autoinstruccione s

			síntomas fisiológicos de la ansiedad y reducir la percepción de peligro, como para reforzar y motivarse.	
12	Promover la regulación emocional	la	<p>Se explicó a la paciente en que consistiría la técnica. Luego se le pidió que imaginara una situación que le genere ansiedad y que diga en voz alta qué pensamientos y creencias irracionales se le han presentado, luego que modifique esa emoción de ansiedad por una emoción moderada como la preocupación, mediante un cambio de pensamiento.</p> <p>Al finalizar se le pidió que diga cuales fueron esos pensamientos que le ayudaron a cambiar la emoción.</p>	<p>Imaginación</p> <p>Racional</p> <p>Emotiva</p>
13	Promover la regulación emocional	la	<p>Se le explicó que esta técnica consiste en usar el humor. Para ello se le da un ejemplo de cómo una situación puede sentirse de distinta forma si se usa el humor. Posteriormente se le pidió que imagine una situación que le cause ansiedad y miedo, y luego debe imaginar que pasa algo que es ridículamente gracioso, como por ejemplo un payaso que se le acerca a contarle chistes. Al finalizar se le pidió que comente como se sintió al imaginarse en la misma escena, pero con algo que es gracioso o jocoso.</p>	<p>Técnica</p> <p>Humorística</p>
14	Adecuar tolerar reacciones físicas similares a las de un ataque de pánico	y las	<p>Mediante ejercicios y actividades realizadas la paciente se centró en sus respuestas fisiológicas hasta que la ansiedad gradualmente disminuyó.</p> <p>Con la hiperventilación, se enfocó en las sensaciones que presenta. Se le explicaron las similitudes y diferencias con las sensaciones de pánico y de igual modo, con la lista de</p>	<p>Exposición</p> <p>interoceptiva</p> <p>Autorregistro de monitoreo</p>

ejercicios para que posteriormente cuestione su visión catastrófica sobre las sensaciones que percibe.

Se entregó un listado de ejercicios para que realice en casa, anote los efectos y el nivel de ansiedad de cada presentación. Ver Anexo F

15 y	Afrontar las	Con la paciente se elaboró un listado de las situaciones	Respiración
16	situaciones que evita en espacio seguro y controlado	<p>ansiógenas que evita, desde la que genera menor a mayor ansiedad.</p> <p>Se explicó en que consiste la exposición Simbólica, posteriormente se procedió a realizar la respiración diafragmática enseñada con anterioridad.</p> <p>Inmediatamente después se le pide que imagine la situación, en este caso subir al primer carro que venga. Se la expuso con la mayor cantidad de detalles posibles el entorno, personas u objetos. Y se repitió la relajación e imaginación de la situación cada vez que se interrumpa por los síntomas fisiológicos del ataque de pánico hasta que logre imaginar la situación sin interrupción por la sintomatología.</p> <p>Imaginó que se encuentra en el mercado, y hay muchas personas, todas caminando por diversos lados, haciendo ruidos y filas para realizar sus compras en los diversos puestos. Se dirigió al puesto donde comprará varios productos, pero, la persona que la atiende se encuentra ocupada y deberá esperar para que la atienda. Cuando empiecen los síntomas fisiológicos del ataque de pánico se interrumpirá el ejercicio y se volverá a repetir hasta que</p>	<p>diafragmática</p> <p>Exposición</p> <p>Simbólica</p>

logre imaginarse toda la situación sin interrupción por la sintomatología.

De igual manera, imaginó otra situación, que está en la cola del cajero, y es una fila larga, se encuentra sola y las personas se encuentran conversando con sus acompañantes. Se le pidió que imagine el ruido de los carros que pasa. Poco a poco va avanzando la fila. Terminó el ejercicio cuando logró imaginarse que retira el dinero sin interrupción por síntomas fisiológicos.

Se le indicó que las practique en casa las mismas situaciones.

- |    |   |  |                    |
|----|---|--|--------------------|
| 17 | Afrontar las situaciones y lugares que evita mediante el acompañamiento o | Se le educó en la exposición en vivo, en qué consiste. Posteriormente se le acompañó a realizar cada acción, según una lista previamente elaborada de los lugares donde había sufrido alguna crisis o donde había sido mayor el riesgo de sufrirlas; así también lugares o situaciones en dónde no podría ser atendida o aliviada. Ver Anexo G.<br><br>Las primeras situaciones se realizaron con la presencia de la psicóloga, se reforzaba el afrontamiento y se le ayudaba a tolerar la situación hasta que haya descendido a la mitad de la escala inicial hasta sentirse tranquila. | Exposición en vivo |
| 18 | Afrontar las situaciones y lugares que evita mediante el monitoreo        | La paciente se enfrentó a situaciones a las que teme y evita, sin compañía, en esta ocasión se le acompañará mediante un acompañamiento videollamada durante el tiempo de exposición, hasta que la sensación de ansiedad haya descendido hasta sentirse calmada. Se entregó el   | Exposición en vivo |

		listado de las situaciones elaborados con anterioridad las cuales afrontará. Ver Anexo G.	
19	Afrontar las situaciones y lugares que evita sin acompañamiento ni monitoreo	La paciente se expuso sola a las situaciones a las que teme y evita, y que previamente fue acompañada por la psicóloga, sin ayuda de elementos o conductas que le den la falsa de sensación de seguridad, por más tiempo, hasta que la sensación de ansiedad haya descendido. Luego de dicha exposición se le pedirá que acuda al consultorio, para relatar su experiencia y dar por concluida la intervención. Ver Anexo G.	Exposición en vivo
	Seguimiento	Se mantendrá contacto con la paciente por videollamada mensualmente, durante los tres primeros meses. Programando una atención psicológica a los seis meses después del alta terapéutica para confirmar el mantenimiento de los resultados obtenidos.	

## 2.7. Consideraciones éticas

Al tratarse de una mujer adulta, se le explicó y solicitó la autorización correspondiente para el uso de su caso. Informándole que no le causaría ningún tipo de daño y que se conservaría sus datos en anonimato y que toda aquella información que contenga datos que pudiesen identificarla, sería omitido o modificado. Así mismo, se detalló que no habría ningún beneficio económico ni se encontraba obligada a participar, pudiendo dar por terminado el tratamiento cuando lo decidiese. Por otro lado, se le manifestó que su participación aportaría beneficiosamente a la comunidad científica.

### III. Resultados

#### 3.1. Análisis de resultados

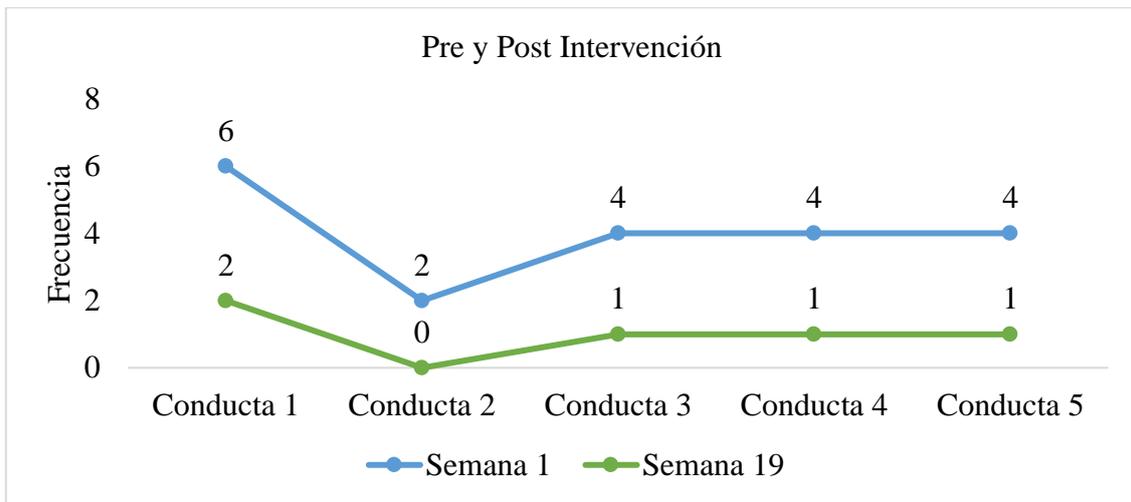
**Tabla 17**

*Registro de frecuencia de las conductas motoras problema – Fase pretest y postest*

	Pretest	Postest
Conductas	Semana 1	Semana 19
a) Esperar solo por unos minutos a que pase un microbús vacío y si no aparece, se regresa a su casa y llama a su hermano para que le recoja el taxista que ya conoce.	6	2
b) Mirar a su alrededor y busca otro lugar dónde haya un cajero y retirar más rápido el dinero para no estar entre tanta gente y fuera de casa.	2	0
c) Ir al mercado muy temprano a fin de evitar la aglomeración de personas.	4	1
d) Realizar las compras rápidamente, acelerando su caminar para lograr regresar lo más pronto a casa.	4	1
e) Ir a otro puesto donde haya menos personas para comprar lo que encuentra aún si está a un precio más elevado, para regresar apresuradamente a su casa.	4	1

**Figura 4**

*Frecuencia de las conductas motoras en la fase Pre y Post*



*Nota:* El gráfico representa la frecuencia de las conductas motoras problema en la semana 1 y semana 19

**Tabla 18**

*Registro de frecuencia de las cogniciones problema –Pretest y Postest*

	Pre test	Post test
Cogniciones	Semana 1	Semana 19
C.1 Presentar pensamientos catastróficos: <i>“algo me va a pasar”, “otra vez me va a dar mi ataque”, “no hay nadie que me ayude si me desmayo”, “y si me desmayo van a pensar que tengo covid”, “en cualquier momento me da mi crisis y me muero” “más tiempo en esta situación no lo aguantaré, necesito mis pastillas, me dará un infarto”.</i>	21	7

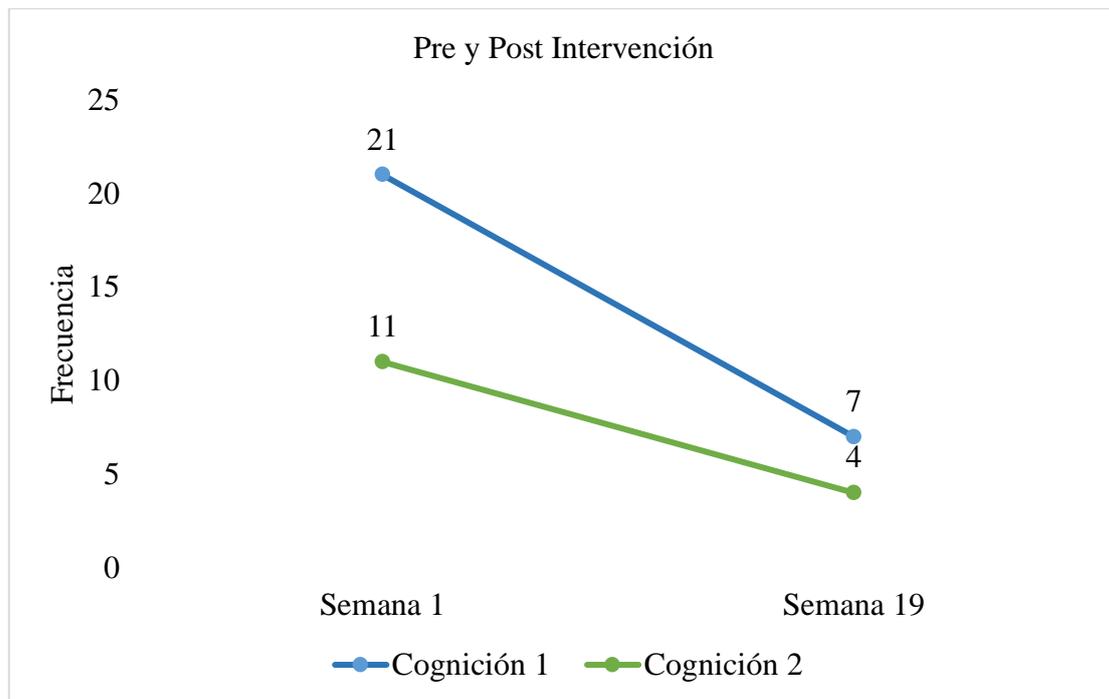
C.2 Presentar cogniciones anticipatorias: “*si me contagio, ¿qué me puede pasar?*”, “*si mi hijo se enferma*”, “*¿cómo voy hacer?*”, “*y si me contagian el virus y me enfermo*”, “*estoy sola, si me da mi crisis quien va cuidar de mí*”.

11

4

**Figura 5**

*Frecuencia de frecuencia de las cogniciones problema – Pretest y Postest*



*Nota:* El gráfico representa la frecuencia de las cogniciones catastrofistas en la semana 1 y semana 19.

**Tabla 19**

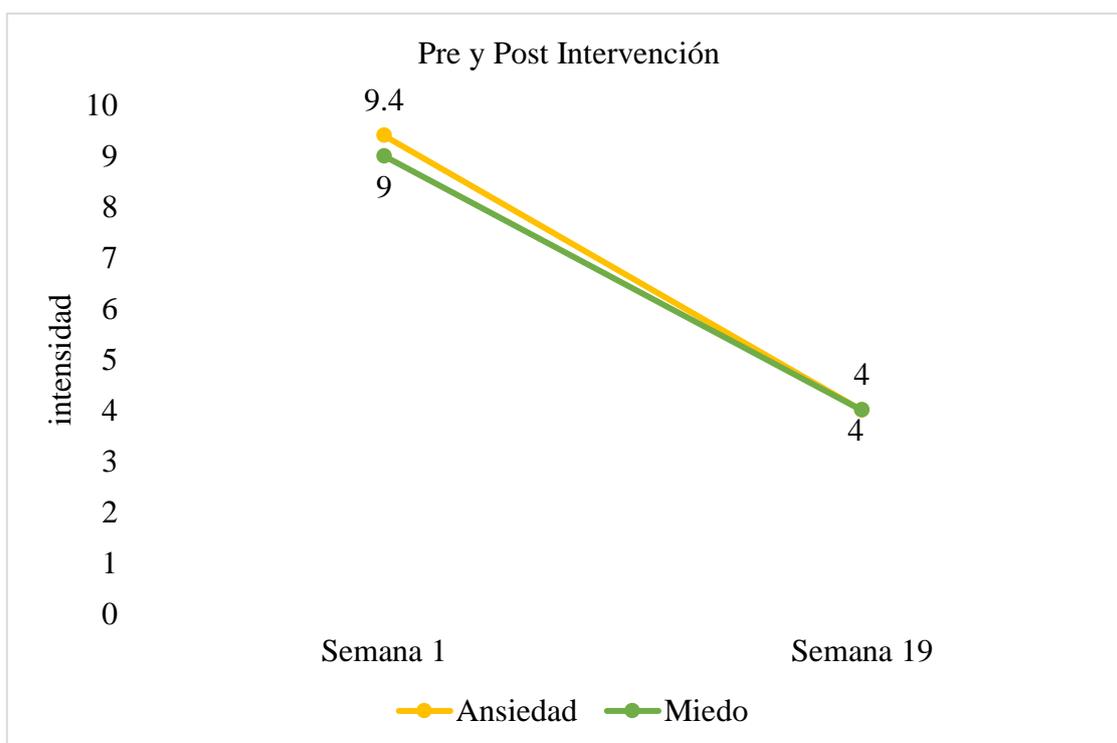
*Registro del promedio de la intensidad de ansiedad y miedo –Pretest y Postest*

Línea Base	Postest
Promedio Semana 1	Promedio Semana 19

Ansiedad (0-10)	9.4	4
Miedo (0 – 10)	9	4

**Figura 6**

*Promedio de la intensidad de ansiedad y miedo –Pretest y Postest*



*Nota:* El gráfico representa el promedio en intensidad de la ansiedad y miedo durante la semana 1 y semana 19.

### 3.2. Discusión de resultados

Se planteó como objetivo general reducir la sintomatología del trastorno de pánico con agorafobia en una paciente adulta, en los niveles de respuesta: fisiológico, cognitivo, emocional y conductual mediante la aplicación de la Terapia Cognitivo-conductual; el cual se cumplió, observándose que las respuestas fisiológicas lograron controlarse mediante las técnicas de relajación y respiración; en el aspecto cognitivo, los pensamientos catastróficos se reestructuraron, disminuyendo así la frecuencia de estos, optando por pensamientos más

racionales; en cuanto a las conductuales, logró disminuir las conductas de evitación, permaneciendo en los lugares o situaciones que le generaban ansiedad; por último, se instauraron conductas de autorregulación emocional, las cuales ayudaban en la prevención de crisis en lugares o situaciones que presentaba ataques pánico o evitaba. Corroborando la eficacia de la Terapia Cognitivo conductual tal como sucedió en Fernández, et al. (2018), quien logró una disminución de la sintomatología ansiosa hasta en un 60% y una reducción del puntaje de 21 a 2 según la escala de pánico con agorafobia.

Al igual que Reyes (2020) quien consiguió reducir hasta en un 50% las reacciones fisiológicas; con el programa de intervención cognitivo conductual que elaboré, se redujo la sintomatología fisiológica, mediante la técnica de respiración diafragmática, ya que Moreno (2002) señala que la respiración es un mecanismo fisiológico y automático; y mediante esta técnica puede controlarse y mantener una respiración calmada; siendo la agitación una de las sintomatologías más frecuentes en el ataque de pánico, el entrenamiento en esta técnica aporta al control de dicho síntoma. Otra técnica que aportó en la disminución de los síntomas fisiológicos fue la relajación progresiva de Jacobson; la cual, mediante la tensión y relajación muscular, se adquiere una sensación de relajación que puede ser evocada en situaciones de ansiedad, previniendo así la activación fisiológica propia del trastorno de pánico con agorafobia.

Se trabajó con 2 pensamientos distorsionados que más prevalecían, el catastrofismo y la anticipación con técnicas de reestructuración cognitiva principalmente el modelo ABCDE de Ellis, y la detención de pensamiento; ya que, la detención de pensamientos tiene como objetivo reducir duración y frecuencia de cogniciones y es útil en pacientes que tienen problemas relacionados con la ansiedad, tal como lo señala Barraca(2014); y el modelo ABCDE tiene como objetivo modificar pensamiento irracional y sustituirlo por funcional mediante el debate, generando en consecuencia emociones y conductas más adaptativa (Lega,

et al. 2017). Es así que al finalizar la intervención observamos que estos pensamientos distorsionados disminuyeron y fueron reemplazados por pensamientos racionales más funcionales, presentándose inicialmente estos pensamientos con una frecuencia de 21 y 11 para catastrofismo y anticipación respectivamente; y al finalizar la intervención disminuyeron a 7 y 4; es decir disminuyeron en un 66% y 63% para cada uno de los pensamientos respectivamente. Si bien estos porcentajes son elevados; los porcentajes en los que disminuyeron estos pensamientos en Reyes (2020) y Sánchez (2019) fueron de 70% y 80% respectivamente, siendo mayores; no obstante, el resultado obtenido fue significativo.

A nivel conductual las conductas de escape y evitación disminuyeron notoriamente, incluso algunas llegando a 0; para lo cual se utilizó las técnicas de exposición. Corroborando la teoría planteada por Barraca (2014) quien señala que esta técnica consiste en exponer a la paciente a la situación temida, disminuyendo sus niveles de respuestas fisiológicas, generando un aprendizaje de adaptación que le permita permanecer y afrontar dichas situaciones temidas. Para lograr este objetivo también se requirió de un aprendizaje previo en relajación y reestructuración de pensamientos, que permitieron que la paciente se mantenga estable y pueda tolerar esas situaciones.

Por último en el objetivo de instalar la autorregulación emocional, para tener un manejo frente a la ansiedad relacionado con el trastorno de pánico con agorafobia, se trabajó diversas técnicas; y también se dio como resultado del haber trabajado la reestructuración cognitiva y la relajación; viéndose los resultados en la disminución del nivel promedio de intensidad de la Ansiedad y miedo, las cuales inicialmente fueron de 9.4 y 9 respectivamente y al finalizar la intervención un nivel de intensidad de 4 para ambas emociones.

### **3.3. Seguimiento**

En el presente estudio de caso único se realizó un programa de tratamiento cognitivo conductual que finalizó al aplicar la evaluación post-test, debido a factores de tiempo y de

acceso al servicio de salud mental. Se brindó la recomendación a la examinada a iniciar sesiones de seguimiento para mantener los objetivos logrados.

#### IV. Conclusiones

- Se logró el objetivo general del presente trabajo, es decir, la evaluada aprendió reducir y controlar la sintomatología del trastorno de pánico con agorafobia en sus niveles de respuesta fisiológico, emocional, cognitivo y conductual.
- Se logró reestructurar y disminuir la frecuencia de las cogniciones catastrofistas relacionados con la posibilidad de sufrir un ataque de pánico con agorafobia en un 66% y 73% para los pensamientos catastróficos y de evitación respectivamente
- Se disminuyó las conductas de evitación agorafóbica de situaciones o lugares logrando realizarlas; reduciéndose a 0 la frecuencia de algunas conductas de evitación.
- Se redujo la sintomatología fisiológica del ataque pánico.
- Se obtuvo una regulación emocional, manteniendo sus emociones estables y controladas en situaciones que teme y evita a una intensidad ansiedad de 4 y miedo de 4 según SUD.

## V. Recomendaciones

- Iniciar la etapa de seguimiento para mantener los cambios obtenidos para lo cual asistirá a consulta mensualmente para evitar una posible recaída.
- Practicar la respiración diafragmática lenta para continuar con la regulación de sintomatológica ansiógena.
- Practicar la técnica detención de pensamiento para evitar que sus pensamientos distorsionados aumenten.
- Practicar el cuestionamiento de Ellis para modificar las creencias irracionales convirtiéndolas en pensamientos más funcionales.
- Realizar actividades de recreación y deportes con la finalidad de distraerse y expandir sus círculos sociales y posibles laborales.
- Fomentar una adecuada evaluación para precisar el diagnóstico que permita elaborar un plan de intervención eficaz.
- Fomentar las investigaciones para desarrollar programas de prevención relacionados al Trastorno de Pánico con agorafobia.

## VI. Referencias

- Ato, M. y Vallejo, G. (2007). Diseños experimentales en psicología. Pirámide
- Andrews, G. y Slade, T. (2002). Agoraphobia without a history of panic disorder may be part of the panic disorder syndrome. *The Journal of nervous and mental disease*, 190(9), 624–630. <https://doi.org/10.1097/00005053-200209000-00008>
- American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Médica Panamericana.
- American Psychological Association (2010). APA. Diccionario conciso de psicología. Manual Moderno.
- American Psychological Association. (2017, May 3). Más allá de la preocupación. <http://www.apa.org/topics/anxiety/preocupacion>
- Asociación americana de psiquiatría (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4ª ed., texto revisado). Medica Panamericana
- Bados, A. (2015). Agorafobia y Pánico. <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/65642/1/Agorafobia%20y%20p%C3%A1nico.pdf>
- Bados, A. (2017). Agorafobia y pánico: Naturaleza, evaluación y tratamiento. OMADO. <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/115723/1/Agorafobia%20y%20p%a1nico.pdf>
- Barlow, D. (2014). Manual clínico de trastornos psicológicos. Manual Moderno.
- Barraca, J. (2014). Técnicas de modificación de conducta: una guía para su puesta en práctica. Síntesis.

- Beck, A. (1988). Cognitive approaches to panic disorders: theory and therapy In S. Rachman & J. D. Maser (Eds.), *Panic: Psychological perspectives* (pp.91–109). Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Beck, A., Greenberg, R., Wright, F. y Berchick, R. (1989). Cognitive therapy of panic disorder: a non. Pharmacological alternative. *The Journal of nervous and mental disease*, 177(12), 711–716. <https://doi.org/10.1097/00005053-198912000-00001>
- Bekker, M. (1996). Agoraphobia and gender: A review. *Clinical Psychology Review*, 16(2), 129–146. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(96\)00012-8](https://doi.org/10.1016/0272-7358(96)00012-8)
- Bonevski, D. y Naumovska, A. (2020). Panic Attacks and Panic Disorder. En R. Woolfolk, L. Allen, F. Durbano & F. Irtelli, *Psychopathology-An International and Interdisciplinary Perspective*, 311-406. DOI: 10.5772/intechopen.86898 IntechOpen. <https://www.intechopen.com/books/psychopathology-an-international-and-interdisciplinary-perspective/panic-attacks-and-panic-disorder>
- Bourne, E. y Garano, L. (2012). *Hacer frente a la ansiedad*. Amat.
- Buela-Casal, G., Sierra, J., Martínez, M. y Morales, E., (2001). Evaluación y Tratamiento del pánico y la agorafobia. En Buela-Casal,G & Sierra, J. *Manual de Evaluación y tratamientos psicológicos* (pp. 73- 131). Biblioteca Nueva.
- Caballo, V. E. (1995). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Siglo XXI.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., García-López, L. J., Irurtia, M. J. y Arias, B. (2014). Trastorno de ansiedad social (fobia social): características clínicas y diagnósticas. En V. E. Caballo, I. C. Salazar y J. A. Carrobles (dirs.), *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* (2ª ed.) (pp. 183-210). Pirámide.

- Cano, A. y Dongil, E. (2017). Nuevo tratamiento psicológico del pánico y la agorafobia. Síntesis.
- Child Mind Institute (2018). Children's Mental Health Report: Understanding Anxiety in Children and Teens. <https://childmind.org/awareness-campaigns/childrens-mental-health-report/2018-childrens-mental-health-report/>
- Clark, D. (1988). A cognitive model of panic attacks. In S. Rachman & J. D. Maser (Eds.), *Panic: Psychological perspectives* (pp. 71–89). Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Clark, D. y Beck, A. (2012). *Terapia Cognitiva para Trastornos de Ansiedad: Ciencia y Práctica* (Jasone Aldeoka, trad). Editorial Descleé de Brouwer, S.A.
- Cortman, C., Shinitzky, H. y O'Connor, L. (2015). *Aprende a controlar tu ansiedad* (M. Solana, trad.). Editorial Planeta, S.A.
- Craske, M.G. y Barlow, D.H. (2018). Trastorno de pánico y agorafobia. En D.H. Barlow, *Manual clínico de trastornos psicológicos. Tratamiento paso a paso* (pp. 20-123). Manual Moderno.
- Davis, M., McKay, M. y Eshelman, E. R. (2000). *Técnicas de autocontrol emocional*. Martínez Roca
- Díaz, M.I., Ruíz, A. y Villalobos, A. (2017). Historia de la terapia cognitivo conductual. En M.I. Díaz, A. Ruíz y A. Villalobos, *Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales* (pp. 31-102). Desclée De Brouwer.
- Elkin, D. (2000). *Psiquiatría clínica*. McGraw Hill.
- Esteban, L. y Ardila, M. (2019). *Tratamiento cognitivo conductual de un caso único de Trastorno de Pánico* [Tesis de pregrado, Universidad Cooperativa de Colombia]. Repositorio institucional UCC. <http://hdl.handle.net/20.500.12494/15058>

Fernández, B. (2018). Estudio de caso clínico: terapia cognitiva en un trastorno de pánico [Tesis de pregrado, Universidad de San Martín de Porres]. Repositorio institucional USMP.

[http://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/3529/fernandez\\_vb.pdf?sequence=3](http://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/3529/fernandez_vb.pdf?sequence=3)

Fernández-Montes, I., Casanova, I. y Cabañas, V. (2018). Estudio de caso único: eficacia de un tratamiento cognitivo-conductual en un trastorno de pánico de un adolescente. *Revista de casos clínicos en salud mental*, 6(1), 27-50. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6642691>

Gentile, J., Roden, A., y Klein, R. (1972). An analysis-of-variance model for the intrasubject replication design. *Journal of applied behavior analysis*, 5(2), 193–198. <https://doi.org/10.1901/jaba.1972.5-193>.

Haro, J., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I. et al. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clínica*, 126(12), 445-451. [doi.org/10.1157/13086324](https://doi.org/10.1157/13086324)

Hull, C. (1952). *A behavior system; an introduction to behavior theory concerning the individual organism*. Yale University Press.

Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi (2014, mayo, 2). Más de 600 mil personas adultas de lima presentó problemas de trastorno de ansiedad alguna vez en su vida. <https://www.insm.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notasdeprensa/2014/016.html>

Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi (2019). Estudio Epidemiológico de Salud Mental comparativo ciudad de Abancay 2010-2016. Informe General del Adulto. *Anales de Salud Mental*, 35(2).

[http://www.inism.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/\\_notes/Vol%20XXXV%202019%20Nro2%20EESM\\_comparativo%20ciudad%20de%20Abancay%20%202010-2016.pdf](http://www.inism.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/_notes/Vol%20XXXV%202019%20Nro2%20EESM_comparativo%20ciudad%20de%20Abancay%20%202010-2016.pdf)

- Jacobi, F., Wittchen, H., Holting, C., Höfler, M., Pfister, H., Müller, N., y Lieb, R. (2004). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological medicine*, 34(4), 597–611. <https://doi.org/10.1017/S0033291703001399>
- Keawe'aimoku, J., Bello, I., Nacapoy, A.H., & Haynes, S.N. (2009). Behavioral assessment and functional analysis. En D. Richard & S. Huprich, *Clinical Psychology: Assessment, Treatment, and Research* (pp. 113-142). Elsevier Academic Press.
- Kessler, R., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K., & Walters, E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6), 593–602. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
- Klein, D. (1964). Delineation of two drug-responsive anxiety syndromes. *Psychopharmacologia*, 5, 397-408
- Lega, L., Sorribes, F. y Calvo, M. (2017). *Terapia racional emotiva conductual: Una versión teórico-práctica actualizada*. Paidós.
- López, S. (2017). *Estudio de caso clínico: evaluación y tratamiento de un caso de agorafobia sin trastorno de pánico*. [Tesis de licenciatura, Universidad de San Martín de Porres]. Repositorio institucional USMP. <http://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/2948?show=full&locale-attribute=en>

- Magee, W., Eaton, W., Wittchen, H., McGonagle, K. y Kessler, R. (1996). Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*, 53(2), 159–168.  
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1996.01830020077009>
- Manrique, E. (2014). *Cultura, cognición social y terapia cognitivo conductual*. Taller Gráfico Guilse.
- Miranda, L. (2018). *Estudio de caso clínico: programa de intervención cognitivo-conductual para un trastorno de pánico*. [Tesis de licenciatura, Universidad de San Martín de Porres]. Repositorio académico USMP.  
<http://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/3940>
- Middleton, H. (1990). An enhanced hypotensive response to clonidine can still be found in panic patients despite psychological treatment. *Journal of the anxiety disorders*, 4, 213-220.
- Monterde, N. y Casado, M. (2015). Tratamiento cognitivo conductual de un caso de trastorno de pánico con agorafobia en un paciente con dolor crónico. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental*, 3(1), 1-17.  
<http://www.ojs.casosclnicosensaludmental.es/ojs/index.php/RCCSM/article/view/15>
- Moreno, P. (2002). *Superar la ansiedad y el miedo*. Desclée de Brouwer.
- Moreno, P. Martín J. C. y García, J. (2007). *Trastorno de pánico: diagnóstico y tratamiento*. En P. Moreno y J. C. Martín, *Tratamiento psicológico del trastorno de pánico y la agorafobia*. Manual para terapeutas (pp. 25-44). Desclée de Brouwer.

- Nevado, C. (2016). Intervención cognitivo-conductual en un caso de trastorno de pánico y agorafobia. <https://www.concursos.formacionalcala.es/ganadores/Ganador-I-Concurso-Psicologia.pdf>
- Ochando, G. y Peris, S. (2012). Actualización de la ansiedad en la edad pediátrica. *Pediatría Integral*, 15(9), 707-714. <https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2012/xvi09/05/707-714%20Ansiedad.pdf>
- Olivares, J. y Méndez, F. X. (2008). Técnicas de modificación de conducta (5.ª ed.). Biblioteca Nueva.
- Ollendick T. (1998). Panic disorder in children and adolescents: new developments, new directions. *Journal of clinical child psychology*, 27(3), 234–245. [https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2703\\_1](https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2703_1)
- Organización panamericana de las américas (2013). Estado De Salud De La Población: La salud mental en la Región de las Américas. <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/ro-mental-es.html>
- Osma, J., García, A. y Botella, C. (2014). Personalidad y trastorno de pánico: un estudio de revisión. *Anales de Psicología*, 30(2), 381-394. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.2.150741>
- Pérez. A., Rodríguez, A. y Vargas, M. (2008). Albert Ellis (1913- 2007): Pionero de los modelos mediacionales de intervención. *Psicología Conductual*, 16(2), 341- 348. [https://www.researchgate.net/publication/240613860\\_Albert\\_Ellis\\_1913-2007\\_pionero\\_de\\_los\\_modelos\\_mediacionales\\_de\\_intervencion](https://www.researchgate.net/publication/240613860_Albert_Ellis_1913-2007_pionero_de_los_modelos_mediacionales_de_intervencion)

- Petot, D. (2004). L'angoisse de séparation infantile est-elle le précurseur de l'agoraphobie et de l'attaque de panique? *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 52, 78-84.  
Doi:10.1016/S0222-9617(04)00023-6
- Pollard, C., Detrick, P., Flynn, T. y Frank, M. (1990). Panic attacks and related disorders in alcohol-dependent, depressed, and nonclinical samples. *The Journal of nervous and mental disease*, 178(3), 180–185. <https://doi.org/10.1097/00005053-199003000-00005>
- Prats, E., Dominguez, E., & Rosado, S. (2014). Efectividad de la terapia cognitivo-conductual grupal para el trastorno de pánico en una unidad especializada. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 42(4), 176-184. <https://actaspsiquiatria.es/repositorio/16/90/ESP/16-90-ESP-176-184-344103.pdf>
- Rachman, S. (1988). Panics and their consequences: review and prospect. In S. Rachman & J. D. Maser (Eds.), *Panic: Psychological perspectives* (pp. 259–303). Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Reyes, V. (2020). Intervención cognitivo conductual en un varón adulto con trastorno de pánico. [Trabajo académico, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio institucional UNFV.  
<http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/4130/REYES%20PEREZ%20VILMA%20VALENTINA%20-%20TITULO%20DE%20SEGUNDA%20ESPECIALIDAD.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Rodríguez, P. (2008). *Ansiedad y Sobreactivación*. Desclée de Brouwer.
- Ruíz, A., Díaz, M. y Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Desclée de Brouwer.

- Salgado, A., Gómez, A. y Yela, J.R. (2008). Detención del pensamiento e intención paradójica. En F.J. Labrador, Técnicas de modificación de conducta (pp. 549-572). Pirámide.
- Sánchez, S. (2019). Intervención cognitivo conductual en el trastorno de pánico con agorafobia en una mujer adulta. [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio institucional UNFV. [http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/3797/UNFV\\_S%C3%81NCHE\\_Z\\_TENORIO\\_SILVIA\\_SOF%C3%8DA\\_TITULO\\_PROFESIONAL\\_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/3797/UNFV_S%C3%81NCHE_Z_TENORIO_SILVIA_SOF%C3%8DA_TITULO_PROFESIONAL_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Sandín, B. (1997). Ansiedad, miedos y fobias en niños y adolescentes. Dykinson.
- Sarkhel, S., Singh, O.P., & Arora, M. (2020). Clinical Practice Guidelines for Psychoeducation in Psychiatric Disorders General Principles of Psychoeducation. Indian journal of psychiatry, 62, 319-323. [https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry\\_780\\_19](https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_780_19)
- Suárez, L. (2018). Optimismo y ansiedad en estudiantes de una universidad estatal de lima. [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio institucional UNFV. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/2651>
- Virues, R. (25 de mayo del 2005). Estudio sobre ansiedad. Revista psicología científica.com,7(8). <http://www.psicologiacientifica.com/ansiedad-estudio>
- Walters, K., Rait, G., Petersen, I., Williams, R., y Nazareth, I. (2008). Panic disorder and risk of new onset coronary heart disease, acute myocardial infarction, and cardiac mortality: cohort study using the general practice research database. European heart journal, 29(24), 2981–2988. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehn477>
- Wittchen, H., Nocon, A., Beesdo, K., Pine, D., Hofler, M., Lieb, R., y Gloster, A. (2008). Agoraphobia and panic. Prospective-longitudinal relations suggest a rethinking of

diagnostic concepts. *Psychotherapy and psychosomatics*, 77(3), 147–157.

<https://doi.org/10.1159/000116608>

## VII. Anexos

## Anexo A

## Registro de conductas problema

Conductas	L	M	M	J	V	S	D
a) Esperar solo por unos minutos a que pase un microbús vacío y si no aparece, se regresa a su casa y llama a su hermano para que le recoja el taxista que ya conoce.							
b) Mirar a su alrededor y busca otro lugar dónde haya un cajero y retirar más rápido el dinero para no estar entre tanta gente y fuera de casa.							
c) Ir al mercado muy temprano a fin de evitar la aglomeración de personas.							
d) Realizar las compras rápidamente, acelerando su caminar para lograr regresar lo más pronto a casa.							
e) Ir a otro puesto donde haya menos personas para comprar lo que encuentra aún si está a un precio más elevado, para regresar apresuradamente a su casa.							
f) Pensar: <i>“algo me va a pasar”, “otra vez me va a dar mi ataque”, “no hay nadie que me ayude si me desmayo”, “y si me desmayo van a pensar que tengo covid”, “en cualquier momento me da mi crisis y me muero” “más tiempo en esta situación no lo aguantaré, necesito mis pastillas, me dará un infarto”</i> .							
g) Pensar: <i>“si me contagio, ¿qué me puede pasar?”, “si mi hijo se enferma”, “¿cómo voy hacer?”, “y si me contagian el virus y me enfermo”, “estoy sola, si me da mi crisis quien va cuidar de mí”</i> .							

**Anexo B**

Registro de Respiración Diafragmática

**Semana:**

	<b>LUNES</b>		<b>MARTES</b>		<b>MIERCOLES</b>		<b>JUEVES</b>		<b>VIERNES</b>		<b>SABADO</b>		<b>DOMINGO</b>	
	Concentrac	Facilidad	Concentrac	Facilidad	Concentrac	Facilidad	Concentrac	Facilidad	Concentrac	Facilidad	Concentrac	Facilidad	Concentrac	Facilidad
<b>A.M</b>														
<b>P.M</b>														

**Nada=0      Un poco=1      Bastante=2      Mucho=3      Muchísimo=4**

**Semana:**

	<b>LUNES</b>		<b>MARTES</b>		<b>MIERCOLES</b>		<b>JUEVES</b>		<b>VIERNES</b>		<b>SABADO</b>		<b>DOMINGO</b>	
	Concentrac	Facilidad	Concentrac	Facilidad	Concentrac	Facilidad	Concentrac	Facilidad	Concentrac	Facilidad	Concentrac	Facilidad	Concentrac	Facilidad
<b>A.M</b>														
<b>P.M</b>														

**Nada=0      Un poco=1      Bastante=2      Mucho=3      Muchísimo=4**

**Semana:**

	<b>LUNES</b>		<b>MARTES</b>		<b>MIERCOLES</b>		<b>JUEVES</b>		<b>VIERNES</b>		<b>SABADO</b>		<b>DOMINGO</b>	
	Concentrac	Facilidad	Concentrac	Facilidad	Concentrac	Facilidad	Concentrac	Facilidad	Concentrac	Facilidad	Concentrac	Facilidad	Concentrac	Facilidad
<b>A.M</b>														
<b>P.M</b>														

**Nada=0      Un poco=1      Bastante=2      Mucho=3      Muchísimo=4**



## Anexo D

## Cuestionamiento

A Situación	B Pensamiento	C Conducta – emoción	D Debate	E Nueva creencia
Situaciones o lugares tales como: transporte público con pasajeros, cola para el utilizar el cajero, aglomeración de personas en el mercado, puestos de mercado ocupado.	<i>“algo me va a pasar”, “otra vez me va a dar mi ataque” “me va a dar mi crisis”, “de tanto esperar me va a dar mi crisis”, “más tiempo en esta situación no lo aguantaré, necesito mis pastillas, me dará un infarto” y “en cualquier momento me da mi crisis y me muero”.</i>	Ansiedad (9 - 10) Miedo (8 – 9)	-Con la información y lo que conversamos acerca de la ansiedad, ataques de pánico y agorafobia. Podríamos decir que, sabes cuales son los síntomas con los que se manifiesta, ¿verdad? Si.  -Está bien. ¿Qué más has aprendido? Debo aprender estrategias que me ayuden con este problema y así los síntomas disminuyan. Además, que por padecer tiendo a malinterpretar catastróficamente los síntomas.  -En relación a creer que te va a dar un infarto o te vas a morir. ¿Tienes prueba de ello? ¿Qué fue lo que te dijo el médico respecto a ello?	No tengo pruebas para pensar que me voy a morir, me va a dar un paro cardiaco. Otras personas que sufren de ataques de pánico, no les ha sucedido eso e inclusive están mejorando.  No tengo pruebas para decir que nadie me ayudaría en caso me desmaye.

	<p><i>“no hay nadie que me ayude si me desmayo”, “la gente no me va a ayudar”, “me voy a desmayar y todos me van a ver”,</i></p>		<p>Que me encontraba bien de salud, lo que tenía era un problema psicológico.</p> <p>-¿Crees que eres la única persona que sufre estos ataques?</p> <p>No. De hecho contactándome por internet llegué a dar con un grupo en Facebook de personas que sufrían de ataques de pánico, muchos contaban que gracias a la ayuda profesional habían aprendido a controlar y mejorar mucho.</p> <p>-Ves, ¿acaso el joven o todas las personas que sufren de ataques de pánico, se han muerto?</p> <p>No.</p> <p>-Una pregunta, si ves a una persona desmayada o con algún problema médico, ¿no la auxiliaría?</p> <p>Si, de todas maneras.</p> <p>-Entonces, ¿Por qué crees que no sucedería lo mismo contigo? en caso te desmayes.</p>	<p>En mi caso, si ayudaría a alguien que me necesite. Al igual que yo hay muchas personas que te auxilian.</p>
--	--	--	---	--



<p>personas y debe esperar.</p> <p>En algunas ocasiones, cuando está en el mercado y debe esperar porque los puestos en los que suele comprar están ocupados</p>			<p>No</p> <p>- ¿El temor a subir al transporte público o esperar a que te atiendan en los mercados, es en realidad por el contagio del COVID?</p> <p>En realidad, no. Creo que es porque tengo temor a que me vaya a dar una crisis.</p> <p>- Bueno, entonces ya hemos trabajado ese punto ¿cierto?</p> <p>-Conversemos ahora sobre el hecho de que puedas enfermarte. Si eso sucede, ¿Qué crees que pasaría?</p> <p>Pues, no lo sé. Estaría sola.</p> <p>- ¿y tu familia, crees que no te ayudaría?</p> <p>No lo sé.</p> <p>- ¿Por qué crees que no te ayudarían? ¿Si tu papá, hermano o cuñada se enferman, los abandonarías?</p>	<p>Si por algún motivo me enfermo o miembro de mi familia, entre todos nos apoyaríamos. Mi familia y yo ya hemos demostrado ser solidarios en otra ocasión.</p>
<p>Ver noticias sobre el COVID mientras cocina</p>	<p><i>“y si me enfermo”, “si me contagio, ¿qué me puede pasar?”, “si mi hijo se enferma”, “¿cómo voy hacer?”</i></p>	<p>Ansiedad (9 )</p> <p>Miedo (10 )</p> <p>Tristeza (9)</p>		

<p>Al llegar la noche, cada vez que Luciana se acuerda de la promesa que le hizo a su abuela el día que falleció</p>	<p><i>“no le voy a poder cumplir la promesa a mi abuela de cuidar a mi hijo”.</i></p>		<p>No, claro que no, en ese sentido somos muy unidos. Una vez mi cuñada estuvo hospitalizada y todos nos turnábamos para estar con ella. Nos dimos cuenta que entre todos nos apreciábamos mucho.</p> <p>-Con esa experiencia ¿Sigues creyendo que ellos no se portarían así contigo? No lo había pensado de ese modo. En varias ocasiones me han demostrado que les importo.</p> <p>- ¿Qué pruebas tienes de lo que dices? Ninguna</p> <p>-Han pasado 15 años al cuidado de tu hijo, ¿Qué tal lo has hecho? Siempre he estado con él, apoyándolo. A pesar de que en algunas ocasiones he faltado a los eventos del colegio siempre he estado detrás de lo que le pase.</p>	<p>No tengo pruebas para pensar que no voy a poder cuidar a mi hijo.</p> <p>Lo llevo cuidando desde hace 15 años y lo he hecho bien.</p>
--	---	--	---	--

			<p>Converso mucho con él y me tiene mucha confianza. Me siento orgullosa de cómo lo estoy criando.</p> <p>- ¿y porque crees que no podrías cuidar de tu hijo? Por mi problema de pánico.</p> <p>-Hemos conversado al respecto, y la conclusión a la que llegaste es que esto se puede controlar y superar con la ayuda que estas recibiendo. Si, tiene razón.</p>	
--	--	--	---	--

## Anexo E

Sesiones modelo de la intervención terapéutica

### SESIÓN 2: La respiración

**OBJETIVO:** Entrenar la forma correcta de respirar y realizar un autorregistro para monitorear su desempeño en la técnica

MOMENTO	DESARROLLO	TÉCNICA	MATERIALES Y RECURSOS	TIEMPO
<b>INICIO</b>	Se inicia la sesión preguntándole a la paciente si hubo algún evento que le haya producido ansiedad, y si revisó la lectura brindada, qué ideas resaltantes encontró en la lectura. y si tuvo alguna duda relacionada al trastorno de pánico con agorafobia.			10
<b>DESARROLLO</b>	<p>Se detalló la sesión a trabajar, sobre la respiración diafragmática y el papel importante que cumple en la psicoterapia para el trastorno de pánico con agorafobia.</p> <p>Se explicó que la respiración es un proceso esencial en la regulación de la actividad metabólica del organismo. Mediante el intercambio de gases durante la respiración se produce tanto el aporte de oxígeno necesario para las funciones celulares, tiene dos procesos: inspiración y expiración. La respiración tiene componentes voluntarios e involuntarios, por lo tanto, podemos respirar voluntariamente a un ritmo más lento y más profundo, como en la respiración diafragmática, que contribuye a la disminución de la frecuencia respiratoria y ritmo cardiaco, y de otras funciones reguladas por el sistema nervioso autónomo, reduciendo la sobreactivación que se produce en situaciones de ansiedad, generando una sensación de tranquilidad y posterior bienestar.</p>	Modelado Respiración diafragmática	Equipo multimedia	30

	<p>Se le pidió que permanezca sentada, y que respire como lo suele hacerlo con naturalidad, para identificar si su respiración era adecuada. evidenciándose que tenía una respiración incorrecta. Se le mostró la forma adecuada de como respirar, haciendo de ejemplo para que observe, colocando la palma de la mano en el abdomen para que se evidencie la respiración diafragmática, inhalando lenta y profundamente, diciéndole que observe como se hinchaba el abdomen, y retenemos 5 segundos, para expulsar el aire por la boca lentamente.</p> <p>Se sentó en la silla con la espalda apoyada en el respaldar de la misma, sin objetos (cartera, celular y lentes) que limitaran la actividad. Brindándole la indicación: “Lleva tu mano dominante hacia tu abdomen, toma aire por la nariz durante 5 segundos, asegurándote de inflar tu abdomen con la inhalación tal como te mostré. Presta atención al movimiento de tu abdomen llenándose de aire. Sostén el aire unos segundos y exhala lentamente el aire por la boca, durante varios segundos. Presta atención a como el aire va vaciando tu abdomen que vuelve a su forma natural”. Se repitió el ejercicio por un espacio de 5 min.</p> <p>Luego de haber realizado el ejercicio se le preguntó cómo se sintió, si fue fácil concentrarse en el proceso de respiración, si tenía pensamientos que dificultaban el ejercicio.</p> <p>Se repitió el ejercicio de respiración diafragmática, con música de relajación; procediendo de la misma manera.</p>			
<b>CIERRE</b>	<p>Se entregó un autorregistro de monitoreo para que lleve el control de la actividad. El ejercicio lo realizará 2 veces al día por un tiempo de 5 minutos.</p> <p>Finalizando con la retroalimentación de la sesión.</p>	Autorregistro de monitoreo		5

**SESIÓN 4: tensión – relajación**

**OBJETIVO:** Entrenar a la paciente en relajación a través de los grupos musculares superiores.

MOMENTO	DESARROLLO	TÉCNICA	MATERIALES Y RECURSOS	TIEMPO
<b>INICIO</b>	Se revisó la ficha de autorregistro de la sesión de respiración diafragmática y se le preguntó si pudo concentrarse con facilidad, si aconteció un evento que le haya generado ansiedad.			5
<b>DESARROLLO</b>	<p>Brevemente se reforzó la idea del entrenamiento en Relajación Progresiva para reducir los niveles de activación mediante una disminución progresiva de la tensión muscular.</p> <p>Tomando conciencia de las sensaciones que se producen en cada situación.</p> <p>Se le explicó que la sesión será como la anterior, pero esta vez nos enfocamos en los músculos superiores los cuales se tensarán y relajarán. Se ejerció tensión durante 4 segundos y se destensó por 15 segundos.</p> <p>Se realizó el ejemplo, tensando y relajando cada grupo muscular para que pudiese observar como realizar el ejercicio de forma adecuada.</p> <p>El ejercicio siguió la siguiente secuencia de grupos musculares, en los cuales se le señalaba cuando debían tensar y relajar:</p> <p>Mano y antebrazo derecho - Apretar el puño y relajar</p> <p>Brazo derecho - Apretar el codo contra el brazo de la silla y soltar</p>	Modelado Relajación progresiva de Jacobson		35

	<p>Mano y antebrazo izquierdo - Apretar el puño y relajar</p> <p>Brazo izquierdo - Apretar el codo contra el brazo de la silla y soltar</p> <p>Frente - Levantar las cejas con los ojos cerrados y arrugar la frente</p> <p>Ojos y nariz - Apretar los párpados y arrugar la nariz</p> <p>Boca - Apretar las mandíbulas, sacar la barbilla hacia fuera y presionar el paladar con la lengua y relajar</p> <p>Cuello y garganta - Empujar la barbilla contra el pecho, pero hacer fuerza para que no lo toque y relajar</p> <p>Pecho, hombros y parte superior de la espalda - Arquear la espalda como se fueran a unir los omóplatos entre sí y relajar.</p>			
<b>CIERRE</b>	<p>Se entregó un autorregistro de monitoreo para que lleve el control de la actividad. El ejercicio lo realizará 1 vez al día.</p> <p>Finalizando con la retroalimentación de la sesión.</p>	Autorregistro de monitoreo		5

**Anexo F**

## Lista de ejercicios

<b>ACTIVIDADES</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
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	
Correr sin desplazarse del sitio, levantando las rodillas lo más alto que pueda.	
Subir y bajar escaleras	

**Anexo G**

Lista de actividades a realizar en vivo

<b>ACTIVIDADES</b>
Subir al transporte público con pasajeros
Permanecer en la fila hasta retirar su dinero
Ir al mercado a cualquier hora
Hacer todas las compras de su lista sin apresuramiento
Comprar todos los víveres de su lista y esperar en los puestos que están ocupados