



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN, TURISMO Y PSICOLOGÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

**ESTUDIO DE CASO CLÍNICO: EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO
DE UN CASO DE AGORAFOBIA SIN TRASTORNO DE PÁNICO**

PRESENTADO POR
SEGUNDO ROMELIO LÓPEZ ZUMAETA

ASESORA
GLADYS TORANZO PÉREZ

ESTUDIO DE CASO
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN
PSICOLOGÍA

LIMA – PERÚ

2017



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada
CC BY-NC-ND

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

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



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN, TURISMO Y
PSICOLOGÍA

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

**ESTUDIO DE CASO CLINICO: EVALUACION Y TRATAMIENTO
DE UN CASO DE AGORAFOBIA SIN TRASTORNO DE PÁNICO**

TESIS PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTADO POR:

SEGUNDO ROMELIO LÓPEZ ZUMAETA

ASESOR:

MG. GLADYS TORANZO PÉREZ

LIMA - PERÚ

2017

A Romelio y Esperanza, mis padres

AGRADECIMIENTOS

A mi familia y amigos que con toda su paciencia me animan, cada día, a seguir esforzándome para mi realización personal.

A mis profesores que con sus enseñanzas me ayudaron a amar la psicología, especialmente, a la profesora Gladys Toranzo y al profesor Sixto Bonifacio que, con sus cualidades personales y su agudeza profesional, incrementaron en mí, la llama del amor por la Psicología Clínica; a su vez, con sus observaciones, enseñanzas y consejos hicieron de éste trabajo un motivo de encuentro con la teoría y práctica de la psicología en beneficio de todos aquellos que entrarán en contacto con mi desempeño profesional.

Finalmente, a los psicólogos del Hospital Hermilio Valdizán, especialmente a mi asesora de internado, Ps. María Elena Apumayta quien, con mucha paciencia, sabiduría y buena disposición, supo orientarme durante mi tránsito por dicha institución para desarrollar en mí las cualidades y el desempeño de un psicólogo comprometido con la profesión.

ÍNDICE

	Página.	
PORTADA	i	
DEDICATORIA	ii	
AGRADECIMIENTOS	iii	
INDICE	iv	
INTRODUCCIÓN	vii	
CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO		
1.1	Conceptualización de la Ansiedad	10
1.2	Ansiedad Normal y Ansiedad Patológica	11
1.3	Modelos Teóricos de la Ansiedad	13
1.3.1	Teoría Biológica	13
1.3.2	Teorías del Aprendizaje	15
1.3.2.1	Condicionamiento Clásico	15
1.3.2.2	Condicionamiento Operante	15

1.3.3.	Modelo Cognitivo de la Ansiedad	16
1.4	La Agorafobia	18
1.4.1	Características clínicas	18
1.4.2	Clasificación diagnóstica	19
1.4.3	Diagnóstico Diferencial	22
1.4.4	Aspectos Cognitivos en la Agorafobia	23
1.5	Modelo de la Terapia Cognitivo Conductual	24

CAPÍTULO II. PRESENTACION DE CASO

2.1.	Datos de Filiación	27
2.2.	Motivo de Consulta	28
2.2.1	Episodios Previos	29
2.3.	Procedimiento de evaluación	32
2.3.1.	Historia Personal	32
2.3.2.	Examen mental	39
2.3.3.	Pruebas Psicológicas	40
2.4.	Informe Psicológico	42
2.5.	Identificación del Problema	49
2.5.1	Inventario de Agorafobia	50
2.5.2	Inventario de ansiedad estado y ansiedad rasgo – IDARE	51
2.5.3	Análisis funcional	52

CAPÍTULO III. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA	
3.1. Especificación de los objetivos de tratamiento	53
3.2. Diseño de la estrategia de Tratamiento	54
3.3. Aplicación del Tratamiento o procedimiento	63
CAPÍTULO IV. RESULTADOS	120
SEGUIMIENTO	122
CAPITULO V. RESUMEN CONCLUSIONES	
Y RECOMENDACIONES	124
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	127
ANEXOS	132

Introducción

Desde el punto de vista clínico la ansiedad es un síntoma presente en numerosas enfermedades tanto psicológicas como físicas (Echeburúa, 1993; Buela-Casal, Sierra, Martínez y Morales, 2001; Moreno y Martín, 2007) que requiere una descripción detallada y una definición precisa en cada caso para determinar el cuadro por el que el paciente acude a consulta. En tal sentido, una primera aproximación a la ansiedad será el de ser una reacción emocional ante situaciones que implican peligro para la supervivencia del organismo y cuya función adaptativa es la defensa (Buela-Casal et al., 2001)

Tras la experiencia de dicho malestar los pacientes empiezan a prestar mayor atención a las reacciones corporales y a las sensaciones percibidas que pueden interpretarse catastróficamente provocando respuestas de huida o escape y paralizando su funcionamiento, es decir, sucumbiendo a una crisis de ansiedad (Moreno y Martín, 2007)

En 1871 Westphal acuña el término agorafobia describiéndola principalmente como la ansiedad desencadenada por los espacios abiertos. Benedick, un año antes, conceptualizaba el síndrome enfatizando, no el estado situacional en el que se

presentaba dicha ansiedad sino el miedo al síntoma que experimentaba el paciente. Así, pues, enfatizar el aspecto situacional o la experiencia interna en dicha situación, rige algunos planteamientos en la actualidad. (Sinnott, Jones y Fordham, 1981; García-Palacios, Botella, Osma y Baños, 2014)

Por otro lado, para el Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi (INSM “HD-HN”, 2013) la epidemiología conocida refiere que la prevalencia de vida de los trastornos ansiosos en general abarcan 10,5% (9,4-11,6) siendo la prevalencia anual de 2,9% promedio; dichas cifras especificadas por género se establecen en 2,4% para los hombres y 3,3% en mujeres; asimismo, respecto a la prevalencia de vida de los principales trastornos mentales en la población adulta en Lima Metropolitana y Callao según los criterios diagnósticos del CIE 10, las cifras indican que el trastorno de agorafobia, se establece en un promedio de 1,2% afectando mayormente a las mujeres con un 1,4%; respecto de los hombres se alcanza el 1,2% promedio.

Dentro de las características específicas para la agorafobia tenemos la evitación o escape y el temor anticipatorio a una crisis ansiosa. Dichos elementos fluctúan según las estrategias defensivas que la persona haya adoptado. Si se han desarrollado numerosos recursos defensivos podría darse el caso que el problema pasara más o menos desapercibido. En cualquier caso, según Ayuso (1988) citado en Buela-Casal (2001) la agorafobia genera una importante reducción del contacto social, incapacidad laboral, problemas de pareja y restricción del viaje, aparte de los efectos puramente psicológicos como experiencias de miedo, temor, vergüenza, cogniciones catastróficas (Peñate, Petti, Bethencourt y García, 2006)

Así, pues, haciendo uso de la literatura general y especializada podemos afirmar que una investigación sobre la agorafobia como una de las manifestaciones de los trastornos ansiosos es significativa y relevante por el carácter crónico de incapacidad en que llega a sumergir a los pacientes (Echeburúa y Corral, 2007)

CAPÍTULO I MARCO TEÓRICO

1.1 Conceptualización de la Ansiedad

El vocablo ansiedad es utilizado para explicar diversos casos patológicos y, desde el punto de vista histórico, su alta ambigüedad de significado ha llevado a ser equiparado con términos como temor, angustia, miedo, estrés entre otros (Anrosena, Cao y Romero, 1983; Buela-Casal et al., 2001)

Asimismo, el Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Estadística e Informática implementaron el 2004 y 2005, en cinco ciudades de nuestro país, la aplicación de la Encuesta Mundial de Salud Mental (EMSM-Perú) promovida por el Organismo Mundial de la Salud (OMS, 1948) cuyos resultados epidemiológicos arrojaron que los trastornos de ansiedad, según los criterios del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR, 2002) fueron los más comunes con un 14,9% de prevalencia. En dicho estudio, además, se pudo comprobar una tendencia de presentarse a una edad más temprana, siendo la media los 15 años.

En cuanto a la distribución por edades, de cualquier trastorno de ansiedad alcanzaron cifras tales como: 18-29 (16,9%), 30-44 (16,4%), 45-54 (9,8%), 55+ (10,5%) (Fiestas, y Piazza, 2014). Para el INSM “HD-HN” (2013) estas cifras no presentan una notable disminución pues la prevalencia de vida de los trastornos de ansiedad en general alcanza el 10,5% solo en Lima Metropolitana y el Callao el 2012.

En la literatura actual, el trastorno de ansiedad se define como un patrón de conductas complejo y variable caracterizado por sentimientos subjetivos de aprensión y tensión asociados con una activación fisiológica como respuesta a estímulos internos –cognición- o externos-ambientales (Fernández-Ballesteros y Carrobles, 1983). Otros autores indican que es la anticipación de un peligro que amenaza al sujeto y que le pone en estado de alerta y de tensión (Rando y Cano, 2013).

Para Moreno y Martín, (2007) es la preparación para la acción gracias a los cambios físicos y cognitivos que ponen al sujeto a salvo. Para Buela-Casal et al., (2001) es una reacción emocional situacional ante el peligro de supervivencia del organismo que le permite movilizarse activándolo fisiológicamente; o, es aquel sentimiento desagradable de temor, que se percibe como una señal de alerta que advierte de un peligro amenazante (Virgen, Lara, Morales y Villaseñor, 2005).

1.2 Ansiedad Normal y Ansiedad Patológica

La ansiedad es la más común y universal de las emociones pues, un ánimo transitorio de tensión que moviliza la toma de conciencia ante el peligro y pone en funcionamiento una serie de respuestas del organismo ha permitido, a lo largo de la

historia evolutiva de la especie humana, la supervivencia y conservación de la salud (Sosa y Capafóns, 2014).

El valor preventivo así como adaptativo del temor, miedo y/o ansiedad, junto a otras emociones, está fuera de dudas hoy en día ya que permiten a los individuos ponerse en marcha ante peligros reales no entrañando, en este sentido, una situación de enfermedad ya que se encuentra dentro de las diversas respuestas emocionales que las personas usan en su interacción (Virgen et al., 2005); sin embargo, en situaciones donde hay ausencia de la realidad amenazante y las sensaciones de incontabilidad que invaden al sujeto produce una limitación de la funcionalidad personal y aparecen las dificultades (Sosa y Capafóns, 2014, García-Palacios et al., 2014; Clark y Beck, 2012; Buela-Casal et al., 2001).

Es probable, sin embargo, que existan diferencias cualitativas entre lo normal y patológico que nos permitan identificarlas convenientemente. Según Clark y Beck (2012) los criterios de anormalidad están relacionados con la disfuncionalidad cognitiva que se encuentra de base y que incrementa mayor sensibilidad a estímulos negativos siendo estas valoradas exageradamente y mayor pérdida de autoeficacia a causa de la incontabilidad de la preocupación que se orienta hacia la amenaza; asimismo, conlleva el deterioro del funcionamiento que interfiere con el manejo de la amenaza percibida y, por ello, del disfrute de la vida; además de la persistencia de lo experimentado mucho después de lo esperado.

Buela-Casal et al (2001), señalan que la ansiedad normal es esperable frente a determinadas situaciones en los cuales los episodios son poco frecuentes y de

intensidad leve, con una duración limitada temporalmente y el grado de sufrimiento es transitorio sin llegar a interferir con la vida cotidiana. Sin embargo, existe la posibilidad que la susceptibilidad para desarrollar un problema ansioso varíe en la población general a causa de particulares factores predisponentes y circunstancias precipitantes como por ejemplo factores de personalidad (Clark y Beck, 2012). Por otro lado, la ansiedad patológica se configura como una reacción desproporcionada, incluso ante una situación inocua y adecuada, con alta intensidad y larga duración que reduce la libertad personal del sujeto (Buela-Casal et al., 2001).

En tal sentido, para Rando y Cano (2013), los trastornos de ansiedad componen una de las familias más amplias y más usadas en los Manuales de clasificación diagnóstica.

1.3 Modelos Teóricos de la Ansiedad

1.3.1 Teoría Biológica.

A nivel fisiológico, este estado de alerta implica una híper activación del Sistema Nervioso Simpático (SNS) que es el que se encarga de movilizar los recursos de nuestro organismo de cara a una acción inmediata e intensa y, si la situación dura más tiempo, entra habitualmente también en funcionamiento el sistema neuroendocrino que producirá una secreción aumentada de adrenalina y noradrenalina (Labrador, 1992 citado por Buela-Casal et al., 2001).

Cuando el SNS se activa se produce la constricción de los vasos sanguíneos periféricos, mayor fuerza en los músculos esqueléticos y aumento de ritmo cardiaco, así como cambios en la función de contracción y dilatación en los pulmones para la

oxigenación corporal, dilatación de pupilas y disminución o aumento de la actividad digestiva según el metabolismo del paciente y aumento en la secreción de epinefrina y norepinefrina (Buela-Casal et al., 2001; Clark y Beck, 2012) activando la percepción de síntomas específicos como temblores, sofocación y escalofríos, palpitaciones, sequedad bucal, opresión en el pecho, sudoración y tensión muscular (Clark y Beck, 2012).

Por otro lado, en la activación del Sistema Nervioso Parasimpático (SNP) la inmovilidad tónica, caída de presión sanguínea y los desmayos son parte de las estrategias de respuesta de conservación que se manifestarán en la relajación muscular abdominal, constricción pupilar y constricción pulmonar (Clark y Beck, 2012).

En cuanto a la investigación biológica podemos ahondar el tema haciendo referencia a los neurotransmisores (ej. GABA, noradrenergico y serotoninergico, la hormona liberadora de corticotropina) que en general sus anormalidades pueden tener efectos sobre los estados fisiológicos que caracterizan al miedo y ansiedad (Clark y Beck, 2012)

Finalmente, Clark y Beck (2012) concluyen que la elevación del nivel de activación basal producida por los cambios fisiológicos en el organismo, la habituación retardada a las sensaciones que experimenta y la flexibilidad autónoma disminuida por la que las respuestas orgánicas se adaptan lentamente a los cambios producidos por elevados niveles de estrés podría contribuir a la malinterpretación de la amenaza que es la característica cognitiva clave de la ansiedad.

1.3.2 Teorías del aprendizaje

Esta teoría parte del supuesto de que la ansiedad es un estado del organismo aprendido. El aprendizaje juega un papel importante en la explicación del miedo pues se ha comprobado que pueden ser adquiridas por condicionamiento.

1.3.2.1 Condicionamiento Clásico

Pavlov (1849-1936) afirma que el comportamiento es la respuesta dada por un organismo ante un estímulo o situación específico (Cottraux, 1991; Fernández-Ballesteros y Carrobles, 1983; Pérez y Cruz, 2003). Según el condicionamiento clásico de Pavlov, se puede obtener una respuesta condicionada asociando un estímulo neutro (diapasón) como anuncio de la presentación de un estímulo incondicionado (alimentación) lo que desencadena una respuesta condicionada (salivación)

En tal sentido, como señalan Pérez y Cruz (2003) este planteamiento es un método experimental que permite la creación de nuevos reflejos que enriquecen la actividad nerviosa superior conceptualizándose, posteriormente, en el comportamiento para dejar de ser solo respondiente y considerarse como una conducta operante.

1.3.2.2 Condicionamiento Operante

Con Skinner (1904-1990) el condicionamiento respondiente de Pavlov pasa a ser una operación de reforzamiento o extinción de las conductas del individuo pues el organismo experimenta un aprendizaje que se reflejará en un cambio de conducta (Pérez y Cruz, 2003)

Bajo esta teoría del condicionamiento, Clark y Beck (2012) explican que los miedos se adquieren por condicionamiento clásico ya que se realiza una asociación entre un estímulo neutro y alguna experiencia previa que provoca ansiedad. Asimismo, la persistencia de este miedo o ansiedad fóbica, provocada en las experiencias de vida del individuo, se mantienen o persisten a consecuencia de la evitación o escape que actuará como reforzador negativo de dicha conducta fóbica. Así, pues, la conducta evitativa se mantendrá por la cualidad de reducir los síntomas ansiosos que experimenta; es decir, el organismo opera sobre el medio ambiente.

Finalmente, a juicio de Clark y Beck (2012) muchos eventos traumáticos no desarrollan conductas de miedo en los pacientes por lo que se hace necesario contar con constructos cognitivos para explicar mejor dicho suceso ansioso y sus conductas consecuentes.

1.3.3 Modelo Cognitivo de la Ansiedad.

En los estados ansiosos los individuos suelen sobreestimar el peligro inherente a una realidad. Por ello, Clark y Beck (2012) señalan que la ansiedad es el producto de un sistema de procesamiento de la información que interpreta una situación como amenazadora para su bienestar.

El mal procesamiento de la información está relacionado con el concepto de vulnerabilidad que se define como la percepción de sí mismo sometido a peligros internos y externos ante los que no puede ejercer control alguno, o de ejercerlo, es insuficiente para su propio sentido de seguridad (Clark y Beck, 2012; Moreno y Martín,

2007). En cuyo caso selecciona la información confirmatoria de la amenaza y rechaza la que la desmiente (Moreno y Martín, 2007).

La inadecuada valoración de la amenaza así como la de su propia capacidad de afrontamiento desequilibra la intensidad de un estado ansioso activando un sistema de alarma que conlleva procesos conductuales, fisiológicos y cognitivos desadaptativos de evitación, escape o solicitud de ayuda como postura defensiva para minimizar el peligro (Clark y Beck, 2012)

Por otra parte, independientemente que el estímulo sea objetivamente una amenaza o peligro el paciente valora o interpreta previamente como tal dicha situación si ha tenido una experiencia negativa previa. Dicha evocación, en este nuevo contexto, se realizará calculando tanto sus potenciales personales como los potenciales del posible daño mediante los esquemas cognitivos que, a su vez, le permitirán respuestas rápidas economizando recursos mentales (Moreno y Martín, 2007). Este proceso es llamado, por el modelo cognitivo de A. Beck, modos de orientación que proporcionan una percepción inicial rápida de una situación o estímulo (Clark y Beck, 2012).

Respecto a los esquemas cognitivos, Ruiz, Díaz y Villalobos (2012) señalan que nuestro conocimiento contiene creencias nucleares mediante las cuales organizamos y estructuramos los estímulos que provienen de nuestra interacción con el medio ambiente.

1.4 La Agorafobia.

La clasificación de los trastornos de ansiedad nos permite entrar en un campo de intervención psicológica de gran importancia: La agorafobia, definida por el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV-TR (2002) como la aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso) o donde, en el caso de aparecer una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia, puede no disponerse de ayuda. Por lo que, según otros autores, esas situaciones se evitan o se soportan con un gran malestar (García-Palacios et al., 2014, p.218).

Dicho trastorno puede estar asociado a otros trastornos, generalmente el pánico (Olivares, Costa y Olivares, 2016) en cuyo caso la evitación o escape de las situaciones temidas son la manifestación, agorafobias, de las crisis de pánico.

1.4.1 Características clínicas

El miedo patológico a un conjunto de situaciones en las que el paciente se siente indefenso es la característica esencial de la agorafobia (Díez, Rangil y Sánchez, 2002; Pitti, Peñate, De la Fuente, Bethncourt, Acosta, Villaverde y Gracia 2008). Dicho temor lleva a la persona a evitar estas situaciones o a enfrentarlas con mucho malestar (Calero y Bados, 2010; Pitti et al., 2008).

Asimismo, para Calero y Bados (2010) dicho miedo ante las reacciones físicas que experimenta en determinadas situaciones fóbicas así como los pensamientos catastróficos sobre las posibles consecuencias a los que se vería expuesto, tanto

físicas, psicológicas como sociales generan un estado de miedo al miedo que actuaría en el mantenimiento de dicho problema.

Por último, cabe resaltar que los afectados con un trastorno agorafóbico suelen manifestar una preocupación recurrente por tener una fuerte ansiedad o crisis de pánico que genera una ansiedad anticipatoria ante la posibilidad de su ocurrencia llegando a mantenerse hipervigilantes o pendientes de cualquier cambio en su cuerpo (Calero y Bados, 2010; Buela-Casal et al., 2001).

1.4.2 Clasificación Diagnóstica

Los problemas de naturaleza mental afectan a millones de personas en el mundo entero. Dichos problemas han generado a lo largo de décadas innumerables investigaciones que permiten ampliar el conocimiento y abordaje de los mismos. Sin embargo, se hace necesario, a su vez, de un consenso entre los investigadores y clínicos para orientar los diversos criterios que, por los numerosos contextos y enfoques de investigación, harían incomunicable a la comunidad científica dichos resultados.

En esta línea y, como señala la introducción al DSM IV-TR, una nomenclatura oficial es necesaria en una amplitud diversa de contextos o, como señala la CIE 10 en su prólogo, permitirá establecer el contexto fiable para fundamentar las decisiones clínicas.

Bajo estas premisas, extraemos de los Manuales de clasificación diagnóstica como el CIE 10 y el DSM IV los criterios sintomáticos por los que se puede diagnosticar operativamente un trastorno agorafóbico.

Criterios diagnósticos de la Agorafobia según el DSM IV-TR (2002)

A. Aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso) o donde, en el caso de aparecer una crisis de pánico inesperado o más o menos relacionado con una situación, o bien síntomas similares a la angustia, puede no disponerse de ayuda. Los temores agorafóbicos suelen estar relacionados con un conjunto de situaciones características, entre las que se incluyen estar solo fuera de casa; mezclarse con la gente o hacer cola; pasar por un puente o viajar en autobús, tren o automóvil.

B. Estas situaciones se evitan (p. ej., se limita el número de viajes), se resisten a costa de un malestar o ansiedad significativos por temor a que aparezca una crisis de pánico o síntomas similares a la angustia, o se hace indispensable la presencia de un acompañante para soportarlas.

C. Esta ansiedad o comportamiento de evitación no puede explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental como la fobia social (p. ej., evitación limitada a situaciones sociales por miedo a ruborizarse), fobia específica (p. ej., evitación limitada a situaciones aisladas como los ascensores), trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., evitación de todo cuanto pueda ensuciar en un individuo con ideas obsesivas de contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., evitación de estímulos relacionados con una situación altamente estresante o traumática) o trastorno de ansiedad por separación (p. ej., evitación de abandonar el hogar o la familia).

Criterios CIE-10 para el diagnóstico de agorafobia (F40.0).

A. Miedo o evitación marcados y consistentes a, al menos, dos de las siguientes situaciones:

1. Multitudes.
2. Lugares públicos.
3. Viajar solo.
4. Viajar lejos de casa.

B. Al menos dos síntomas de ansiedad en las situaciones temidas deben haberse presentado juntas en, al menos, una ocasión al menos desde el inicio del trastorno, y uno de los síntomas debe haber sido de los numerados entre 1 y 4 a continuación:

Síntomas autonómicos

1. Palpitaciones o golpeo del corazón, o ritmo cardíaco acelerado.
2. Sudoración.
3. Temblor o sacudidas de los miembros.
4. Sequedad de boca (no debida a la medicación o deshidratación).

Síntomas en pecho y abdomen

5. Dificultad para respirar.
6. Sensación de ahogo.
7. Dolor o malestar en el pecho.
8. Náuseas o malestar abdominal (p. ej., estómago revuelto).

Síntomas relacionados con el estado mental

9. Sensación de mareo, inestabilidad o desvanecimiento o aturdimiento.

10. Sensación de que los objetos son irreales (desrealización), o que uno está fuera de la situación o «fuera de ella» (despersonalización).

11. Sensación de perder el control, «volverse loco» o de perder el conocimiento.

12. Miedo a morir.

Síntomas generales

13. Sofocos o escalofríos.

14. Sensación de entumecimiento u hormiguelo.

C. La evitación o los síntomas de ansiedad causan un malestar emocional significativo, y el sujeto reconoce que éstos son excesivos o irracionales.

D. Los síntomas se restringen o predominan en las situaciones temidas o al pensar en ellas.

E. Criterio de exclusión usado con más frecuencia: el criterio: el miedo o evitación de situaciones (criterio A) no es consecuencia de ideas delirantes, alucinaciones ni otros trastornos, tales como un trastorno mental orgánico (F00-F09), esquizofrenia o trastornos relacionados (F20-F29), trastornos del humor (afectivos) (F30-F39) o un trastorno obsesivo-compulsivo (F42), ni tampoco son secundarios a creencias culturales.

1.4.3 Diagnóstico Diferencias

A simple vista existe cierta complejidad para diferenciarlo de otros trastornos ansiosos que podrían manifestarse de la misma manera llegando a confundirse en el diagnóstico; así, pues, la fobia específica de tipo situacional, dadas las características del trastorno y del paciente tiende a esta posibilidad. (Echeburúa, 1993). En tal sentido,

en una agorafobia consideramos el número de situaciones que específicamente se relacionan con lugares públicos, así como las razones del temor en el individuo, es decir, el temor que le producen dichos lugares y, como señala Sosa y Capafóns (2014), tiene que ver con la dificultad para escapar o pedir ayuda. En el caso de una fobia específica lo temido está en la posibilidad del daño a sufrir al enfrentarse a dicho objeto o situación fóbica.

Por otra parte, siguiendo los aportes de Caballo et al (2014) para realizar un diferencial con la ansiedad social diremos que el agorafóbico evitará situaciones sociales por el temor a experimentar los síntomas de un ataque de pánico, además de no poder escapar de la situación que experimenta mientras que, en la Fobia o ansiedad social, la evitación estará basada en el miedo a ser evaluado por los demás.

1.4.4 Aspectos cognitivos en la agorafobia

Las alteraciones cognitivas más frecuentes en los casos de agorafobia, según Caballo et al (2007) giran en torno a las anticipaciones a consecuencias negativas como vivenciar un hecho bochornoso como el desmayo en un ambiente público, la valoración negativa de los propios recursos como no poder afrontar tiempos prolongados en lugares considerados peligrosos, la autovaloración constante de los propios síntomas como estar pendiente de un mareo como inicio de la sintomatología y las rumiasiones ya sean de escape o evitación.

El carácter fluctuante del proceso agorafóbico, por su progresivo agravamientos y remisiones parciales, hacen que sea muy poco frecuente la remisión espontánea (Echeburúa y Corral, 2007). Es por ello que los pacientes afectados con estos

síntomas de ansiedad suelen hacer uso de mecanismos de defensa que ayudan a sobrellevar las molestias que los aquejan sin darse cuenta, en muchos de los casos, que se realiza el reforzamiento de los mismos síntomas llegando a establecerse un círculo vicioso. Para tal fin hacen uso de distractores o señales de seguridad que tienden a disminuir la intensidad de lo que perciben.

La diferencia entre ambos dependerá del modo en que hacen uso de ellas para protegerse o defenderse del año potencial. En tal sentido la señal de seguridad recaerá en algún tipo de objeto que tranquilice, por el hecho de llevarlo consigo, los síntomas que experimente. Por el contrario, un distractor o distractores serán aquellas actividades que el sujeto empezará a realizar en cuanto sienta miedo o ansiedad con el fin de evitar las situaciones temidas y los síntomas que empieza a percibir (Buela-Casal et al., 2001)

Finalmente, sea uno u otro procedimiento que haga uso el paciente podemos señalar que son procedimientos a los que se le ha asignado el valor de disminuir el malestar que padece hasta los niveles tolerables para poder resistir la presencia de estímulos temidos y, así poder enfrentar los estímulos fóbicos (Peñate et al., 2006).

1.5 Modelo de Terapia Cognitivo – Conductual

Dado la desazón que produjo el psicoanálisis al evidenciar que su limitación se encontraba en la carencia de soporte empírico y, de este modo, garantizar la eficacia de sus intervenciones es que surge como respuesta el Conductismo. Así, desde la observación del comportamiento y la medición del mismo, la terapia conductual dominó

el pensamiento y tratamiento de los problemas psicológicos dentro de la psicología clínica.

Trascurrido un periodo de gran influjo, fuertemente marcado después de la II Guerra Mundial (1939-1945), donde se hizo de gran utilidad la presencia de psicólogos -en su mayoría de corte experimental y entrenados en test psicométricos y procedimientos de ayuda para la selección de personal- que la terapia conductual marcaba su presencia en la historia. Así, desde Watson, Skinner, Wolpe y Eysenck, hablar del inconsciente se hacía innecesario y, por otro lado, se realizaba la observación e intervención en el comportamiento desadaptado para la eficacia de la psicoterapia.

Según Compas y Gotlib (2003), se debe a Bandura los primeros intentos de introducir dentro del campo conductual, aspectos cognitivos. Sus trabajos sobre el aprendizaje observacional, directa o por mediación, es decir, vicaria, posibilitan, en el individuo, cambios de conducta a través de mediaciones cognitivas. Por su parte, Becoña y Oblitas (1997) señalan a las publicaciones de Razón y Emoción en Psicoterapia por A. Ellis y Pensar y la Depresión por A. Beck, los escritos precursores del modelo cognitivo que permitieron, alrededor de los años 70, las publicaciones de los primeros Manuales Cognitivo – Conductuales.

Sin embargo, existen diversas clasificaciones de dicho modelo, siendo la más referida la de Mahoney y Arknoff (1978) quienes las dividen en tres grupos a saber: Las terapias de reestructuración cognitiva conformada por la Terapia Racional Emotiva de Ellis, el entrenamiento autoinstruccional de Meichenbaum y la terapia cognitiva de Beck; en un segundo grupo tenemos las de habilidades de afrontamiento para manejar

situaciones en las que encontramos el modelado encubierto de Cautela, el entrenamiento para manejar situaciones de Goldfried, el entrenamiento de inoculación al estrés de Meichenbaum; Finalmente, en el grupo de solución de problemas tenemos a D' Zurilla y Goldfried y la Ciencia Personal de Mahoney.

Cabe resaltar que el rol central de las cogniciones en los problemas emocionales y conductuales exigen el uso de técnicas de ambos tipos para abordar eficaz y eficientemente los problemas del individuo. Al respecto, podemos afirmar, siguiendo a Beck (2012) que aunque se dé la apariencia de estar centrados en conductas observables, dichas técnicas conductuales ayudan al paciente a someter a prueba presupuestos y cogniciones desadaptativos.

En esta línea, abordar un problema de ansiedad fóbica como es la agorafobia, desde los principios de la Terapia Cognitiva de Aaron Beck, será hacer uso del Modelo Cognitivo Conductual desde el primer grupo en que las clasificaba Mahoney y Arknoff (1978).

CAPÍTULO II PRESENTACIÓN DEL CASO

2.1 Datos de Filiación

Nombres y Apellidos	:	Marco
Sexo	:	Masculino
Edad	:	22 años
Fecha de Nacimiento	:	20 de enero de 1994
Lugar de Nacimiento	:	Lima
Número de hermanos	:	3 hermanos
Lugar que ocupa	:	2/3
Estado Civil	:	Soltero
Grado de Instrucción	:	Superior: Ingeniería Civil (Prácticas)
Lugar de Residencia	:	Lima. La Victoria
Tiempo de Residencia	:	Desde que nació
Informante	:	Paciente y madre
Fecha de Entrevista H. C	:	11, 13, 19, 20, 21, 30/01/17
Evaluador	:	Segundo López Zumaeta

2.2 Motivo de Consulta

El entrevistado viene en compañía de su madre y refiere que padece de ataques de ansiedad muy fuertes que le producen mucha incomodidad.

Estos episodios le suceden cuando –señala el paciente- “salgo de viaje fuera de la ciudad, al ir de un lugar a otro en el micro, estar en lugares cerrados como son el cine, el transportes públicos, los edificios de estructura angosta y también los ascensores; en estos lugares siento que me falta aire, tengo calentura en mi rostro, o que me asfixio y pienso que me puede dar un ataque de desesperación y que voy a perder el control, que no voy a poder escapar o salir de esos lugares”; Asimismo, añade “en esos momentos tengo sudoración en las manos, se me seca la nariz, me palpita fuerte el corazón, me pongo inquieto. Todo esto me limita en muchas cosas porque no puedo movilizarme con normalidad.

Cuando me trasladaba de la Universidad Nacional de Ingeniería, donde estudio, a mi casa, yo me encontraba en un bus que se llama “el rápido” que va por Evitamiento, el bus se encontraba casi lleno y, con todo el tráfico que había, no iba poder decirle al chofer que quería bajarme si nos quedábamos atrapados en medio de ese tráfico pesado; yo ya estaba empezando a sentir que me estaba desesperando y empezó a faltarme el aire; como no se puede bajar en cualquier lugar de esa carretera preferí ni siquiera preguntar si puedo bajar ya que temía que me lo prohiban y se haga más fuerte lo que sentía así que, ni bien el bus paró para que suban algunas personas, yo me bajé. Siempre busco un escape, si lo encuentro ya estoy más tranquilo; cuando estoy con mi enamorada me siento más seguro, más protegido”

El paciente refiere que el ataque de ansiedad hace referencia a todo lo mencionado líneas arriba; este se dio por primera vez en la infancia. El episodio que se presenta, sucedió en marzo del 2016, el cual hasta la fecha ha ido incrementándose.

2.2.1 Episodios previos

A los 7 años de edad empezó a sentir miedo a la falta de aire en su respiración; esto se daba en medio de los juegos que tenía con sus hermanos algunas tardes en su casa –afirma- “me tapaban con una manta y no me dejaban salir, me decían: ya te tenemos, ya te tenemos, entonces yo no podía respirar y gritaba porque no podía soportar que me hagan eso”. Luego de este episodio empezó su temor a la falta de respiración, y señala que empezó a estar más atento y más cuidadoso a los juegos con ellos pues manifiesta que “cuando querían molestarme me tapaban y me desesperaba”

Por esa misma época, entre los siete y ocho años, volvió a experimentar una situación parecida cuando estaba en el colegio con sus compañeros de clases; en dicho lugar –indica- “mis amigos me apanaron, porque yo caí al suelo y todos se tiraron encima mío, entonces yo grité fuerte porque no querían soltarme” Su grito se produjo por las sensaciones de asfixia que experimentó, manifestando “claramente recuerdo que me volvió esa sensación de asfixia, que no podía respirar, entonces me desesperé y grité porque me estaban aplastando y eso no me gustaba porque perdía la respiración”. Aparentemente supero esta crisis, sin embargo comenzó a realizar conductas de evitación, por ejemplo: no estar con los amigos, evitar la colchoneta, evitar jugar con sus hermanos, correr cuando sus hermanos lo querían coger.

En su adolescencia, aproximadamente a los 14 años de edad vivió un hecho parecido al de la infancia aunado a la falta de control; era un día de colegio, estaban en la zona deportiva e indica “en la secundaria de nuevo, con unas colchonetas me apanaron, yo pensaba que me estaba muriendo adentro, no era como los demás, yo me decía ya fue ya, porque ahí yo no tengo el control, eso me desesperaba” Sin embargo, manifiesta no tener ningún temor si sabe que él podrá salir cuando lo decida, por eso afirma “si yo sé que podré salir cuando quiera puede pasar varios minutos y hasta aburrirme incluso y no tengo miedo, solo me sucede cuando sé que estar atrapado no depende de mí”

En el 2014, con 20 años de edad, aproximadamente, le sucede un episodio ansioso cuando se encontraba en el cine con su enamorada. Ella señala “lo vi extraño”, pues empezó a manifestar ciertas conductas que ella iba reconociendo que le sucedían en algunas otras ocasiones como cuando estaban en la combi al salir de la universidad, afirma: “perdía la atención a la conversación, no mantiene el contacto visual conmigo, comenzaba a coger sus cosas billetera, audífonos o lo que tuviera a la mano, las ordenaba, las guardaba, cambiaba de lugar, etc. Al preguntarle que le pasaba respondía que había sentido esas sensaciones de perder el control, de sentirse intranquilo.

Asimismo, “cuando iba en el bus e iba empezar el tráfico nos bajábamos” y añade “varias veces tuvimos que bajar del carro, así fuera en un lugar peligroso, no solo pasaba en combis sino en buses grandes y me decía que no importaba el tamaño del lugar sino que si sabía que no podía bajar o escapar del lugar, en cualquier momento, se sentía así” Estos episodios empezaron a hacerse más frecuentes, especialmente en los transporte públicos que subía.

En agosto del 2016, con 22 años de edad pasó un nuevo episodio muy fuerte durante un viaje fuera de Lima. Manifiesta “viajé a Ayacucho para un Congreso, al inicio no quise pensar en nada pero a la hora de iniciar el viaje empecé a pensar que me iba dar mi ansiedad, me sentí incomodo, me desesperé, quise bajarme y buscaba, al menos una ventana, para poder tranquilizarme, iba al baño, me mojaba pero seguí incómodo, no quería que me toquen, apretaba las cosas que tenía en la mano, incluso rompí mis audífonos de la fuerza, no podía estar quieto, tenía que moverme”.

En dicho viaje se encontraba acompañado de su enamorada, quien manifiesta: “pasada la primera hora en el bus ya estábamos saliendo de Lima, el paisaje de viviendas, de campo, etc. ahí cambió su comportamiento, empezó a ordenar todo lo que tenía, se le caían las cosas, cuando se fue al baño traté de hacerle espacio, evité que el pasajero delantero inclinara su asiento para que esté cómodo pero cuando regresó no me habló, no me miraba, no me respondía, me dijo que no haga nada; de nuevo sacó sus cosas, reordenó las mantas del bus y cuando le toqué me dijo que no le tocara, retiró mi mano y dijo que estaba caliente y que él quería aire frío, que el aire acondicionado del bus estaba caliente, se echó y comenzó a sollozar, lo vi desesperado”

En dicha ocasión solicitó, pasar a la cabina para estar cerca a la ventana pero, por protocolo de seguridad de la empresa no se lo permitían; además, su enamorada les manifestó que solía ponerse peor hasta llegar a gritar o querer salir a la fuerza, comentario que no fue tomado con buen agrado por el personal del servicio. Esta situación llevó a Marcos a coger un Rosario y sujetarlo en sus manos para rezar. Al hacerlo, afirma su enamorada, se tranquilizó un poco su respiración, “aunque no dejó de ser agitada salvo los pocos periodos en que durmió.

Al llegar a la plaza, seguía un poco raro señalando que el paisaje, la ciudad entera le hacía sentirse ansioso”. El retorno lo tuvieron que realizar por otro medio de transporte, es decir, mediante una camioneta de un amigo para tener la seguridad que podía parar en cualquier lugar si volvía a sentirse mal. Finalmente, añade su pareja “Ya en Lima decidió ir al Doctor” y fue que llegó al Hospital.

2.3 Procedimiento de Evaluación.

2.3.1 Historia personal

Historia Pre-natal

El evaluado no fue planificado; anteriormente a su gestación la madre estaba recuperándose de una cesárea con su primer hijo, quedando embarazada pero no se pudo completar la gestación por un aborto espontáneo; dos años después se entera que estaba nuevamente embarazada; la noticia despertó alegría en la familia y fue acogida con ilusión. Por otro lado, la madre experimentó exceso de náuseas y no toleraba su alimentación; sin embargo se mantuvo trabajando hasta el tercer trimestre y no presentó otras enfermedades. Cumplió con el control pre-natal.

Historia Peri-natal

Al tercer trimestre, a los ocho meses de gestación, mientras se encontraba en sus labores domésticas de lavado, la madre sintió un dolor muy fuerte en la zona abdominal; acude a la emergencia tres horas después al no soportar los síntomas de malestar quedándose en observación desde las tres de la tarde; en la segunda visita médica se percatan que había sufrido un desprendimiento de placenta por lo que ordenan la cesárea inmediata por la disminución de latidos cardiacos del feto. Su peso

fue de 3,800 kg, coloración normal, peso promedio y presentó breve llanto al nacer. Hubo necesidad de incubadora por seis días y le manifestaron, a la madre, que ingirió líquido amniótico. No presentó secuelas posteriores.

Historia post-natal

Respecto a su alimentación señala que lactó de forma regular y exclusiva hasta los tres meses; durante este periodo de tiempo se creó un vínculo de apego fuerte con la madre; entre los tres y seis meses su alimentación estuvo intercalada entre leche materna y formula pues su mamá tuvo que retornar a su centro laboral por concluir su descanso postnatal; a los seis meses se incrementó con papillas y el destete se produjo de modo progresivo hasta el año y medio de edad que fue definitivo.

En cuanto a la psicomotricidad, la madre señala que los reflejos de succión se inician desde el nacimiento; dirige la mirada en reconocimiento de la voz parental, especialmente de la madre, aproximadamente al mes; sin embargo, manifestó hipertonicidad de cuello y extremidades; desde el primer mes de su alumbramiento participando del programa de estimulación temprana para cesareadas en el Hospital Rebagliati; a los seis meses mantiene una postura sentada, asimismo inicia en dicha etapa el gateo logrando una postura bípeda a los ocho meses e iniciando, con ayuda, sus primeros pasos logrando caminar al promediar los doce meses; para el año y medio sube y baja escaleras con seguridad. Al año y medio ya controla esfínteres por lo que deja de usar pañales.

Respecto a su habilidad en el lenguaje manifiesta que al año, aproximadamente, ya pronunciaba sus primeras palabras (papá, mamá) y a los dos años cuenta ya con un repertorio de cincuenta palabras encontrándose dentro de lo esperado para su edad cronológica.

Niñez

El inicio de su etapa escolar fue a los a los tres años en el nido particular “Abraham Lincoln” cerca a su casa, para su ingreso señala que fue evaluado por una psicóloga quien refirió al paciente que tenía un coeficiente intelectual alto; menciona que era distraído también; luego es trasladado para cuatro y cinco años por El Agustino.

Escolaridad

La primaria la inició a los seis años en el colegio “Gloriosos Húsares de Junín”, centro laboral de su madre en el mismo distrito. Durante esta etapa manifestó gustarle las matemáticas, ser aplicado en manualidades y ocupar el primer o segundo puesto de su clase; asimismo, mantenía buenas relaciones amicales y disfrutaba de las actividades programadas, siendo apreciado por sus maestras.

A los trece años inicia la secundaria manifestando gusto por las matemáticas, historia y literatura; obtiene buen rendimiento en sus exámenes debido a su buena retención y comprensión de los temas de clase, sin embargo, en la revisión de cuadernos o trabajos bajaban sus notas por no presentar las tareas a tiempo por no tomar apuntes de las sesiones de clases perjudicándole en su rendimiento académico y los primeros puestos que ocupaba; mantiene su actitud sociable y de buenas relaciones con sus profesores. Actualmente refiere que no guarda comunicación con sus amigos de esta etapa.

Al terminar sus estudios secundarios decide prepararse en la Pre-UNI postulando y alcanzando una vacante en la segunda oportunidad; se inclina por los cursos de la rama de Construcción y Gestión, señalando que es “porque siento que aún falta mucho por saber en esa rama, mucho que mejorar (productividad por ejemplo)”. En la relación con sus compañeros señala ser muy buena, por ello precisa que “más paro con ellos,

fuera de la universidad tengo muy pocos amigos y son geniales, no solo los de mi código (promoción) sino conozco más personas de otros ciclos ya que estoy en un grupo de estudios y he podido relacionarme con mayor cantidad de personas. También estudio con mi enamorada”

Salud

Respecto a su salud, el evaluado ha presentado diversos episodios de malestar, sin embargo estos fueron descartados en la consulta. A los siete meses se le detectó alergia a la penicilina contraída a través de la lactancia por su progenitora a raíz de una infección sufrida; constantemente mantuvo fiebres altas que controlaba con Antalgina pero la abundante sudoración, “tenía transpiración del codo hasta la muñeca era a chorros”, llevaron a que sea derivado por el pediatra, aproximadamente al año de edad, a Neurología para un descarte orgánico saliendo este negativo.

Asimismo, como se ha señalado en la etapa perinatal, manifestó Hipertonía muscular, por lo que asistió “a partir de los dos meses hasta el año a una terapia” llegando a superarse y “mejorando motricidad fina por encima del promedio”, indicó; hace uso de plantillas y zapatos ortopédicos por “ligero pie plano a los 2-3 años”

Entre los tres y trece años padece de enuresis nocturna y abundantes ganas de micción cuando se encontraba en el colegio; al respecto la madre señala que “por pedir a cada rato el baño lo llevó, a los ocho años, al Urólogo pediatra” llegando a descartarse cualquier enfermedad; la enuresis remiten espontáneamente.

Además, es internado en el Hospital a los nueve años por fiebres “que no bajaba de 38, pero sin tratamiento ni medicamento se fue”, señala la madre, llegando los médicos a decirle que fue algo viral. Entre los quince y dieciséis años, indica la madre que “sentía que el corazón le molestaba, lo llevé al Cardiólogo y descartaron cualquier

enfermedad; también a los dieciséis pasó lo mismo con la visión y lo llevé al Neuro oftalmólogo pero me dijeron que todo estaba normal” Actualmente, manifiesta que está acudiendo a consulta psiquiátrica y psicológica por los sistemas materia de este estudio.

Por su parte, en el aspecto psicosexual, el evaluado señaló que la información sobre el tema la recibió en la escuela y de amigos pues “en la familia se habló muy poco, solo aconsejaban” asimismo, señala “fui aprendiendo de amistades y de información que leía”. En cuanto al enamoramiento manifiesta haber tenido tres enamoradas hasta la actualidad empezando a los catorce años; la duración de las mismas fue de cinco meses, doce meses y, actualmente, de cuatro años y cuatro meses de duración; afirma que se inició en la etapa universitaria y que hasta la fecha tiene muy buena comunicación.

Al respecto su enamorada señala “pasamos varias etapas como pareja pero ya estamos en un punto muy tranquilo de nuestra relación; es muy cariñoso, demuestra lo que siente”; sin embargo, “no es de descubrirme sus emociones a menos que le pregunte directamente” indica su enamorada; por otro lado; indica que se inició sexualmente a los diecinueve años y que esta “fue satisfactoria” y que los temas sobre la virginidad, el aborto y temas sexuales hoy están caracterizados por otros tiempos del cual está en desacuerdo.

En cuanto a sus características de personalidad, el evaluado, se considera como una persona jovial, comunicativa, tranquila, alegre, empática y servicial; manifiesta tener “muchos amigos” y ser “expresivo en sus emociones y afecto”; manifiesta, además, tomar la iniciativa en la comunicación que establece en nuevas relaciones interpersonales y disfrutar de la naturaleza y los viajes; por otro lado, afirma ser

autocrítico, autoexigente e incluso autoreprocharse por no haber tenido mejores ideas que sus pares en reuniones académicas; asimismo, le gusta tener la razón y manifestar liderazgo en su entorno.

Su etapa labora tiene inicio a los diecinueve años; ésta fue ocasional en los periodos vacacionales para obtener beneficios económicos que le ayudasen a solventar sus gastos personales; en los centros laborales de Call Center (ATENTO y otros) se desempeñó en la atención al cliente donde, la relación con sus compañeros, fue cordial y buena. Por otro lado, se ha desempeñado en clases particulares a personas que se están preparando o estudiantes universitarios; actualmente realiza sus prácticas pre profesionales en un estudio de arquitectura en la elaboración de proyectos de ingeniería.

Respecto a su etapa psicosocial, se reconoce empático al establecer relaciones interpersonales; asimismo, manifiesta que no muestra ningún propósito de caer bien a la gente, sin embargo, cae bien. Sus amigos de la infancia y adolescencia tanto de la escuela como de su domicilio, no los frecuenta en la actualidad ya que “los estudios ocupan la mayor parte de su tiempo; sin embargo, mantiene contacto con algunos compañeros de sus centros laborales y, en su mayoría, frecuenta a los compañeros de su universidad con quienes asistía frecuentemente a reuniones amicales y que ahora se encuentran disminuidas tanto por su carga laboral como por sus dificultades personales, materia del presente caso.

Finalmente sus hábitos personales están centrados en ver videos en Internet (sobre autos, motores), me gusta leer (también sobre autos, motores y mecánica), también me gusta leer sobre obras literarias (aunque últimamente no he leído). Realizaba paseos en bicicleta pero actualmente ha dejado de practicarla.

Historia Familiar

El paciente proviene de un hogar funcional siendo el segundo de tres hermanos; vive con los padres y hermanos y considera que el ambiente ha tenido diferentes etapas, “a veces hay discusiones entre papá y mamá; hemos tenido anteriormente problemas económicos, la relación de mi mamá y papá es un poco córtate entre ellos dos” pero “el clima familiar es tranquilo, aunque a veces hay discusiones”

Pablo, su padre, tiene 58 años, trabaja con su hermano en Costura. Señala: “mi papá es una persona que se esfuerza bastante por nosotros, tiene sus errores porque varias veces sus hermano le han engañado (y por lo que ha tenido discusiones con mi mamá) es un poco renegón e independiente y bastante servicial con nosotros (nos prepara la cena y nos sirve por ejemplo) aunque a veces lo hace renegando. Nosotros nos queremos mucho y sí hay una buena relación con nosotros”

Vilma, su madre, tiene 56 años, afirma que es Docente Titulada en Educación Física y es profesora en el colegio “Gloriosos Húsares de Junín”. Asimismo, indica que es “alegre con las demás personas y siempre se preocupa mucho por nosotros, ella es capaz de todo por nosotros”; de dicha relación señala que se muestran afecto, tienen buena comunicación aunque a veces discuten; ha manifestado sobreprotección frecuentemente a causa de haber “sufrido de niñez porque no vivió con sus mamá”.

Pablo Eduardo, hermano mayor, tiene 26 años, es Titulado en Administración en Negocios Internacionales en San Marcos y está haciendo su Posgrado, está trabajando como administrador en una empresa; es trabajador, no tiene dificultades mayores, salvo ser más reservado; asimismo indica que “no hablamos mucho porque nuestros tiempo se cruzan y solo lo veo los fines de semana o en las noches”.

Carlos Manuel, hermano menor, tiene 19 años, es estudiante de segundo ciclo en la carrera de Ingeniería Electrónica en la San Marcos; es trabajador y responsable y no manifiesta ninguna enfermedad relevante; su relación en buena aunque “tampoco me veo mucho” porque ambos están en la universidad y solo pueden coincidir “los fines de semana a veces vemos una película, pero no mucho”

2.3.2 Examen Mental

Observación:

➤ Porte: Entrevistado de sexo masculino, de 22 años de edad, de tez clara, de 66 kg de peso (normosómico) y 1,68 de talla aproximadamente, de apariencia congruente con la edad cronológica; cabello castaño oscuro; viste acorde a la estación, edad y género, con aliño e higiene personal adecuada.

➤ Comportamiento: Se desplaza con marcha normal, adopta una postura erguida en posición sentada. Presenta facies de cansancio, escasa mímica en su relato y sostiene la mirada durante su narración.

➤ Actitud: Colabora durante el proceso de evaluación.

Funciones Psíquicas.

a) Globales: Evidencia conciencia lúcida, atención a la entrevista; sin embargo, por momentos se le aprecia distraído. Se encuentra orientado en las tres esferas básicas de tiempo, lugar y persona.

b) Parciales: En cuanto a su pensamiento presenta un contenido coherente y lógico con algunas ideas de preocupación; sus respuestas son fluidas con tono y ritmo adecuados; su nivel de percepción se encuentra conservado y su memoria esta conservada a corto, mediano y largo plazo.

En sus procesos afectivos evidencia ansiedad que se manifiesta en tensión, aprensión y excitabilidad neuromuscular; en la vertiente psíquica expresa miedo sin objeto actual de peligro o amenaza.

Conductualmente, no manifiesta alteración de sueño ni apetito encontrándose estas conservadas; sin embargo, prefiere evitar las situaciones que le producen malestar significativo.

Finalmente, tiene conciencia de enfermedad, manifestando que quiere iniciar un tratamiento para mejorar su comportamiento.

Listado de Signos y síntomas.

Signos: joven de 22 años, tez clara, cabello castaño oscuro, contextura promedio, (normosómico), talla media, se le aprecia con buen aliño e higiene personal, hace uso de correctores oculares, se le aprecia con inquietud de pies, sudoración palmar, hace contacto visual y colaborador.

Síntomas: preocupación, incomodidad en lugares congestionados de tráfico, falta de aire, opresión de pecho, acaloramiento, sequedad en la boca y en las fosas nasales, nudo en el estómago, respiración agitada, sofocación, agitación motora y sensación de asfixia por encontrarse en lugares cerrados o de aglomeración de personas donde escapar resulta imposible.

2.3.3 Pruebas psicológicas.

Se procedió a recoger información mediante la entrevista y observación y la selección de pruebas pertinentes en dos fases; la primera para establecer el posible diagnóstico, la cual apuntó desde los primeros momentos a un posible caso de Agorafobia, la segunda fase, una vez establecida la hipótesis, fue para establecer el

origen y mantenimiento de la conducta problema. Durante el proceso de evaluación – primera fase- se llagó a explorar las áreas de Organicidad, Inteligencia, Personalidad, Afectividad y los datos se consignan en el informe psicológico; las pruebas utilizadas en esta fase fueron las siguientes (Se adjuntan en Anexo N° 1):

- ✓ Test Gestaltico Visomotor de Bender.
- ✓ Test de retención Visual de Benton – Forma D.
- ✓ Escala de Inteligencia para adultos de Weschler – Wais III.
- ✓ Test de Asociación de Palabras – TAP.
- ✓ Inventario Clínico Multiaxial de Millon.
- ✓ Inventario de la Personalidad de Eysenck.

2.4 Informe Psicológico.

Nombre : P. S. M. A.
Edad : 22 años
Fecha de Nacimiento : 20/01/1994
Lugar de Nacimiento : Lima
Estado Civil : Soltero.
Grado de Instrucción : Superior Incompleta.
Ocupación : Estudiante.

Lugar del Examen : Servicio de Psicología - Diagnóstico
Fecha del Examen : 11, 13,19,20,21,30/01/17
Referido por : Dra. Barrientos
Examinado por : Interno Segundo López Zumaeta

Motivo : Evaluación de Personalidad y Pensamiento.
Técnicas Aplicadas : Observación y Entrevista.
Pruebas Aplicadas : Test Gestaltico Visomotor de Bender, Test de Retención Visual de Benton, Escala de Inteleigencia para Adultos de Weschler – WAIS III, Test de la Figura Humana de Karen Machover, Test de Frases incompletas de Sacks, Inventario de Personalidad de Eysenck, Inventario clínico Multiaxial de Millon II, Test de Asociación de Palabras -TAP.

OBSERVACIONES GENERALES:

Evaluado de tez clara, cabello castaño oscuro, contextura y talla media; viste acorde a la estación y a su género, con aliño e higiene personal adecuada y hace uso de correctores oculares; su lenguaje es fluido con ritmo y tono adecuado; su pensamiento coherente; hace y sostiene el contacto visual, está lucido, orientado en tiempo, persona, lugar y colabora con la entrevista.

MOTIVO DE CONSULTA:

Paciente refiere: “desde marzo del 2016 me incomodo en los carros cuando va lleno o hay mucho tráfico, me pongo muy ansioso, tengo temor a lo que me pueda pasar; en agosto tuve que viajar a Ayacucho y tuve temor; siempre busco un escape, si lo encuentro ya estoy más tranquilo; siento que me falta el aire, la respiración, me pongo inquieto, mi corazón palpita bastante”

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS:

ORGANICIDAD

Al explorar las funciones grafo- perceptivas, a través del copiado directo de los diseños, no se encuentra errores en las áreas motora, perceptual ni espacial, logrando mantener la Gestalt. Del mismo modo, la memoria visual no evidencia errores significativos logrando la retención y evocación adecuada de los estímulos previamente presentados.

INTELIGENCIA

En inteligencia el evaluado ha obtenido un Cociente Intelectual global de 108 que lo ubica en el nivel Promedio. En la Escala Verbal obtiene un Cociente Intelectual de 116, ubicándose en el nivel Normal brillante y, en la Escala Ejecutiva un cociente de 95 lo que corresponde al nivel Promedio.

En el análisis cualitativo de los subtest de la Escala Verbal encontramos un excelente rendimiento en la función de juicio y razonamiento para discernir lo adecuado o inadecuado en situaciones sociales (sentido común); asimismo, el examinado, evidencia un rendimiento muy bueno en la evocación de la información adquirida así como en la función de análisis y síntesis para elaborar conceptos poniendo en juego su pensamiento a nivel abstracto.

En cuanto a su capacidad de aprendizaje evidencia un conocimiento del lenguaje adecuado y de igual modo, la función de atención y concentración para realizar abstracciones desde las cuatro operaciones básicas se encuentran dentro del nivel promedio esperado. Sin embargo, la función de atención y concentración de la memoria a corto plazo para retener información se encuentra moderadamente disminuida.

En el análisis cualitativo de los subtest de la escala de Ejecución encontramos un rendimiento muy bueno en la función de coordinación visomotora para el análisis y síntesis de la información recibida que le permiten descomponer el todo en sus partes y reagruparlos y pone en juego adecuadamente la función de aprendizaje imitativo mediante el uso de la memoria visual; por otro lado, la función de planificación para integrar un todo desde las partes y su razonamiento para establecer secuencias lógicas de tipo social se encuentran levemente disminuidos.

En lo que respecta a su concentración visual para discriminar lo esencial de lo accesorio se encuentra moderadamente disminuido.

PERSONALIDAD

En la infancia se caracterizaba por ser sociable, comunicativo y amigable, manifestando sus afectos de modo espontáneo y disfrutando de las actividades lúdicas con sus pares; asimismo, era sensible a las necesidades en su entorno familiar por lo que se mostró servicial y obediente a las indicaciones parentales.

En el ámbito del hogar la dinámica e interacción familiar se desarrolló sin mayores dificultades experimentando un clima positivo entre sus integrantes; sin embargo, manifestaba facilidad de llanto cuando su madre no regresaba, de sus labores académicas, a la hora acostumbrada, por las noches, generándole ansiedad e intranquilidad hasta su vuelta. Asimismo, por esta época, tuvo sus primeras experiencias condicionantes de temor; mostrando desesperación ante la falta de aire y sensación de asfixia, durante los juegos con sus pares de la escuela o sus hermanos en casa.

En la adolescencia mantiene su carácter sociable, alegre y comunicativo, participa de salidas con sus coetáneos desenvolviéndose con naturalidad y buscando ser empático en su trato, situación que le permiten entablar rápidamente relaciones interpersonales; sin embargo, su sensibilidad al rechazo y a la frustración, así como su necesidad de destacar y obtener reconocimiento lo llevan a mostrarse reactivo frente a eventos desagradables llegando a evitar las situaciones y ambientes donde no pueda influir o persuadir con sus opiniones o argumentos, evidenciando su poca flexibilidad y autosuficiencia.

Dichos eventos activan sus esquemas distorsionados que lo llevan a conclusiones arbitrarias sobre sí mismo expresados en autoafirmaciones como “No me gustaría que me vean débil las otras personas”, “si me desespero no me van a entender”; “voy a perder el control” llegando, mediante dichos procesos cognitivos distorsionados, a ser selectivo de la información que mantenían esas creencias.

En la juventud se muestra autoexigente en el cumplimiento de sus metas y proyectos personales manifestando persistencia y responsabilidad en el cumplimiento de sus obligaciones estudiantiles y laborales; se muestra seguro, creativo y hábil en su aprendizaje; sin embargo, mantiene altas expectativas de logro por lo que se vuelve vulnerable al fracaso y la frustración al perseguir sus metas con tendencia a la magnimización y generalización de los aspectos negativos que experimenta expresados en autoexpresiones como “si se enteran que tengo esto (ansiedad) el ingeniero no me va dar trabajo”, “voy a quedarme enfermo para toda la vida”, “me voy a asfixiar”, “me voy a morir”, “voy a ser incapaz de volver a casa por mí mismo”

Actualmente, dichas autoafirmaciones y distorsiones cognitivas, incrementan la percepción de incontrolabilidad de las sensaciones ansiosas ante situaciones que escapan de su control personal, por lo que se muestra impaciente para obtener resultados rápidamente, dejando evidenciar sus escasos recursos de afrontamiento.

PENSAMIENTO

En la evaluación de los aspectos formales del pensamiento hemos encontrado 24% de respuestas asociativas, siendo lo esperado 80% lo cual indica que existen dificultades para llegar a la fase de análisis y síntesis. Asimismo, ha proporcionado un 74% de respuestas próximas, del 15% esperado, siendo en su mayoría las de referencia, lo que indicaría que el proceso formal del pensamiento se encuentra

detenido en la fase de análisis, este tipo de respuestas se caracterizan por apenas diferir de la palabra estímulo. Finalmente, se encuentra un 2% de respuestas distantes encontrándose dentro de lo esperado. El curso del proceso formal del pensamiento es estable.

CONCLUSIONES

- A nivel de la evaluación viso constructivas y de la memoria visual se descarta posible daño orgánico cerebral.
- En inteligencia el evaluado ha obtenido un Cociente Intelectual global de 108 que lo ubica en el nivel Promedio. En la Escala Verbal obtiene un Cociente Intelectual de 116, ubicándose en el nivel Normal brillante y, en la Escala Ejecutiva un cociente de 95 lo que corresponde al nivel Promedio.
- Evaluado con características de personalidad sociable, comunicativo y espontáneo en la manifestaciones de sus afectos y emociones; es sensible a las necesidades de su entorno, especialmente familiares; se muestra persistente y responsable en sus proyectos personales así como autoexigente en sus deseos de logro y autonomía; sin embargo, tiene alta sensibilidad al rechazo y baja tolerancia a la frustración, necesidad de reconocimiento y admiración por lo que se torna vulnerable a generar altos niveles de ansiedad y pérdida de los recursos de afrontamiento adecuado.

- Actualmente, en los procesos formales del pensamiento se hallan dificultades para llegar a la fase de síntesis. Se descarta psicopatología mayor. Protocolo, complementado con el criterio clínico, compatible con indicadores ansiosos.

RECOMENDACIONES

Terapia Individual de enfoque Cognitivo Conductual.

2.5 Identificación del Problema.

Marco Antonio es un joven de 22 años, quien presenta síntomas que satisfacen los criterios diagnósticos para la Agorafobia desde el punto de vista clínico.

Experimenta malestar intenso que se manifiestan en sofocación, sequedad de boca, agitación motora y sensación de asfixia por encontrarse en lugares cerrados o de aglomeración de personas donde escapar resulta imposible; asimismo, se identifica que tiene miedo agobiante a que las personas se den cuenta que se ruboriza y acalora pensando de él que es un tonto y que no es un chico normal; se muestra híper-vigilante cuando se ve en dichas situaciones y preocupado en qué le van decir o pensar los demás si pierde el control. Desde los diecinueve años empiezan a ser más evidentes sus síntomas por lo que, Marco Antonio, prefiere evitar todo tipo de situaciones que incrementan su preocupación y la aparición de su sintomatología.

De igual modo, expresa que su ansiedad se intensifica si tiene que hacer uso del transporte público en horarios de mucha congestión vehicular, atravesar la estación central del Metropolitano, asistir a conciertos o viajar lejos de casa a lugares despoblados produciéndole estados de inadecuación que interfiere su funcionalidad cotidiana. Asimismo, ha evitado hasta el momento subir en aviones, trenes o ascensores de largo trayecto para no enfrentarse a la imposibilidad de escape. La sintomatología presentada por Marco Antonio fue confirmada mediante una evaluación diagnóstica que se ajusta con las características esenciales de la Agorafobia sin historia de Pánico.

Al respecto Caballo, Salazar y Carrobles (2014) señalan que en el caso de la agorafobia “la característica fundamental es la evitación o ansiedad extrema en una

serie de situaciones que implican no poder escapar u obtener ayuda si se experimentan sistemas de ansiedad” (p. 221).

Por lo mencionado se creyó conveniente trabajar con el modelo Cognitivo – Conductual que, según Caballo (2007) explica dicha patología mediante cuatro componentes cognitivos: las anticipaciones a consecuencias negativas como vivenciar un hecho bochornoso en un ambiente público, la valoración negativa de los propios recursos como no poder afrontar tiempos prolongados en lugares considerados peligrosos, la autovaloración constante de los propios síntomas como estar pendiente del inicio de la sintomatología y las rumiasiones ya sean de escape o evitación cumpliéndose, de este modo, las características que atraviesa Marco Antonio ante las situaciones agorafóbicas.

Asimismo, mediante entrevistas y auto informes, la segunda fase de la evaluación se dirigió a aquellas conductas que el paciente presentaba que permitieran la elaboración de plan de intervención con objetivos terapéuticos concretos. Para tener una medida pre y pos tratamiento se administraron los siguientes instrumentos de evaluación:

2.5.1 Inventario de Agorafobia – IA. (Echeburúa, Corral, 1987).

Se trata de un cuestionario autoaplicado, que consta de 69 ítems y se divide en dos partes; la primera mide frecuencia e intensidad con que experimenta, el paciente, tres tipos de respuestas: motora psicofisiológica subjetiva y cognitiva, ante los lugares o las situaciones agorafóbicas temidas evaluándose en dos modalidades: solo y acompañado. Las respuestas están establecida tipo Likert con un rango de 0 a 5 puntos para cada respuesta. La segunda parte tiene por finalidad valorar la variabilidad

de las respuestas y los factores que contribuyen a aumentar o reducir la ansiedad provocada por las situaciones o lugares temidos.

La puntuación de corte para discriminar la población sana de la aquejada por la agorafobia es de 176 en la escala Global y de 96, 61 y 30 en las subescalas de Respuestas Motoras, Psicofisiológicas y Cognitivas respectivamente. A mayor puntuación, mayor es la gravedad del síndrome agorafóbico. (Echeburúa, 1993).

La puntuación obtenida por el evaluado antes de la Intervención fue de 181 en la modalidad solo de la Escala Global encontrándose que se encuentra 5 puntos por encima del promedio de normalidad; dicha puntuación, según la base teórica del Inventario, nos permite interpretar que se encuentra con un cuadro leve de agorafobia. (Se adjunta el inventario pre test aplicado. Anexo N° 2)

2.5.2 Inventario de Ansiedad Estado – Ansiedad Rasgo (IDARE)

La escala Ansiedad Estado (AE) mide el nivel de ansiedad transitorio experimentado en una situación determinada; además, evalúa los sentimientos de tensión, nerviosismo, preocupación y aprehensión que experimenta el sujeto. La escala Ansiedad Rasgo (AR) mide la propensión a la ansiedad; la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en A- Estado (Spielberger y Díaz-Guerrero, R. 1975)

En dicho inventario la puntuación directa es de **63** para la Ansiedad-Estado correspondiente a un Nivel de Ansiedad Moderado y de **48** en Ansiedad-Rasgo, correspondiente a un nivel de Ansiedad Bajo, según la clasificación de Quijano, S. (2015). (Se adjunta la aplicación pre test. Anexo N° 3)

Atendiendo a la información recogida mediante la entrevista clínica como por los instrumentos de evaluación aplicados, se llega a la determinación de la presencia de un diagnóstico que, según la Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento CIE-10, correspondería a la Agorafobia (F 40.00)

2.5.3 Análisis Funcional.

Tabla 1: Resultados del análisis funcional.

Antecedentes	Conducta	Consecuencia
<p>Externo:</p> <p>Cuando hay cantidad de gente presente que me va impedir la salida.</p> <p>En el bus durante la hora punta del tráfico y no tener la posibilidad de bajar.</p> <p>Estar en un lugar lejano de casa y desolado.</p>	<p>Cognitivo:</p> <p>“Voy a perder el control”</p> <p>“Me van a ver débil”</p> <p>“No soy capaz”</p> <p>Afectivo:</p> <p>Miedo,</p> <p>Temor,</p> <p>Ansiedad.</p> <p>Fisiológico:</p> <p>Acaloramiento.</p> <p>Nudo en el estómago.</p> <p>Sensación de ahogo y sofocación.</p> <p>Sequedad de la boca.</p> <p>Respiración agitada.</p> <p>Motor:</p> <p>Agita las manos y pies.</p> <p>Evade la mirada.</p> <p>Mutismo.</p>	<p>Externo:</p> <p>Se retira escapando de la situación.</p> <p>Planifica otra ruta de tránsito evitando la situación.</p> <p>Busca las señales de escape en situaciones temidas.</p>
<p>Interno</p> <p>Pensar que me voy a asfixiar</p> <p>Imaginar que no podre encontrar la salida.</p>	<p>Frecuencia: Cada vez que se encuentra en dicha situación.</p> <p>Duración: Mientras está en la situación</p> <p>Intensidad: 10/10.</p>	<p>Interno</p> <p>Autoverbalizaciones encubiertas:</p> <p>“nada me va pasar”,</p> <p>“no me voy a asfixiar”</p>

CAPITULO III PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

3.1 Especificación de los objetivos de tratamiento.

Creemos que la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) permitirá al paciente identificar, evaluar y modificar aquellas distorsiones cognitivas que impiden el afrontamiento de las situaciones fóbicas; asimismo, reducir las conductas de evitación de determinadas situaciones y la necesidad de búsqueda de seguridad mediante la disminución de la ansiedad asociada a ella permitiéndole así una mejor adaptación a su entorno. Para ello se establecieron los siguientes objetivos.

Objetivo General:

Disminuir los niveles de ansiedad y las conductas de evitación y búsqueda de seguridad en determinadas situaciones para alcanzar los niveles óptimos de funcionamiento identificando y modificando las distorsiones cognitivas establecidas como base de la conducta agorafóbica.

Para alcanzar nuestro objetivo general se han cumplido los siguientes **objetivos específicos:**

1. Explicar de forma racional el problema del paciente a través de la psicoeducación.

2.- Reducir la ansiedad anticipatoria dotando al paciente de mecanismos fisiológicos de afrontamiento o control de la ansiedad.

3.- Disminuir el sesgo de interpretación de la amenaza contrarrestando el exceso de autoconciencia sobre las sensaciones corporales.

4.- Identificar y cambiar los pensamientos distorsionados mediante la reestructuración cognitiva.

5.- Eliminar las conductas de evitación y las estrategias de seguridad empleadas que mantienen el problema ansioso.

6.- Interiorizar Técnicas de solución de problemas para evitar las recaídas

3.2 Diseño de las estrategias de tratamiento o intervención.

Para iniciar el proceso terapéutico se estableció una alianza entre el terapeuta y el paciente, en el cual se comprometieron en participar en forma activa durante las sesiones. De esta forma se empleó la técnica de la psicoeducación acerca de la problemática actual que atraviesa Marcos y cómo ésta podía modificarse con el modelo cognitivo – conductual, es decir, se explicó la relación entre pensamiento, emoción y conducta.

Asimismo, se hizo uso de técnicas relajación, técnicas de afrontamiento a las situaciones fóbicas y técnicas cognitivas para modificar las distorsiones cognitivas, que le permitieron desenvolverse más adaptativamente en las situaciones de su vida

cotidiana. Entre cada sesión se dejó tareas para la casa con el fin de corroborar los avances durante las mismas.

El tratamiento se realizó en 14 sesiones de intervención, fuera de las cinco sesiones de evaluación para el establecimiento del diagnóstico, las cuales tuvieron una duración de 50 minutos, una vez por semana. El programa de intervención quedó estructurado bajo este planteamiento para lograr los objetivos establecidos, por lo que se firma el siguiente consentimiento informado:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este documento intenta explicarle todas las cuestiones relativas a la utilización que se realizaría de sus datos de participación en el estudio psicológico de caso clínico.

Léalo atentamente y consulte con el investigador todas las dudas que se le planteen.

1. Información acerca de la investigación

La presente investigación realizada por el Interno Segundo Romelio López Zumaeta tiene por objeto la evaluación diagnóstica e Intervención para un caso de Agorafobia sin historia de Pánico realizada en el Hospital Hermilio Valdizán para Optar el Título Profesional en Psicología en la Escuela de Psicología de la Universidad San Martín de Porres que se realizará en 14 sesiones con una duración de 50 minutos por sesión.

2. Uso y confidencialidad de los datos.

Los datos que se obtengan de su participación serán utilizados únicamente con fines de la investigación. En ningún caso se harán públicos sus datos personales, siempre garantizando la plena confidencialidad y el riguroso cumplimiento del secreto profesional en el uso y manejo de la información y el material obtenidos.

3. Revocación del consentimiento.

Si, en el caso de decidir participar y consentir la colaboración inicialmente, en algún momento del proceso usted desea dejar de participar en las sesiones de evaluación o intervención psicoterapéutica, le rogamos que nos lo comuniqué y a partir de ese momento se dejarán de utilizar la información obtenida con fines académicos de formación y desarrollo profesional.

4. Declaración de Consentimiento.

Yo, Marco he leído el documento de consentimiento informado que me ha sido entregado, he comprendido las explicaciones en él facilitadas acerca de la Investigación de Caso Clínico – Diagnóstico e Intervención psicológica en un caso de Agorafobia sin historia de Pánico, he podido resolver todas las dudas y preguntas que he planteado al respecto.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presento. También he sido informado de que mis datos personales serán protegidos y serán utilizados únicamente con fines de formación y desarrollo profesional para la obtención del Título Profesional en Psicología en la Universidad San Martín de Porres.

Tomando todo ello en consideración y en tales condiciones, CONSIENTO participar en el Estudio de Caso Clínico y de las sesiones de Diagnóstico e Intervención Psicológica y que los datos que se deriven de mi participación sean utilizados para cubrir los objetivos especificados en el documento.

En Lima, a 13 días del mes de enero de 2017

Firmado: Sr. Marco (Se adjunta el original firmado – Anexo N° 4)

Asimismo, se especifican las técnicas conductuales y Cognitivas de la Intervención:

1. Psicoeducación.

En la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), el proceso por medio del cual el paciente recibe, del terapeuta, la información para la mejor comprensión, origen y alcance de las consecuencias de su problema o psicopatología la llamamos psicoeducación. En ella, se formulan los problemas en términos cognitivos identificando los pensamientos presentes, discriminado los factores desencadenantes y formulando las hipótesis que desarrollan el problema que lo aquejan (Moreno y Martín, 2007; Beck, 2000)

En cuanto a la agorafobia, tema central de nuestro caso clínico, seguimos el planteamiento de Moreno y Marín (2007) quienes señalan en cuanto al contenido psicoeducativo: la comprensión de la fisiología ansiosa y sus formas de manifestarse (entiéndase, ansiedad generalizada y crisis de ansiedad), su función, sus síntomas, los mecanismos que la facilitan o inhiben, las conductas de evitación y escape que la

mantienen, el papel que juegan los pensamientos catastróficos y el tratamiento más idóneo que, en este caso, será la reestructuración cognitiva y la exposición en vivo.

Es necesario señalar que en esta etapa de la intervención no fuimos ajenos a las expectativas del paciente ni se dejó de implicar al mismo, en el proceso de intervención tal como señalan los principios de la terapia cognitivo conductual al señalar que es un enfoque activo, directivo y estructurado (Beck, 2000)

2. Técnicas de Relajación Muscular progresiva de Jacobson.

Tensor los músculos con la intención de anticiparse a situaciones potencialmente peligrosas puede comportar una conducta adaptativa para preservar la vida (Moreno y Martin, 2007). En situaciones crónicas o situacionales dicha tensión puede ser la manifestación de un estado de ansiedad imposible de controlar por el individuo. Para contrarrestar el estado de tensión podemos encontrar diversas técnicas de relajación, entre las cuales está la técnica de relajación muscular progresiva desarrollada por diversos autores e inspiradas en la de Jacobson.

Según Moreno y Martin (2007) dicha técnica “busca reducir la tensión muscular, ayudando al paciente a ser consciente de la misma para poder librarse de ella rápidamente” (p.74). Ésta consiste, en una adaptación breve de dichos autores, en tensor y distender los músculos atendiendo a la experiencia muscular que se produce, para, posteriormente, discriminar el estado de tensión y relajación (Moreno y Martin, 2007; Buela-Casal, 2001) Dicha secuencia se repite en cada grupo de muscular estableciendo previamente una duración de tiempo.

3. Técnicas de Respiración Diafragmática.

La técnica de respiración responde a las técnicas de autocontrol. Según Buela-Casal (2001) consiste en respirar en forma correcta llenando nuestro estómago de aire y expulsándolo lentamente.

Dicha técnica está asociada al concepto de hiperventilación que se produce en los estados de ansiedad (Buela-Casal, 2001). En ella, los niveles de oxígeno se encuentran por encima de los niveles necesarios para el organismo provocando el incremento de la frecuencia e intensidad en la respiración. Por ello, para reducir estos niveles la técnica contempla la necesidad de pedir al paciente que respire con el diafragma, es decir, con el abdomen o la barriga, en vez de hacerlo con el pecho, logrando una respiración rítmica, lenta y reduciendo su intensidad.

4. Reestructuración Cognitiva.

Según Ruíz, Díaz y Villalobos (2012) la persona activa pensamientos negativos aprendidos desde la infancia y almacenados, a manera de esquemas, ante determinadas situaciones. Éstas, los llevan a cometer errores en el procesamiento de la información que, dentro de la Terapia Cognitiva Conductual reciben el nombre de distorsiones cognitivas.

Las distorsiones cognitivas que se producen el procesamiento de la información y que se estructuran en la persona intervienen en la interpretación de los estímulos internos o externos, según sea el caso. Es por ello que se hace necesario realizar una reestructuración, en el individuo, de sus pensamientos distorsionados.

El objetivo, pues, de la reestructuración cognitiva será, según Beck et al., (1985, citado por Moreno y Martín, 2007) modificar las creencias y valoraciones que tiene la persona respecto a lo que considera amenazante (en el caso de la ansiedad). Mediante esta técnica el cliente identifica y cuestiona sus pensamientos desadaptativos y los sustituye por otros adecuados reduciendo su malestar emocional (Bados, 2001), estos cambios en las cogniciones que mantienen los problemas atacan, finalmente, los errores en el procesamiento de la información (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012)

5. Técnicas de Desensibilización Sistemática

Esta técnica, creada por Wolpe en 1958, asume que la respuesta de ansiedad a situaciones temidas ha sido condicionada, es decir, aprendida. Siguiendo el mismo curso busca reaprender o contracondicionar dicha respuesta hasta llegar a su eliminación (Buela-Casal, 2001, Ruíz, Díaz y Villalobos, 2012).

Asimismo, la técnica se inicia con los pasos de la relajación de tal modo que una vez conseguido este estado le sigue la presentación jerarquizada de estímulos que, previamente paciente y terapeuta, han elaborado. Dicha jerarquía consistirá en el listado de aquellos estímulos ansiógenos y colocados en orden según su intensidad.

Según Cottraux (1991) se hace uso de una escala (ej. 0-100) en la que el individuo da un valor de intensidad que luego permite ubicarlos por orden creciente. Seguidamente, se le solicita que imagine lo más claramente posible las escenas que se le presenta partiendo éstas desde la más tranquila e incrementando su complejidad. Así, pues, alternando relajación e imágenes ansiógenas va progresando en la

jerarquía. Al respecto, Buela-Casal (2001) señala que será conveniente la elaboración de una escena neutra que ayude en dicha relajación y que, en general, se considera que el paciente ha pasado la escena si después de tres exposiciones no se ha manifestado la ansiedad.

6. Exposición In vivo

La exposición en vivo consiste en tomar contacto directo con la situación o estímulo temido, bien de forma gradual, bien entrando en contacto desde el principio con situaciones productoras de un alto nivel de ansiedad, en este caso la exposición se denomina inundación (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

El propósito, según Clark y Beck (2012) es para que el terapeuta cognitivo pueda desafiar las cogniciones y creencias catastróficas del individuo agorafóbico, mediante la elaboración de un listado de situaciones que le producen ansiedad en un nivel leve o moderado en las primeras sesiones para lograr experiencias satisfactorias. Posteriormente se sube de intensidad. Asimismo, aunque para dichos autores sería ideal que el terapeuta participara como modelo de la exposición, ésta se considera una tarea del propio paciente quien, al auto exponerse una vez aprendida la naturaleza de la técnica, alcanzará los mismos resultados esperados.

7. Técnicas de Solución de Problemas: Bloqueo y Auto instrucciones.

La detención de pensamiento es un método simple y efectivo a la hora de parar determinados pensamientos. Según Ruiz, Díaz y Villalobos (2012) esta técnica implica que el paciente cierre los ojos e imagine situaciones disfuncionales, cuando esté concentrado en ella el terapeuta gritará “stop” dando un golpe en la mesa y preguntará

al paciente, quien se desconcertará, si sigue pensando en los hechos pasados. Practicada la técnica con ayuda del terapeuta, pasará el propio paciente a realizarla de modo encubierto.

El objetivo será que la práctica transforme esta acción en un proceso automático de detención y redirección del pensamiento.

El Entrenamiento en Autoinstrucciones (EA) fue diseñado por Meichenbaum en 1969 con el objetivo de instaurar o modificar diálogos internos que interfieren con la realización de determinadas tareas o tiene dificultades para abordar determinadas situaciones. Dentro de la variedad de la aplicación de la técnica se considera el procedimiento de la siguiente manera, según lo plantea Ruíz, Díaz y Villalobos (2012): Se define el problema que afrontará, se aproxima a él focalizando la atención de lo que ha de realizar, se auto refuerza ante los pasos que va dando, verbaliza los errores para corregirse, autoevalúa su desempeño y, finalmente, se vuelve a auto reforzar.

3.3. Aplicación del tratamiento o procedimiento.

Primera Sesión.

25/03/2017.

Objetivo: Explicar de forma racional el problema del paciente a través de la psico-educación.

Técnicas: Psico-educación.

En la primera sesión iniciamos con la psicoeducación descrita en líneas anteriores. Para dar paso a la participación activa solicitamos a Marcos relate su último suceso ansioso; se utiliza este procedimiento para explicar el fundamento teórico de la ansiedad, sus síntomas y manifestaciones.

T. Buenos días Marcos, hoy iniciamos las sesiones de intervención. ¿Cómo te encuentras?

M. Bien, me encuentro bien.

T. Encontrarte bien ¿significa que te sientes cómodo? O que ¿no tienes las sensaciones de ansiedad que tenías hace unos días?

M. Que me encuentro cómodo. Las sensaciones de ansiedad casi siempre las tengo.

T. ¿Podrías contarme la última ocasión de ansiedad que hayas tenido?

M. Fue precisamente ayer que me dirigía hacia mi trabajo. Como usted sabe, subir al Metropolitano aun me cuesta manejarlo.

T. Bien, ¿qué fue lo que te sucedió?

M. Subí al Metropolitano y cuando iba entrar en la estación central empecé a sentir que me asfixiaba y empecé a desesperarme. Eso me causa mucho malestar y por eso baje antes de que entrase.

T. Preferiste bajar del bus antes de sentir esas sensaciones de asfixia que te dan. ¿Y te has preguntado por qué bajas?

M. Preguntado no pero lo hago porque no puedo cruzar, siento esa sensación fea y siento que voy a asfixiarme, que me voy a desesperar. Mi boca se seca y siento como que me quema la cara.

T. ¿Qué pensaste en ese momento?

M. ¿Qué pasaría si se malogra el Metropolitano en plena estación central? No podré escapar y me desesperaría más.

T. Muy bien, vamos a anotar ese pensamiento que tuviste y luego lo vamos a desarrollar más en extenso, ¿te parece? En esta primera sesión vamos a ver de manera general cómo explicar lo que te sucede y por qué reaccionas así, vamos a conocer el problema que te aqueja, cuáles son sus causas, sus síntomas y sus consecuencias, ¿de acuerdo?

M. De acuerdo.

T. ¿Sabes cómo se llaman esas sensaciones que tienes?

M. Ansiedad. La psiquiatra (HHV) me dijo que sufría de ansiedad, me dijo que era agorafobia, creo, y busqué en el Internet y sí, tengo muchos síntomas de los que me dijo.

T. Bien Marcos, quisiera ahora explicarte por qué tienes esos síntomas o esa ansiedad que te han diagnosticado en el Hospital.

La ansiedad es una respuesta emocional que el organismo experimenta cuando se encuentra en situaciones de peligro. Todas las personas las tenemos y, en ese sentido, podemos decir que la ansiedad es una respuesta natural para protegernos. La ansiedad es una emoción normal de la persona. Cuando esas sensaciones, como las llamas tú, son desproporcionales a los posibles peligros que creemos que nos sucederán entonces la ansiedad se convierte en un problema. La ansiedad, decimos, es una ansiedad patológica. ¿Me dejo entender?

M. Entiendo que no sé manejarlo y por eso se me escapa de las manos.

T. No sabes manejar qué, Marcos.

M. Esa emoción, la ansiedad.

T. De acuerdo, dime: ¿Cuándo fue la primera vez que sentiste esos síntomas que ahora estamos conversando?

M. Las de asfixia fue cuando era niño, mis hermanos me tapaban con la frazada y yo me desesperaba.

T. Tu desesperación ¿era porque te faltaba el aire, entonces?

M. Así empezó, que yo recuerde. Luego tuve otras situaciones en que me daba lo mismo, cuando mis amigos me apanaban o cuando en una ocasión me dejaron encerrado en la tolva de un camión cuando estábamos haciendo una entrega de pedido.

T. ¿Qué fue lo que sucedió?

M. Cerraron la puerta y empecé a sentir que me asfixiaba. Me desesperé y empecé a golpear la puerta para que me dejen bajar. Cuando abrieron salí corriendo y me senté en la parte delantera del camión.

T. ¿tuviste tan solo esa sensación de faltarte el aire o hay otras sensaciones más?

M. Bueno, sude, me agite, me desesperé.

T. ¿En qué situaciones te suceden esos síntomas en la actualidad?

M. Cuando voy a entrar a la estación central, cuando voy por la panamericana y hay tráfico o cuando está cerrado el bus y hay mucha gente.

T. ¿Solo te sucede eso en el bus?

M. Bueno, empezó cuando era chico como le conté pero, también en otros momentos. El caso que me llevó a buscar ayuda en el Hospital fue cuando viajaba ha Ayacucho y en el bus todo estaba cerrado y nos íbamos alejando de la ciudad; ya nos habíamos alejado bastante. También me ha sucedido alguna vez que iba a misa con mi familia. No podía sentarme con ellos y prefería estar a la altura de la puerta. También me pasa cuando quiero entrar

en el ascensor. A veces cuando pienso que por mi profesión tengo que viajar lejos, como fuera de la civilización y siento que estoy solo, que nadie podrá ayudarme y que algo me pueda suceder o no sabré volver a casa.

En esta sesión de psicoeducación, también se procedió a identificar, a partir de lo expresado, lo que pensaba y qué conductas manifestaba;

T. Cuando sentías que te asfixiabas ¿qué pensabas?

M. Que me iba a morir.

T. ¿Cuán convencido estabas que te podías morir por sentir la asfixia? (Del 0 al 10, donde 0 es nada convencido y 10 es totalmente convencido)

M. Creo que sería un 9. Un 8 o un 9 puede ser.

T. Estabas, casi totalmente convencido de que ibas a morir, entonces. Muy bien. Mira:

El enfoque que estamos aplicando en la Intervención que iniciamos hoy, es decir, el Enfoque Cognitivo Conductual, explica que en los procesos de ansiedad los pensamientos juegan un papel importante. Para la Terapia Cognitiva Conductual, los eventos en sí mismos no causan nuestro malestar sino cómo los percibimos. ¿Me dejo entender?

M. Más o menos, porque lo que siento es muy fuerte, y muchas veces no pienso en nada.

T. De acuerdo, veamos. Cuando tienes las sensaciones de asfixia, tu pensamiento te decía que podías morir.

M. Lo que pensé fue: Y si no me dejan bajar del bus y eso activó mi ansiedad. Yo dije: ahorita me va dar la sensación... ahorita me va a dar ese ataque, bueno yo le llamo ataque, supongamos, ahorita me va a dar ese ataque y me voy a desesperar.

T. Claro, tú mismo te puedes dar cuenta que cuando pensabas que quizá “no me dejen bajar del bus” o pensabas que “ahorita me va dar ese ataque” corrías peligro y eso generó tu estado de ansiedad. Si no hubieras tenido esos pensamientos de peligro, ¿crees que hubieras tenido esas sensaciones (síntomas) de ansiedad?

M. Creo que no. No sabría decirle.

T. Bien. No te preocupes, precisamente para eso es la primera sesión, para poder informarte de todo lo que explica la terapia que vamos a aplicar sobre la ansiedad. Como te decía, el enfoque Cognitivo Conductual enseña que las interpretaciones que uno realiza de los peligros que teme juegan un papel importante en la generación de nuestro malestar. En el caso tuyo de tu ansiedad.

Según este enfoque, esas interpretaciones activan nuestras respuestas fisiológicas, es decir, nuestras respuestas corporales cuando nos vemos o sentimos amenazados por el medio en que nos desenvolvemos. Cuando decimos respuestas fisiológicas nos referimos a que nuestro cuerpo

empieza a agitarse, podemos empezar a sudar en el rostro o las manos, nos podemos poner rojos; unido a lo fisiológico va actuar nuestro pensamiento y podemos llegar a pensar que me asfixio, como es tu caso o que me voy a volver loco en algún otro caso. Esa forma de “alarma” puede llegar, incluso, a exagerar nuestras interpretaciones erróneas de los peligros y se convierten en un círculo vicioso, porque esos síntomas nos ponen más ansiosos y esa ansiedad aumenta nuestros síntomas.

Dentro de un momento volveremos sobre estos síntomas, en este momento quiero que tomes conciencia que nuestros pensamientos generan un tipo de reacción emocional porque estoy interpretando ese peligro erróneamente y se van a activar “alarmas” físicas (fisiológicas) y también de pensamiento (que las llamaremos cognitivas) ¿de acuerdo?

M. Sí, claro, de acuerdo.

T. Al finalizar esta sesión vamos a trabajar con algunas tareas para la casa, así podremos ir profundizando en nuestras emociones, pensamientos y conductas que realizamos o tenemos cuando nos encontramos en estas situaciones ansiosas. Adelanto esta parte de la intervención para que vayamos tomando nota de una tarea que realizaremos: identificar las emociones que tenemos a lo largo de la semana y trataremos de identificar qué pensamiento tuvimos cuando llegamos a tener esas emociones. Te daré para ello unos cuadros que te ayudarán a poder identificarlos cuando los pongas por escrito, ¿de acuerdo?

M. Ok, sí, está bien.

Posteriormente se presentó la lista de los síntomas más específicos de una crisis ansiosa, particularizada en sus propios síntomas agorafóbicos y, se introdujo los conceptos de evitación y escape, reforzamiento y ansiedad anticipatoria que sirvieron para justificar el tratamiento cognitivo conductual del paciente.

T. Hace un momento, Marco, decíamos que existen síntomas que se manifiestan en las situaciones ansiosas. Por ejemplo, el temblor del cuerpo, la sudoración, la opresión en el pecho, etc. ¿Podrías decirme lo que sientes tú, en tu cuerpo, cuando tienes esas sensaciones ansiosas?

M. Siento como calentura o calor en el cuerpo, más que todo en mi rostro, como si me quemase pero no me doy cuenta si esta rojo, supongo que sí. En el estómago siento como un nudo, se me seca la boca, eso me pasa mucho, la boca se seca y es como si quisiera tomar mucha agua, pero no siento sed, sino que está seca y también mis fosas nasales, se secan, las siento así cuando quiero respirar, entonces me parece que me asfixio, que hay falta de aire.

T. De acuerdo, Marco, ahora vamos a responder un breve cuestionario para poder ver que síntomas tienes a nivel cognitivo. Cuando decimos nivel cognitivo nos referimos a los pensamientos, a las ideas que vienen a nuestra mente cuando tenemos esas sensaciones, ¿te parece?

M. Sí.

(Se aplica el cuestionario de cogniciones agorafóbicas. Anexo N° 5)

T. Luego vamos a profundizar en las respuestas que diste. Ahora quisiera que podamos ver los síntomas fisiológicos, es decir, corporales que me has señalado.

Es importante indicar, Marco, que según la Terapia Cognitivo Conductual, existen tres dimensiones, así se les llama dimensiones, de cómo se van a presentar los síntomas de ansiedad. Estos son: fisiológicos, cognitivos y conductuales. Cuando hablamos de los síntomas fisiológicos, nos referimos a las respuestas de nuestro cuerpo a las sensaciones de peligro. Has enumerado muy bien las que tienes tú: sequedad de boca, nariz, sofocación, falta de aire o sensación de asfixia y un nudo en el estómago.

La ansiedad es una emoción, hemos dicho, que tiene determinados síntomas, como los que has señalado. Estos síntomas son manifestaciones corporales que activan tu organismo para prevenir o protegerse de un daño. Si hay un peligro el organismo manda mayor cantidad de sangre hacia los músculos, por ejemplo, para que puedan prepararse y correr.

Asimismo, acelera mi respiración para bombear mayor oxígeno en la sangre y al correr esté mejor preparado. También mi corazón late rápido para hacer posible todo este cambio que me protegerá. Sin embargo, hay situaciones que no son peligrosas o muy peligrosas pero mi organismo se activa igual que si lo fuera e incluso, siendo inofensivo lo que me podría pasar, mi organismo responde como si fuera gravísimo y esto es desproporcionado.

A esto podemos llamar una crisis de ansiedad. Incluso podría llegar hasta el pánico y generar en nosotros un problema más grave o intenso y más prolongado que nos perjudicaría más.

Unido a este problema que hemos llamado ansiedad o pánico hay determinadas respuestas que emitimos entre las cuales está el evitar o escapar de estas sensaciones. Quisiera que prestes atención a estos conceptos para que puedas identificarlos en tu experiencia personal.

La evitación sucede cuando yo no quiero tener esas sensaciones y, como dice su nombre, evito determinadas situaciones para controlar lo que siento. Dejo de cruzar la estación central del metropolitano, no voy por la panamericana o me bajo cuando hay mucho tráfico, evito salir lejos de casa o subirme a un avión, incluso a un tren porque pienso que será más difícil escapar de ahí. ¿No es cierto?

M. Sí, eso me sucede a mí.

T. Ok, todas estas conductas se llaman conductas de evitación y ya las has experimentado. Hay otras conductas muy parecidas que las denominamos de escape. Estas conductas se realizan cuando ya estoy en las situaciones que temo y me vienen los síntomas y lo que hago es escapar, como dice su nombre, o huir para dejar de sentir lo que mi cuerpo empezó a sentir. Eso te ha sucedido, por ejemplo, cuando has estado por atravesar la estación central y te has bajado o cuando estaba el bus, en la panamericana, yendo más lento porque empezó el tráfico y también preferiste bajar o cuando

subes a un bus inmediatamente buscas estar junto a una ventana o junto a la puerta para poder escapar rápido o bajarte rápido, ¿verdad?

M. Sí.

T. Bien, escapar o evitar lo que hacen es reforzar tu temor a esas situaciones y eso ocasiona que se mantenga la ansiedad que presentas. Además, la doctora en el Hospital te dijo un nombre de esa ansiedad, ¿me parece?

M. Me dijo que era agorafobia.

T. ¿Te explicó por qué? ¿Qué significaba eso?

M. No, sólo me dijo eso y que con las pastillas me iba sentir mejor y que después haría mi terapia. Pero solo he tomado esas pastillas una semana y ya las dejé. Si me hicieron algo bien, pero como ya las dejé por eso estoy aquí.

T. Bien, la agorafobia es un tipo de ansiedad que consiste en un miedo o temor a determinadas situaciones donde escapar o pedir ayuda pueden ser difíciles o imposibles y me crean un gran malestar. Estas pueden ser: Multitudes, lugares públicos, viajar solo o viajar lejos de casa. En lo que me has contado, hay situaciones que te producen ansiedad, por ejemplo, ante determinadas multitudes, también a estar de viaje lejos de casa. Con esas dos situaciones sí podemos decir que estamos ante un caso de agorafobia.

Además hay síntomas agorafóbicos como son evitar o escapar de esas situaciones y en tu caso también se presentan. Ya las hemos identificado

hace un rato. Hay otros síntomas que se llaman autónomos o vegetativos, es decir, fisiológicos y estos son: ritmo cardíaco acelerado, sudoración, temblores o sacudidas de los miembros corporales y sequedad de boca. En tu caso encontramos dos de ellos. Hay otros que son en el pecho o abdomen y son: dificultad de respirar, sensación de ahogo, malestar de pecho o náuseas de los cuales encontramos, al menos otros dos. En cuanto a los relacionados con el estado mental de los cuatro que se indican encontramos, al menos uno, y es el miedo a morir.

Finalmente, el malestar que te produce es significativo, están restringidas a las situaciones que temes y que ya hemos señalado. Toda esta enumeración de síntomas nos permite establecer que el diagnóstico que te indicaron es el de agorafobia.

M. ¿Sabe? En mi casa también los leí y me di cuenta que muchas de las cosas que decían yo las tenía.

T. Así parece, vamos entonces a realizar un programa de intervención para la agorafobia, que es lo que encontramos en tu caso y que nos va permitir hacer que puedas sentirte mejor y, además, tus síntomas no se agraven llevándote a un estado (trastorno) de pánico.

Es importante además, Marcos, señalar que cuando nuestro organismo empieza a reaccionar ansiosamente en muchos casos le prestamos demasiada atención a lo que sentimos. Cuando esto sucede la señal de alarma aun es mayor y, muchas veces, nos anticipamos a lo que sentimos,

es decir, antes de que nos veamos en situaciones de ansiedad ya estamos sintiendo ese temor. A esto llamamos ansiedad anticipatoria. ¿Te ha sucedido esto?

M. Lo que me sucede es que se siente feo cuando me da y eso me da temor. No me gusta sentirlo. Es como cuando uno vomita, se siente feo. Cuando yo era chico, eso no le conté, me daba miedo vomitar porque sentía que me ahogaba. Igual ahora, se siente feo no poder respirar y cuando siento eso ya me pongo mal.

T. ¿Y sientes que te ahogas y te pones mal?

M. Pienso que eso me da cuando estoy en esas situaciones y no habrá quien pueda ayudarme y me asusta morirme.

T. Muy bien, vemos que antes que te suceda una situación que temes ya estas teniendo miedo a lo que puedas sentir. Ya lo sentiste alguna vez, te pareció feo y ahora temes que te suceda otras veces y sientes que te dan esas sensaciones y no hay quien te ayude. Eso entiendo, ¿es así?

M. Sí.

T. Entonces, también se presenta en ti el temor al temor o miedo al miedo, que te producen esas sensaciones en determinadas situaciones. Eso también es característicos de la agorafobia. Por eso decimos que hay estímulos externos como, por ejemplo, las multitudes o lugares lejanos y hay estímulos internos como el temor. Todo ello es parte del problema que

vamos a intervenir para poder mejorar las situaciones a las que te enfrentas. Antes que me olvide, ¿has ido dejando de hacer actividades que antes realizabas?

M. Trato de hacer todo lo que hacía, pero lo que sí hago es evitarlas cuando puedo. Si tengo que hacerlas no las dejo de hacer pero prefiero evitarlas yendo por otro camino a veces.

T. Bien, te preguntaba eso porque la consecuencia de un Trastorno de agorafobia es que uno puede terminar sin salir de casa por el temor que le produce y veo que no es tu caso.

M. Aún...

T. Estamos empezando en buen momento, si llega a suceder lo afrontaremos también, descuida.

M. Gracias.

Finalmente, se procedió a dejar la tarea de la sesión indicada líneas arriba. Tarea: Identificar las emociones que tengo durante la semana y, en lo posible, qué estaba pensando cuando sentía dichas emociones.

(Se adjunta cuadro de modelo Registro de Situación-Pensamiento-Emoción y Conducta. Anexo N° 6)

Objetivo: Explicar de forma racional el problema del paciente a través de la psico-educación.

Técnicas: Psico-educación.

Nivel de Ansiedad: Normal. (Menor a 50)

La facilidad con la que el paciente comprendió la explicación sobre la conceptualización de la Ansiedad según el Enfoque Cognitivo Conductual, en la primera sesión, nos permitió, en esta segunda sesión, explicarle los objetivos a perseguir en el programa completo de intervención, así como los objetivos específicos para cada fase del tratamiento que realizaremos.

Previo a dicha explicación y, seguido del establecimiento de la alianza terapéutica, se inició el encuentro con la revisión de su estado emocional o control de emociones aplicando el test de Ansiedad de Zung. Seguidamente se preguntó cómo se encontraba y si tenía algún tema particular (urgente) a tratar- según lo sugerido por Beck (2000) y se revisó la tarea de casa dejada en la sesión pasada.

T. Hola Marcos. ¿Cómo te encuentras el día de hoy después de la primera sesión?

M. Tranquilo.

T. Que bueno, entonces vamos a empezar. Antes de realizar lo planeado para esta sesión quisiera saber, Marcos, si tienes algún tema en particular que quisieras tratar hoy.

M. No, nada. Lo que siento ha estado igual esta semana.

T. Entiendo; hoy vamos a ir dando algunos pasos para buscar la mejoría. Vamos a ver. Para hacerme una idea de cómo te encuentras deseo que llenes este pequeño cuestionario por favor.

(Se entregó el Test de Ansiedad de Zung.

El resultado se encuentra en la sumilla superior. Anexo N° 7)

El test que has llenado mide el estado emocional en el que te encuentras el día de hoy. En cada sesión vamos a hacer una medición del estado emocional en el que te encuentras. Hoy lo hemos hecho mediante este test, las siguientes reuniones lo haremos de alguna otra manera que posteriormente te enseñaré.

Respecto de la tarea de la sesión pasada: (identificar las emociones que tenemos a lo largo de la semana y trataremos de identificar qué pensamiento tuvimos cuando llegamos a tener esas emociones) ¿Fue fácil identificar alguna emoción en especial?

M. Lo puse por escrito más o menos como me lo explicó.

(Se adjunta cuadros de Registro de situación- pensamiento-emoción y conducta realizados esta semana transcurrida. Anexo N°8)

T. Vamos a ver en la sesión de hoy: dos puntos: Primero quiero enseñarte a identificar los pensamientos que tienes cuando estas atravesando las sensaciones ansiosas. Estos, dentro de la Terapia Cognitivo Conductual, se

llamarán pensamientos automáticos. Segundo, voy a explicarte el plan general que vamos a tener durante toda la intervención.

La semana pasada mientras conversábamos en la sesión mencionaste varios de ellos y dijimos que lo anotaríamos para verlos después. Llegamos a apuntar los siguientes pensamientos:

- ✓ “¿Qué pasaría si se malogra el Metropolitano en plena estación central?”
- ✓ “No podré escapar y me desesperaría”
- ✓ “que no me dejen bajar del bus”
- ✓ “ahorita me va dar ese ataque”

T. ¿Dónde estabas en ese momento?, ¿qué hacías y qué sentías?... ¿lo recuerdas?

M. Me iba a la Universidad, a la UNI...; estaba en el bus del Metropolitano y me sentía mal, tenía esa sensación fea y que la boca se me secaba.

T. ¿Tenías miedo?

M. Si, tenía miedo.

T. Muy bien, entonces podríamos ponerlo de esta manera: Mientras estabas yendo hacia tu universidad, en el bus del Metropolitano, (esta es la situación) te pusiste ansioso, tenías miedo (esta la emoción) y, en esos momentos, pensabas que podrían no dejarte bajar del bus, que tendrías un ataque, que te vas a desesperar (y este el Pensamiento)... ¿Entiendo bien?

M. Sí.

T. Ahora quisiera explicarte este cuadro que ya hemos utilizado (en el anexo N° 6) y ahora te explicaba. Vamos a completar la forma que lo utilizaremos para identificar pensamientos, emociones y cómo nos comportamos, es decir las conductas, ¿te parece?

M. Está bien.

(Se le explicó el cuadro completo del Anexo 6 y se indicó que seguiríamos con eso como tarea para su casa)

Seguido de la revisión de la tarea y la explicación de cómo ir mejorándola durante la semana se procedió a desarrollar el Plan General de Intervención que se aplicará. Se dialogó sobre cada una de las fases del Plan y se escucharon las preguntas y sugerencias al respecto, así como las posibles inquietudes, dudas.

T. Como parte de esta segunda sesión, Marcos, te explicaré cómo vamos a desarrollar el trabajo, la duración y el tiempo que vamos a trabajarlo juntos. También los objetivos que intentaremos conseguir en el Programa que se ha preparado. Lo primero es que éstas se realizarán en aproximadamente catorce (14) sesiones, cada sesión tendrá una duración de 45 minutos aproximadamente y será, si no hay inconveniente, 1 vez por semana. ¿Te parece? ¿Puedes asistir sin dificultad?

M. Sí, no hay problema. Mis padres me han dicho que me apoyan en todo y si es para mejora estoy dispuesto.

T. Que bien, Marcos, que tengas esa disposición personal y el apoyo de tus padres. Entonces vamos a realizar el siguiente plan de intervención que conforme vayamos desarrollándolo podremos ir evaluando las mejoras que consigamos. Como ya lo sabes, luego de cada encuentro que tengamos iremos dejando una tareas para que las realices por tu cuenta, así podremos ir trabajando juntos, aquí una vez a la semana y en tu casa durante la semana. ¿Te parece?

M. Si, está bien.

T. El programa es el siguiente: Son cuatro fases que se trabajarán directamente sobre el malestar emocional que presentas y, luego de ello en una quinta fase haremos unas dos sesiones de seguimiento. Las fases se presentan en el siguiente cuadro:

Tabla 2: Fases y técnicas del tratamiento.

Fases del Tratamiento	Técnicas utilizadas
Psico-educación	1. Proporcionar información sobre el modelo cognitivo conductual de la ansiedad y aplicarla a las experiencias o ejemplos del paciente.
Entrenamiento en técnicas de autocontrol	2. Diálogo expositivo sobre el plan de intervención bajo el modelo CC. 3. Técnicas de Respiración. 4. Relajación progresiva de Jacobson.
Entrenamiento en técnicas de control cognitivo	Reestructuración cognitiva. 5. Auto registros (situación, pensamiento, emoción y conducta) 6. Identificación de pensamientos automáticos. 7. Identificación de pensamientos Intermedios y nucleares.
Exposición	8. Reestructuración Cognitiva 9. Desensibilización Sistemática. 10. Desensibilización Sistemática.

Prevencción de recaídas.	11. Exposición en vivo 12. Técnicas de afrontamiento. Repaso de los objetivos de la terapia
Seguimiento.	13. Descripción de los cambios producidos 14. Anticipación de posibles situaciones estresantes

Estas fases buscaran que los niveles de ansiedad que tienes y que las conductas de evitación, búsqueda de seguridad o escape que puedas tener en determinadas situaciones disminuyan e incluso se extingan; esperamos lograr que desaparezcan con esto podrás alcanzar un mejor nivel, un nivel más óptimo en tus actividades, que supongo es lo que esperas, ¿verdad?

M. Sí, eso es lo que busco.

T. Bien. Pero para lograrlo vamos a realizar algunas técnicas a nivel de comportamiento, que llamaremos conductuales, y a nivel del pensamiento, o sea cognitivas. Vamos a identificar y modificar algunos errores que puedas tener en tus pensamientos -el modelo Cognitivo conductual los llama distorsiones cognitivas- y esto permitirá o nos posibilitará que las conductas que llamamos, la semana pasada, agorafóbicas cesen. ¿Estás de acuerdo?

M. Sí.

T. Para conseguir esto, cada fase de la terapia tendrá unos objetivos específicos que nos permitirán, también, ir evaluando su desarrollo hasta llegar a conseguir el objetivo general. Estos son por ejemplo: En la primera fase que es educativa vamos a buscar reducir la ansiedad, especialmente

la anticipatoria, mediante técnicas de afrontamiento o de control en tus mecanismos fisiológicos. ¿Recuerdas que era ello?

M. Tiene que ver con las respuestas de mi cuerpo si no recuerdo mal.

T. Exacto. Qué bueno que lo recuerdes. Muy bien. En la segunda fase que es de autocontrol vamos a buscar disminuir la atención elevada que le prestas a tus sensaciones corporales, para ello vamos aprender algunas técnicas de relajación muscular, de buena respiración.

En la tercera fase vamos a trabajar más directamente sobre tu pensamiento para ello vamos a identificar y cambiar los pensamientos distorsionados que puedes tener. ¿Recuerdas lo que el Modelo Cognitivo Conductual enseña sobre los problemas emocionales?

M. Que lo que pienso causa mi problema de ansiedad...

T. Sí, el modelo nos enseña que las cosas en sí no son la causa de nuestro malestar emocional sino la forma como interpretamos esos sucesos, ¿de acuerdo? Entonces vamos a trabajar sobre esas interpretaciones.

M. Sí.

T. En la cuarta fase que, como ves en el cuadro que te entregue, se llama fase de exposición, vamos a buscar eliminar las conductas de evitación, escape y búsqueda de seguridad que realizabas cuando tenías los síntomas ansiosos, mediante unas técnicas que practicaremos para hacer frente a esos síntomas. Es decir, te vas a enfrentar, con mi ayuda, a lo que sientes.

M. Una pregunta.

T. Dime.

M. O sea, ¿voy a tener que quedarme dentro de las situaciones que me ponen ansioso?

T. La técnica que vamos a utilizar se llama Técnica Exposición en Vivo, pero será luego que hayamos hechos los pasos anteriores. Dentro de lo que vamos a hacer antes hay una técnica que se llama Desensibilización Sistemática. Con esa técnica, que lo haremos aquí en el consultorio, vamos a ir primero “sometiéndote” a aquellas situaciones que te dan ansiedad, pero sin salir de aquí... ya lo aprenderás. Luego que podamos lograr el objetivo propuesto veremos si ya estas “preparado” para hacerlo en las mismas situaciones que te generan actualmente la ansiedad, ¿me dejas entender?

M. Y eso más o menos ¿cuándo será?

T. Si te fijas en el cuadro será aproximadamente para la semana 10, 11; veremos cómo vamos avanzando, ¿sí?

M. Ok.

T. ¿Alguna otra pregunta?

N. Ninguna.

Se concluye el encuentro. La tarea de la semana corresponde a la identificación de pensamientos automáticos y emociones en el cuadro trabajado en la sesión.

Objetivo: Reducir la ansiedad anticipatoria dotando al paciente de mecanismos fisiológicos de afrontamiento o control de la ansiedad.

Técnicas: Técnicas de Respiración diafragmática.

Control del estado de ánimo: 7/10 (Nivel de Ansiedad)

T. Buenos días Marcos. La semana pasada llenaste un test que midió el estado emocional de ansiedad. En esta sesión, lo haremos de la siguiente manera: En una escala del 0 al 10, en donde 0 significa que estas totalmente tranquilo y 10 que significa totalmente ansioso ¿Cuánto sientes tener?

M. Puede ser un 7.

T. Muy bien entonces anotamos para hoy 7/10. Así cada semana iremos anotando como sientes tú, los síntomas de ansiedad. Ahora, ¿podrías comentarme si tuviste algún episodio esta semana que te causara algún malestar?

M. Cuando fui a una reunión ese mismo día. Ese mismo sábado. Subir dieciséis pisos con cinco personas aproximadamente.

T: Subir dieciséis pisos, en ascensor ¿no?

M: Ajam.

T: Ya, muy bien, ¿qué pensaste al subir y bajar los 16 pisos?, tu pensamiento, por favor, ¿Cuál fue?

M: Ah ya, como le cuento, antes de subir un poco de miedo... no, no miedo sino simplemente ya sabía que tenía que subir y la cosa es que en el momento pensé “si el elevador se malogra y quedamos atrapados”

T: Muy bien, “si el elevador se malogra y quedamos atrapados”, pensaste, y ¿cuánto de convencido estabas de esa idea que podría malograrse?

M: Eh... el grado de creencia fue algo de 80

S: Ya, 8 sobre 10; bastante convencido estabas. Y ¿qué emoción tuviste?

M. Ansiedad, Miedo.

Como se aprecia, al enseñarle al paciente una medida subjetiva de ansiedad y preguntarle sobre alguna situación durante la semana se identificó los pensamientos automáticos que presentó ante la nueva situación del ascensor. Esto permitió seguir identificando pensamientos automáticos que verbaliza el paciente para hacer la reestructuración cognitiva correspondiente y, además, con la estructura de la sesión que fue revisar la tarea dejada la sesión anterior.

T. Respecto de la tarea de la sesión pasada. (Identificar situación, pensamiento) ¿Fue más fácil identificarlos con el cuadro?

A continuación se coloca el cuadro resumen que se trabajó durante la sesión.

Tabla 3: Registro de Pensamiento – emoción

Fecha	SITUACION	PENSAMIENTO	EMOCION REACCIONES FISICAS	CONDUCTA
	Subir al Metropolitano lleno.	Me va a dar una sensación de asfixia (90%)	Ansiedad (80%) Calor facial y sudoración	Distraerme mirando a la gente
	Pasar por la estación central del Metropolitano	Me voy a desesperar (80%)	Ansiedad (80%) Calor facial y sudoración	Buscar la ventana de salida

M. Bueno, con el cuadro... llenarlo como indica arriba de cada parte fue más fácil.

T. Entonces, podemos decir que sabes identificar pensamientos que vienen a tu mente, en determinadas situaciones en que tienes síntomas de ansiedad, ¿verdad?

M. Me estoy dando cuenta de eso, sí.

T. Además de esos pensamientos, si te das cuenta, en cada ocasión que ves alguna posible amenaza sientes que te asfixias y tienes inquietud (movimientos de manos, pies o desplazamientos). Vamos a aprender técnicas para el control de las respuestas corporales o fisiológicas como las que te dan. Hoy será respirar mejor. La técnica se llama Respiración abdominal o diafragmática.

T: Muy bien, te voy a mostrar tres pasos en que consiste esta técnica.

- a. Centrarme en mi respiración

- b. Hacerla desde el abdomen, no con el pecho.
- c. Inhalando y exhalando lentamente.

** (Se hace de modelo para que la repita)

T: Muy bien, Marcos, entonces con esta técnica puedes ver que, cuando tienes rápidas palpitations del corazón o sensación de asfixia y te viene la idea de que puedes perder el control se debe, también, esta idea a que estas con excesiva respiración o hiperventilando tu organismo y eso produce ligero mareo aumentando el temor por pensar que te está dando una crisis de ansiedad.

M: Entonces ¿en el momento que me den los síntomas lo hago?

T: Sí, claro, en el momento que te den los síntomas tienes que controlar tu respiración; además, habría que añadir un detalle. No lo debes hacer para evitar lo que sientes sino para tomar control de la situación, sabiendo que podrías estar con exceso de respiración y eso te esté causando sensaciones corporales desagradables y por eso vas a sentir que te falta el aire. Cuando estas ansioso lo que se debes hacer es la respiración abdominal *lentamente* para controlar la hiperventilación que podría sufrir el organismo y evitar que tengas mareos, asfixias, etc.

M: Siento que me asfixio porque respiro mal, ¿entonces?

T: Es una posibilidad, por eso esta técnica será una herramienta de control...

M: Cuando me dé la ansiedad...

T: No solo cuando te dé; lo que te voy a pedir es que en los siete días a la semana lo practiques regularmente. Tú sabes lo que vas hacer las 24 horas del día, cada día de la semana, entonces practicarlo habitualmente te va permitir tener un control de tus síntomas corporales.

M: Ok..., claro

T: Y también te vas a dar cuenta –entre todas esas cosas que haces-, cuáles son las situaciones en que sueles tener un estado ansioso, y vas a poder ir perdiendo el miedo a que te de una crisis de ansiedad porque ya sabes que puede estar relacionado con tu respiración inadecuada.

M: Ah, eso puede ser; bien, estaré pendiente de lo que siento. Yo había leído que no respire solo con el pecho, si no con el estómago, que esto se infle (señala su estómago), pero este no (señala su pecho) porque si no sientes que te oprimes

T: Claro, exacto. Entonces de tarea para esta semana será practicar la Respiración abdominal regularmente.

Objetivo: Reducir la ansiedad anticipatoria dotando al paciente de mecanismos fisiológicos de afrontamiento o control de la ansiedad.

Técnicas: Relajación Progresiva de Jacobson.

Nivel Subjetivo de Ansiedad: 7/10

T. Marcos, la sesión de hoy va a complementar la sesión de la semana pasada. Veremos la Técnica de Relajación Progresiva de Jacobson que también nos ayudará en el control fisiológico (corporal) de nuestro organismo ante los síntomas de ansiedad. Respecto a la tarea de la semana pasada ¿Cómo te fue con la respiración abdominal?

M. Bien, la practiqué por las noches mayormente. Lo que me di cuenta es que si lo hago varias veces y rápido me mareo un poco.

T. Qué bueno que hayas tenido esa sensación para que te des cuenta que, aunque no estabas en una situación de peligro, tuviste mareos a causa de la respiración. Eso también podría suceder en realidad cuando estas en las situaciones que te producen ansiedad. Es tu respiración inapropiada y no la situación en sí misma la que aumentan tus síntomas de temor ansioso.

Se le explica la justificación de la técnica y el procedimiento para realizarla tomado de Clark y Beck (2012).

La importancia de esta técnica es aprender a diferenciar entre la sensación de tensión y de relajación de los músculos cuando están tensos a causa de las sensaciones de ansiedad que uno pueda experimentar.

T. ¿Has tenido esta experiencia?

M. Siento que me pongo inquieto y que no puedo estar sentado, me paro, camino y también he apretado muy fuerte unos audífonos que tenía en la mano, hasta romperlos.

T. Bien, tus músculos de la mano, posiblemente de brazos y piernas en esos momentos estaban poniéndose tensos, ¿ves? Esta técnica te ayudará a conocer esa diferencia y a interrumpir el aumento de tensión muscular.

Vamos a utilizar una versión breve en la que agruparemos 10 grupos de músculos que tensaremos por unos 5 a 7 segundos con mucha fuerza como se pueda, cuidando no hacernos daño ni que produzca dolor. Luego, bajaremos esa tensión y relajamos para percibir la sensación de relajación. Al igual que lo hicimos con la técnica de Respiración, te voy a mostrar cómo hacer la relajación de los músculos. Colócate aquí, por favor. (Se transcribe el modelo guía tomado de.)

“Coja su brazo derecho, extiéndalo frente a usted, cierre fuertemente el puño, y manténgalo así. ¿Advierte alguna tensión o tirantez en su brazo? **[Pide al cliente que señale si ha sentido tensión en las manos, antebrazos, codos y bíceps del brazo]**. Ahora tense el brazo de nuevo y, esta vez, relaje la tensión dejando que su brazo, torciendo levemente el

codo, vuelva a su regazo. ¿Cómo se siente ahora? [**Se pide que describa la sensación de relajación en el brazo**]. (Clark y Beck, 2012, p. 437)

(Se adjunta Protocolo de Relajación Muscular Progresiva de
10 grupos musculares. Anexo N° 9)

Se deja como tarea para la casa practicar los diez grupos musculares

Objetivo: Identificación y cambio de los pensamientos distorsionados mediante la reestructuración cognitiva.

Técnicas: Reestructuración cognitiva; autoregistros, dialogo socrático.

Nivel Subjetivo de Ansiedad: 6/10

T. Buenos días, Marcos. En la sesiones anteriores (3 y 4) aprendiste técnicas de control de las sensaciones de ansiedad: Respiración Abdominal y Relajación Muscular Progresiva ¿Cómo te fue la tarea de esta semana (relajación muscular progresiva)?

M. Bien, algunos días me olvidé porque no tenía mucho tiempo pero las estoy practicando.

T. La idea es que sigas practicándolas hasta que logres la finalidad de la técnica. ¿Recuerdas cual era?

M. Diferenciar cuando tenga un musculo tenso.

T. Claro, conocer la diferencia entre un músculo tenso y uno relajado. Muy bien, también, en las sesiones 1 y 2, incluso la 3 fuiste aprendiendo a identificar pensamientos automáticos junto a las emociones de ansiedad, ¿verdad? Hoy vamos a trabajar directamente sobre ellas. Durante estas semanas has hecho uso de un autoregistro. Vamos a conocerlo muy bien, y completar los casilleros.

El paciente, haciendo uso de sus autoregistros, manifestó los pensamientos automáticos que tuvo para poder realizar la reestructuración cognitiva de las mismas. Asimismo, se buscó la evidencia de las mismas y, mediante el dialogo socrático, se reestructuraron las más significativas.

T. Marco, hemos identificado desde la primera sesión que tus emociones de ansiedad o temor van acompañados de pensamientos que te vienen a la mente e ese momento. Llegamos a apuntar algunos como: “¿Qué pasaría si se malogra el Metropolitano en plena estación central? No podré escapar y me desesperaría” “que no me dejen bajar del bus”, “ahorita me va dar ese ataque”

M. Sí, en las hojas que me dio, apunté algunos más que se repiten casi siempre.

T. De acuerdo, ahora, me podrías decir, por ejemplo, ¿qué pasaría si se malogra el metropolitano en la estación central?

M. Me desesperaría.

T. ¿Cuán convencido estabas de que podría pasar?

M. Un 80%

T. Y ¿qué pasaría si se malograra?

M. Me sentiría ansioso...

T. Muy bien, entonces, en una SITUACIÓN como estar en el metropolitano, sientes ansiedad, esa sería tu EMOCIÓN, y ¿qué harías?

M. Desesperarme.

T. Y ¿Cómo te desesperarías?

M. Empezaría a sentir el calor en el rostro, mis manos empezaría a apretarlas y estaría buscando la salida.

T. Bien, estarías buscando la salida; esa sería la CONDUCTA que harías: buscar la salida. Mientras buscas la salida sientes calor de rostro, se acelera tu respiración, etc. esas serían las reacciones físicas que se dan con la emoción. Ahora. ¿Cuánto de ansiedad, del 0 al 100, crees que tendrías?

M. Un 90%

T. Marco, vamos ahora a identificar las SITUACIONES, PENSAMIENTOS; EMOCIONES Y CONDUCTAS y les vamos a dar un valor de intensidad, ¿de acuerdo?

Tabla 4: Registro de Situación – Pensamiento – Emoción y Conducta.

Fecha	SITUACION	PENSAMIENTO	EMOCION REACCIONES FISICAS	CONDUCTA
Marzo	Subir al	Me va a dar una	Ansiedad (80%)	Distraerme
Abril	Metropolitano	sensación de asfixia	Calor facial y	mirando a la
Mayo	lleno.	(90%)	sudoración	gente
Marzo	Estaba en el	El carro se quedará	Ansiedad (90%)	Bajar del carro.
Abril	carro que va por	mucho tiempo en el	Calor, respiración	Ensimismamiento.
Mayo	Evitamiento e iba	tráfico y no me van a	acelerada,	Perdida de la
	haber tráfico.	dejar salir. (70%)	sudoración palmar	comunicación.

Marzo Mayo	Subir 16 pisos en ascensor con 5 personas; con 7 personas.	¿Y si el elevador se malogra y quedamos atrapados? (80%)	Ansiedad y miedo (80%) Calor, palpitaciones, hiperventilación.	Distracciones. Pensar en que ya van a llegar.
	Llegar a la casa de campo de un amigo	Si quiero regresar a casa no podré porque es muy noche y está alejado (40%)	Ansiedad (50%) Dificultades en la respiración	Distracción. Pensar en el momento.

T. Mientras completábamos este autoregistro movías los pies. Podrías contarme ¿qué pensabas en ese momento?

M. Me preguntaba ¿por qué me sucede esto a mí? Ésta limitación que tengo...

T. ¿Lo consideras una limitación?

M. Bueno, me limita a hacer actividades. O estaba pensando en las que me iba limitar en mi futuro. No podré ir a un concierto, viajar en avión. Por ejemplo, la última vez fue en mi viaje a Ayacucho. Desde ahí he evitado cosas: buscar trabajo para la sierra, por ejemplo. Pensaba que eso me va limitar demasiado, no podré bajar ascensores, voy a renunciar al trabajo para quedarme en mi casa, en mi casa me va dar y voy a tomar pastillas... asuu. No me gustaría estar así.

Después de bajar del bus en Ayacucho disminuyó la ansiedad, pero en todo momento sentía y pensaba que me estaban tapando la cara, era horrible... fue terrible. Me sentía extraño en la ciudad de Ayacucho, pero luego se me volvió

un confort, me tranquilicé; luego teníamos que salir como a tres horas de ahí y eso me ponía otra vez ansioso. Ahorita me ponía ansioso recordar todo eso.

T. Sigue, por favor.

M. Ahora me siento débil en las manos y por eso muevo los pies.

T. ¿Qué piensas en este momento?

M. Que viví algo feo. Y salir de eso es difícil por eso a veces me da miedo pensar en eso.

T. Recuerdas eso y sientes todo lo que me dices entonces...

M. Sí.

T. Y ahora, ¿Hay alguna situación de peligro real en este instante?

M. No. Claro que no.

T. ¿Entonces? Ante todo eso, ¿qué es lo peor que puede pasar?

M. Que siempre tenga esta sensación. Que nunca pare. Si me pongo esa idea...asuu! En mi casa he llegado a sentir eso, me he puesto a pensar, pensar, pensar y salirme de eso es difícil y eso me da miedo. Si me da en el carro, sé que va acabar pero imagínese que me da en mi casa, ya quiero acabarlo... pero no! sigues en tu casa, no has salido de ningún sitio... ya me atrapé.

T. Atraparte ¿en qué?

M. En mi casa, el mundo. Ya me puse la idea y ya... igual me da la ansiedad.

T. Y ¿qué evidencia tienes de eso? Sentiste ansiedad en tu casa al pensar así... y ¿paso?

M. Ajam. Sí.

T. Eso que sentiste, ya paso. Pensaste que nunca pasaría y pasó. No tienes evidencia que te quedarías atrapado, porque ya pasó. Al contrario, tienes evidencia que terminó. Ahora, ese “nunca” va pasar, “siempre” voy a tener esa sensación... ¿es real?

N. No, entonces la próxima vez que me pase y diga que nunca va pasar...No, pero ya paso!

T. Exactamente. Acabamos de darnos cuenta que no hay evidencia que nunca va pasar sino al contrario, tienes evidencia que eso para, eso pasa... Esas ideas automáticas que tienes en esas situaciones, sometidas a la realidad ¿son válidas?

M. No.

T. Entonces aprovecha que has encontrado evidencia de que esos pensamientos no son válidos. Somete esos pensamientos automáticos a la evidencia de realidad, ¿de acuerdo? Vamos a suponer, volviendo a la primera idea que se malogró el carro y tienes esa sensación de ansiedad y no te dejan bajar. ¿Qué es lo peor que podría pasar?

M. Que me desesperaría y empezaría a gritar.

T. ¿Tienes evidencia de eso? Es decir, ¿te ha sucedido antes eso? ¿Has gritado?

M. Ah, no.

T. Nunca has gritado, ¿Por qué piensas que empezarás a desesperarte y gritarás?

M. Si me pongo a pensar entonces no, no creo que lo haga.

T. Muy bien Marcos, entonces vemos que los pensamientos, las emociones y las conductas tienen relación. ¿Qué te parece si las demás ideas que hemos identificado las sometemos a la evidencia, de acuerdo?

M. Ya.

Se concluye la sesión, con esta reestructuración cognitiva y se deja como tarea someter a evidencia las demás ideas automáticas identificadas.

Sexta sesión:

20/05/17

Objetivo: Identificación y cambio de los pensamientos distorsionados mediante la reestructuración cognitiva.

Técnicas: Reestructuración cognitiva; auto registros, dialogo socrático.

Nivel Subjetivo de Ansiedad: 5/10

Se inicia la sesión identificando su estado subjetivo de ansiedad. Asimismo, se pregunta por la tarea de la semana pasada en que se mandó a someter a evidencia los pensamientos automáticos. El paciente afirma que hizo la actividad y pudo darse cuenta que sus evidencias son más favorables que desfavorables, es decir, aunque haya tráfico, aunque sienta que se asfixia, igual va a pasar porque hasta hoy no se ha asfixiado, si está aquí es porque el tráfico no lo retuvo siempre. Reconoce que eso pasará.

Por otro lado, se identificaron algunos de sus pensamientos con ideas distorsionadas. Para ello, se le explicó cuáles eran las que señala A. Beck en su Teoría Cognitiva y ayudados de ellas identificó cuales responden a sus pensamientos.

(Distorsiones Cognitivas. Se adjunta las identificadas. Anexo N° 10)

Tabla 5: Distorsiones cognitivas identificadas.

Pensamientos automáticos	Distorsiones cognitivas
<p>“Si el elevador se malogra quedaré atrapado”</p> <p>Si me desespero no me van a entender. No me gustaría que me vean débil las otras personas.</p> <p>Si se enteran que tengo esto el ingeniero no me dará trabajo. Si me da la ansiedad voy a decir tonterías.</p> <p>Me voy a morir. Voy a perder el control. Voy a quedarme enfermo para toda la vida. Me voy a asfixiar. Voy a ser incapaz de volver a casa por mí mismo. Cuando voy en el carro con mucha gente siento que me asfixio.</p>	<p>Inferencia arbitraria: hacer conclusiones que no concuerdan con la evidencia objetiva.</p> <p>Personalización: tendencia a atribuirse uno mismo sucesos externos cuando no existe base para hacer tal atribución.</p> <p>Abstracción selectiva: tendencia a atender en exceso a la información que es consistente con un esquema e ignorar el resto de la información.</p> <p>Sobregeneralización: aplicar conclusiones que son adecuadas en una situación determinada a otras situaciones basándose en similitudes percibidas.</p> <p>Magnificación / minimización: tendencia a exagerar la importancia de aspectos negativos de la situación e infravalorar los aspectos positivos.</p>

Luego de realizar la reestructuración de algunos pensamientos, siguiendo el procedimiento de la semana pasada, se pasa a enseñarle la sustitución de pensamiento automáticos negativos por respuestas más adaptativas.

T. Marcos, identificábamos claramente que los pensamientos, emociones y conductas tienen estrecha relación, por ello, es importante hacer que nuestros pensamientos cambien para que nuestras emociones y nuestras conductas cambien también, ¿verdad?

M. Sí, eso me di cuenta con la sesión pasada.

T. Bien, entonces ahora vamos a aprender a sustituir esos pensamientos automáticos negativos por otros pensamientos adaptativos (positivos)

Tabla 6: Sustitución de pensamientos automáticos por alternativos.

Pensamiento Automático	Pensamiento Alternativo
Me voy a asfixiar si no me dejan salir.	Puedo sentir malestar pero no asfixiarme porque anteriormente tampoco me asfixié.
Si me desespero no me van a entender.	Las personas pueden comprender, como yo comprendería, a una persona que está pasándola mal.
Si me ven mal, les voy a dar pena.	No soy adivino para leer la mente de la gente y creer que les daré pena.
Si se malogra el carro quedaré atrapado.	Si se malogra el carro subo a otro carro, no es un accidente como para quedarme atrapado.

Séptima sesión:**11/06/17**

Objetivo: Identificar y cambiar los pensamientos distorsionados mediante la reestructuración cognitiva. Identificar ideas intermedias y nucleares

Técnicas: Reestructuración cognitiva; auto registros.

Nivel Subjetivo de Ansiedad: 4/10

Como señala el objetivo de la sesión se busca pasar a reestructurar los pensamientos intermedios y centrales que correlacionan con los expresados en sus pensamientos automáticos. Respecto de su nivel subjetivo de ansiedad, manifiesta una disminución por debajo de la media. Respecto a la tarea para la casa, afirma que practicó, en situaciones habituales de transporte público, la sustitución de los pensamientos negativos acto que le permitió tener menos intensidad y duración de los síntomas ansiosos. Se verificó que este no haya sido una forma de escape, llegando a establecer el uso adecuado de la finalidad de la sustitución. A continuación se buscan las ideas intermedias y centrales más significativas.

T. Marcos, buenas tardes. Como parte del proceso de intervención quiero iniciar la sesión enseñándote una nueva técnica pero la aprenderás conforme vayamos aplicándola. Para ello, vamos a hacer uso de un cuadro que iremos llenando conforme avancemos...

(Se adjunta cuadro: Ejemplo de búsqueda de ideas centrales e intermedias.

Anexo N° 9)

M. Bien.

T. Hasta el momento hemos identificado varios pensamientos que surgen inmediatamente que sientes ansiedad. Estos los hemos llamado...

M. Automáticos...

T. Así es, pensamientos automáticos y muchos estaban relacionados con no tener el control, desesperarte, asfixiarte... Mayormente, ¿cuál de todos ellos te viene a la mente en esas situaciones?

M. Siempre pienso que “me voy a asfixiar” y “si me desespero perderé el control de todo”

T. “Si me desespero voy a perder el control de todo” por favor, escribe eso en el cuadro que te entregué...(escribe). Bien, ahora bajamos y te pediría que respondas la pregunta del cuadro inferior ¿qué significa eso para ti? ¿Por qué es importante?

M. Es importante porque... no podré hacer todas las cosas que quiero...

T. Escríbela, por favor... Ahora, a esa respuesta le volvemos a preguntar lo mismo: ¿qué significa eso para ti?

M. Que no voy a vivir feliz.

T. Ok... escríbela; volvemos a hacer la misma pregunta a esa respuesta, ¿qué significa eso para ti? ¿Por qué es importante?

M. Porque Debo ser feliz, hacer lo que quiero, no he vivido para estar limitado, creo que tengo que hacer grandes cosas...

T. Marcos, esta técnica se llama Flecha Descendente. Lo que hemos hecho es ir buscando, desde el pensamiento automático que viene a tu mente ante un síntoma ansioso, qué pensamientos están en la base de ellos. Estos reciben el nombre de pensamientos intermedios y si seguimos profundizando podemos llegar hasta los pensamientos centrales que son más inflexibles y que se activan cuando estás en las situaciones que temes; además, por pensar de esa manera o darles mucha credibilidad, los síntomas de ansiedad se hacen más fuertes.

Los pensamientos automáticos se presentan como reglas, como supuestos... En el ejemplo que hemos realizado, tu pensamiento automático nos muestra una regla que en tu pensamiento: "Debo ser feliz..." ¿Qué pasaría si no logras ser feliz?

M. Sería un fracasado.

T. Dime Marcos, a los 22 años uno puede saber si esta fracasado por no tener el control de las cosas que le suceden? Acaso ¿no tendrás otras muchas oportunidades?

M. Es que si me desespero podría perder el control y si pierdo el control mostraría mi debilidad...

T. ¿Ante quien mostrarías debilidad?

M. Ante los demás...

T. Y esto, ¿Por qué es importante para ti?

M. Si muestro mi debilidad... no soy lo que otras personas ven en mí... me ven débil o incapaz en algo.... Soy como ambicioso, quiero mostrar que soy bastante...

T. Entonces mostrarte débil ¿te hace infeliz?

M. Los demás no deben considerarme incapaz, debo demostrarles que yo puedo hacer las cosas...

En el diálogo citado podemos apreciar que Marcos, luego de identificar una primera regla dentro de sus ideas intermedias como la de: Debo ser feliz, muestra otras reglas que se relacionan con su pensamiento automático: “No debo mostrarles mi debilidad”, “Debo demostrarles que soy capaz”. Estas ideas intermedias revelan su idea central que se encuentra de base a sus pensamientos automáticos: Ser incapaz.

Según la teoría, las ideas centrales pueden responder a *dos categorías*: Creencias centrales de desamparo y Creencias centrales de Incapacidad de ser amado. Dentro de lo que hemos ido descubriendo vemos que los pensamientos de Marcos se categorizan más en las de desamparo. Respecto a un desamparo personal considera “perder el control” o sentirte “vulnerable” y dentro de la consecución de logro considera el “fracaso”. Esta explicación teórica nos permite realizar la reestructuración cognitiva sometiéndola a la prueba de realidad, es decir, a enfocarla dentro de su experiencia de estar realmente desamparado y con ello, si es verdad que es incapaz o esta fracasado.

T. Marco, una idea no necesariamente es una verdad. Por ejemplo: hace cuánto tiempo tienes ese pensamiento de que perder el control te haría infeliz o incapaz?

M. Más fuerte desde que asistí al Hospital.

T. Y recuerdas haberte sentido infeliz o incapaz antes de ello?

M. No, antes estaba tranquilo.

T. Y durante estas dos últimas semanas has tenido algunas experiencias en que te hayas mostrado muy capaz en hacer tus cosas

M. Tuve que presentar unos planos urgentes a la Ingeniera del trabajo sobre un proyecto, no tenía tiempo para avanzarlo y la noche previa tuve que amanecerme para terminarlo. Me costó pero lo terminé.

T. ¿Qué dijo la ingeniera?

M. Que estaba bien hecho, le gustó...

T. Esto ¿es una muestra de incapacidad?

M. Pero lo hice a último momento porque no tenía ganas de hacerlo.

T. Sí, puede ser un poco irresponsable dejarlo para último momento, pero ¿fuiste incapaz?

M. No... Sí lo pude hacer.

T. ¿qué pasaría si en algún momento no alcanzarías lo que te propones?

N. Nada, lo volvería a intentar.

T. Entonces, si seguimos buscando evidencia de otras cosas en que has mostrado tu capacidad ¿la encontraremos?

M. A veces no me mato estudiando como mis compañeros para dar los exámenes y los apruebo, digo: “esto está fácil” y hago otras cosas que me interesan y dejo de estudiar...; alguna vez me han jalado también.

T. Y ¿qué hiciste después que te jalaron?

M. Como soy picón me esforcé más para aprobarlos en las otras prácticas.

T. ¿Esto es propio de una persona fracasada o incapaz?

M. No.

T. Anteriormente ¿cuánto creías (porcentualmente) que eras incapaz?

M. Un 60%

T. Ahora...

M. Quizá un 30%... un 20%

T. Que te parece si durante esta semana, al igual que la semana anterior, sometemos a prueba los momentos en que sientes que perder el control te hace incapaz. Eso lo haremos como tarea.

Se concluye la sesión con la tarea indicada. A continuación se señalan los registros de pensamientos intermedios y centrales que se identificaron. La reestructuración hecha, arriba descrita, responde a la idea central más relevante.

Tabla 7: Primer registro de ideas centrales e intermedias halladas. (Anexo N° 11)

Tipos		Creencias
Creencia Central		Seré vulnerable
Creencias Intermedias	Reglas	Tengo que tener el control de la situación.
Pensamientos Automáticos		“no voy a poder escapar si quedo atrapado”

Tabla 8: Segundo registro de ideas centrales e intermedias halladas. (Anexo N° 11)

Tipos		Creencias
Creencia Central		Seré un fracasado
Creencias Intermedias	Reglas	Debo ser feliz a pesar de todo.
Pensamientos Automáticos		“no podré realizar mis planes”

Tabla 9: Tercer registro de ideas centrales e intermedias halladas. (Anexo N° 11)

Tipos		Creencias
Creencia central		Soy incapaz
Creencias Intermedias	Reglas	Los demás pensarán que estoy loco
Pensamientos Automáticos		“voy a desesperarme y me va dar un ataque de pánico”

Objetivo: Identificar y cambiar los pensamientos distorsionados mediante la reestructuración cognitiva. Identificar ideas intermedias y nucleares

Técnicas: Reestructuración cognitiva.

Nivel Subjetivo de Ansiedad: 2/10

T. Marcos, ¿cómo te encuentras en esta semana? tus síntomas ansiosos están por debajo de 3 hace ya unas semanas.

M. Siento que estoy mejor, aunque he pensado en que me puede dar un ataque pero no ha sucedido.

T. ¿En qué situación lo experimentaste?

M. En las situaciones de siempre, la de los autos...Dependo del chofer o del cobrador para abrir la puerta y bajar si quiero evitar..., si yo tuviera el botón en la mano en que si lo aprieto se va abrir la puerta no pasaría nada... siquiera tendría la sensación

T. Es decir, si pierdes el control de una situación es que te aparece la ansiedad?

M. Así es. Y también en las maquinas,... por ejemplo en el ascensor...

T. Entonces, cuándo pierdes el control de la situación en un ascensor, en el metropolitano, en la estación central, cuando estas lejos de casa, etc, es que te

aparecen los pensamientos de “no voy a escapar” “me voy asfixiar” “soy vulnerable” y eso ¿a qué responde...?

M. Así es. Lo que pasa es que a las personas normales no les pasa eso de sentir que se asfixian o si es que me desespero (entonces) soy una persona débil.

En esta sesión se pueden evidenciar los supuestos que Marcos presenta en la manifestación de sus ideas centrales. Del mismo modo se hace evidente sus distorsiones cognitivas como inferencia arbitraria, abstracción selectiva, magnificación.

T. Y si no tienes el control de algo, ¿Cómo te pueden considerar los demás?

M. Que soy incapaz.

T. Marco, con lo que me dices me doy cuenta que todo aquello que despierte el mínimo aspecto de incapacidad, activa reglas y supuestos de tu idea central de incapacidad, y las manifiestas por medio de los pensamientos automáticos que expresas, eso va generar tus respuestas fisiológicas.

Se continúa con la reestructuración cognitiva siguiendo el esquema desarrollado en la sesión pasada, es decir, sometiendo a la evidencia de realidad sus pensamientos.

T. ¿Qué pasaría si no tienes el control?

M. Estoy a merced de cualquier cosa.

T. Muy bien, ¿has tenido esta experiencia? ¿Tienes evidencia pasada que haya sido así?

M. Cuando me robaron.

T. Un robo ¿es lo mismo que me estas planteando?

M. No, es otra cosa.

T. Entonces... por ejemplo... dices que te desvanecerías en el ascensor... Y ¿qué pasaría si te desvaneces?

M. Nada.

T. Tienes evidencia que no te ha pasado nada en el ascensor ni tampoco cuando te desesperabas en el Metropolitano... En alguna otra situación ¿lo has hecho cuando lo experimentaste?

M. No.

T. Tienes evidencia de control entonces...

M. Sí.

T. ¿Cómo te sientes ahora que sabes que has tenido el control en esas ocasiones y de que, posiblemente, será igual en otras ocasiones?

M. Pues, más tranquilo porque estoy dándome cuenta que es mi pensamiento lo que me causa el malestar.

T. En este momento ¿Cuánto de ansiedad crees tener?

M. 0

Se concluye la sesión. La tarea fue evaluar el grado de credibilidad de sus creencias.

Objetivo: Eliminar las conductas de evitación y las estrategias de seguridad empleadas que mantienen el problema ansioso.

Técnicas: Desensibilización sistemática en imaginación.

Nivel Subjetivo de Ansiedad: 2/10

La sesión se inicia como habitualmente se estableció. El paciente señala que su nivel subjetivo de ansiedad está por debajo del treinta por cien. Las tareas han sido realizadas como se planificó y el resultado fue una creencia en sus pensamientos por debajo del 20 por cien.

En esta sesión se explicó la técnica de la Desensibilización Sistemática, recalcando que no se busca una forma de evitación de las sensaciones ansiógenas sino reducir el miedo o ansiedad mediante la respuesta incompatible a ésta, que sería, mantenerse relajado, con lo cual se espera el contra-condicionamiento.

Según la teoría, el procedimiento de aplicación de la técnica se realiza con los siguientes pasos: a) Elección de la respuesta incompatible. b) Elaboración de la lista jerarquizada de situaciones ansiógenas y c) el entrenamiento en imaginación. Sin embargo, siguiendo a Ruíz, Días y Villalobos, (2012) que argumentan la omisión de alguno de estos pasos por haberse realizados o comprobados previamente –que en nuestro caso es la relajación, además de ser evidente su capacidad imaginativa observada en el transcurso de la intervención- se procede a elaboración de la jerarquía de ansiedad.

Tabla 10: Lista jerarquizada de situaciones ansiógenas.

N°	Situación ansiógena	Nivel de ansiedad	N° de ensayos y nivel de respuesta	Logro
1	Entrar en un túnel	20	2 1 1	✓
2	Pensar en la muerte	30	2 1 1	✓
3	Estar enrollado en una frazada	35	1 1 0	✓
4	Estar en un automóvil cerrado	40	2 1 0	✓
5	Estar en lugares peligrosos	45		
6	Encontrarme en un subterráneo	50		
7	Bajar a un segundo sótano	55		
8	Ser apanado	60		
9	Estar en medio de una multitud	65		
10	Encontrarme en un lugar apartado	70		
11	Estar en el tráfico congestionado	75		
12	Subir en el ascensor	90		
13	Estar encerrado en algún lugar	95		
14	Ser encerrado en la capota de un auto	100		

Se concluye la sesión con las cuatro primeras situaciones ansiosas sometidas a la técnica. En el casillero: N° de ensayos y nivel de respuesta se ha colocado tres cifras que corresponden a los ensayos realizados, es decir, tres y el nivel de ansiedad que le produjo cada una de ellas, que en estos ensayos fueron de 2/10, 1/10 y 1/10.

Objetivo: Eliminar las conductas de evitación y las estrategias de seguridad empleadas que mantienen el problema ansioso.

Técnicas: Desensibilización sistemática en imaginación.

Nivel Subjetivo de Ansiedad: 1/10

En la presente sesión, marco, manifestó encontrarse muy tranquilo. Afirma que durante la semana pudo encontrarse en algunas situaciones que, anteriormente le causaban ansiedad pero que, a pesar de pensar en los síntomas que éstas le produjeron no experimentó ninguna sensación. Se procedió, inmediatamente al ensayo de la relajación ya aprendida y a someterlo a la jerarquía de situaciones ansiosas ya elaborada. Los niveles de respuesta quedan como se indican.

Tabla 11: Continuación de la lista jerarquizada de situaciones ansiógenas.

Nº	Situación ansiógena	Nivel de ansiedad	Nº de ensayos y nivel de respuesta	Logro
1	Entrar en un túnel	20	s. anterior	
2	Pensar en la muerte	30	s. anterior	
3	Estar enrollado en una frazada	35	s. anterior	
4	Estar en un automóvil cerrado	40	s. anterior	
5	Estar en lugares peligrosos	45	2 1 0	✓
6	Encontrarme en un subterráneo	50	2 2 0	✓
7	Bajar a un segundo sótano	55	2 2 1	✓
8	Ser apanado	60	1 1 0	✓
9	Estar en medio de una multitud	65	2 2 1	✓
10	Encontrarme en un lugar apartado	70	2 1 0	✓
11	Estar en el tráfico congestionado	75	1 0 0	✓
12	Subir en el ascensor	90	0 0 0	✓
13	Estar encerrado en algún lugar	95	0 0 0	✓
14	Ser encerrado en la capota de un auto	100	1 0 0	✓

Se concluye la sesión.

Sesión Decima Primera:**Del 02 al 13/08/17**

Objetivo: Eliminar las conductas de evitación y las estrategias de seguridad empleadas que mantienen el problema ansioso.

Técnicas: Exposición en Vivo.

Nivel Subjetivo de Ansiedad: 3/10

La sesión programada consistió en la auto exposición en vivo a las situaciones temidas. Estas quedaron establecidas, en la sesión pasada, de la siguiente manera: el uso de transporte público en horas de mayor tráfico en la capital, el uso del ascensor y, especialmente, el uso del bus interprovincial y estar alejado de su casa, mediante un viaje a la ciudad de Huaraz para participar en una actividad académica de su universidad. Dado que, la situación que condujo al paciente a solicitar ayuda en el Hospital fue un viaje a la ciudad de Ayacucho, en el que experimentó una crisis ansiosa muy fuerte e incapacitante, se focalizó la exposición en vivo en el viaje académico que iba realizar, a su vez, que estaría expuesto a estar lejos de casa.

La exposición fue gradual. Se realizó mediante un estado de relajación previamente aprendida en las sesiones pasadas y, el sometimiento a las situaciones ansiógenas, buscó impedir las posibles situaciones de evitación o escape.

A continuación se presentan los resultados obtenidos en la autoexposición en vivo que realizó el paciente (Se adjunta los resultados anotados por el mismo paciente. Anexo N° 12)

Tabla 12: Registro de autoexposición.

FECHA	LUGAR O SITUACIÓN TEMIDOS	ANSIEDAD ANTES DE EXPONERSE	PENSAMIENTO O IMAGEN	RESULTADO DE LA EXPOSICIÓN	ANSIEDAD DESPUÉS DE EXPONERSE
02/08	Tapar con la frazada	0.5	Me faltará el aire	No me dio la ansiedad	0
03/08	Habitación cerrada	1	Me dará un ataque de ansiedad	No me dio la ansiedad	0
04/08	Metropolitano lleno	1	Me faltará el aire	No me dio la ansiedad	0
04/08	Ascensor	2	Me puedo quedar atrapado	No me dio la ansiedad	0.5
05 al 13/08	Bus interprovincial	2	Me dará un ataque de ansiedad	Solo unos minutos al inicio	1
05 al 13/08	Alejarse de casa	1	Me dará un ataque de ansiedad	No me dio la ansiedad	0

Objetivo: Interiorizar Técnicas de solución de problemas para evitar las recaídas

Técnicas: Parada de pensamiento – Auto instrucciones.

Nivel Subjetivo de Ansiedad: 1/10

Marco asiste a su última sesión de intervención en la que se reforzó la utilización de los pensamientos alternativos formulados en la sesión seis y siete como prevención de recaídas. Además, se ensayó la técnica de parada de pensamiento como mecanismo de afrontamiento ante posibles pensamientos automáticos distorsionados y catastróficos. En dicha técnica se le instruyó a verbalizar la palabra: Basta y sustituirla por pensamientos adaptativos y agradables.

Por otro lado, para lograr el mantenimiento de su control emocional ante las situaciones ansiosas, Marcos, fue instruido en la técnica de auto instrucciones. Así, pues, siguiendo los pasos establecidos en su aplicación por Ruíz, Díaz y Villalobos (2012), logró identificar los problemas situacionales que le generaban la ansiedad y, luego de prestarle atención, verbalizar los errores, auto reforzarse, logró hacer frente a las situaciones problema. Finalmente, el paciente afirmó que luego de la exposición en vivo, ha recorrido con mayor confianza y tranquilidad por los lugares que anteriormente le causaban sensaciones de malestar o ansiedad. A pesar de haberse cruzado pensamientos de un posible ataque de ansiedad, sus reacciones fisiológicas no se activaron, hecho que le permitió desenvolverse con naturalidad.

CAPÍTULO IV RESULTADOS

Los resultados obtenidos a nivel cuantitativo como cualitativo reflejan la eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual para el presente caso de agorafobia sin historia de pánico.

A nivel cuantitativo, el caso tuvo una medida pre test mediante el Inventario de Agorafobia-IA. (Echeburúa y Corral, 1987), cuya primera parte mide frecuencia e intensidad con que experimenta, el paciente, tres tipos de respuestas: motora, psicofisiológica subjetiva y cognitiva ante las situaciones agorafóbicas y, cuyo punto de corte fue 181 en la escala Global. Los resultados postest, luego del tratamiento, arrojan una medida de 07 a nivel global, resultado que evidencia la notable disminución de intensidad y frecuencia que las experiencias de malestar afectaban a nuestro paciente. (Anexo N° 13)

Es importante señalar que la mayor dificultad, en Marcos, se encontraba en el tercer componente del Inventario aplicado, es decir, en las respuestas cognitivas, cuyo punto de corte de normalidad es de 30 puntos llegando a obtener 48 puntos en su primera medición.

Actualmente dicho componente se encuentra en 2 puntos de medida que refleja la importante reestructuración de su pensamiento que ha realizado nuestro paciente en sus distorsiones cognitivas y sus ideas centrales de incapacidad y frustración que generaban los síntomas de ansiedad.

En cuanto a los dos primeros componentes, es decir, las respuestas motoras correspondientes a la frecuencia e intensidad de la evitación y las respuestas psicofisiológicas subjetivas, correspondientes a los lugares y situaciones agorafóbicas, éstos se encontraban en 73 y 50 puntos respectivamente, de los 96 y 61 puntos de corte de normalidad. Dichos resultados, a pesar de encontrarse por debajo de lo esperado en la pre evaluación, y no causar problemas significativos de manera individual según dicho inventario, estos han disminuido a 2 y 3 puntos respectivamente, situación que nos permite establecer la superación de las respuestas de evitación y su mejor adaptabilidad a las situaciones y lugares que usualmente Marcos temía y evitaba ante los síntomas ansiosos.

En cuanto a las características de Ansiedad, medidos por medio del Inventario de Ansiedad de Estado y Ansiedad de Rasgos – IDARE, las puntuaciones directas evidencian cambios significativos. Al respecto, podemos señalar, en primer lugar que, las puntuaciones obtenidas en el pos test para la Ansiedad Estado decrecen en 41 puntos directos, ubicando al paciente en una ansiedad baja respecto del pre test en la que alcanzó un nivel moderado de ansiedad; en segundo lugar, las puntuaciones obtenidas para la Ansiedad Rasgo, señalan un decremento de 10 puntos directos por debajo de las alcanzadas en la aplicación pre test donde obtenía 48 puntos directos.

Así, pues, aunque las puntuaciones evidencian estabilidad en los niveles de Ansiedad Rasgos, éstas se encuentran en el nivel de normalidad. (Anexo N° 14)

A nivel cualitativo, el paciente percibe un mayor control y dominio de su estado emocional gracias a la conceptualización que ha podido realizar de la ansiedad mediante la psico-educación recibida. Experimenta tener mejores recursos de afrontamiento al haber reestructurado sus pensamientos y haberlos confrontado con la realidad, logrando superar el sesgo cognitivo que le llevaba a seleccionar las experiencias negativas y, por ende, activar sus esquemas disfuncionales causantes de su malestar.

Asimismo, los autoregistros fueron, para Marcos, un instrumento eficaz para visualizar el problema que le aquejaba, llegando a comprender la relación que existía entre sus pensamientos, emociones y conductas y poder hacerles frente ante la reestructuración cognitiva aplicada. Así, también, los pensamientos agorafóbicos que, tenían altos niveles de creencias catastróficas, y le causaban situaciones de gran malestar que, evitaba o soportaba, se redujeron notablemente gracias a los nuevos pensamientos racionales y creíbles que ha desarrollado.

SEGUIMIENTO

Sesión Primera de seguimiento.

Como parte de la primera sesión de seguimiento se logró mantener contacto con el paciente mediante los medios informáticos de celular y mensajería. Se puede comprobar el estado de ánimo positivo que experimenta Marcos luego de las sesiones

de intervención. Asimismo, manifiesta lo importante que ha resultado para él aprender las técnicas terapéuticas que le han permitido superar las conductas de evitación o escape, así como, la búsqueda constante de señales de seguridad ante potenciales peligros. Dicho cambio le ayudan a desenvolverse con mayor soltura, seguridad y naturalidad en sus actividades cotidianas.

Sesión Segunda de seguimiento:

Del 21/09/17

En la segunda sesión de seguimiento Marcos manifiesta:

“La ansiedad ha disminuido muchísimo con las sesiones de intervención. Digo disminuido porque más que sentir ansiedad me acuerdo que la tuve. Cuando estoy en las situaciones que me provocaban ansiedad recuerdo que me daba pero ya no me afecta. Ahora ya no evito para nada. Sí lo recuerdo pero ya no tengo síntomas. Cuando inicié era un 9 ahora es 0.5 y esa medida es porque la recuerdo. Ahora cambio mis ideas catastróficas auto instruyéndome”

Se le manifestó que tenga la confianza para acudir cuando lo desee a la consulta y que no olvide seguir aplicando las técnicas que ha aprendido para cualquier situación que sienta como una posible amenaza.

Dado los agradecimientos respectivos, se concluyó el encuentro.

CAPÍTULO V. RESUMEN, CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES

El caso clínico intervenido, mediante la terapia cognitivo conductual, fue de un joven universitario de 22 años de edad, que cursaba las prácticas pre profesionales de la carrera de ingeniería y padecía conductas de evitación o escape a situaciones que activaban síntomas ansiosos. Estos síntomas, además, le resultaban difíciles de manejar y le causaban un profundo malestar emocional que lo limitaban en sus actividades cotidianas.

Dicha conducta se inició mediante un condicionamiento fóbico a la falta de respiración producto de juegos infantiles y adolescentes que instauraron la conducta de escape que fue expandiéndose hasta convertirse en un cuadro de agorafobia. Realizado el diagnóstico clínico se elaboró un plan de intervención bajo el modelo cognitivo conductual consistente en 12 sesiones de intervención y dos de seguimiento que se planificaron semanalmente con una duración de 50 minutos aproximadamente para cada sesión. Las conclusiones del tratamiento son las siguientes:

- ❖ Mediante la comparación de los datos obtenidos cuantitativamente, por medio de los instrumentos psicológicos aplicados, se evidencia la remisión

de la sintomatología ansiosa correspondiente al diagnóstico clínico de agorafobia.

- ❖ Las técnicas de mayor relevancia para la remisión de la sintomatología fueron la psicoeducación y la reestructuración cognitiva que, correlacionaron directamente con las capacidades del paciente para la comprensión de la conceptualización del cuadro ansioso, bajo el modelo cognitivo conductual, la ejecución de las tareas correspondientes y el cambio de sus pensamientos, sesgados por las distorsiones cognitivas, que había establecido en el procesamiento de la información.
- ❖ Las conductas de evitación y escape disminuyeron progresivamente durante la intervención, desde antes de la aplicación de las técnicas conductuales de la Desensibilización sistemática y exposición en vivo, por lo que el paciente llegó mejor predispuesto a dichas tareas y con mayores recursos de afrontamiento gracias a las técnicas de respiración abdominal y la relajación muscular progresiva.
- ❖ Dadas las evidencias expuestas se comprueba la eficacia de la terapia cognitiva conductual para un diagnóstico de agorafobia.
- ❖ La mayor limitación encontrada fue el aplazamiento de las sesiones que, en algunos casos, se espaciaron en dos a tres semanas por los compromisos académicos del paciente.
- ❖ Asimismo, por ser un estudio de caso único se limitan los hallazgos encontrados a dicho caso no pudiendo ser generalizados a la población en general.

- ❖ Finalmente, como conclusión del caso y atendiendo a los criterios diagnósticos de los Manuales de Clasificación vigentes, podemos señalar la superación del cuadro clínico y la eficacia y eficiencia de la terapia cognitivo conductual para trastornos ansiosos como la agorafobia.

En cuanto a las sugerencias se plantea:

- Al paciente, la práctica constante de las técnicas de relajación como son la respiración abdominal y relajación muscular progresiva que ayudan a diferenciar los cambios fisiológicos en el organismo que permitirán la prevención de recaídas. Asimismo, se sugiere la revisión constante de los pensamientos alternativos reales que se han podido instaurar por medio de la técnica de reestructuración cognitiva llevadas a cabo con el paciente para que, ante posibles creencias disfuncionales en el procesamiento de la información, sean corregidas inmediatamente.
- A la comunidad de internos en psicología se sugiere establecer un programa de intervención acorde a la realidad concreta del paciente pues, se evidencia que, cuando el paciente cuenta con recursos apropiados la técnica se interioriza con mayor facilidad y sus resultados son mayores y más apropiados, economizando de este modo, recursos de tiempo y costos que benefician tanto al paciente como al profesional que las practica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association. (2002). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV-TR. Barcelona: Masson; 481-493.
- Ansorena, A., Cobo, J. & Romero, I. (1983). El constructo ansiedad en Psicología: una revisión. *Estudios de Psicología*. 16, 32-45.
- Bados, A. (2000). Agorafobia y ataques de pánico: Un programa psicológico de intervención paso a paso. Madrid: Pirámide.
- Bados, A. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la agorafobia. *Psicothema*, 13(3), 453-464
- Beck, J. (2000). Terapia Cognitiva. Conceptos básicos y profundización. Barcelona: Gedisa.
- Becoña, E. & Oblitas, L. (1997) Terapias Cognitivo – Conductuales. Antecedentes técnicas. *Revista Liberabit*, 3, 49-70.
- Buela-Casal, G., Sierra, J., Martínez, M. & Morales, E., (2001). Evaluación y Tratamiento del pánico y la agorafobia. En Buela-Casal,G & Sierra, J. Manual de Evaluación y tratamientos psicológicos, Madrid: Biblioteca Nueva. 73-131.
- Caballo, V., Salazar, I., García-López, L., Irurtia, M., & Arias, B., (2014). Trastorno de Ansiedad Social (Fobia Social): Características clínicas y diagnóstico. En Caballo, V., Salazar, I., Carroble, J. Manual de Psicopatología y Trastornos Psicológicos, Madrid, Pirámide. 183-217.

- Calero, E. & Bados, E. (2010) Protocolo de Intervención Clínica para los problemas de pánico y Agorafobia. España: Universidad Autónoma de Madrid.
- Cascardo, E. & Resnik, P. (2000). Seguimiento de pacientes con trastorno de pánico y agorafobia mediante la utilización de escalas de evaluación. *Revista Científica Anxia, 2*, 18-22
- Clark, D. y Beck, A. (2012). Terapia Cognitiva para Trastornos de Ansiedad. Ciencia y práctica. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Compas, B. E. & Gotlib, I. M (2003). Psicoterapia: Aproximaciones Conductuales y Cognitivas en Introducción a la Psicología Clínica; Ciencia y Practica. Mexico: McGraw Hill.
- Cottraux, J. (1991). Terapias Comportamentales y Cognitivas. Barcelona: Masson.
- Díez-Quevedo, C. Rangil, T. & Sánchez, L. (2002) Agorafobia. *Revista de Medicina Clínica* 119(2), 60-65
- Echeburúa, E. (1993). Evaluación y Tratamiento psicológico de los Trastornos de Ansiedad. Madrid: Fundación Universidad Empresa.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (2007) Tratamiento Psicológico de la Agorafobia. En Caballo, V.E. (ed) Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos Vol. I. Madrid, Siglo XXI, 89-112.
- Espada, J., Van der Hofstadt, C. & Galván, B. (2007). Exposición en vivo y técnicas cognitivo-comportamentales en un caso de ataques de pánico con agorafobia. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 7(1)*, 217-232.

- Fernández-Ballesteros, R. & Carrobes, J. (1983). Evaluación conductual. Metodología y Aplicaciones. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Fiestas, F. y Piazza, M., (2014) Prevalencia de Vida y Edad de inicio de trastornos mentales en el Perú Urbano: Resultados del Estudio Mundial de Salud Mental 2005. *Rev Perú Med Exp Salud Pública*. 31(1).39-47.
- García-Palacios, A., Botella, C., Osma, J., & Baños, R. (2015). Trastorno de Pánico y Agorafobia. En Caballo, V., Salazar, I., Carrobes, J. (Eds). Manual de Psicopatología y Trastornos Psicológicos, Madrid, Ediciones Pirámide, 218-239.
- Instituto Nacional de Salud Mental. (2013). Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao Replicación 2012. Informe General. Anales de Salud Mental XXIX. Suplemento 1. Lima.
- Martínez, C., Perelló, M. & Hernández, M. (2011). El trastorno de pánico, con o sin agorafobia y su tratamiento. Visión actual. *Información psicológica*, 102, 63-78.
- Moreno, P. & Marín, J. (2007) Tratamiento psicológico del trastorno de pánico y la agorafobia. Manual para terapeutas. Desclée de Brouwer, Bilbao.
- Olivares,P., Costa,F., Olivares, J. (2016) Evaluación y Tratamiento de un caso de agorafobia sin trastorno de pánico. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental* 1, 1-13.
- Organización Mundial de la Salud (2005). Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento con glosario y criterios de investigación. Madrid: Panamericana.

- Rando, M. Cano, J. (2013) En Ortiz-Tallo, M. (ed) Psicopatología Clínica adaptado al DSM-5. Madrid: Ediciones Pirámide, 33-40.
- Peñate, W., Pitti, C., Bethencourt, J. y Gracia, M. (2006). Agorafobia (con o sin pánico) y conductas de afrontamiento desadaptativas. Primera parte. *Salud Mental* 29(2), 22-29.
- Pérez, A. & Cruz, J. (2003) Conceptos de condicionamiento clásico en los campos básicos y aplicados. *Interdisciplinaria*, 20(2), 205-227.
- Pitti, C. T., Peñate, W., de la Fuente, J., Bethncourt, J. M., Acosta, L., Villaverde, M. L. & Gracia, R. (2008). Agorafobia: tratamientos combinados y realidad virtual. Datos preliminares. *Actas Española de Psiquiatría*, 26(2), 94-101.
- Pitti, C., Peñarte, W. & Bethencourt, J. (2006). Agorafobia (con o sin pánico) y conductas de afrontamiento desadaptativas. Estudio empírico. Segunda parte. *Salud Mental*, 29 (3), 24-33
- Quijano, Silvia (2015). Nivel de ansiedad del paciente en el preoperatorio en el servicio de cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo – 2013 (Tesis de especialidad) UNMSM: Perú
- Ruiz, M., Díaz, M., Villalobos, A. & Paz, M. Terapia Cognitiva (2012). En Ruiz, M., Díaz, M. & Villalobos, A. Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales. Bilbao: Desclée de Brouwer.

- Sanz, R. & Tobal, J. (2013). Perspectiva Cognitiva y Metacognitiva en el Tratamiento del Trastorno de Pánico: estudio de un caso clínico. *Revista de Casos Clínicos en salud Mental*, 1-13.
- Sinnott, A., Jones, B. & Fordham A., (1981). Agoraphobia: A Situational Analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 37(1), 123-127.
- Sosa, C. y Capafons, J. (2014). Fobia Específica. En Caballo, V., Salazar, I., Carroble, J. Manual de Psicopatología y Trastornos Psicológicos, Madrid, Pirámide, 161-182.
- Spielberger, C. D. y Díaz-Guerrero, R. (1975). IDARE. Inventario de Ansiedad: Rasgo – Estado. México: El Manual Moderno
- Viedma, M., (2008) Mecanismos psicofisiológicos de la ansiedad: Implicaciones Clínicas (Tesis Doctoral) Universidad de Granada: España.
- Virgen, R., Lara, A., Morales, G. & Villaseñor, S., (2005). Los trastornos de Ansiedad, *Revista Digital Universitaria* 6 (11), 2-11.
- Wood, C. (2008) Doce sesiones de tratamiento cognitivo conductual en un caso de trastorno de pánico con agorafobia. *Ansiedad y Estrés* 14(2-3), 239-25.

ANEXOS

Anexo 1... Pruebas Psicológicas aplicadas.

Anexo 2... Inventario de Agorafobia (IA)

Anexo 3... Inventario de Ansiedad de Estado y Ansiedad de Rasgo.

Anexo 4... Consentimiento Informado.

Anexo 5... Cuestionario de Cogniciones Agorafóbicas.

Anexo 6... Cuadro Registro de Situación – Pensamiento – Emoción y Conducta.

Anexo 7... Escala de Autovaloración E.A.A de Zung.

Anexo 8... Cuadro Registro de Situación – Pensamiento – Emoción y Conducta.

Anexo 9... Protocolo de relajación Progresiva de 10 grupos musculares.

Anexo 10... Distorsiones Cognitivas.

Anexo 11... Registro de Búsqueda de Ideas Centrales e Intermedias.

Anexo 12... Registro de exposición a las situaciones agorafóbicas.

Anexo 13... Inventario de Agorafobia (IA)

Anexo 14... Inventario de Ansiedad de Estado y Ansiedad de Rasgo.