



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTURAL PARA UN CASO DE TRASTORNO DE ATAQUE DE PÁNICO CON AGORAFOBIA

**Línea de investigación:
Salud mental**

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

Autora

Sánchez Llontop, Betty Luz

Asesor

Campana Cruzado, Frey Antonio

ORCID: 0000-0003-2828-4554

Jurado

Ramírez Magallanes, Olga Ada

Espíritu Alvarez, Fernando

Casquero Zaidman, Miriam

Lima - Perú

2024

INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL PARA UN CASO DE TRASTORNO DE ATAQUE DE PÁNICO CON AGORAFOBIA

INFORME DE ORIGINALIDAD

25%

INDICE DE SIMILITUD

24%

FUENTES DE INTERNET

5%

PUBLICACIONES

14%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.usmp.edu.pe Fuente de Internet	4%
2	qdoc.tips Fuente de Internet	3%
3	hdl.handle.net Fuente de Internet	2%
4	Submitted to Universidad Nacional Federico Villarreal Trabajo del estudiante	2%
5	alicia.concytec.gob.pe Fuente de Internet	1%
6	uk.answers.yahoo.com Fuente de Internet	1%
7	titula.universidadeuropea.es Fuente de Internet	1%
8	ri.ues.edu.sv Fuente de Internet	1%



Universidad Nacional
Federico Villarreal

VRIN | VICERRECTORADO
DE INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTURAL PARA UN CASO DE TRASTORNO DE ATAQUE DE PÁNICO CON AGORAFOBIA

Línea de investigación:

Salud Mental

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

Autora:

Sánchez Llontop, Betty Luz

Asesor:

Campana Cruzado, Frey Antonio

ORCID: 0000-0003-2828-4554

Jurado

Ramírez Magallanes, Olga Ada

Espíritu Alvarez, Fernando

Casquero Zaidman, Miriam

Lima – Perú

2024

Pensamientos

*Conozca todas las teorías, domine
todas las técnicas, pero al tocar un alma humana
sea apenas otra alma humana.*

Carl Gustav Jung

*Los pacientes con los que trabajamos a lo largo de los años
nos han permitido compartir con ellos su carga. Su dolor y su angustia
fueron nuestra motivación para desarrollar las teorías
y las técnicas denominadas «terapia cognitiva».*

Aaron Temkin Beck

Dedicatoria

Dedico este trabajo a quienes están pasando momentos difíciles, a quienes tienen angustia, tristeza, que es difícil de controlar, a quienes buscan tranquilidad, a ellos, recordarles que hay una salida y que nosotros como excelentes profesionales los acompañaremos a que a que descubran nuevas formas de pensar, para lograr una mejor manera de vivir.

Agradecimiento

A Dios, por permitirme alcanzar mis metas, por brindarme a mi compañero de vida, Juver, junto a mis hijos Ximena y Adrián; también por darme la dicha de tener a mis padres Carmen y Manuel, que me acompañan en todo momento.

A mi estimado amigo, al Dr. Franklin Rivera, quien con su sabiduría y confianza me apoyó en este proceso.

A mi asesor de Estudio de Caso clínico Frey Campana, por su guía y orientación en este trabajo académico.

Y finalmente mi más sincero agradecimiento al participante de este caso clínico, porque ha hecho posible mi investigación y logró asumir con responsabilidad cada una de las sesiones psicoterapéuticas, logrando su bienestar en salud mental.

ÍNDICE

Resumen	VIII
Abstract.....	IX
I. INTRODUCCIÓN	10
1.1 Descripción del problema.....	11
1.2 Antecedentes	12
<i>1.2.1 Antecedentes nacionales</i>	12
<i>1.2.2 Antecedentes internacionales</i>	15
<i>1.2.3 Fundamentación teórica</i>	17
1.3 Objetivos	24
<i>1.3.1 Objetivo general</i>	24
<i>1.3.2 Objetivo específico</i>	24
1.4 Justificación.....	25
1.5 Impactos esperados del trabajo académico	26
II. METODOLOGÍA.....	27
2.1 Tipo y diseño de investigación.....	27
2.2 Ámbito temporal y espacial.....	27
2.3 Variables de investigación	27
<i>2.3.1 Variable dependiente</i>	27
<i>2.3.2 Variable independiente (VI)</i>	28
2.4 Participante.....	28
2.5 Técnicas e instrumentos	28

2.5.1	<i>Técnicas</i>	28
2.5.2	<i>Instrumentos</i>	32
2.5.3	<i>Evaluación psicológica</i>	34
2.5.4	<i>Evaluación psicométrica</i>	43
2.5.5	<i>Informe psicológico integrado</i>	48
2.6.	Intervención.....	61
2.7.	Procedimiento de intervención.....	62
2.8.	Consideraciones éticas	72
III.	RESULTADOS	73
3.1	Análisis de resultados.....	73
3.2	Discusión de resultados	73
IV.	CONCLUSIONES	76
V.	RECOMENDACIONES.....	77
VI.	REFERENCIAS	78
VII.	Anexos	83
	Anexo A - Consentimiento Informado	83
	Anexo B - Instrumentos de evaluación: Cuestionario de Ansiedad estado-rasgo	84
	Anexo C - Cuestionario de Personalidad de Millon III	87
	Anexo D - Técnica de Intervención Cognitiva	88
	Anexo E - Técnica de debate	89

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Datos Familiares	43
Tabla 2. Criterios para el trastorno de pánico	53
Tabla 3. Criterios diagnósticos para Agorafobia	55
Tabla 4. Registro de frecuencia de las conductas motoras problema	57
Tabla 5. Registro de frecuencia de Cogniciones o distorsiones.....	57
Tabla 6. Análisis funcional de la conducta	58
Tabla 7. Análisis cognitivo-emocional-conductual – registro ABC	59
Tabla 8. Plan de intervención-calendarización	62
Tabla 9. Programa de intervención	62
Tabla 10. Registro de frecuencia de las conductas motoras problema – Fase pretest y postest ..	73

Resumen

El presente estudio de caso tuvo como objetivo evaluar la eficacia de un tratamiento cognitivo-conductual en un paciente masculino de 19 años con diagnóstico de trastorno de pánico con agorafobia. La intervención se diseñó bajo un modelo experimental de caso único tipo ABA, y la recopilación de datos se realizó mediante entrevista psicológica, observación estructurada y registro conductual. Las herramientas psicométricas utilizadas incluyeron el Ansiedad Estado-Rasgo de C. D. Spielberger, R. L. Gorsuch y R. E. Lushene y el Inventario Clínico Multiaxial III de Millon, evaluación de la personalidad para adultos creado por Theodore Millon, R. Davis y Millón en 2007, Cuestionario de Pánico y Agorafobia (CPA) de B. Sandín. La intervención integró técnicas cognitivo-conductuales como psicoeducación, ejercicios de respiración, relajación progresiva de Jacobson, exposición en vivo, modelado, autorregistros, debate cognitivo, terapia racional emotiva, autoinstrucciones, entrenamiento en habilidades sociales y resolución de problemas. El tratamiento, llevado a cabo en el Hospital de San Juan de Lurigancho, se desarrolló en 20 sesiones distribuidas en 3 de evaluación, 14 de tratamiento y 3 de seguimiento. Los resultados indicaron una mejora significativa en el funcionamiento personal, académico, laboral y social del paciente, cumpliendo los objetivos terapéuticos establecidos.

Palabras clave: terapia cognitivo conductual, trastorno de pánico con agorafobia, varón, Lurigancho.

Abstract

The present case study aimed to evaluate the efficacy of a cognitive-behavioral treatment in a 19-year-old male patient diagnosed with panic disorder with agoraphobia. The intervention was designed under an experimental model of a single case type ABA, and data collection was carried out through psychological interviews, structured observation and behavioral recording. The psychometric tools used included the State-Trait Anxiety by C. D. Spielberger, R. L. Gorsuch and R. E. Lushene and the Multiaxial Clinical Inventory III by Millon, personality assessment for adults created by Theodore Millon, R. Davis and Millón in 2007, Panic and Agoraphobia Questionnaire (CPA) by B. Sandín. The intervention integrated cognitive-behavioral techniques such as psychoeducation, breathing exercises, Jacobson's progressive relaxation, live exposure, modeling, self-recordings, cognitive debate, rational emotive therapy, self-instructions, social skills training, and problem-solving. The treatment, carried out at the Hospital de San Juan de Lurigancho, was developed in 20 sessions distributed in 3 evaluation sessions, 14 treatment sessions and 3 follow-up. The results indicated a significant improvement in the patient's personal, academic, work, and social functioning, meeting the established therapeutic objectives.

Keywords: cognitive behavioral therapy, panic disorder with agoraphobia, male, Lurigancho.

I. INTRODUCCIÓN

En los últimos años, particularmente tras la pandemia, se ha registrado un incremento significativo en los casos de ansiedad, tanto a nivel nacional como global, lo que ha generado una creciente preocupación por la salud mental. Este fenómeno ha puesto en evidencia la vulnerabilidad individual y las distintas formas de afrontar y gestionar el bienestar. La ansiedad, caracterizada por un miedo intenso e irracional, provoca respuestas fisiológicas que afectan significativamente el funcionamiento de las personas. Entre sus manifestaciones más graves se encuentra el trastorno de pánico con agorafobia, que será analizado en el presente estudio de caso.

El trastorno de pánico, clasificado dentro de los trastornos de ansiedad, se distingue por la presencia de angustia irracional que puede comprometer de manera severa la funcionalidad del individuo. La ausencia de intervención oportuna puede agravar el cuadro clínico, derivando en el desarrollo de agorafobia. Este estudio se centra en analizar la historia clínica de un paciente, el inicio de la sintomatología y la aplicación de un programa de intervención basado en un enfoque cognitivo conductual.

El documento se estructura en los siguientes apartados: en el apartado I se describe el problema, incluyendo los criterios diagnósticos, antecedentes, fundamentación, objetivos, justificación e impacto del estudio. En el apartado II se detalla la metodología, abarcando el diseño de investigación, las variables, y las técnicas e instrumentos aplicados en la evaluación y la intervención. En el apartado III se presentan los resultados del programa de intervención y su análisis. Finalmente, el apartado IV contiene las recomendaciones, mientras que los apartados V y VI incluyen las referencias y los anexos, respectivamente.

1.1 Descripción del Problema

La ansiedad representa un problema prioritario en salud mental, con un aumento significativo en su prevalencia tras la pandemia. Este grupo de trastornos afecta la funcionalidad de quienes lo padecen, limitando su capacidad para realizar actividades diarias. (Alonso et al., 2018) documentan que los trastornos de ansiedad reducen la calidad de vida y el funcionamiento general, causando elevados niveles de malestar emocional y fisiológico. Beck (2013) define la ansiedad como una respuesta emocional derivada del miedo, asociado a la percepción de peligro. En este sentido, Barlow y Beck coinciden en que el miedo constituye un constructo discreto, mientras que la ansiedad es una respuesta subjetiva y generalizada.

Por otro lado, Craske et al. (1997 citando a Caballo), indican que los ataques de pánico iniciales suelen surgir en contextos de estrés inespecífico (por ejemplo, en espacios públicos), lo que genera evitación progresiva de estas situaciones. Estudios previos (Barlow et al., 1989; Noyes et al., 1986; Pollard et al., 1989; Swinson, 1986; Thyer et al., 1985) también sugieren que la agorafobia se desarrolla típicamente tras un historial de ataques de pánico. Beck (2013) establece cinco criterios principales para diferenciar la ansiedad patológica: a) cognición disfuncional, b) deterioro funcional, c) persistencia, d) falsas alarmas y e) hipersensibilidad a estímulos.

Este estudio de caso aborda la intervención psicoterapéutica en un paciente con trastorno de pánico con agorafobia, diagnosticado tras tres episodios de pánico caracterizados por síntomas interpretados como un posible ataque cardíaco o pérdida de control. El paciente mostró conductas de evitación, prefiriendo permanecer en casa por temor a eventos catastróficos en espacios públicos. En las primeras sesiones fue acompañado por su madre, quien actuó como un factor protector clave, mientras que a partir de la quinta sesión acudió solo.

El objetivo terapéutico principal fue reducir los síntomas de ansiedad mediante la reestructuración de pensamientos disfuncionales, el desarrollo de habilidades sociales y la implementación de estrategias de afrontamiento que favorecieran su adaptación en los contextos personal, social, familiar y académico. La intervención se desarrolló en tres etapas: (1) evaluación inicial (3 sesiones), donde se exploraron áreas de personalidad, cognición y emotividad, confirmando el diagnóstico clínico; (2) intervención terapéutica (14 sesiones), con énfasis en psicoeducación, técnicas de relajación, reestructuración cognitiva y exposición gradual a situaciones evitadas; y (3) seguimiento y consolidación.

Durante la intervención, se trabajaron inicialmente técnicas de psicoeducación (sesión 1) y relajación (sesiones 2 y 3), seguidas por reestructuración cognitiva (sesiones 4 a 6) y exposición imaginaria (sesión 7). Las sesiones posteriores (8 a 10) incluyeron exposición gradual a situaciones evitadas, avanzando progresivamente hacia contextos más complejos. Al final del tratamiento, el paciente retomó actividades laborales y sociales con mayor autonomía y funcionalidad, destacando la efectividad de la terapia cognitivo-conductual en el manejo de este trastorno.

Los resultados subrayan la importancia de intervenciones psicoterapéuticas tempranas y estructuradas en el tratamiento del trastorno de pánico con agorafobia, maximizando la capacidad funcional y el bienestar del paciente.

1.2 Antecedentes

1.2.1 Antecedentes nacionales

López (2022) llevó a cabo un caso clínico de intervención cognitivo-conductual en una mujer adulta con diagnóstico de trastorno de pánico con agorafobia, empleando un diseño experimental de caso único multicondicional. Para la recopilación de datos, utilizó la entrevista psicológica, la Escala de Autoevaluación de Ansiedad de Zung, el Cuestionario de Pánico y

Agorafobia de Sandín y Chorot, el Cuestionario de Creencias Irracionales de Ellis, el Inventario de Personalidad de Eysenck (forma B para adultos) y el Cuestionario Multiaxial de Millon-III. El programa de intervención incluyó técnicas como respiración diafragmática, relajación progresiva de Jacobson, exposición gradual, modelado, autorregistros, psicoeducación, debate cognitivo y detención del pensamiento. Al finalizar las 19 sesiones, se registró una reestructuración del 80% en pensamientos y creencias disfuncionales, así como una reducción del 70% en la sintomatología fisiológica.

Hernandez (2023) implementó un programa de intervención cognitivo-conductual en un caso clínico de un varón adulto de 45 años con diagnóstico de trastorno de pánico con agorafobia, utilizando un diseño de caso único multicondicional. La recolección de datos se llevó a cabo mediante la entrevista psicológica y la observación conductual, además de la aplicación del Test de Matrices Progresivas de Raven, el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), el Inventario Clínico Multiaxial Millon II y el Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA). El programa de intervención incluyó técnicas de la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) basadas en el modelo ABC, ejercicios de relajación muscular para disminuir los niveles de ansiedad, reestructuración cognitiva para la modificación de pensamientos disfuncionales, exposición en vivo y programación de tareas prácticas. Al finalizar la intervención, se observó, según criterio clínico, una disminución significativa de los síntomas de ansiedad, lo que permitió una mejora en la funcionalidad del paciente, mayor independencia para desplazarse fuera del hogar y la capacidad de realizar actividades laborales en ubicaciones más distantes.

Hurtado (2017) realizó un caso clínico en la ciudad de Arequipa con una paciente de 37 años, soltera y con formación superior, diagnosticada con trastorno de pánico con agorafobia por el servicio de psiquiatría y derivada posteriormente a psicología. Para la evaluación, se utilizaron

la Escala de Hamilton para la Depresión, la Escala de Ansiedad de Zung, el Inventario Clínico Multiaxial Millon II y la Escala de Ideas Irracionales de Ellis. El tratamiento se llevó a cabo mediante un programa de Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) que incluyó 20 sesiones de 45 minutos cada una, aplicando técnicas de psicoeducación, respiración diafragmática, relajación autógena, reestructuración cognitiva, exposición interoceptiva y exposición en vivo. Los resultados presentados hasta la sesión 17 demostraron una mejora significativa en la sintomatología, lo que indica la eficacia del tratamiento y un pronóstico favorable.

López (2017) realizó un estudio de caso clínico en un paciente masculino de 22 años, soltero y estudiante universitario. Los síntomas iniciales se presentaron durante la infancia mientras utilizaba juegos infantiles, lo que llevó a evitarlos. Durante su etapa universitaria, los episodios ansiosos se intensificaron, especialmente en situaciones de transporte en autobuses con gran cantidad de pasajeros. Finalmente, el paciente fue diagnosticado con trastorno de pánico con agorafobia. El tratamiento, basado en el Modelo Cognitivo-Conductual, consistió en 12 sesiones terapéuticas y dos de seguimiento, con una duración de 50 minutos por sesión y una frecuencia semanal. Se aplicaron técnicas como psicoeducación, reestructuración cognitiva, desensibilización sistemática y exposición en vivo. La intervención permitió una reducción significativa de los ataques de pánico y de los síntomas ansiosos, logrando que el paciente retomara sus actividades habituales, confirmando la efectividad de la terapia cognitivo-conductual.

González (2020) presentó un estudio de caso de un paciente masculino de 39 años, diagnosticado con trastorno de pánico. Para su evaluación, se emplearon instrumentos como el Inventario de Ansiedad Rasgo y Estado (IDARE), el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), el Inventario de Personalidad de Eysenck Forma B para adultos, el Inventario de Pensamientos Automáticos de Ruiz y Luján, el Inventario de Registro de Opiniones Forma A de Davis, Mackay

y Eshelman, la Lista de Chequeo de Habilidades Sociales de Goldstein y el Cuestionario de Pánico y Agorafobia (CPA) de Sandín y Chorot. El tratamiento se basó en un enfoque cognitivo-conductual e incluyó técnicas como psicoeducación, entrenamiento en respiración, relajación, reestructuración cognitiva, terapia racional emotiva, exposición interoceptiva, modelado y entrenamiento en habilidades sociales. La intervención demostró ser eficaz, logrando una reducción significativa de los síntomas de pánico y una mejora en el estado emocional del paciente.

1.2.2 Antecedentes internacionales

Monterde y Casado (2015) describen la intervención de terapia cognitivo-conductual (TCC) en un caso de trastorno de pánico con agorafobia asociado a dolor crónico en una mujer de 43 años con diagnóstico prolongado de endometriosis. La evaluación se realizó mediante entrevista semiestructurada y el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA; Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 2002) para cuantificar los niveles de ansiedad. El protocolo de TCC incluyó psicoeducación, reestructuración cognitiva, entrenamiento en autoinstrucciones y respiración abdominal, exposición gradual en vivo, estrategias de mantenimiento de logros y prevención de recaídas. Al concluir la intervención, se observó una reducción significativa de pensamientos catastróficos, una mejora en la tolerancia a sensaciones somáticas y cognitivas de ansiedad, así como una reincorporación progresiva a actividades previamente evitadas sin niveles clínicos de ansiedad.

Álvarez y Herman (2019) implementaron una intervención cognitivo-conductual en una paciente de 31 años con diagnóstico de ataques de pánico sin agorafobia, quien no había recibido tratamiento psiquiátrico previo. La evaluación incluyó observación, entrevista y la aplicación del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (IDARE). El tratamiento cognitivo-conductual utilizó técnicas de(Álvarez et al., 2019) psicoeducación,

autorregistro de pensamientos, respiración diafragmática, relajación progresiva de Jacobson, reestructuración cognitiva, exposición a sensaciones interoceptivas y exposición a situaciones evitadas. Los resultados indicaron una reducción significativa de los síntomas clínicos y una mejora en el funcionamiento general de la paciente.

Fernández et al. (2018) llevaron a cabo un estudio de caso único para evaluar la eficacia de un tratamiento cognitivo-conductual en un adolescente de 14 años con diagnóstico de trastorno de pánico (F41.0). La evaluación se realizó mediante entrevista semiestructurada y la aplicación de la Escala de Pánico y Agorafobia, el Diario del Paciente con Trastorno de Pánico y la Escala de Ansiedad de Hamilton. El tratamiento incluyó psicoeducación, programación de actividades, técnicas de relajación (respiración diafragmática y relajación muscular progresiva de Jacobson), exposición en imaginación, distracción, reestructuración cognitiva y prevención de recaídas. Los resultados mostraron una reducción significativa de los ataques de pánico, los niveles de ansiedad (anticipatoria, somática y psíquica) y las conductas de evitación, confirmando la eficacia del tratamiento.

Torres (2018) llevó a cabo un estudio de caso único sobre trastorno de pánico en una paciente de 26 años. La evaluación incluyó la entrevista clínica, la Escala de Ansiedad de Beck (BAI), el Inventario de Estados de Relajación de Smith y dos autorregistros diseñados para analizar la conducta problema y los resultados del tratamiento. La intervención, basada en la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), consistió en 12 sesiones. Los resultados mostraron una reducción significativa de los síntomas psicofisiológicos, confirmada por las puntuaciones obtenidas en las mediciones pretest y posttest del BAI y el Inventario de Estados de Relajación de Smith.

Bermejo (2019) evaluó la eficacia de la terapia cognitiva en el tratamiento del trastorno de pánico con agorafobia mediante un estudio de caso realizado en un contexto ambulatorio.

Participaron seis pacientes diagnosticados por un médico psiquiatra en un centro de salud mental público. Para la evaluación, se utilizaron el Cuestionario de Pánico y Agorafobia (CPA), el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) y el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II). La intervención comprendió 12 sesiones de 90 minutos que incluyeron técnicas cognitivo-conductuales como psicoeducación, reestructuración cognitiva y relajación. Los resultados indicaron una disminución significativa de los síntomas de pánico y agorafobia en la mayoría de los participantes.

1.2.3 Fundamentación teórica

1.2.3.1 Definición de la Ansiedad. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022), la ansiedad se define como un trastorno caracterizado por miedo y preocupación excesivos, acompañados de alteraciones conductuales que provocan una discapacidad funcional significativa o un elevado nivel de angustia. Este grupo de trastornos incluye, entre otros: el trastorno de ansiedad generalizada, asociado a preocupaciones persistentes y desproporcionadas; el trastorno de pánico, caracterizado por ataques de pánico recurrentes e intensos; el trastorno de ansiedad social, relacionado con el miedo a la exposición en situaciones sociales; y el trastorno de ansiedad por separación, que se manifiesta como un temor extremo ante la separación de figuras con vínculos emocionales importantes.

Beck (2013) en su libro de terapia Cognitiva para trastorno de Ansiedad lo define como un sistema complejo de respuesta conductual, fisiológica, afectiva y cognitiva (como una amenaza) que se activa al anticipar sucesos o circunstancias que se juzgan como muy aversivas porque se perciben como acontecimientos imprevisibles, incontrolables que potencialmente podrían amenazar los intereses vitales de un individuo describe la ansiedad como un sistema complejo que involucra respuestas cognitivas, conductuales, afectivas y fisiológicas. Estas respuestas se activan

ante la anticipación de eventos percibidos como incontrolables, imprevisibles y potencialmente amenazantes para los intereses del individuo. Asimismo, Serrano De Moreno (2002) clasifica la ansiedad como una emoción adaptativa cuya función es activar mecanismos de alerta para la supervivencia. Sin embargo, cuando estos mecanismos generan respuestas desproporcionadas frente a estímulos no amenazantes, se configuran los trastornos de ansiedad.

Barlow (2000) diferencia el miedo de la ansiedad: mientras el primero se asocia a un peligro concreto y evidente, la ansiedad está vinculada a una sensación difusa y desagradable, acompañada de una expectativa de amenaza futura, sin una causa clara o definida. (Coltman et al. 2015) complementan esta idea señalando que la ansiedad resulta de la interacción entre respuestas psicológicas y fisiológicas, que, en niveles normales, cumplen una función adaptativa, pero cuando son excesivas en frecuencia o intensidad, se consideran patológicas.

En cuanto al pánico, Butcher et al. (2007) señalan que su principal distinción con la ansiedad radica en su inicio repentino y su elevada intensidad, alcanzando su punto máximo en aproximadamente 10 minutos, a diferencia de la ansiedad general, que se desarrolla de manera gradual y sostenida.

Beck (2013) introduce un modelo explicativo que incluye dos etapas principales en la ansiedad patológica:

- ***Valoración Primaria***

Evaluación inicial y automática del estímulo como una amenaza significativa.

- ***Revaluación Secundaria***

Proceso deliberado y estratégico para reevaluar la información recibida sobre la amenaza.

Además, Barlow et al. (2001) y Beck (2013) identifican cuatro manifestaciones de la respuesta ansiosa:

- ***Manifestación cognitiva***

Distorsiones como percepción de indefensión, dificultad para concentrarse, sensación de irrealidad y pensamientos intrusivos de peligro.

- ***Manifestación Fisiológica***

Respuestas automáticas como taquicardia, sudoración, tensión muscular y presión torácica, que preparan al organismo para enfrentar una amenaza.

- ***Manifestación Conductual***

Comportamientos orientados a evitar, escapar o neutralizar el estímulo percibido como peligroso, tales como evitación, búsqueda de seguridad o inmovilización.

- ***Manifestación Afectiva***

Estados emocionales negativos como nerviosismo, inquietud y tensión, asociados a la percepción subjetiva de amenaza.

1.2.3.2 Definición del trastorno de pánico. La American Psychiatric Association (APA, 2014) define el ataque de pánico como un trastorno de ansiedad caracterizado por episodios súbitos, recurrentes e inesperados de angustia extrema, asociados a un temor intenso e irracional a experimentar una nueva crisis sin recibir ayuda.

Butcher et al. (2007) describen este trastorno como la aparición de ataques de pánico que surgen de manera imprevista, sin una causa situacional evidente. Según el DSM-IV-TR, citado por estos autores, el diagnóstico requiere que la persona experimente ataques recurrentes y no provocados por factores identificables, junto con una preocupación persistente por la posibilidad de nuevos episodios o sus consecuencias, tales como "perder el control" o "volverse loco".

Además, los ataques deben incluir al menos cuatro de los trece síntomas establecidos, entre ellos: dificultad para respirar, palpitaciones, vértigo, sudoración, despersonalización, desrealización, miedo a morir, y miedo a perder el control. Moore y Hirschfeld (1997), también citados por Butcher et al., destacan que la mayoría de estos síntomas tienen un componente somático, lo que lleva a muchos pacientes a confundirlos con condiciones médicas graves, como infartos. En este contexto, hasta el 90 % de los pacientes acuden frecuentemente a servicios de emergencia, convencidos de padecer afecciones orgánicas como problemas cardíacos, respiratorios o neurológicos.

El DSM-5 clasifica los ataques de pánico como episodios de miedo o malestar intenso que alcanzan su máxima intensidad en pocos minutos y que incluyen al menos cuatro de los trece síntomas definidos en el criterio A, además de un síntoma asociado al criterio B.

Caballo (1996) resalta que el DSM-IV incluye los ataques de pánico dentro de los trastornos de ansiedad y los clasifica en tres tipos:

- *Ataques de pánico espontáneos*

Surgen sin un estímulo situacional identificable.

- *Ataques de pánico situacionalmente determinados*

Ocurren consistentemente ante un estímulo situacional específico.

- *Ataques de pánico situacionales predispuesto*

Tienen mayor probabilidad de ocurrir en presencia de ciertos estímulos, aunque no de forma invariable.

1.2.3.3 Definición de agorafobia. Según Butcher et al. (2007) plantean que la agorafobia es una complicación derivada de los ataques de pánico. La ansiedad anticipatoria se desencadena al enfrentarse a contextos donde el escape resulta físicamente complejo, psicológicamente

embarazoso o implica dificultad para obtener ayuda en caso de emergencia (DSM-IV-TR, 2000). Además, las personas con agorafobia desarrollan evitación interoceptiva, caracterizada por la prevención de actividades que generan sensaciones corporales temidas, como el ejercicio físico, el consumo de cafeína, la visualización de contenidos intensos o la actividad sexual.

La edad de inicio del trastorno de pánico con o sin agorafobia suele ubicarse entre los 15 y los 24 años, especialmente en hombres. En mujeres, puede manifestarse entre los 30 y los 40 años, con una edad promedio estimada en 24 años (Eaton et al., 1994; Hirschfeld, 1996).

Caballo et al. (2010) distinguen la agorafobia de la fobia social por los motivos de evitación: en la agorafobia, el miedo radica en experimentar síntomas de pánico y la dificultad para escapar; en la fobia social, se centra en el temor a la evaluación negativa de otros. Según Barlow (2014), la agorafobia puede clasificarse en tres niveles.

- *Leve*

El individuo presenta dudas al desplazarse largas distancias, pero mantiene funcionalidad, evitando multitudes y ubicándose cerca de salidas.

- *Moderada*

Se limita a distancias menores a 16 km, requiere acompañamiento y evita transportes públicos y situaciones concurridas.

- *Grave*

La movilidad está severamente restringida, permaneciendo casi exclusivamente en el domicilio.

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 frecuente e imprevisto. 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) en 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 Criterios diagnósticos del trastorno de agorafobia. Según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) (OPS, 1994, pp. 110-111) los criterios diagnósticos son los siguientes:

El término «agorafobia» incluye temor, miedo a salir de casa a entrar a tiendas, a las multitudes y a lugares abiertos, también viajar en bus, tren o aviones.

En este trastorno separamos en dos tipos:

a. Agorafobia sin antecedentes de trastorno de pánico

b. Trastorno de pánico con agorafobia

1.2.3.7 Pautas para el diagnóstico. Para satisfacer un diagnóstico definitivo se requieren todas las condiciones siguientes:

a) los síntomas, psicológicos o vegetativos, son manifestaciones primarias de ansiedad y no secundarias a otros síntomas, como por ejemplo ideas delirantes u obsesivas

b) esta ansiedad se limita o predomina en al menos dos de las siguientes situaciones: multitudes, lugares públicos, viajar lejos de casa o viajar solo y

c) la evitación de la situación fóbica es, o ha sido, una característica destacada.

1.2.3.8 Diagnóstico diferencial. Debe recordarse que algunos que tienen agorafobia experimentan muy poca ansiedad, porque son capaces de evitar sistemáticamente sus situaciones fóbicas. La presencia de otros síntomas tales como depresión, despersonalización, síntomas obsesivos y fobias sociales no invalida el diagnóstico, con tal de que no sean predominantes en el cuadro clínico. Sin embargo, si el enfermo ya estaba claramente deprimido cuando los síntomas fóbicos aparecieron por primera vez, el diagnóstico más adecuado puede ser episodio depresivo. Esto último es más frecuente en los casos de comienzo tardío.

La presencia o ausencia de trastorno de pánico (F41.0) en la situación que induce la agorafobia en la mayoría de los casos puede ser recogida mediante un quinto carácter incluye: Trastorno de pánico con agorafobia.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Mejorar el estado afectivo-emotivo del paciente reduciendo la sintomatología del trastorno de pánico con agorafobia disminuyendo los niveles de respuesta fisiológica mediante la identificación y modificación de sus pensamientos distorsionados, instaurando nuevas formas de pensar, de carácter flexible, lógico y racional mediante la Terapia Cognitiva Conductual.

1.3.2 Objetivo específico

- Psicoeducar al paciente respecto a su problemática actual, todo esto desde la perspectiva Cognitiva Conductual, describiendo los componentes que se encuentran implicados en el trastorno de pánico con agorafobia.

- Disminuir sus niveles de ansiedad a través de la técnica de relajación con la respiración diafragmática.
- Identificar y establecer la relación entre situación, pensamiento, emociones y conducta, a través de las técnicas cognitivas logrando disminuir los pensamientos distorsionados 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 técnica de exposición, habituación y afrontamientos a situaciones que le generan ansiedad a través de las técnicas cognitivas conductuales.
- Fomentar en la paciente actividades que le proporcionen satisfacción y contrarresten los pensamientos negativos acerca de su funcionabilidad a través de la técnica de programación de actividades.
- Aprender habilidades para relacionarse con los demás, promover la capacidad para resolver los conflictos de la vida diaria.
- Disminuir la ansiedad asociada a la incapacidad para tomar decisiones a través de la técnica de solución de problemas.

1.4 Justificación

De acuerdo con la información obtenida durante la evaluación clínica, el paciente cumple con los criterios diagnósticos de trastorno de pánico con agorafobia. Este trastorno se caracteriza por episodios recurrentes de miedo intenso, acompañados de síntomas fisiológicos que no están vinculados a situaciones específicas, afectando de manera significativa la funcionalidad del individuo. La agorafobia se define como un trastorno de ansiedad en el que la persona evita activamente lugares públicos o espacios abiertos debido al miedo a experimentar síntomas de

pánico, lo que genera sentimientos de atrapamiento o indefensión.

Con base en esta presentación clínica, se recomienda implementar un plan terapéutico basado en técnicas cognitivo-conductuales. Inicialmente, se llevará a cabo una sesión de psicoeducación para informar al paciente sobre las características del trastorno y la importancia de la intervención psicoterapéutica junto con el seguimiento psiquiátrico. Posteriormente, se trabajará en la identificación, evaluación y reestructuración de pensamientos automáticos disfuncionales, fomentando su reemplazo por cogniciones más adaptativas que faciliten la funcionalidad en contextos sociales, laborales, familiares, académicos y personales.

Adicionalmente, se emplearán técnicas conductuales dirigidas a la regulación del estado de ánimo y el incremento de la energía. El plan terapéutico incluirá intervenciones en relajación, solución de problemas, toma de decisiones y el desarrollo de habilidades sociales para promover una mejora integral en la calidad de vida del paciente.

1.5 Impactos esperados del trabajo académico

El presente caso clínico tiene como finalidad abordar las necesidades específicas del paciente mediante una intervención basada en terapia cognitivo-conductual, con el objetivo principal de reducir y controlar la sintomatología ansiosa en sus componentes fisiológico, cognitivo, emocional y conductual. Asimismo, se prioriza el desarrollo de habilidades de afrontamiento que permitan al paciente gestionar de manera eficaz situaciones similares en el futuro. Este análisis clínico representa una contribución científica, proporcionando información relevante y aplicable para el manejo de casos análogos en contextos clínicos e investigativos

II. METODOLOGÍA

2.1 Tipo y diseño de investigación

Este estudio es de tipo aplicado, dado que utiliza conocimientos prácticos para abordar casos similares en contextos sociales (Klinger, 1975). El diseño de investigación es experimental, de caso único (N=1), en el que la unidad de observación se mide a lo largo del tiempo bajo la influencia de al menos una variable independiente (Ato et al., 2013).

Se emplea un diseño univariable multicondicional (ABA), que consta de tres fases: línea base, intervención y retorno a la línea base. Primero se establece una línea base sin intervención, luego se aplica la intervención terapéutica, y finalmente se compara la respuesta posterior con la línea base inicial. Este diseño permite evaluar la efectividad de la intervención mediante la recolección de datos antes y después del tratamiento (Gentile et al., 1972).

2.2 Ámbito temporal y espacial

La evaluación, diagnóstico y tratamiento se llevaron a cabo en el consultorio de Salud Mental del Hospital de San Juan de Lurigancho, durante un total aproximado de 20 sesiones (3 de evaluación, 14 de intervención y 3 de seguimiento).

2.3 Variables de investigación

2.3.1 *Variable dependiente*

El trastorno de pánico con agorafobia es un trastorno de ansiedad caracterizado por la aparición recurrente e inesperada de episodios de angustia, que se manifiestan como miedo intenso e irracional a experimentar ataques de pánico sin acceso inmediato a atención. Este miedo conduce al paciente a evitar situaciones y lugares que percibe como inseguros, prefiriendo ambientes controlados como su hogar, donde puede recibir apoyo en caso de emergencia.

Los síntomas antes de la intervención incluyeron: miedo 9/10, preocupación por la aparición de ataques 10/10, aceleración cardíaca 9/10, sensación de ahogo 8/10, opresión en el pecho 9/10, mareo 8/10, miedo a morir o perder el control 9/10, miedo a salir de casa 9/10, temor a no recibir ayuda en la calle 9/10, miedo a un paro cardíaco durante la actividad sexual 8/10 y miedo a estar en lugares.

2.3.2 *Variable independiente (VI)*

Terapia cognitivo conductual es una intervención eficaz para el tratamiento de los trastornos de ansiedad, incluido el trastorno de pánico con agorafobia. Este enfoque terapéutico utiliza diversas técnicas y estrategias para reducir la frecuencia de los ataques de pánico y mitigar la conducta de evitación asociada con la agorafobia. Las técnicas empleadas incluyeron psicoeducación inicial, relajación mediante respiración, autorregistros, confrontación de pensamientos distorsionados, técnicas de exposición, modelado, exposición gradual, habituación, autoinstrucciones, programación de actividades y entrenamiento en habilidades sociales.

2.4 Participante

El caso corresponde a un individuo de 19 años, mayor de tres hermanos, residente en San Juan de Lurigancho, Lima. El paciente, de religión católica, completó la educación secundaria con calificaciones promedio altas y estaba cursando estudios en administración. Vive con sus padres (madre ama de casa y padre chofer). Fue referido desde Psiquiatría, con un mes de tratamiento farmacológico previo, y recibe por primera vez intervención psicológica.

2.5 Técnicas e instrumentos

2.5.1 *Técnicas*

Las técnicas aplicadas en este caso de trastorno de pánico con agorafobia fueron las siguientes:

- **Psicoeducación**

Es una intervención terapéutica en la que el profesional proporciona al paciente y sus familiares información relevante sobre la problemática presentada, con el propósito de mejorar el manejo de la condición, prevenir recaídas y facilitar la adaptación. Esta intervención aborda temas como los factores causales del trastorno, los síntomas asociados, estrategias de afrontamiento, opciones de tratamiento, el curso de la intervención, los posibles resultados, y la corrección de mitos o malentendidos relacionados (Sarkhel et al., 2020). El objetivo es optimizar la comprensión del paciente sobre su condición, favoreciendo un manejo más eficaz y una mejor calidad de vida.

- **Desensibilización sistemática**

Es una de las más aplicadas para abordar trastornos de ansiedad, fue desarrollado por Joseph Wolpe, dirigida para reducir la ansiedad, induciendo al paciente a una respuesta de relajación (respuesta incompatible) frente a determinados estímulos y enfrentando las conductas de evitación, siendo la primera técnica de exposición en terapia de conducta.

- **Técnicas de respiración**

De acuerdo con Ruiz et al. (2012), las técnicas de respiración, citando a Speads, subrayan la importancia de este proceso fisiológico esencial. El objetivo de estas técnicas es mejorar la capacidad funcional pulmonar mediante la regulación del ritmo respiratorio (Olivares y Méndez, 2010). Los pacientes aprenden a controlar voluntariamente su respiración, aplicando este control en situaciones de ansiedad. La respiración diafragmática, que promueve el movimiento de las costillas inferiores y el abdomen, es considerada la más adecuada desde un punto de vista fisiológico Moreno, (2002). Existen diferentes variantes, como la respiración profunda, el suspiro y la respiración purificante,

las cuales se distinguen por la postura, el tiempo de retención del aire y los movimientos implicados (Davis et al., 2000).

- **Técnicas de Relajación**

Las técnicas de relajación son fundamentales en la intervención cognitivo-conductual, con el objetivo de reducir la activación fisiológica, promoviendo un estado de calma y equilibrio mental. Las más relevantes incluyen el entrenamiento en relajación progresiva de Jacobson y el entrenamiento en relajación autógena.

- **Técnica de Relajación Progresiva de Jacobson**

La técnica de relajación progresiva se basa en una serie de ejercicios de tensión y relajación muscular, partiendo de la premisa de que la ansiedad aumenta la tensión muscular, lo que intensifica la sensación de ansiedad (Davis et al., 2000). El objetivo principal de estos ejercicios es enseñar a los pacientes a diferenciar entre los estados de tensión y relajación muscular (Moreno, 2002). Existen variaciones que incluyen el número de grupos musculares involucrados, el tiempo de tensión y relajación, el orden de los grupos musculares y el uso de auto instrucciones (Caballo, 1996).

- **Las técnicas de exposición**

Las técnicas de exposición tienen como objetivo disminuir la activación fisiológica asociada a la ansiedad mediante procesos de extinción y habituación, al exponer al paciente a estímulos temidos de forma controlada (Barraca, 2014). Según (Ruiz et al., 2012) se clasifican en: Exposición simbólica: Implica la representación mental, visual, auditiva o virtual del estímulo temido. Exposición en vivo: Consiste en la confrontación directa y repetida con estímulos generadores de ansiedad, eliminando conductas de seguridad y manteniéndose en contacto hasta reducir significativamente los niveles de ansiedad.

Exposición interoceptiva: Reproduce de manera controlada síntomas físicos de pánico (como hiperventilación), para desasociar las sensaciones corporales de las respuestas de pánico, promoviendo una percepción normalizada.

- **Modelado**

Es una técnica que enseña habilidades interpersonales a individuos con ansiedad, mediante la demostración por parte del terapeuta de las conductas que se deben aprender. Tras la demostración, el paciente realiza la conducta mientras el terapeuta proporciona retroalimentación para mejorar la ejecución y reducir la ansiedad (Beck, 2013).

- **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 (Keawéaimoku 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.

- **Debate**

El debate, dentro de la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC), tiene como objetivo cuestionar las creencias irracionales a través de tres tipos de argumentos: empírico, lógico y pragmático. Otros enfoques incluyen el debate socrático, didáctico, metafórico y humorístico, que ayudan al paciente a modificar sus creencias irracionales (DiGiuseppe et al., 2014; Lega et al., 2017).

- ***Terapia Racional Emotiva***

La terapia racional emotiva se basa en el modelo A-B-C-D-E propuesto por Ellis y Grieger (1997), con el fin de modificar los pensamientos irracionales a través de un proceso

crítico. Este modelo resulta en una modificación de las emociones y conductas del paciente, promoviendo respuestas más adaptativas (Lega et al., 2017)

- ***Imaginación Racional Emotiva***

La técnica de imaginación racional emotiva consiste en modificar las emociones negativas mediante la reestructuración de creencias irracionales, buscando sustituirlas por emociones más apropiadas en situaciones específicas (Wirga et al., 2020).

- ***Autoinstrucciones***

Son estrategias metacognitivas que promueven la autorregulación conductual y emocional. Su objetivo es mejorar la confianza en uno mismo y facilitar la resolución de problemas. Se suelen combinar con otras técnicas para reducir la ansiedad y guiar la conducta en momentos específicos (Ruiz et al., 2012).

- ***Entrenamiento en habilidades sociales***

Este entrenamiento se enfoca en superar el miedo al ridículo y fomentar la aceptación de los errores, promoviendo la formación de creencias racionales sobre las interacciones sociales (Ruiz et al., 2012).

- ***Entrenamiento en solución de problemas***

Este enfoque busca enseñar estrategias efectivas para resolver problemas específicos, como conflictos interpersonales o situaciones de la vida cotidiana, una vez que el paciente ha aprendido a desafiar sus creencias irracionales. Las estrategias incluyen el entrenamiento en toma de decisiones y la resolución de problemas concretos (Ruiz et al., 2012).

2.5.2 Instrumentos

- a. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)

Desarrollado por Spielberger, Gorsuch y Lushene en 1988, 1994 y 2002, tiene como propósito evaluar dos dimensiones de la ansiedad: la ansiedad estado (A/E), que mide el estado emocional transitorio de aprensión, tensión y actividad fisiológica del sistema nervioso autónomo, y la ansiedad rasgo (A/R), que refleja una predisposición estable a percibir situaciones como amenazantes. El instrumento consta de 40 afirmaciones, distribuidas en dos partes: las primeras 20 sobre el estado emocional actual del individuo y las siguientes 20 sobre su experiencia general. Utiliza una escala Likert de 1 a 4 y categoriza los niveles de ansiedad en: 20-35 (sin ansiedad), 36-47 (ansiedad mínima a moderada), 48-59 (ansiedad marcada a severa) y 60-80 (ansiedad máxima). Su confiabilidad es de 0.66.

a. Cuestionario de Pánico y Agorafobia

Creado por Sandín y Chorot en el año 1997, evalúa las características del trastorno de pánico con o sin agorafobia, y de la agorafobia en sí misma. Consta de 40 ítems distribuidos en seis secciones: la primera con 21 ítems, la segunda y tercera con 3 ítems cada una, la cuarta con 2, la quinta con 3 y la sexta con 2. Su duración es de 20 a 30 minutos. La validez del cuestionario fue comprobada mediante la comparación de los resultados con el ADIS-M, mostrando una concordancia del 91% en una muestra de 37 participantes, 20 de los cuales fueron diagnosticados con trastorno de pánico.

b. Inventario Clínico Multiaxial de Millón - III (MCMI-III)

MCMI-III, desarrollado por Millon en 2007, es un instrumento de 175 ítems con formato verdadero/falso que evalúa los rasgos de personalidad y los trastornos psicopatológicos de los individuos. Además, permite identificar síndromes clínicos como el trastorno de ansiedad y los trastornos del pensamiento. Incluye escalas de validez que miden la

sinceridad, la deseabilidad social, la devaluación y la validez general, proporcionando una evaluación integral de las características psicológicas del paciente.

2.5.3 Evaluación psicológica

Datos de filiación.

Nombres y apellidos	: Yojan
Edad	: 19 años
Lugar de Nacimiento	: San Juan de Lurigancho,
Estado Civil	: Soltero
Grado de Instrucción	: Secundaria completa
Ocupación	: Obrero
Número de Hermanos	: dos (17 y 2 años)
Lugar que ocupa	: primer
Religión	: católico
Informantes	: Madre
Fecha de Evaluación	: 21/01/23 - 28/01/23 - 03/02/23

Observación de la conducta

Paciente del sexo masculino de 20 años, contextura delgada y altura promedio, muestra aseo y aliño personal adecuado y viste acorde a la estación. Se muestra lúcido, orientada en tiempo, espacio y persona. Se expresa con un lenguaje claro, tono de voz bajo y un poco tembloroso, pensamiento lógico y coherente. Movía las piernas constantemente, manifestando mucha preocupación por los síntomas, por momentos mira hacia la puerta porque la madre está allí acompañándolo y a veces se toca el pecho refiriendo sentir malestar y que no sabe cómo explicar.

Motivo de consulta

Paciente acude por primera vez a consulta, acompañado de su madre y refiere: asisto a psicología derivado de psiquiatría, porque hace un poco más de seis meses empezaron todos mis síntomas, la primera fue una reunión que tuve con mis amigos del colegio, eso fue en agosto del 2022, donde me hicieron probar por única vez la marihuana, probé un poquito - porque en mi casa siempre me aconsejaban - pero bastó ese momento para no volver a probar nada que tenga que ver con eso, pues mi corazón se aceleraba mucho, se puso tenso mis brazos y mis piernas, empezó a ser más rápida mi respiración, parecía que me pasaría algo y sentí mucho miedo por lo que no volví a recibir cosas extrañas y me retiré del lugar. El segundo evento más fuerte que me dio fue cuando regresaba de estudiar y me dirigía al tren, pero al terminar de subir las escaleras sentí un miedo intenso, empecé a angustiarme, mi corazón se empezó a acelerar más, mis brazos y mis piernas estaban como entumecidas, sentía que algo me iba a pasar, vino una sensación como de ahogo, sentía que no podía respirar, parecía que se me iba el aire, sentía mis músculos tensos, junto a ello venían a mis pensamientos que algo malo me iba a pasar, que podía volverme loco o hasta morir, sudaba y solo pensaba en regresar a mi casa y en ese momento ya no subí al tren hasta que me pasara esos síntomas, que duró entre diez a quince minutos. Todas estas sensaciones pensé que me pasarían, andaba con cierto miedo, aún hacía mis cosas, estudiaba y trabajaba a la vez, pero estas aún no me paralizaban, Después de esto, tuve un evento más, donde con miedo salí de mi casa a comprar al mercado, pero llegando a una esquina nuevamente empezaron a aparecer los síntomas de angustia que no pude controlar y desde entonces dejé de salir de mi casa, pues estando allí me sentía más seguro, dejé de ir a comprar a la vuelta de mi casa, pero si de repente tenía

que salir empezaba a angustiarme por lo que le pedí a mi mamá que me acompañase a donde vaya, dejé de estudiar, dejé de trabajar y empecé a sentirme inútil y fracasado.

Yojan manifiesta que desde que salió del colegio empezó a sentirse intranquilo por la constante presión y crítica de sus padres porque le decían que no estudiaba como sus demás primos, se sentía culpable porque le decían que no tenía metas, se comparaba con sus primos porque ellos iban a estudiar a una universidad y él tenía que trabajar en construcción para pagar sus estudios en un instituto ya que el papá siempre le repetía: tienes que sufrirla y ganarte cada una de las cosas.

Cabe resaltar que, ante los eventos vividos, Yojan llegó a pensar que eran problemas del corazón, se hizo diversos exámenes en el hospital y salía que estaba completamente sano y lo derivaron a psiquiatría para que inicie con el tratamiento.

Problema Actual

Yojan todos los días tiene dificultades para poder dormir tranquilo, y se levanta pensando que si sale a la calle le puede venir uno de esos ataques que lo pueden llevar a la muerte, siente malestar porque la ve a su mamá, a su papá y hermana que salen a sus actividades diarias y él no puede hacerlo como antes lo hacía, le preocupa (9/10) que su mamá lo mande al mercado o la tienda a que compre lo que falta y teme (9/10) que aparezca los síntomas de ansiedad 9/10, teme que aparezca la aceleración cardiaca, que su respiración se agite, que tenga la sensación de ahogo, que tenga temblor en las piernas y que le pueda pasar algo. Ante su preocupación empezó a decir excusas para no salir de casa.

Cuando se dirigía a tomar el carro para ir a trabajar a construcción, el solo pensar que va a salir de casa empezaba su ansiedad (9/10), en el trayecto de llegar al paradero

empezaba a sentirse ansioso, pero cuando su padre aparecía para irse juntos se podía sentir más seguro, cuando llegaba a su trabajo se daba cuenta de que sus energías(5/10) ya no eran las de antes, sus compañeros le decían que le faltaba culminar algunas partes del trabajo, cerca de las 6 de la tarde, cuando ya era la hora de la salida empezaba nuevamente su miedo 9/10 porque le podía pasar algo en el camino y no podrían socorrerlo, ahora si esperaba a su padre para poder irse juntos. Esta situación se repetía todos los días y se dio cuenta de que si le pasaba algo era mejor estar siempre acompañado de sus padres o podía estar más seguro en su casa.

Al ir a comprar a la vuelta de su casa, porque lo mandaron a comprar pan y mantequilla, Yojan manifiesta que salió con una ansiedad bastante elevada (9/10) pensaba que le podía pasar algo cuando le diera el ataque y nadie podría ayudarlo, por eso llegando a la esquina se regresó rápidamente a su casa y ya no quiso volver a salir, el temor fue interpretado (09/10) como si fuera que le iba a dar un ataque al corazón. Al llegar a su casa, empezó a sentir tranquilidad y seguridad y decide ya no ir a trabajar, dejó de estudiar y de salir de casa.

Desarrollo cronológico del problema

A los 5 años empieza a asumir parte de responsabilidades de los padres, contando lo siguiente: empecé a cuidar de mi hermana mientras mis padres se iban a trabajar, eso era de 6 de la mañana hasta las 9 de la noche.

En la etapa primaria refiere que era un buen alumno, pero a la vez sufría porque: mi padre me exigía altas calificaciones, el padre no era afectuosos y si cometía errores o hacía travesuras me castigaba con la correa y en una oportunidad me corroteo con una piedra en su mano y también vi que violento era con mi madre.

A los 11 años menciona que sufrió un accidente automovilístico estando con la madre, se rompió algunos dientes y se quedó arañado en algunas partes de su cuerpo, después de ese suceso manifiesta: tenía mucho miedo de subir a los carros, pero a pesar de que les dijeron a mis padres que me llevaran a un psicólogo no fue así.

En 4to y quinto de secundaria cuenta que sus compañeros le hacen Bullying porque se veía algunas carencias económicas en sus prendas y detalla: me pusieron un apodo que me hacía sentir mal, terminé el año con ese apodo que a nadie le pude contar.

Para 5to de secundaria lo cambian de colegio y manifiesta que retrocedió académicamente porque no me enseñaban como en el colegio anterior.

Al culminar la secundaria recibía críticas del padre porque no estaba estudiando y los comparaba con sus primos que ya estaban en la universidad. Adicional a esto refiere que el padre siempre le decía: trabaja y te pagas tus estudios que todo se consigue sufriendo.

Cerca a los 18 años empieza a estudiar y trabajaba para poder solventar sus estudios, manifiesta que no podía concentrarse y que llegaba a su casa y siempre recibía crítica de su papá lo cual hacía que se sienta triste y menciona que tenía mucha frustración.

En agosto asistió una reunión de reencuentro con sus amigos de promoción de la secundaria, estaba con sus amigos y uno de ellos empieza a pasar marihuana y relata: todos probaban, me sentí presionado y la verdad probé por única vez solo un poquito, pero de inmediato empecé a sentirme mal, con mareo, palpitaciones, sentía que se me oprimía el pecho, tuve sensación de ahogo, pensé que me iba a dar un paro cardíaco y me retiré un poco angustiado.

Al mes siguiente seguía con esa preocupación y relata: temía que me vuelva a dar otra vez y en cualquier momento, no podía estar tranquilo, me desconcentraba de lo que hacía, me olvidaba de algunas cosas y sentía que me podía dar algo malo al corazón.

En octubre ya se hizo más evidente su preocupación que al subir al tren menciona: estaba ya en el tren, había mucha gente, cuando de pronto me sentí mareado, con esa presión en el pecho, se empezó a acelerar mi corazón, parecía que me iba a ahogar, que me iba a pasar algo o hasta morir, por eso me bajé en la siguiente estación manifiesta que el solo pensar que tiene que salir de casa y le pueda dar esos ataques ya no lo deja estar tranquilo, por eso dejó de estudiar y de trabajar sintiéndose más seguro en casa.

Durante este tiempo también manifiesta: he terminado con mi enamorada porque me da vergüenza estar así y es que en la intimidad también me he sentido con ansiedad, he sentido fuertes palpitaciones, temblor en las piernas, un miedo intenso y no pude concretar el encuentro y me siento mal, no he podido concentrarme completamente.

Historia personal

Yojan relata que cuando estaba en inicial de 5 años iba solo al colegio porque su madre empezaba a trabajar y no podía acompañarlo, a esa edad ya podía servirse solo sus alimentos, su desayuno o almuerzo, ayudaba en el cuidado de su hermana menor y se desenvolvía adecuadamente. Académicamente le iba bien, en inicial era más desenvuelto, en la primaria hacía sus tareas por iniciativa propia los profesores le decían que era un excelente niño, muy responsable, pero refiere que el padre siempre le exigía en todas sus tareas, si no traía buenas notas le castigaban con la correa, hasta en una oportunidad lo corrió con una piedra en mano, en etapa primaria era un buen estudiante, obedecía a sus docentes, hacía sus tareas de las asignaturas solo, ya que sus padres laboraban fuera de

casa, él también se encargaba del cuidado de su hermana 3 años menor que él, refiere que no necesitaba estudiar tanto porque bastaba un repaso y se aprendía todo. Por otro lado, el padre no era afectuoso con él ni su hermana, era distante, frío y lo sentía como si fuera otra persona, pero a pesar de ser así trataba de complacerlo en sus notas, aunque a veces le tenía miedo porque era muy “renegón y violento” y casi no participaba como rol de padre.

A los 11 años junto a su madre sufrió un accidente automovilístico, el carro se dio vuelta, la madre relata que se rompió sus dientes y salió arañado de allí, muchos le recomendaron que lo llevara a un psicólogo, pero no lo llevó y por ello Yojan tenía miedo de subir al carro, eso fue por un corto tiempo.

En la secundaria también era un adolescente bastante responsable, los padres igual seguían trabajando casi todo el día y él ayudaba con las tareas del hogar; al llegar a 3ro y 4to de secundaria lo cambian a otro colegio porque lo molestaban mucho y le hicieron Bullying, hasta le pusieron un apodo que lo hacían sentir mal, pero eso no le contaba a la madre ya en 5to de secundaria lo cambian de colegio, pero a un estatal, en ese tiempo no les alcanzaba el dinero, porque la madre es quien asumía la carga familiar, el padre casi no ayudaba, allí siente que retrocedió académicamente pero seguía siendo un buen hijo.

Hijo de una familia con padres convivientes, madre de 19 años, padre de 20 años. A los 20 años su madre sale embarazada, fue un hijo deseado, hubo controles de embarazo, un seguimiento médico adecuado. La madre tenía una buena alimentación, pero tenía una relación de pareja un poco conflictiva ya que en la convivencia había muchos desacuerdos, pero no hubo problemas graves. Hubo un adecuado desarrollo del embarazo.

Etapas peri – natal

La madre refiere que su hijo nace al cumplir los nueve meses de gestación en el

hospital de San Juan de Lurigancho, trabajo de parto normal, fue rápido, sin complicaciones y asistida con el médico de turno del hospital; lloró apenas nació, con un peso de 2 950 gr, la succión fue inmediata y tomó rápido pecho. Al siguiente día nos dieron de alta y mi esposo me acompañaba por unos días.

Etapas post – natal

La madre del paciente se dedicaba a las labores del hogar y el cuidado del niño constantemente. Los controles del “NIÑO SANO” eran mensuales y fueron normales acorde a su edad, sin enfermedad de gravedad, hubo algunos resfriados, siempre fue asistido cuando se enfermaba, pero en su mayoría curada por cuidados caseros.

Primeros años de vida

El paciente refiere: Recibí leche materna exclusiva hasta el año y medio, luego intercalaban con otros alimentos, pero dejé completamente de lactar el pecho a los 2 años.

Yojan comenta: Caminé y hablé dentro de la edad esperada, dejé el pañal al año y 7 meses, la madre le enseñó a pedir sus necesidades, los médicos decían que era un niño sano y que el progreso de mi desarrollo era normal.

Educación

Paciente señala: En la etapa de inicial y primaria era un niño que se desenvolvía muy bien en el aspecto social, tenía buen desempeño y mis calificaciones fueron buenas, era un niño destacado y a pesar de que mis padres casi no estaban presentes cumplía con mis labores académicas adecuadamente.

Paciente resalta: En la secundaria también me desenvolví muy bien, las calificaciones eran promedio alto, era un estudiante que aprendía rápidamente y que para

obtener buenas notas no necesitaba repasar tanto. Ya en 4to de secundaria me cambiaron de colegio, porque había compañeros que para mi mamá eran mala junta, me fastidiaban mucho y se burlaban de mí, allí me hicieron bullying porque en un recreo tuve un incidente y me pusieron un apodo que me hacía sentir mal. Ya en 5to de secundaria por cuestiones económicas mis padres deciden trasladarme a un colegio estatal y allí mi mamá me dijo que retrocedí en cuanto a las enseñanzas que recibía, pero igual tenía calificaciones promedio.

Socialización

Paciente menciona: en el colegio le cuentan a mi madre que desde pequeño solía ser amiguelo, que me gustaba jugar con mis demás compañeros, que fácilmente podía hacer nuevas amistades, sin embargo, ya en cuarto y quinto de secundaria sufrí bullying, pero no se contaba a nadie, ya que tampoco pasaba tiempo con mis padres, ellos trabajaban casi todo el día.

Actitud de la familia frente al paciente

Yojan expresa lo siguiente: mi padre siempre fue una persona algo fría podía decirse, casi no mostraba afecto, distante, estricto y a veces violento, casi no conversaba con él, pues trabajaba mucho y sólo esperaba buenos resultados, por eso cuando a veces me portaba mal era muy violento, me castigaba con correa y en una oportunidad me correteó con piedra, yo era aún un niño, pero él era así; También recuerdo que veía que mi padre trataba mal a mi madre y eso me generaba enojo y frustración, con respecto a mi madre, ella era alguien que trabajaba mucho pues mi padre casi o nada aportaba a la familia, por eso ella trabajaba hasta tarde, pero podía darse el tiempo de conversar conmigo y de estar un poco más en mis cosas, siento que con ella pude confiar más y contarle mis cosas.

Tabla 1*Datos Familiares*

Parentesco	Nombre	Edad	Grado Instrucción	Ocupación
Madre	Elia Jauregui	43	Secundaria completa	Ama de casa
Padre	Michael Valencia	42	Secundaria completa	Chofer
Hermana	Nancy	17	Secundaria completa	Estudiando Ing. Industrial
Hermana	Yulissa	2	-----	-----

2.5.4 Evaluación psicométrica**Informe Psicológico de Autoevaluación de Ansiedad Estado- Rasgo STAI****Datos de filiación**

Apellidos y nombres : Yojan

Edad : 19 años

Fecha de Evaluación : 21/01/23

Técnicas e instrumentos aplicados

La entrevista psicológica

Cuestionario de Ansiedad estado-rasgo STAI

Resultados

En el área de Emotividad, el paciente presenta un estado de ansiedad moderado, pues cuando aparecen sus preocupaciones o el pensar que tiene que salir de casa refiere tener estado o condición emocional transitoria del organismo se encuentra ansioso ya que percibe que le va a faltar la respiración, siente que se ahoga, que le puede dar un paro cardiaco porque le acelera su corazón, así como también piensa que se puede volver loco o hasta se puede morir, estos pensamientos lo hacen sentir nervioso e intranquilo la mayor parte del día. Por otro lado, señala ser propenso a sentirse ansioso porque percibe algunas

situaciones como amenazadoras, esto se debe a que las experiencias de su pasado han influido de alguna manera, como por ejemplo el accidente automovilístico a los 11 años, el bullying que sufrió en la secundaria o el trato inadecuado por parte del padre, han influenciado y predispuesto a ver el mundo de manera diferente.

Además, refiere que al sentir mucha presión para poder estudiar y trabajar a la vez le genera ansiedad de no poder satisfacer los deseos de su padre ya que lo compara constantemente con sus primos y que las pequeñas dificultades que se le presentan en su desempeño académico o con su pareja lo ponen ansioso.

Conclusiones

El evaluado presenta características compatibles con el trastorno de ansiedad nivel moderado.

Recomendaciones

Que el paciente asista al programa de psicoterapia para el manejo de trastorno de ansiedad

Informe Psicológico del Cuestionario de Pánico y Agorafobia (CPA)

Datos de filiación

Apellidos y Nombres : Yojan
 Edad : 19 años
 Fecha de evaluación : 28/01/23

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

Resultados del Cuestionario de Pánico y Agorafobia (CPA)

En el área de emotividad dentro del Cuestionario de Pánico y Agorafobia (CPA), en la primera parte el paciente manifiesta haber tenido de 6 a más ataques de pánico, el primer ataque fue a los 18 años, ese primer evento duró casi 15 minutos, mismo tiempo que duran todos sus ataques de pánico. Los principales síntomas que aparecieron en el evento fueron temor y calor intenso, temblor en las extremidades de su cuerpo, presión en el pecho, sensación de ahogo, taquicardia, mareos, miedo a que le puede pasar algo o a morir. Y frente a toda esta sintomatología aparecían pensamientos catastróficos como si le fuera a dar un ataque del corazón, que se podía desmayar, que se podía volver loco, no poder controlarse o hasta de morir.

En la segunda parte, Yojan denota excesiva preocupación o un miedo intenso porque pueda tener otro ataque de pánico, que le pueda venir y nadie pueda ayudarlo o auxiliarlo.

En la tercera parte manifiesta que esta sintomatología afecta negativamente en diversas áreas de su vida diaria, como por ejemplo en su trabajo ya que ha dejado de laborar, en su relación de pareja ha terminado al sentir que no puede concretar las relaciones íntimas y en su familia siente fracaso al no poder estudiar ni menos trabajar como su familia lo espera.

En la cuarta parte el paciente denota que evita ciertas conductas como hacer ejercicios, salir a caminar, tener relaciones sexuales, sitios ventilados y salir a la calle solo.

En la quinta sección, según los resultados el evaluado presenta agorafobia, ya que evidencia evitar realizar ciertas actividades o visitar lugares como ir a la tienda, al mercado,

ir a estudiar a instituto, asistir al hospital, a realizar unos pagos que implica salir en alguna movilidad, como el carro, el tren, lugares cerrados, estar lejos de casa, encontrarse con mucha gente en la calle, entre otros. Y por todo lo antes mencionado manifiesta sentirse mal, evita el malestar, salir de casa, eso ha afectado su funcionalidad, como por ejemplo en el área laboral, pues ha dejado de trabajar, en el área de pareja ha terminado la relación, en el aspecto social ha dejado de practicar deporte y de salir con sus amigos y en el aspecto familiar se siente frustrado por no poder concretar sus objetivos, del cual también espera que sus padres.

Y para culminar en la sexta parte, se evidencia situaciones que se han relacionado con ataques de pánico, como a los 10 años cuando tuvo miedo al subir a los carros después de un accidente automovilístico, cuando sus compañeros se burlaban de algunas situaciones vergonzosas o cuando su padre lo comparaba con sus primos y le exigía que estudie y trabaje a la vez.

Conclusiones

El evaluado presenta características compatibles con el trastorno de pánico con agorafobia.

Recomendaciones

Que el paciente asista al programa de psicoterapia para el manejo de trastorno de pánico con agorafobia.

Informe Psicológico del Cuestionario de Personalidad de Millón III

Datos de filiación

Apellidos y Nombres	: Yojan
Edad	: 19 años
Fecha de evaluación	: 03/02/23

Motivo de evaluación

Evaluación de Personalidad

Técnicas e instrumentos aplicados

La entrevista psicológica

Cuestionario de personalidad y Millón III

Resultados

En el área de Personalidad, Yojan se ha caracterizado a lo largo de su vida por ser una persona introvertida, alegre, poco de manifestar sus emociones y de ser bastante obediente a seguir las reglas, de respetar las normas de la escuela, de su casa, del entorno social, de preocuparse por sacar buenas calificaciones porque así fue educado por sus padres, también se caracterizaba por lograr integrarse y adaptarse a los diferentes entornos sociales, sin embargo también se mostraba vulnerable ante la críticas de los demás, incluyendo de su entorno familiar.

Los patrones clínicos encontrados son de sugestión de algunas conductas evitativas, esto quiere decir que Yojan evita situaciones de interacción con los demás, que tiene preferencia por las actividades individuales y esto se debe a que el paciente percibe como amenazante exponerse ante las diferentes situaciones sociales porque teme a que aparezcan los síntomas propios de la ansiedad. En cuanto a la Patología Severa aparece el Trastorno de Ansiedad, esto quiere decir que Yojan presenta crisis de angustia, de miedo, y esto aparece de manera episódica, con síntomas como palpitaciones fuertes al corazón, sensación de ahogo, mareos, temblores en el cuerpo, miedo a morir o a que le pase algo.

Conclusiones

El evaluado presenta patología severa del trastorno de ansiedad.

Recomendaciones

Se recomienda llevar psicoterapia cognitivo conductual para disminuir los niveles de ansiedad.

2.5.5 Informe psicológico integrado

Informe Psicológico

Datos de Filiación

Nombres y apellidos	: Yojan Virgilio Valencia Jauregui
Edad	: 19 años
Sexo	: Masculino
Fecha de Nacimiento	: 07/06/2003
Lugar de Nacimiento	: Lima
Lugar de Residencia	: San Juan de Lurigancho
Grado de Instrucción	: Superior (abandonó al I Ciclo)
Ocupación	: Obrero (ayuda en construcción)
Estado Civil	: Soltero
Referente	: El paciente y la madre
Motivo de evaluación	: Área de Afectiva, emotiva y de Personalidad
Psicóloga Evaluadora	: Lic. Betty Sánchez Llontop
Fecha de evaluación	: 21/01/2023
	: 28/01/2023
	: 03/02/2023
Fecha de tratamiento	: 17/02/2023 - 03/03/2023 - 17/03/2023 - 31/03/2023 –
	07/04/2023 - 21/04/2023 - 05/05/2023 - 12/05/2023 –
	19/05/2023 - 02/06/2023 - 16/06/2023 - 23/06/2023 –
	01/07/2023 - 10/07/2023

Seguimiento : 27/07/2023 – 25-08-2023- 25/09/2023

Técnicas Utilizadas: Observación, Entrevista Psicológica y Registro.

Instrumentos Utilizados: Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo

Inventario Clínico Multiaxial de Millon III

Cuestionario de Pánico y Agorafobia (CPA)

Motivo de Consulta

Paciente acude por primera vez a consulta, acompañado de su madre y refiere: asisto a psicología derivado de psiquiatría, porque he tenido tres eventos angustiantes para mí, hace un poco más de seis meses cuando regresaba de estudiar y estaba por subir al tren sentí un miedo intenso, mis brazos y mis piernas estaban como entumecidas, sentía que algo me iba a pasar, vino una sensación como de ahogo, sentía que no podía respirar, parecía que se me iba el aire, mi corazón se empezó a acelerar mucho, sentía mis músculos tensos, junto a ello mis pensamientos venían de manera inmediata pensando que algo me iba a pasar, o hasta morir, sudaba y solo pensaba en regresar a mi casa y en ese momento ya no subí al tren hasta que me pasara esos síntomas, que duró entre diez a quince minutos. Todas estas sensaciones me hicieron recordar que en una oportunidad sentí casi lo mismo, pues en una reunión de amigos en el colegio me hicieron probar por única vez la marihuana, y como todos probaban yo también lo hice, sin embargo, bastó ese momento para no volver a probar nada que tenga que ver con eso, pues mi corazón se aceleraba mucho, parecía que me pasaría algo y sentí miedo por lo que no volví a recibir cosas extrañas de mis amigos. Después de esto, tuve tres eventos más, ya a partir del tercer evento no salgo de casa, me siento más seguro dentro de ella, dejé de ir a comprar a la vuelta de mi casa y si de repente tenía que salir empezaba a angustiarme por lo que le pedí a mi mamá que me acompañase a donde vaya, dejé de estudiar, dejé de trabajar y empecé a sentirme inútil y fracasado.

Yojan manifiesta que desde que salió del colegio empezó a sentirse intranquilo con la constante presión y crítica de sus padres porque le decían que no estudiaba como sus demás primos, se sentía culpable porque le decían que no tenía metas, se comparaba con sus primos porque ellos iban a estudiar a una universidad y él tenía que trabajar en construcción para pagar sus estudios en un instituto ya que el papá siempre le repetía: tienes que sufrirla y ganarte cada una de las cosas.

Cabe resaltar que ese evento se repitió en dos ocasiones más a lo que Yojan llegó a pensar que eran problemas del corazón, se hizo diversos exámenes y salía que estaba completamente sano y luego lo derivaron a psiquiatría para que inicie con el tratamiento.

Observaciones Generales y de Conducta

Paciente de sexo masculino aparenta su edad cronológica, de estatura promedio (1,75 cm) y contextura delgada (65 kg.), de contextura delgada, tez trigueña, ojos oscuros y cabello negro, viste conforme a la estación, situación, sexo, edad y nivel socioeconómico, presenta higiene y aliño personal adecuado. Ingresa a consulta con una marcha un poco lenta y toma una postura erguida al sentarse. Muestra facies de preocupación al hablar de sus problemas, sin embargo, muestra una actitud colaboradora hacia la entrevista y la examinadora. Mantiene poco contacto visual y responde de manera calmada. Con respecto al nivel de conciencia, presenta una vigilancia atenta, pues reconoce el contexto en que se encuentra y se desenvuelve correctamente en él. En cuanto a su orientación, se encuentra orientado en espacio, tiempo y persona, ya que sabe en qué lugar se encuentra, cómo llegó, sabe la fecha y el día actual y brinda sus datos personales correctamente. En relación a su atención sostenida y flexible, es adecuado puesto que responde adecuadamente a las preguntas y se adecua a los cambios de tema sin problema. Con respecto a su lenguaje, se expresa con un tono de voz bajo, hay mayor fluidez y ritmo prosódico acorde a la

conversación. En cuanto a su memoria, a largo y corto plazo se encuentra conservado, dado que recuerda eventos de años, meses y días pasados sin problema. Asimismo, su memoria de trabajo es adecuada pues es capaz de reproducir una serie de números acertadamente. En relación a su percepción, no existen alteraciones, ya que discrimina y reconocer correctamente los estímulos presentados. Finalmente, referente a su afectividad, presenta un estado de ánimo de preocupación, tristeza al mencionar los eventos vividos y es coherente con los afectos expresados.

Resultados

En el área de Emotividad, Yojan presenta un estado de ansiedad moderado, pues indica ser propenso a sentirse ansioso ante situaciones de mayor presión y los considera como amenazantes, y también cuando aparecen situaciones de preocupación siente que se ahoga, que le puede dar un paro cardíaco porque le acelera su corazón, así como también piensa que se puede volver loco o hasta se puede morir, estos pensamientos lo hacen sentir nervioso e intranquilo la mayor parte del día.

En el área de emotividad dentro del Cuestionario de Pánico y Agorafobia (CPA), Yojan manifiesta sentir una preocupación excesiva ante que le pueda venir un ataque de pánico, y cuando aparecía la sintomatología del pánico le duraba un aproximado de 10 a 15 minutos, donde en primer lugar aparecía un miedo intenso, calor en todo el cuerpo, temblor en las extremidades, presión en el pecho, sensación de ahogo, taquicardia, mareos, miedo a que le puede pasar algo o a morir, con pensamientos catastróficos como si le fuera a dar un ataque cardíaco por lo que esta situación alteró su funcionalidad en la mayoría de los aspectos de su vida diaria.

En los resultados también presenta agorafobia, ya que debido a todo la sintomatología ansiosa en los ataques de pánico el paciente teme a que estos ataques

puedan sucederle en la calle, o en cualquier lugar fuera de su casa y teme no ser ayudado por eso prefirió estar en casa, por eso evita realizar ciertas actividades o visitar lugares como ir a la tienda, al mercado, ir a estudiar a instituto, asistir al hospital, a realizar unos pagos que implica salir en alguna movilidad, como el carro, el tren, lugares cerrados, estar lejos de casa, encontrarse con mucha gente en la calle, entre otros.

Y para culminar cabe resaltar que Yojan evidencia situaciones que se han relacionado con ataques de pánico, como a los 10 años después de un accidente automovilístico, ya no quiso subir a los carros, cuando sus compañeros se burlaban de algunas situaciones vergonzosas o cuando su padre lo comparaba con sus primos y le exigía que estudie y trabaje a la vez.

En el área de Personalidad, Yojan se ha caracterizado a lo largo de su vida por ser una persona introvertida, alegre, poco de manifestar sus emociones y de ser bastante obediente a seguir las reglas, de respetar las normas sociales. Así también en la prueba evidencia una patología severa en el trastorno de ansiedad, esto quiere decir que el paciente presenta síntomas crisis de angustia, miedo de manera episódica con síntomas propios de un ataque de pánico ante situaciones que las percibe como amenazante.

Conclusiones

El evaluado presenta patología severa del **Trastorno de Ansiedad**

El evaluado presenta estado y rasgos compatibles con el **Trastorno de Ansiedad nivel moderado.**

El evaluado presenta características de una personalidad introvertida

El evaluado presenta indicadores compatibles con el **Trastorno de pánico con agorafobia.**

Recomendaciones

Se recomienda que el paciente participe en un programa de psicoterapia para el manejo de la ansiedad

Se recomienda que Yojan trabaje dentro del programa de psicoterapia reestructuración cognitiva para modificar sus pensamientos irracionales en racionales y que estos sean funcionales para la disminución de la sintomatología presente en los ataques de pánico con agorafobia.

Continuar con el tratamiento en psiquiatría

Diagnóstico tradicional, según DSM-V

En la siguiente tabla se observa que el evaluado cumple los seis criterios, por lo que a criterio clínico y psicométrico presenta trastorno de pánico con Agorafobia.

Tabla 2

Criterios para el trastorno de pánico

Criterios diagnósticos para el Trastorno de Pánico DSM-5	Conductas presentes en el paciente
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.	El paciente presenta de manera inesperada un miedo intenso y los siguientes síntomas: 1. Palpitaciones, aceleración del corazón o de la frecuencia cardiaca. 2. Sudoración. 3. Temblor en los brazos y piernas 4. Sensación de dificultad para poder respirar. 5. Sensación de ahogo. 6. Dolor o molestias en el tórax (presión en el pecho). 7. Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo.

Criterios diagnósticos para el Trastorno de Pánico DSM-5	Conductas presentes en el paciente
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.	8. Escalofríos o sensación de calor. 9. Parestesias (sensación de entumecimiento o de hormigueo). 10. Miedo a morir (o que le vaya a “pasar algo malo”, “volverse loco”).
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., comportamientos destinados a evitar los ataques de pánico, como evitación del ejercicio o de las situaciones no familiares).	Presenta preocupación constante porque pueda aparecer nuevamente un ataque, evita situaciones o lugares en donde puede darse el ataque.
C. 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).	

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

En la siguiente tabla, se muestra que el evaluado cumple con 7 criterios para el diagnóstico de la agorafobia.

Tabla 3

Criterios diagnósticos para Agorafobia

Criterios diagnósticos para Agorafobia - DSM-5	Conductas que presenta el paciente
A. Miedo o ansiedad intensa acerca de dos (o más) de las cinco situaciones siguientes: 1. Uso del transporte público (p. ej., automóviles, autobuses, trenes, barcos, aviones). 2. Estar en espacios abiertos (p. ej., zonas de estacionamiento, mercados, puentes). 3. Estar en sitios cerrados (p. ej., tiendas, teatros, cines). 4. Hacer cola o estar en medio de una multitud. 5. Estar fuera de casa solo.	1. Yojan siente miedo intenso al salir de casa, a esperar en el paradero donde hay mucha gente. 2. Al llegar a la estación del tren, Yojan ve bastante gente, empieza a tener miedo y espera para subir 3. Cuando sale al mercado solo a realizar unos encargos de la madre 4. Cuando sale a comprar a la vuelta de su casa 5. Cuando va a bajar en puente nuevo para tomar otro carro y llegar a su destino
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).	El paciente tiene miedo a que le dé un ataque y nadie lo pueda ayudar.
C. Las situaciones agorafóbicas casi siempre provocan miedo o ansiedad.	Cuando está en las situaciones temidas como el mercado, en la estación del tren o en el carro siente miedo y ansiedad.
D. Las situaciones agorafóbicas se evitan activamente, requieren la presencia de un acompañante o se resisten con miedo o ansiedad intensa.	El paciente evita lugares concurridos, sale siempre acompañado de la madre.

Criterios diagnósticos para Agorafobia - DSM-5	Conductas que presenta el paciente
E. El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantean las situaciones agorafóbicas y al contexto sociocultural.	Siente un miedo desproporcionado al peligro real.
F. El miedo, la ansiedad o la evitación es continuo, y dura típicamente seis o más meses.	Los tres primeros meses el miedo era desproporcionado y los tres meses últimos dejó de salir progresivamente de casa o salía en compañía de la madre.
G. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.	Dejó de ir a trabajar, de estudiar, terminó su relación con su pareja y ya no podía ayudar en casa con los pequeños mandados.
H. 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
I. 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).	La sintomatología es exclusiva al trastorno que presenta.

A.Línea base A

Tabla 4

Registro de frecuencia de las conductas motoras problema

Conductas	Días							Total
	L	M	M	J	V	S	D	
Esperar unos minutos en la puerta de su casa antes de salir	1	1	1	1	1	1	1	7
Ir rápido a comprar a la tienda más cercana de su casa	2	1	2	1	1	1	2	10
Inventar excusas para no ir a comprar	2	1	1	1	1	2	2	10
Salir de casa, al mercado o al hospital acompañado de la madre	1	1	1	1	1	1	1	7

Tabla 5

Registro de frecuencia de Cogniciones o distorsiones

Conductas	Días							Total
	L	M	M	J	V	S	D	
Pensamientos anticipatorios: si salgo a la calle me puede dar u ataque cardiaco y me puedo morir. Si voy solo a cualquier lugar me va a pasar algo, por eso mejor ya no salgo”, “si tengo relaciones sexuales, me puede venir un ataque en pleno acto”, “si voy solo a cualquier lugar lejos de mi casa algo me puede pasar o me puedo volver loco”	3	2	2	2	2	3	2	16

Pensamientos catastróficos: Cuando me dé un ataque nadie me va a poder auxiliar, entonces me puedo morir “me puede dar un ataque apenas llegue a la esquina”, “si me da un ataque y nadie puede auxiliarme me moriré”

3	2	2	2	3	3	2	17
---	---	---	---	---	---	---	----

Anticipatorios: si voy siempre acompañado, nada malo me puede pasar porque me van a auxiliar

3	1	2	2	3	2	2	15
---	---	---	---	---	---	---	----

Inventar excusas para no ir a comprar porque me puede pasar algo malo en la calle

4	2	3	2	3	2	1	17
---	---	---	---	---	---	---	----

Salir al mercado o al hospital acompañado de la madre porque ella me puede ayudar si me da un ataque al corazón.

1	1	1	1	2	1	1	8
---	---	---	---	---	---	---	---

B. Análisis funcional de las conductas

Tabla 6

Análisis funcional de la conducta

Estímulo discriminador	Conducta	Estímulo reforzador
Cuando Yojan va a ir a estudiar, tiene que ir a tomar el carro para luego subir al tren	Demora para salir de casa, espera a que su mamá lo acompañe	El que la madre lo acompañe lo hace sentir más tranquilo
Cada vez que va a subir al tren para ir a su instituto	Se fija en el vagón que pueda estar más vacío y llegar rápido a su clase	Se siente tranquilo cuando logra estar en un ambiente más despejado
Cuando lo mandan a comprar a la tienda que está a la vuelta de su casa	Inventa excusas, dice que está ocupado y ya no sale de casa	La madre es quien termina de hacer las compras o deja las cosas compradas en casa

Cuando lo mandan a comprar al mercado	Ir rápidamente, comprar donde hay menos gente (evita la aglomeración) y volver rápido a casa	Se tranquiliza cuando hay menos gente, realiza su compra rápido y regresa lo más pronto a su casa
Cuando está en el carro o en el tren mira mucha gente y no sabe cómo bajarse (en compañía de un compañero de trabajo)	Bajarse del carro o no subir al tren cuando se sube bastante gente	Se inventa una excusa con el compañero de trabajo y dice que está apurado y cambia de tema de conversación.

Tabla 7*Análisis cognitivo-emocional-conductual – registro ABC*

A (Antecedentes)	B (Respuestas)	C (consecuencias)
Cada vez que Yojan va a salir a tomar su carro o para subir al tren para ir a estudiar o trabajar	Cognitivas “Y si algo me pasa”, “siento que me va a venir otro ataque”, “y si nadie me puede ayudar”, “me puedo morir si no me auxilian” Afectivas Ansiedad 9/10, Miedo 10/10 Conductual Espera unos minutos y cuando su madre lo acompaña al paradero se siente más tranquilo	A corto plazo -Disminuye la ansiedad cuando su mamá lo acompaña. A largo plazo -Ansiedad

A (Antecedentes)	B (Respuestas)	C (consecuencias)
Al subir al tren y puede estar haber mucha gente	Cognitivas “me puede dar un ataque”, “me puede pasar algo”, “si me desmayo, nadie me podrá ayudar”, “me puedo hasta morir” Afectiva Ansiedad 9/10, miedo 9/10, Preocupación 10/10. Conductual Mira el vagón que no esté muy lleno de personas y sube	-A corto plazo Disminuye la ansiedad cuando sube al transporte público cuando hay pocas personas -A largo plazo Ansiedad
Sale a comprar a la vuelta de su casa	Cognitivas “y si no llego a la esquina”, “y si me pasa algo”, “me puedo desmayar” Afectivo Miedo 9/10, preocupación 9/10, ansiedad 9/10 Conductual Sale y regresa rápido de comprar	A corto plazo Disminuye la ansiedad cuando hace las cosas rápidamente A largo plazo Se mantiene la ansiedad
Cuando sale a comprar al mercado a pedido de la madre	Cognitivas “me puede pasar algo en el camino”, “siento que me puedo desmayar en cualquier momento”, “no hay nadie que me auxilie” Afectiva Ansiedad 10/10, preocupación 10/10, miedo 10/10 Conductual Compra donde casi no hay gente y regresa rápido a casa.	A corto plazo Disminuye la ansiedad porque hace las compras donde hay menos personas y lo hace rápidamente A largo plazo Ansiedad

A (Antecedentes)	B (Respuestas)	C (consecuencias)
Cuando sale más lejos de su casa	Cognitivas “que me acompañe mi madre, ella si me puede auxiliar”, “si me puede pasar algo” Afectiva Miedo 5/10, preocupación 6/10, ansiedad 7/10 Conductual Mi mamá me acompaña, porque con ella “me siento algo seguro”	A corto plazo Disminuye la ansiedad porque su mamá estará a su lado para auxiliarlo A largo plazo Se mantiene la ansiedad

2.6. Intervención

Plan de intervención y calendarización

El plan de intervención consta de 20 sesiones, tres de evaluación, catorce sesiones de intervención incluyendo las 3 sesiones de seguimiento. Las primeras tres sesiones de evaluación se llevaron a cabo en un mes, con una evaluación por semana, posterior a ello se llevó a cabo de 2 a 3 sesiones al mes, cada sesión consta de 45 minutos, cabe resaltar que cada sesión se dejaba actividades para que lo realice el paciente como tareas, esto fue desde el mes de febrero hasta julio del 2023. Adicional a ello se logró incluir en el proceso de intervención a la madre del paciente, ya que ella también podía observar al paciente y supervisar que las actividades se cumplan. La distribución de las sesiones, técnicas y objetivos de la intervención fueron las siguientes:

Tabla 8*Plan de intervención-calendarización*

Sesión	Fechas	Objetivos	Técnicas
Sesión 1	17-02-2023	Brindar información al paciente sobre la ansiedad, reconociendo el trastorno de pánico con agorafobia, su sintomatología y la disfuncionalidad que provoca a la persona.	Psicoeducación Autorregistros
Sesión 2	03-03-2023	Lograr reducir y controlar el nivel de ansiedad y el ataque de pánico entrenando la forma correcta de respirar.	Psicoeducación Técnicas de relajación
Sesión 3	17-03-2023	Percibir la presencia de tensiones musculares innecesarias y reducir los niveles de tensión muscular hasta llegar a la relajación.	Psicoeducación Técnicas de relajación muscular progresiva
Sesión 4	31-03-2023	Explicar la relación entre situación, pensamiento, emoción y conducta.	Técnicas de reestructuración cognitiva
Sesión 5	07-04-2023	Identificar los pensamientos distorsionados y creencias irracionales con la ansiedad.	Técnicas de reestructuración cognitiva
Sesión 6	21-04-2023	Reestructurar los pensamientos distorsionados por unos racionales y adaptativos	Técnicas de reestructuración cognitiva
Sesión 7	05-05-2023	Disminuir el miedo a las señales corporales a través de la exposición imaginaria	Técnicas de exposición imaginaria
Sesión 8	12-05-2023	Lograr que el paciente disminuya su ansiedad haciéndole frente a los comportamientos de evitación característicos a la ansiedad.	Técnicas de exposición gradual
Sesión 9	19-05-1023	Lograr que el paciente disminuya su ansiedad haciéndole frente a los comportamientos de evitación característicos a la ansiedad.	Técnicas de exposición gradual

Sesión	Fechas	Objetivos	Técnicas
Sesión 10	02-06-2023	Lograr que el paciente ponga en práctica cambiar el foco de atención hacia otro estímulo permitiendo la disminución de la ansiedad.	Técnicas de la atención y distracción con exposición en vivo
Sesión 11	16-06-2023	Lograr que el paciente tenga la capacidad de resolver conflictos diarios, aumentando su autoestima.	Técnicas de habilidades sociales
Sesión 12	23-06-2023	Lograr que el paciente tenga la capacidad de resolver conflictos diarios, aumentando su autoestima y bienestar general.	Técnicas de habilidades sociales
Sesión 13	01-07-2023	Lograr que el paciente identifique, selecciones y resuelva los problemas de manera eficaz llegando a solucionar el problema generando un mayor bienestar.	Técnicas de solución de problemas
Sesión 14	10-07-2023	Ayudar al paciente a identificar situaciones que le generan malestar emocional y poner en práctica todas las técnicas aprendidas en las sesiones anteriores.	Técnicas de prevención de recaídas
Sesión 15	27-07-2023	Se le cita a los 15 días.	Seguimiento
Sesión 16	25-08-2023	Se le cita al mes.	Seguimiento
Sesión 17	25-09-2023	Se le cita al mes.	Seguimiento

2.7. Procedimiento de Intervención

Tabla 9

Procedimiento del Programa de intervención

Sesión	Objetivo	Procedimiento	Técnica
1	Identificar la sintomatología del trastorno de pánico con agorafobia	Se explicó de manera didáctica sobre la ansiedad: ¿Sabes que es la ansiedad?, ¿Cómo se manifiesta?, ¿Cuáles son los síntomas? ¿Cómo se expresa en tu día a	-Psicoeducación -Exposición didáctica

Sesión	Objetivo	Procedimiento	Técnica
		día?, ¿Sabes que es un ataque de ansiedad? Se le explico que es la ansiedad, cómo se expresa en el cuerpo, de que manera aparece en los pensamientos, resaltando los pensamientos catastróficos. Por otro lado, se le explica sobre la agorafobia y responde a las preguntas: ¿Te has identificado con los síntomas? Y se le hace hincapié para que manifieste de qué manera ha ido evolucionando la problemática.	
2	Aprender y aplicar técnicas de relajación con la técnica de respiración diafragmática en las situaciones que le generen ansiedad.	Se le brinda información sobre la técnica para que pueda ayudarlo a reducir su ansiedad, a lograr relajarse llevando oxígeno a todo su cuerpo, favoreciendo su digestión, estado emocional y fisiológico. Con sonido de la naturaleza de fondo se realizó la técnica de respiración diafragmática, se le lleva de manera lenta de modo que la paciente comprenda que le va a ayudar a relajarse y controlar la ansiedad. Se le entrega un autorregistro para monitorear sus avances.	-Dialogo expositivo -Modelado -Psicoeducación de técnicas de respiración diafragmática
3	Reducir la tensión muscular del cuerpo y llegar al estado de relajación completa.	Se le brinda información para que perciba la tensión muscular que aparece en el cuerpo, posterior a ello inducir a que pueda reducir lo más que pueda los músculos del grupo escogido llegando a relajarlos completamente. Se aplicó a modo practico para que el paciente aprenda a tensar y relajar los principales grupos musculares, llevándolo a que pueda concentrarse en las	-Dialogo expositivo -Psicoeducación -Modelado -Técnica de relajación muscular

Sesión	Objetivo	Procedimiento	Técnica
		sensaciones de tensión y relajación. Se realizó en el siguiente orden: las manos y el antebrazo, luego se pasó a la frente, ojos, nariz, boca, cuello pecho, hombros y parte superior de la espalda. En esta práctica el paciente mencionó que prefería quedarse con la técnica de respiración diafragmática, porque le parecía más práctico y si podía llegar a relajarse.	
4	Explicar la relación entre situación, pensamiento, emoción y conducta.	En esta sesión se le explica la relación entre situación, pensamiento, emoción y conducta para que el paciente se centre en identificar sus distorsiones cognitivas y con las técnicas nos centramos se corregir las evaluaciones erróneas de las sensaciones corporales como amenazantes. Se realiza el registro del ABC de Ellis para que verifique y comprenda como influyen los pensamientos en sus emociones y conducta. Logró identificar sus pensamientos en el cuadro y lo lleva para que lo pueda trabajar en casa a modo de tarea.	-Psicoeducación -Dialogo expositivo -Técnica del ABC -Tarea para la casa -Autorregistros -Técnicas de reestructuración cognitiva
5	Identificar los pensamientos distorsionados y creencias irracionales con la ansiedad.	Recibió información sobre que son los pensamientos distorsionados y creencias irracionales de modo que el paciente logre reconocer como ejercen control en el trastorno. Visión catastrófica: son pensamientos negativos que pueden llegar a ser exageradamente peligroso, donde puede	-Psicoeducación -Dialogo expositivo -Debate -Autorregistros -Técnica del ABCDEF

Sesión	Objetivo	Procedimiento	Técnica
		ocurrir lo peor, del cual el no habrá salvación, no se considera o se minimizan las señales de seguridad, como, por ejemplo: “me puede dar un ataque y me puedo morir” Filtraje mental: enfocarse exclusivamente en los aspectos o sucesos negativos y perturbadores, excluyendo lo demás. Por ejemplo: Salir de casa a comprar y que solo se pueda fijar o centrar que lo hace bastante rápido para regresar a casa y no percatarse que llegó al objetivo, que logró salir, que logró comprar y que está bien de salud, que no le ha pasado nada malo. Generalización excesiva: se da cuando de uno varios hechos se establecen reglas para la mayoría de las situaciones, por ejemplo: el terminar con la pareja y que generalice que nunca va a poder estar con otra pareja. Inferencia arbitraria: Es adelantarse a una conclusión sin evidencias que la puedan sustentar. Por ejemplo: creer que va a desaprobado un curso a pesar de que ha estudiado, que se desempeña muy bien en ese curso y que tiene buenas notas. En este ejemplo el paciente lo relaciona cuando cree que le va a dar un ataque al corazón a pesar de que le han hecho diversos exámenes que demuestran que su corazón está perfectamente sano. Mediante los autorregistros se identificó los pensamientos distorsionados	

Sesión	Objetivo	Procedimiento	Técnica
		(pensamientos catastróficos) para luego mediante el debate llegar a Restructurar los pensamientos por unos racionales y adaptativos. Yojan procedió a identificar más pensamientos según los ejemplos establecidos, logrando darse cuenta de que son los pensamientos catastróficos son los que más prevalecen en su actividad diaria.	
6	Restructurar los pensamientos distorsionados por unos racionales y adaptativos.	Seguir con el cuadro de autorregistros donde está la lista de pensamientos distorsionados y confrontarlos mediante el debate y llegar a que el paciente se de cuenta de que los pensamientos distorsionados limitan su funcionalidad y que pueda tener la capacidad de modificar sus pensamientos por unos más racionales y adaptativos. Se le entregó la ficha de autorregistros a modo de tarea práctica para que siga completando el modelo del ABCDE logrando modificar pensamientos. Se le monitorea en la siguiente sesión.	-Dialogo expositivo -Debate -Autorregistros -Técnica del ABCDEF -Tareas para la casa
7	Disminuir el miedo a las señales corporales a través de la exposición imaginaria.	Explicar en qué consiste las técnicas de exposición. Identificar situaciones que generen cambios fisiológicos corporales como correr, hacer ejercicios, jugar futbol o cuando sube las escaleras rápidamente para subir al tren y que las reviva logrando expresar lo que siente, los cambios en su cuerpo y posterior	-Psicoeducación -Técnica de la exposición imaginaria

Sesión	Objetivo	Procedimiento	Técnica
		a ello el paciente pudo darse cuenta que es lo mismo que siente cuando le viene un ataque de pánico. Después se le pide a Yojan que imagine la situación de subir al tren, se le llevó con detalle ante la descripción, personas, cerrar el tren, y de inmediato se le llevó a la relajación e imaginación de la situación cada vez que aparecía los síntomas fisiológicos del ataque de pánico, se repitió la relajación e imaginación hasta que pueda contrarrestar los síntomas del ataque de pánico y que llegue a la situación sin interrupción de la sintomatología ansiosa.	
8	Lograr que el paciente disminuya su ansiedad haciéndole frente a los comportamientos de evitación característicos a la ansiedad.	Se realizó una Psicoeducación sobre la técnica de exposición en vivo, la importancia de aplicarlo y en que consiste. Se le acompañó a la parte práctica, empezando con el pasadizo del servicio donde hay bastantes pacientes esperando, se reforzó el que pueda afrontarlo ayudando a que pueda tolerar mayor tiempo. En conjunto con el paciente identificar situaciones o lugares donde le generan mayor ansiedad, la lista es de menor a mayor jerarquía de la ansiedad. Luego de establecer la lista el paciente pone en práctica la exposición, primero se expone al salir a hacer pequeñas compras a la vuelta de su casa, posterior a ello a tres cuadras de su casa, a los días siguientes ya	-Psicoeducación de técnicas de exposición en vivo -Técnica de la exposición gradual

Sesión	Objetivo	Procedimiento	Técnica
		en lugares más lejanos, hasta que llegue al supermercado.	
9	Lograr que el paciente disminuya su ansiedad haciéndole frente a los comportamientos de evitación característicos a la ansiedad.	El paciente logrará afrontar situaciones que son temidas, empezaremos con salir de su casa a hacer compras al mercado, de manera diaria (se estableció las tareas en compromiso con la madre) y salir sólo a lugares más lejanos, aplicando refuerzos positivos, como “lo estoy logrando”, “lo estoy haciendo bien”, “claro que puedo”, etc. El paciente irá marcando el listado de las situaciones que le generan ansiedad conforme vaya enfrentando hasta que la ansiedad haya descendido. Se le revisa las actividades la siguiente cita.	-Técnica de la exposición gradual -Auto instrucciones
10	Lograr que el paciente ponga en práctica cambiar el foco de atención hacia otro estímulo permitiendo la disminución de la ansiedad.	Se le explica al paciente que ante la técnica de exposición en vivo también es importante que puede tener otra alternativa a parte de la técnica de relajación para disminuir su ansiedad y esta consiste en no prestar atención a los estímulos internos que pueden producir ansiedad, sino dirigir la atención en situaciones que le agraden o que le generen placer, como por ejemplo: describir a los carros que pasan, ya que a él le gustaría sacar su brevete, también puede describir a las personas que están caminando y que se les ve tranquilas, felices o niños jugando. De esta manera	-Técnica de exposición en vivo -Técnica de la distracción

Sesión	Objetivo	Procedimiento	Técnica
		puede focalizar en las cosas positivas que puede vivir y experimentar día a día.	
11	Lograr que el paciente tenga la capacidad de resolver conflictos diarios, aumentando su autoestima.	Se le explica al paciente que después de interiorizar que son las creencias irracionales equivocarse, tener errores o fracasos son parte de la vida, que no hay persona perfecta, pero que podemos intentar hacer mejor las cosas. Esta técnica lo aplica para buscar trabajo (ya que había dejado de trabajar), aprende a pedir con seguridad empleando palabras de cortesía para iniciar una conversación y realizar el pedido ante un anuncio de vender periódicos y logra concretar el trabajo, le brindan los horarios por la mañana.	Técnicas de habilidades sociales
12	Lograr que el paciente tenga la capacidad de resolver conflictos diarios, aumentando su autoestima y bienestar general.	Empieza a buscar la manera de cómo vender más, busca lugares estratégicos, y en algunos casos mantiene la conversación con sus clientes, llegando a tener pagos fijos por ir a dejar diariamente a algunas casas cercanas. El paciente se da cuenta que puede trabajar tranquilamente y ha entablado clientes en su nuevo trabajo.	-Técnica de habilidades sociales
13	Lograr que el paciente identifique, selecciones y resuelva los problemas de manera eficaz llegando a solucionar el problema generando un mayor bienestar.	Esta técnica se aplica para resolver determinados problemas concretos que se pueden ir presentando. Yojan considera que el tema económico es importante para poder ayudar en casa, que nuevamente va a regresar a estudiar y que desea ahorrar para continuar con esa meta, ya que es un	-Técnicas de solución de problemas

Sesión	Objetivo	Procedimiento	Técnica
		alumno con calificaciones altas y eso le da mayor ventaja. Se le enseña estrategias para buscar otro empleo para recibir otros ingresos o que busque un trabajo a tiempo completo. Menciona varias alternativas y lleva la hoja a casa para verificar cual es la más factible y que mejor posibilidad tiene para conseguirlo. Regresa a su anterior trabajo en construcción.	
14	Ayudar al paciente a identificar situaciones que le generan malestar emocional y poner en práctica todas las técnicas aprendidas en las sesiones anteriores.	Como la sesión anterior se hace una breve retroalimentación y manifiesta que escogió otro trabajo, que llega a ahorrar un poco más de dinero y que además está practicando manejo para sacar su brevete, que su papá lo está apoyando. Adicional a ello también empleó solución de problemas porque decidió ir a buscar a su expareja y retomar la relación, la cual fue positiva, también manifiesta que ha tenido intimidad y que puede llegar a disfrutar del momento. Manifiesta que se siente más estable y que puede dedicarse a más actividades con mayor seguridad.	-Técnica de solución de problemas
15, 16 Y 17	Seguimiento.	Se le cita al paciente para confirmar que se mantiene con los resultados obtenidos satisfactoriamente en terapia.	Retroalimentación de las técnicas aprendidas en sesión

2.8. Consideraciones éticas

Al paciente, un adulto joven, se le informó detalladamente sobre los objetivos del presente estudio y se le solicitó su consentimiento para la publicación de su caso, garantizando la confidencialidad mediante la eliminación o modificación de cualquier información que pudiera identificarlo. Se le aclaró que no existía retribución económica por su participación y que tenía plena libertad para decidir no participar o interrumpir el tratamiento en cualquier momento. Además, se le indicó que los resultados del estudio podrían contribuir al desarrollo de la investigación científica y beneficiar a otros pacientes con diagnósticos similares.

III. RESULTADOS

3.1 Análisis de resultados

Se observó una mejora en el estado afectivo-emotivo de Yojan, con una reducción significativa de los síntomas del trastorno de pánico con agorafobia. Esta mejoría se alcanzó mediante la disminución de la respuesta fisiológica asociada, a través de la identificación y modificación de pensamientos distorsionados, promoviendo la adopción de patrones cognitivos más flexibles, lógicos y racionales mediante la intervención.

Las técnicas cognitivo-conductuales implementadas en el programa de intervención mostraron su efectividad en la reducción de los ataques de pánico y la mejora del estado emocional del paciente. Tras la intervención, Yojan presentó una disminución significativa de los ataques, corroborada en la evaluación post-test. Además, los registros conductuales indicaron que, en las primeras semanas, las conductas problemáticas eran frecuentes, pero posteriormente se extinguieron.

Tabla 10

Registro de frecuencia de las conductas motoras problema – Fase pretest y posttest

Conductas	Pretest	Posttest
	Semana 1	Semana 14
Esperar unos minutos en la puerta de su casa antes de salir	7	0
Salir de casa, al mercado o al hospital acompañado de la madre	10	0
Ir rápido a comprar a la tienda más cercana de su casa	10	0
Inventar excusas para no ir a comprar	7	0

3.2 Discusión de resultados

En presente caso clínico tuvo como objetivo principal mejorar el estado emocional del

paciente mediante la reducción de la sintomatología asociada al trastorno de pánico con agorafobia. Para ello, se buscó disminuir las respuestas fisiológicas características del trastorno, identificar y reestructurar pensamientos disfuncionales, e instaurar patrones cognitivos más flexibles, lógicos y adaptativos a través de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC).

En una primera etapa, el paciente identificó los síntomas que comprometían su funcionalidad. Posteriormente, se redujeron las respuestas fisiológicas mediante técnicas específicas como la respiración diafragmática y la relajación muscular progresiva de Jacobson, siendo la primera preferida por el paciente por su eficacia en controlar la activación fisiológica. En el ámbito cognitivo, se abordaron pensamientos catastróficos y de anticipación a través de la técnica de reestructuración cognitiva, específicamente el modelo ABCDE de Ellis, que permitió transformar pensamientos irracionales en esquemas más racionales y funcionales.

En términos conductuales, se logró una disminución significativa de las conductas de evitación y escape, alcanzando su eliminación mediante técnicas de exposición gradual a estímulos temidos. Asimismo, se promovieron estrategias de autorregulación emocional, esenciales para prevenir crisis en situaciones previamente asociadas a ataques de pánico.

Al finalizar la intervención, se observó la sustitución completa de pensamientos disfuncionales por esquemas adaptativos y funcionales, así como la erradicación de las conductas de evitación. Estos resultados respaldan la efectividad de la TCC en el tratamiento del trastorno de pánico con agorafobia.

Hallazgos similares fueron reportados por (López, 2022), quien, mediante una intervención cognitivo-conductual en una mujer adulta con el mismo diagnóstico, logró reducir pensamientos distorsionados y síntomas de ansiedad. En la semana 19 de tratamiento, los niveles de ansiedad y miedo disminuyeron de 9 a 4. En ambos casos, la técnica de respiración

diafragmática fue central, respaldando lo señalado por Moreno (2002), quien la identifica como una de las técnicas fisiológicas más eficaces.

Asimismo, los resultados coinciden con los obtenidos por Monterde y Casado (2015), quienes eliminaron pensamientos catastróficos utilizando técnicas de reestructuración cognitiva, como el modelo de debate de Ellis, descrito por Ruiz et al. (2012). Este modelo, basado en un enfoque socrático y didáctico, facilita que el paciente cuestione y reformule pensamientos irracionales, logrando su reemplazo por esquemas racionales y funcionales.

Por otra parte, García et al. (2012), citando a Bados (2015), destaca que la técnica de exposición progresiva permite la extinción de respuestas de ansiedad al emplear estímulos reales relacionados con el problema, graduados según su intensidad. Este procedimiento inicia con estímulos de baja ansiedad, avanza a niveles medios y finalmente a estímulos de alta ansiedad, promoviendo la habituación a través de la confrontación controlada. Katzman et al. (2014) también sostienen que la exposición gradual es más tolerable cuando se combina con técnicas de relajación y reestructuración cognitiva previas, lo que facilita el afrontamiento efectivo de las situaciones ansiogénicas. En este caso, dicho entrenamiento fue fundamental para que el paciente lograra estabilidad y afrontara de manera efectiva los estímulos temidos.

IV. CONCLUSIONES

- El objetivo general del caso clínico fue alcanzado, evidenciándose una mejora en el estado afectivo-emocional del paciente mediante la reducción de la sintomatología asociada al trastorno de pánico con agorafobia, especialmente en las respuestas fisiológicas, al reemplazar pensamientos disfuncionales por esquemas cognitivos más flexibles, lógicos y racionales.
- Los niveles de ansiedad se redujeron significativamente mediante la aplicación de la técnica de relajación basada en la respiración diafragmática.
- El paciente estableció la relación entre las situaciones, pensamientos, emociones y conductas, logrando modificar pensamientos distorsionados y sustituirlos por esquemas racionales y funcionales, lo que favoreció su desempeño en actividades cotidianas.
- Las conductas de escape y evitación fueron eliminadas mediante el uso de técnicas de exposición progresiva, habituación y afrontamiento a estímulos ansiogénicos, en el marco de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC).
- El paciente retomó actividades que le proporcionaban satisfacción, lo que permitió contrarrestar pensamientos negativos relacionados con su funcionalidad, mediante la implementación de la técnica de programación de actividades.
- Se observaron mejoras en las habilidades interpersonales del paciente, así como en su capacidad para resolver conflictos cotidianos de manera efectiva.
- La ansiedad vinculada a la toma de decisiones se redujo a través de la aplicación de la técnica de solución de problemas.

V. RECOMENDACIONES

Para el paciente

- Es fundamental que el paciente mantenga la práctica constante de las técnicas adquiridas durante la terapia para reforzar y sostener los logros alcanzados.
- Se aconseja continuar con ejercicios de exposición a estímulos asociados a la ansiedad, lo que permitirá consolidar el afrontamiento y prevenir recaídas.
- Se recomienda participar en actividades recreativas y deportivas, con el propósito de promover una vida activa, mejorar el bienestar general y fortalecer las interacciones.
- Es importante que el paciente comprenda que las recaídas pueden ser parte del proceso terapéutico y utilice las estrategias aprendidas para gestionarlas de manera efectiva.

Para los que hacen investigación

- Es imprescindible desarrollar evaluaciones diagnósticas precisas que permitan identificar de manera adecuada las características del trastorno y diseñar intervenciones eficaces.
- Se sugiere continuar la investigación sobre el trastorno de pánico con agorafobia, con el objetivo de perfeccionar los protocolos terapéuticos y proponer nuevas estrategias basadas en evidencia.
- Se recomienda fomentar la colaboración interdisciplinaria para diseñar e implementar programas de intervención y prevención, orientados a disminuir la incidencia y prevalencia de los trastornos de ansiedad en poblaciones específicas.

VI. REFERENCIAS

- Alonso, J., Liu, Z., Evans-Lacko, S., Sadikova, E., Sampson, N., Chatterji, S., Abdulmalik, J., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Andrade, L. H., Bruffaerts, R., Cardoso, G., Cia, A., Florescu, S., de Girolamo, G., Gureje, O., Haro, J. M., He, Y., de Jonge, P., ... Thornicroft, G. (2018). Treatment gap for anxiety disorders is global: Results of the World Mental Health Surveys in 21 countries. *Depression and Anxiety*, 35(3), 195–208. <https://doi.org/10.1002/da.22711>
- Ato, M., López, J., y Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29(3). <https://doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511>
- Bados, A. (2015). *Trastorno de ansiedad generalizada: Guía para el terapeuta*. Editorial Síntesis.
- Barlow, D. (2000). Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. *American Psychologist*, 55(11), 1247–1263. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.11.1247>
- Barlow, D., Craske, M., Cerny, J, y Klosko, S. (1989). Behavioral treatment of panic disorder. *Behavior Therapy*, 20(2), 261–282. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(89\)80073-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(89)80073-5)
- Barlow, D., Durand, V. y Núñez, J. (2001). Psicología anormal : un enfoque integral. In *Ciencias sociales humanidades TA - TT* - (2a ed.). Thomson Learning. <https://doi.org/LK> - <https://worldcat.org/title/47015403>
- Barraca, J. (2014). *Técnicas de modificación de conducta: una guía para su puesta en práctica*. Síntesis. <https://books.google.com.pe/books?id=-tL7oQEACAAJ>
- Beck, A. (2013). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. Desclée De Brouwer. <https://books.google.com.pe/books?id=WZz-DQAAQBAJ>

- Bermejo, A. (2019). Eficacia de la terapia cognitivo conductual en el tratamiento de la anorexia nerviosa. [Tesis de Maestría, en Psicología]. Universidad Miguel Hernández]. In *Revista Rol de Enfermería*. <http://hdl.handle.net/11000/5360>
- Butcher, H., Banks, S., Henderson, P., y Robertson, J. (2007). Critical community practice. *Critical Community Practice*, 1–184. <https://doi.org/10.2307/j.ctt1t89btz.10>
- Butcher, J., Mineka, S., y Hooley, J. (2007). *Psicología clínica* (12a. ed.). Pearson/Addison Wesley.
- Caballo, V. (1996). *Manual para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de los Trastornos Psicologicos* (Issue v. 1). Siglo XXI de España Editores, S.A. <https://books.google.com.pe/books?id=Gfg5IDKytTUC>
- Caballo, V., Salazar, I., y Arias, B. (2010). *Caballo , V ., Salazar , I ., Irurtia , M., Arias , B ., Hofmann , S., and the CISO-A Research Team (2010). Measuring social anxiety in 11 countries : development and validation ... September 2014.*
- Coltman, T., Tallon, P., Sharma, R., y Queiroz, M. (2015). Strategic IT Alignment: Twenty-Five Years on. *Journal of Information Technology*, 30(2), 91–100. <https://doi.org/10.1057/jit.2014.35>
- Craske, M., Rowe, M., Lewin, M., y Noriega, R. (1997). Interoceptive exposure versus breathing retraining within cognitive-behavioural therapy for panic disorder with agoraphobia 1. *British Journal of Clinical Psychology*, 36(1), 85–99. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1997.tb01233.x>
- DiGiuseppe, R., Doyle, K., Dryden, W., y Backx, W. (2014). A practitioner's guide to rational emotive behavior therapy, 3rd ed. In *A practitioner's guide to rational emotive behavior therapy* (3rd ed.) Oxford University Press.

- Eaton, S., Pike, M., Short, R., Lee, N., Trussell, J., Hatcher, R., Wood, J., Worthman, C., Konner, M., Hill, K., Bailey, R., y Hurtado, A. (1994). Women's Reproductive Cancers in Evolutionary Context. *The Quarterly Review of Biology*, 69(3), 353–367. <https://doi.org/10.1086/418650>
- Ellis, A., y Grieger, R. (1997). *Manual de terapia racional-emotiva* (Issue v. 1). Desclée de Brouwer. <https://books.google.com.pe/books?id=e8G7SgAACAAJ>
- Fernández, I., Casanova, I. y Cabañas, V. (2018). Estudio de caso único: Eficacia de un tratamiento cognitivo-conductual en un trastorno de pánico en un adolescente. In *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental* (Vol. 1). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6642691>
- García, S., Bados, A., y Saldaña, C. (2012). Tratamiento cognitivo-conductual de una persona con trastorno de ansiedad generalizada. *Anuario de Psicología*, 42(2), 245–258.
- González, M. (2020). *Intervención cognitivo conductual para un varón adulto con trastorno de pánico* [Trabajo académico de segunda especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <https://hdl.handle.net/20.500.13084/4623>
- Hernandez, E. (2023). *Estudio de caso clínico: programa de intervención cognitivo conductual para un caso de trastorno de pánico con agorafobia* [Tesis de licenciatura, Universidad San Martín de Porres]. Repositorio Institucional USMP. <https://hdl.handle.net/20.500.12727/12167>
- Lega, L., Calvo, M., & Sorribes, F. (2017). *Terapia Racional Emotiva Conductual: Una versión teórico-práctica actualizada*. Ediciones Paidós. <https://books.google.com.pe/books?id=c6i4DgAAQBAJ>
- López, M. (2022). *Intervención cognitivo conductual en una mujer adulta con trastorno de pánico*

- con agorafobia* [Trabajo de segunda especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <https://hdl.handle.net/20.500.13084/5897>
- López, S. (2017). *Estudio de caso clínico: evaluación y tratamiento de un caso de agorafobia sin trastorno de pánico* [Tesis de Licenciatura, Psicología]. Universidad San Martín de Porres]. <https://hdl.handle.net/20.500.12727/2948>
- Monterde, N. y Casado, M. (2015). Tratamiento cognitivo conductual de un caso de trastorno de pánico con agorafobia en un paciente con dolor crónico . Cognitive behavioral therapy for a case of panic disorder with agoraphobia in a chronic pain patient. *Revista de Casos Clínicos En Salud Mental*, 3(1), 1–17. <http://www.ojs.casosclnicosensaludmental.es/ojs/index.php/RCCSM/article/view/15%5Cnhttps://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5912893>
- Noyes, R. (1986). Relationship Between Panic Disorder and Agoraphobia. *Archives of General Psychiatry*, 43(3), 227. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1986.01800030037004>
- Olivares, J., y Méndez, F. (2010). *Técnicas de modificación de conducta*.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2022). *Informe mundial sobre salud mental: transformar la salud mental para todos: panorama general*.
- Rodríguez, P. y Sánchez, N. (2006). Intervención cognitivo-conductual en un caso de agorafobia con ataques de pánico. *Revista de Casos Clínicos En Salud Mental*, 7(1), 79–92. <https://doi.org/10.57087/edupsykhe.v5i1.3779>
- Ruiz, M., Díaz, M., y Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo-conductuales*. Desclée De Brouwer. <https://books.google.com.pe/books?id=V797tgAACAAJ>
- Sarkhel, S., Singh, O., Arora, M. (2020). Clinical Practice Guidelines for Psychoeducation in

- Psychiatric Disorders General Principles of Psychoeducation. *Indian Journal of Psychiatry*, 62(Suppl 2), S319–S323.
https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_780_19
- Serrano, S. (2002). La evaluación del aprendizaje, dimensiones y prácticas innovadoras. *Educere*, 6(19), 247–257. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35601902>
- Torres, G. (2018). *El trastorno de pánico, un estudio de caso* [Tesis de licenciatura, Universidad Internacional de La Rioja]. Repositorio Institucional.
<https://reunir.unir.net/handle/123456789/7415>
- Wirga, M., DeBernardi, M., Wirga, A., Wirga, M., Banout, M., y Gulyayeva, O. (2020). Maultsby's Rational Behavior Therapy: Background, Description, Practical Applications, and Recent Developments. *Journal of Rational - Emotive and Cognitive - Behavior Therapy*, 38(3), 399–423. <https://doi.org/10.1007/s10942-020-00341-8>

VII. ANEXOS

Anexo A - Consentimiento Informado

INFORMACIÓN PARA CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado(a) usuario(a), usted ha accedido a participar en un estudio de caso donde se llevarán a cabo algunas sesiones de evaluación y de intervención psicoterapéuticas, por parte de la Mg. Betty Sanchez Llontop.

La información que usted proporcione será protegida por su carácter de confidencialidad. Así mismo, si ante alguna situación usted se siente incómodo, tiene el derecho de no responderla y podría comunicar la posible terminación de la intervención.

En tal sentido, usted está brindando autorización para la realización de la evaluación e intervención. Se agradece su disposición.

EXPRESIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo (seudónimo), YOJAN V. V, de 19 años de edad, declaro que he sido informado de la actividad académica en la que voy a participar.

Por lo expuesto (marque con una x en el recuadro correspondiente): SI ☒, NO () doy mi consentimiento para participar en el estudio de caso clínico.

Firma del participante: [Firma manuscrita]

Firma y sello del profesional: [Firma manuscrita]


San Juan de Lurigancho, 21-01-2023 del 2023

Anexo B - Instrumentos de evaluación: Cuestionario de Ansiedad estado-rasgo

N.º 124

STAI

AUTOEVALUACION A (E/R)

A / E

A / R

P D = 30 + - =

P D = 21 + - =

Apellidos y nombre Sotom Edad 19 Sexo Y.M.

Centro Hospital de San Juan de L. Curso/Puesto Estado civil Soltero

Otros datos Fecha 22-01-2023

A-E INSTRUCCIONES

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se *SIENTE* Vd. *AHORA MISMO*, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

	Nada	Algo	Bestante	Mucho
1. Me siento calmado	0	1	2	3
2. Me siento seguro	0	1	2	3
3. Estoy tenso	0	1	2	3
4. Estoy contrariado	0	1	2	3
5. Me siento cómodo (estoy a gusto)	0	1	2	3
6. Me siento alterado	0	1	2	3
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
8. Me siento descansado	0	1	2	3
9. Me siento angustiado	0	1	2	3
10. Me siento confortable	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mí mismo	0	1	2	3
12. Me siento nervioso	0	1	2	3
13. Estoy desasosegado	0	1	2	3
14. Me siento muy «atado» (como oprimido)	0	1	2	3
15. Estoy relajado	0	1	2	3
16. Me siento satisfecho	0	1	2	3
17. Estoy preocupado	0	1	2	3
18. Me siento aturdido y sobreexcitado	0	1	2	3
19. Me siento alegre	0	1	2	3
20. En este momento me siento bien	0	1	2	3

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

Ahora, vuelva la hoja y lea las Instrucciones antes de comenzar a contestar a las frases.



Copyright © 1982, by TEA Ediciones, S. A.; Madrid-16 - Publicado con permiso - Copyright original de C. D. Spierberger; © 1968, by Consulting Psychologists Press, Inc., Palo Alto, California (USA) - Edita: TEA Ediciones, S. A. Fray Bernardino de Sahagún, 24; Madrid-16 - Todos los derechos reservados - Prohibida la reproducción - Imprime: Aguirre Campano, Daganzo, 15 dpdo.; Madrid-2 - Depósito legal: M. - 20.080 - 1982.



A-R

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo.

Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se *SIENTE* Vd. *EN GENERAL* en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando lo que mejor describa cómo se siente Vd. generalmente.

			Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
21.	Me siento bien	3	0	①	2	3
22.	Me canso rápidamente	2	0	1	②	3
23.	Siento ganas de llorar	2	0	1	②	3
24.	Me gustaría ser tan feliz como otros	3	0	1	2	③
25.	Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	2	0	1	②	3
26.	Me siento descansado	2	0	①	2	3
27.	Soy una persona tranquila, serena y sosegada	2	0	①	2	3
28.	Veó que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	2	0	1	②	3
29.	Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	2	0	1	②	3
30.	Soy feliz	2	0	①	2	3
31.	Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	2	0	1	②	3
32.	Me falta confianza en mí mismo	2	0	1	②	3
33.	Me siento seguro	2	0	①	2	3
34.	Evito enfrentarme a las crisis o dificultades	2	0	1	②	3
35.	Me siento triste (melancólico)	2	0	1	②	3
36.	Estoy satisfecho	2	0	①	2	3
37.	Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	2	0	1	②	3
38.	Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos	2	0	1	②	3
39.	Soy una persona estable	2	0	①	2	3
40.	Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado.	3	0	1	2	③

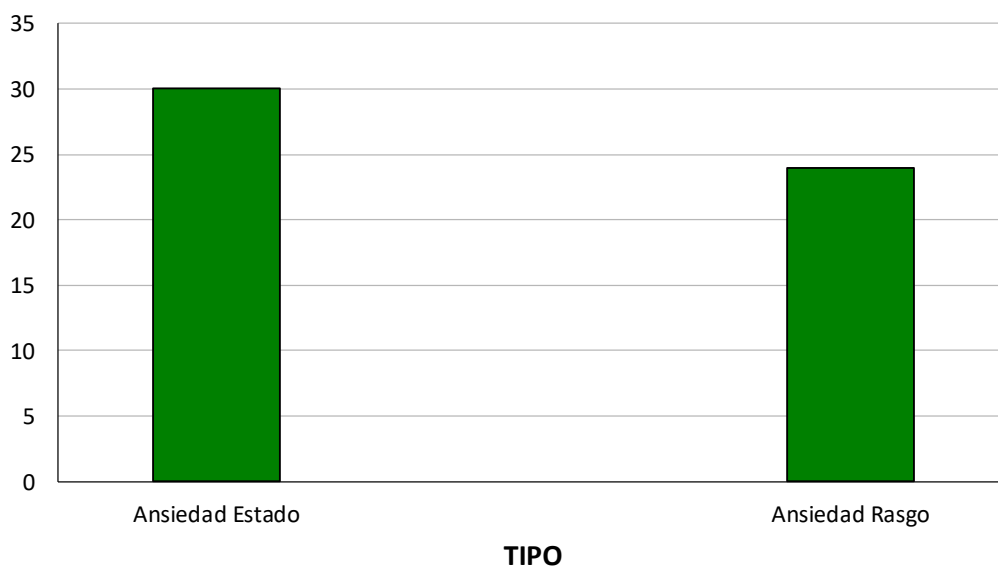
Parte del individuo

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

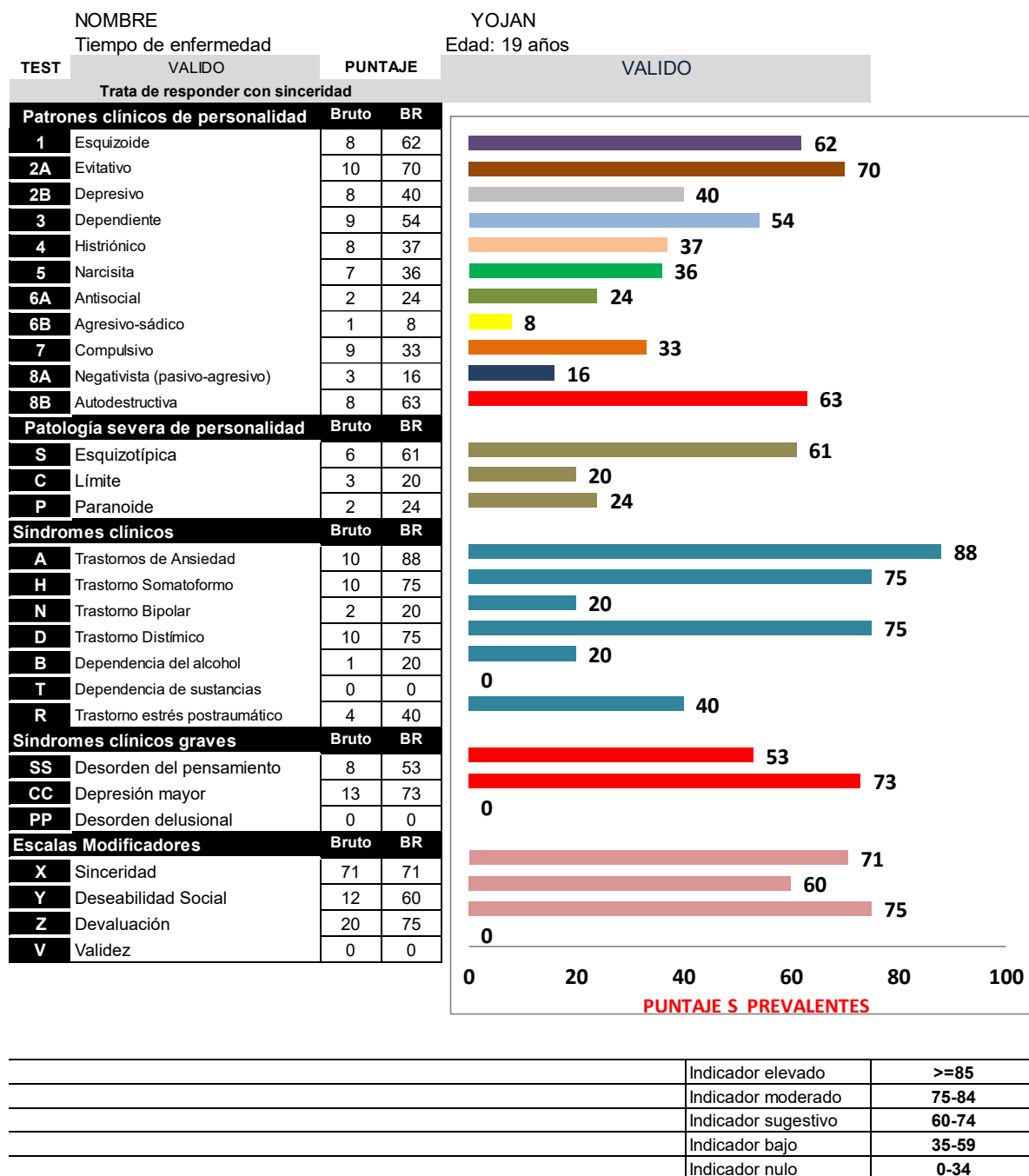
A-E**S I A I****A-E****AUTOEVALUACION A (E/R)**

APELLIDOS Y NOMBRES		YOJAN		
EDAD:	19	SEXO	MASCULINO	Est. Civ.
CENTRO :		HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHI		FECHA
				21/1/2023

A/E	PD	=	30	+	0	=	30
A/R	PD	=	21	+	3	=	24

CATEGORIA**Alto****Sobre promedio****NIVEL DE ANSIEDAD ESTADO/RASGO**

Anexo C - Cuestionario de Personalidad de Millon III



Anexo D - Técnica de Intervención Cognitiva

Técnica de Autorregistros

Fecha	Acontecimiento activador	Creencia	Consecuencia emocional
Lunes	Tengo que salir a tomar el carro para irme a trabajar	“Me puede pasar algo”, “me puedo desmayar”, “y, ¿si me da un paro cardiaco”?	Miedo 9/10 Ansiedad 10/10 Preocupación 9/10
Martes	Tengo que ir a clases, me dirijo para subir al tren	“si me pasa algo y nadie me puede auxiliar”, “me puedo desmayar”	Miedo 9/10 Preocupación 10/10 Ansiedad 10/10
Miércoles	Tengo que ir temprano a comprar el pan a la vuelta de mi casa	¿Llegaré a la esquina sin que me pase nada malo?, y ¿si me da un ataque?	Ansiedad 8/10 Preocupación 8/10
Jueves	Me dirijo a tomar el tren para regresar a casa	“y si me da un ataque cardiaco”, “me puedo desmayar”, “me va a dar algo, me puedo morir”	Ansiedad 9/10 Preocupación 10/10 Miedo 9/10
Viernes	Tengo un encuentro íntimo con mi pareja	“y si justo me viene el ataque en ese momento”, “no podré terminar el acto sexual porque me va a venir el ataque al corazón”	Ansiedad 10/10 Preocupación 9/10 Miedo 9/10
Sábado	Regreso de trabajar en el micro, me despierto de golpe y hay mucha gente	“me va a dar el ataque”, “no podré controlarlo”, “si me va a dar un ataque”	Ansiedad 10/10 Miedo 9/10
Domingo	Me mandan al mercado	“compraré rápido porque me puede venir un ataque”,	Preocupación 9/10 Miedo 9/10 Ansiedad 10/10

Anexo E - Técnica de debate

A Situación	B Pensamiento	C Conducta - emoción	D Debate	E Creencia reestructurada
Paciente sale a esperar el transporte público o va a subir al tren, donde se aglomeran las personas	“Me puede dar un ataque” “Nadie me va a poder auxiliar” “Puede ser un ataque al corazón” “me puedo hasta morir si nadie me auxilia” “tengo que salir con mi madre porque es la única que me puede ayudar”	Ansiedad (9/10) Miedo 9/10 Preocupación 9/10	T: Con toda la información aprendida sobre la sintomatología de un ataque de pánico y agorafobia, crees que son las mismas que sientes cuando vas a subir a los diversos transportes públicos. P: La verdad que sí(sonriendo), aunque al inicio había pensado que, si eran ataques del corazón y las había llegado a confundir, pero con todo lo aprendido tengo claro lo que es un ataque de pánico y la agorafobia. T: ¿Qué más te has dado cuenta? P: me he dado cuenta de que esos pensamientos es como si aceleraran mis síntomas, que cuando más me preocupo aparecen y es algo que estoy exagerando, me doy cuenta de que mis pensamientos hace malinterpretar catastróficamente los síntomas. Son pensamientos catastróficos. T: Y, ¿tienes alguna prueba de que estés mal del corazón para que pienses que es un ataque al corazón? Bueno, también me estoy dando que si fuera un ataque al corazón ya me hubiera desmayado o muerto -risas- y además los médicos de cardiología me dijeron que estoy sano, por otro lado, usted me ha	T: Según tus pensamientos mencionados, ¿Qué puedes decir ahora? P: que mis pensamientos son fuera de lugar, que he distorsionado mis síntomas, que eso pensamientos fueron catastróficos. T: si ahora ya has analizado y has visto realmente que esos pensamientos son más reales, ¿cómo los cambiarías ahora? P: Bueno, ya no diría que me va a dar un ataque, que es una preocupación exagerada, que no hay pruebas suficientes para decir que es un ataque al corazón, lo razonable sería: No es un ataque, es un síntoma exagerado de mi preocupación o ansiedad, que

A Situación	B Pensamiento	C Conducta - emoción	D Debate	E Creencia reestructurada
			ayudado con las técnicas de relajación y lo he controlado bastante, dándome cuenta de que es algo normal todo esto. T: podrías entonces confirmar que ¿Las personas que sufren de ataques de pánico les ha pasado algo malo o se han muerto? P: no, de aquellas personas no les ha pasado nada y a mí tampoco -sonríe-, eso solo estaba en mi pensamiento, eso lo pude averiguar también con las personas que sufren de este trastorno T: ¿Qué pasaría si alguien se desmayara? P: lo ayudo o sino llamo a alguien para que lo asista T: entonces si ayudarías, ¿tú crees que los demás también pueden ayudar a alguien que se desmaya? P: pues si, al menos he visto en una oportunidad que ayudaron así a una señora, yo también intenté ayudar, pero los demás ya estaban ayudando. T: eso que quiere decir P: -entre risas- que las personas si ayudan a quien se desmaya o a quien lo necesita.	no tengo ninguna prueba que sufra del corazón, que las personas que sufren de ansiedad o que tienen preocupación pueden solucionarlo y que no se han muerto por ello. También puedo decir que las personas que se desmayan si reciben ayuda, que hay buenas personas que asisten a las demás y que si en algún momento me pasa algo también podría tener alguna ayuda. También siendo sinceros, que si pensamos de una manera más real ya no aparecen todos esos síntomas.

A Situación	B Pensamiento	C Conducta - emoción	D Debate	E Creencia reestructurada
P: cuando se acelera mi corazón en la actividad sexual	“mejor ya no sigo porque me puede dar un ataque al corazón”, “es mejor terminar con mi pareja para ya no volver a sentir esto”	Miedo 9/10 Ansiedad 10/10 Preocupación 9/10	T: Se le explica al paciente que en el acto sexual hay respuestas emocionales y la respuesta total del organismo: se intensifican los cambios cardiacos, respiratorios, musculares y también las contracciones del pene. ¿Ahora con toda la respuesta sexual fisiológica del acto sexual, ¿Qué piensas ahora? P: todo lo que acaba de mencionar es prácticamente lo que yo siento en mi cuerpo cuando estoy con mi pareja, que entonces es normal cuando ocurre el acto sexual, que nuevamente estoy llevando esos síntomas de manera catastrófica-	T: Si anteriormente has tenido relaciones sexuales o coitales con tu pareja y no te ha pasado nada, y con toda la información brindada y aprendida, quisiera que modifiques ese pensamiento catastrófico de una manera real, tal y como lo has entendido P: Que los síntomas que tengo cuando estoy con mi pareja en el acto sexual está dentro de lo normal, que la aceleración cardiaca es una respuesta normal del organismo ante el acto. Con todo esto claramente desaparece el miedo, y no tendría por qué terminar con mi pareja.

A Situación	B Pensamiento	C Conducta - emoción	D Debate	E Creencia reestructurada
Evitando excusas ya no podré salir a la calle y me sentiré más seguro en ella	“sí salgo de mi casa me puede pasar algo malo” “en mi casa me siento más seguro porque tengo a mi familia que puede ayudarme”	Ansiedad 8/10 Miedo 8/10	T: Antes que tengas trastorno de pánico ¿salías de tu casa?, las veces que has ido al mercado rápidamente o cuando has venido al hospital, ¿te ha pasado algo malo? O ¿Acaso estoy hablando con tu fantasma? - risas- P: -risas- no doctora, ahora con esta segunda sesión ya puedo darme cuenta más de mis pensamientos, - hasta ya me está dando un poquito de vergüenza- Podría decir que he exagerado mucho con mis pensamientos, que en la mayoría o casi todas han sido catastróficas- pues no me ha pasado nada malo y no soy un fantasma -risas- Por otro lado, la casa fue un lugar para evitar salir, pero me doy cuenta que era para evitar el problema, pero ahora que me ha citado más seguido y que vengo más seguido al hospital me doy cuenta que estoy mejor, que todo es normal y como hemos visto en la sesión anterior, hay personas que pueden ayudarme si me desmayara, pero estoy bien de salud	T: Ahora ya con toda la información, con lo que has comprobado y porque sigues estando bien de salud, me gustaría que sigas aprendiendo a modificar ese pensamiento negativo que has identificado P: ya no diría que me va a pasar nada malo, diría: salir de mi casa es normal, como todas las personas lo hacen, pues tenemos responsabilidades y estar en casa es más para estar con la familia y descansar, también diría que mientras más salgo a la calle veo que vuelvo a sentirme bien, como antes, que cumplo ayudando en mi casa y que es parte del día a día sintiéndome bien.

Técnica: Jerarquía de Exposición

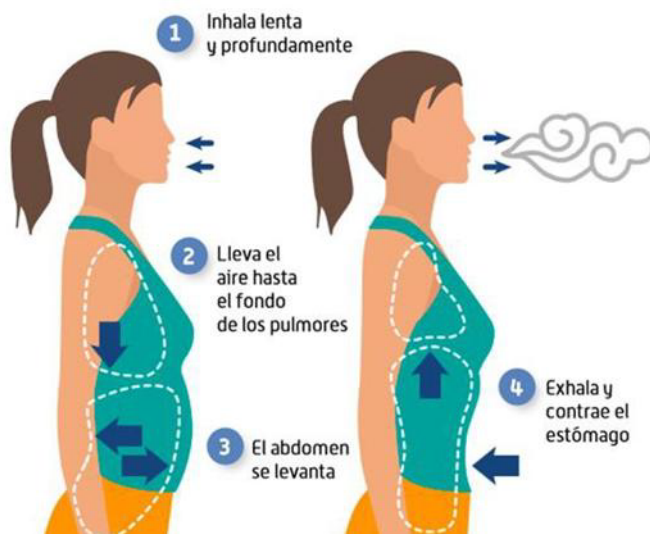
Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: En un folio en blanco escribe las situaciones, objetos, sensaciones físicas o pensamientos/imágenes intrusas que sean relevantes para sus preocupaciones ansiosas.

Seleccione experiencias que se correspondan con todo el abanico, desde las que generan sólo ansiedad y evitación leve hasta las experiencias que provocan ansiedad y evitación moderada y grave. A continuación, ordene estas experiencias de menos a más ansiosas o evitadas y transfíralas a la segunda columna de este formulario. En la primera columna señale el nivel de ansiedad que espera para cada una de las entradas. En la tercera columna anote el pensamiento ansioso central asociado con cada situación si lo reconoce.

Jerarquía de menor a mayor	Nivel de Ansiedad/ evitación esperada (0-10)	Describa brevemente la situación, objeto, sensación o pensamiento/imagen que provoca ansiedad o evitación	Señale el pensamiento ansioso o aprensivo más sobresaliente asociado a esta entrada
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Técnica de relajación: Respiración Diafragmática



T: Bien Yojan hoy vamos a aplicar la técnica de respiración diafragmática, quiero que te concentres en los pasos para que logres relajarte y aprendas a aplicarlo en casa.

1. Vamos a sentarnos cómodamente, pégate al espaldar de la silla
2. Tus piernas en manera recta
3. Puedes cerrar los ojos si es que te sientes más cómodo
4. Coloca tus manos sobre el diafragma -se le indica la figura- si es que desees y si no en tus piernas, como gustes.

T: Bueno, se le mide la pulsación, (se le enseñó a encontrar el lugar exacto)

P: Gracias doctora, tengo 38 que multiplicado por 2 sería 76. T: ¿y de ansiedad cuanto le pones?

P: de 8 de 10

T: iniciemos la técnica, ya sabes si gustas cierra los ojos y coloca tus brazos donde te sientas cómodo. Ya, vamos a ver si podemos disminuir esas pulsaciones. Voy a colocar una música de fondo de la naturaleza, como me mencionaste que te gusta. Vamos a concentrarnos. ¿Listo?

P: Lista doctora. T: Empecemos

T: se vuelve a medir la pulsación, se llegó a 72, y se le pregunta al paciente ¿Cuánto le pones de ansiedad ahora?

P: Siento que me he relajado, más tranquilo, podría decir que de ansiedad siento 5 de 10

T: Imagínate si lo practicaras antes de dormir o antes de salir de casa, podrías dormir plácidamente y hacer tus cosas más tranquilo

P: Si, doctora. ¿Eso lo puedo hacer todos los días?

T: Claro que sí Yojan, lo puedes hacer cuando tu desees, en los momentos que te sientas un poco preocupado o ansioso

P: está bien doctora

T: Bueno aquí nos quedamos, déjame darte la próxima cita.

P: Muchas gracias doctora.

Conclusión:

Se alcanzaron los objetivos planteados