



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGIA CLINICA



DOCUMENTO PROBATORIO (DIMENSIÓN ESCRITA)
DEL EXAMEN COMPLEXIVO DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE PSICÓLOGO CLÍNICO

PROBLEMA:

AGORAFOBIA Y SU INCIDENCIA EN LAS RELACIONES INTERPERSONALES EN
UNA JOVEN DE 18 AÑOS EN LA CIUDAD DE BABAHOYO

AUTORA:

RONQUILLO SIPIÓN GABRIELA CAROLINA

TUTOR:

PSIC. CEDEÑO SANDOYA WALTER ADRIAN, MSC.

BABAHOYO – ECUADOR

2022



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGIA CLINICA



RESUMEN

El tema “Agorafobia y su incidencia en las relaciones interpersonales” es un tipo de investigación correlacional ya que evaluara la relación existente entre ambas variables, además fue desarrolla mediante un enfoque mixto ya que necesita cuantificar la utilización de los test psicométricos como el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), Escala de Pánico y Agorafobia de Bandelow (PAS), Escala de ansiedad de Hamilton, Cuestionario para experiencias traumáticas (TQ); y técnicas aplicadas como la observación clínica, entrevista semiestructuradas haciendo referencia a la parte cualitativa. El diagnostico presuntivo fue 300.22 (F40.00) DSM-5 Agorafobia. Entre los hallazgos el más destacable fue la presencia de pensamientos perturbadores ocasionando las conductas evitativas, por ende, se trabajó con técnicas de terapia cognitiva-conductual de manera que aliviane la sintomatología.

Palabras claves: Agorafobia, relaciones interpersonales, conducta evitativa, pensamientos perturbadores.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGIA CLINICA



ABSTRACT

The theme "Agoraphobia and its incidence in interpersonal relationships" is a type of correlational research since it will evaluate the relationship between both variables, it was also developed through a mixed approach since it needs to quantify the use of psychometric tests such as the Anxiety Inventory Beck Scale (BAI), Bandelow Panic and Agoraphobia Scale (PAS), Hamilton Anxiety Scale, Traumatic Experiences Questionnaire (TQ); and applied techniques such as clinical observation, semi-structured interviews referring to the qualitative part. The presumptive diagnosis was 300.22 (F40.00) DSM-5 Agoraphobia. Among the findings, the most notable was the presence of disturbing thoughts causing avoidance behaviors, therefore, cognitive-behavioral therapy techniques were used to alleviate the symptoms.

Keywords: Agoraphobia, interpersonal relationships, avoidant behavior, disturbing thoughts.



ÍNDICE GENERAL

RESUMEN.....	II
ABSTRACT	III
INTRODUCCIÓN	¡Error! Marcador no definido.
DESARROLLO.....	4
Justificación	4
Objetivo.....	5
SUSTENTOS TEÓRICOS	6
1. <i>Agorafobia</i>	6
2. <i>Relaciones interpersonales</i>	10
3. <i>Postura psicológica</i>	14
TÉCNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	16
RESULTADOS OBTENIDOS	19
<i>Sesiones</i>	19
<i>Situaciones detectadas (hallazgos)</i>	21
SOLUCIONES PLANTEADAS.....	24
CONCLUSIONES.....	27
RECOMENDACIONES.....	29
BIBLIOGRAFÍA.....	30
ANEXOS	31

ÍNDICE DE TABLA

Tabla 1	22
Tabla 2	24



INTRODUCCIÓN

El presente trabajo es un estudio de caso, enfocado en determinar la incidencia de la agorafobia en las relaciones interpersonales de una joven de 18 años en la ciudad de Babahoyo, el cual está basado en las líneas de investigación salud integral y sus factores físicos, mentales y sociales y como sublínea psicoterapia individuales y/o grupales que mediante la intervención y aplicación de técnicas psicológicas mejoraran su desenvolvimiento a nivel social.

Este estudio fundamenta dos variables las cuales inciden en la joven en la cual se realiza la intervención psicológica para así poder alivianar la intensidad de los síntomas. La agorafobia, implica una serie de sintomatologías a nivel cognitivo, somático e incluso afectivo de la persona que la padece llegando a incapacitarla ante estímulos externos como una gran multitud de gente, espacios abiertos y/o cerrados ya que su mente es invadida por pensamientos irracionales creando una distorsión de sucesos que podrían llegar a suceder sin que antes sean previsto causando perturbaciones a nivel cognitivo.

Las relaciones interpersonales se ven afectadas ante la incidencia de la agorafobia puesto que implica que de cierta manera su desarrollo social se vea involucrado causando incapacidad en el desenvolvimiento ya sea en relaciones familiares, académicas, laborales o intimas debido a la inseguridad, desconfianza y miedo intenso que genera el hecho de entrar en convivencia con los demás y ser parte de una situación vergonzosa en donde por ende evitara relacionarse.

El propósito de la realización del presente trabajo es lograr un cambio a nivel cognitivo ya que los pensamientos catastróficos que son generados ante determinadas situaciones se encuentran impidiéndole tener un correcto funcionamiento en su vida, por esta razón se emplea la Terapia Cognitivo-Conductual como una alternativa de corriente psicoterapéutica para afrontar la dificultad que presenta la paciente por medio de la aplicación de técnicas que conducirán a sobrellevar situaciones que causen malestar.

Para obtener el objetivo propuesto, es necesario la aplicación de técnicas psicológicas como la entrevista semiestructurada, historia clínica y test psicométricos para



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGIA CLINICA



3

tener como evidencia la sintomatología mencionada en el discurso, constatar y darle veracidad a nuestro diagnóstico presuntivo.

Además, se empleó un tipo de investigación correlacional ya que se evaluará la influencia de una variable sobre la otra, por consiguiente, tiene un enfoque mixto ya que por medio de los instrumentos psicológicos aplicados como la entrevista y test psicométricos se analiza y relaciona la información obtenida.



DESARROLLO

Justificación

El presente estudio de caso, es realizado con el fin de conocer la influencia que tiene la agorafobia en una joven de 18 años en la ciudad de Babahoyo y de qué manera esta repercute en su vida y sus relaciones interpersonales, teniendo en cuenta que esta afectación de cierta manera limita a la persona a llevar su diario vivir de forma tranquila y desenvolverse en sus actividades de la vida cotidiana puesto que causa malestar a nivel cognitivo y somático ya que no solo repercute en lo que son relaciones sociales sino también en su adaptación con el entorno, por eso se propone el estudio y uso de técnicas necesarias que espabilaran dicho trabajo.

El estudio será útil y benéfico para todas aquellas personas que estén atravesando una situación similar, de manera que podrán percatarse si sus signos o síntomas son parecidos de manera que puedan darles relevancia y acudir a consulta psicológica para la realización de una correcta valoración, diagnóstico y aplicación de técnicas, permitiéndoles así llevar una vida con más tranquilidad sin la necesidad de sobre pensar cada situación que se le presente, puesto que podría desencadenar otro tipo de patología a raíz de esto si se le deja pasar por desapercibido.

Es trascendente el estudio de caso a realizar porque por lo general es un tema poco hablado en la actualidad, lo que conlleva a la gente a sentir interés y querer más información sobre este y mucho más si se sienten identificados con el caso expuesto en donde a partir de aquello se podrían realizar charlas comunitarias o campañas que ayuden a sobrellevar dicho trastorno y tener un control con el mismo sobre los pensamientos irracionales que son característicos de esta afectación, haciendo que se incremente el sufrimiento diario y en gran medida de quien lo padece.

La factibilidad de este estudio de caso se verá reflejada en la aplicación del esquema terapéutico y evolución que se tendrá durante todo el proceso de intervención psicológica que se ira dando a conocer siempre y cuando se tenga en cuenta las recomendaciones emitidas y predisposición para acarrear el trastorno, sin embargo, parte del vínculo social



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGIA CLINICA



5

cercano no está exento de formar parte durante el trascurso evolutivo que va teniendo como base de apoyo para su mejoría.

Objetivo

Determinar la influencia de la agorafobia en las relaciones interpersonales de una joven de 18 años en la ciudad de Babahoyo.



SUSTENTOS TEÓRICOS

1. Agorafobia

Según Herrera (2019) la agorafobia consiste en la aparición de la ansiedad en diferentes lugares o situaciones donde puede resultar difícil escapar, haciendo referencia a que dicha aparición conlleva a limitar el accionar de la persona que lo padece, permitiéndole experimentar diversas sensaciones al mismo tiempo, la exposición a lugares o situaciones en las cuales se vea sin salida, atrapado e indefenso y mayormente avergonzado, todo esto suele ser producto de una ansiedad anticipatoria, ocasionándole pensamientos catastróficos a futuro.

Quienes padecen agorafobia viven en conflicto la mayor parte del tiempo, mucho más en el ámbito de las relaciones personales y la gran dificultad que les causa lidiar con estas al tener que afrontar el mundo exterior y enfrentar aquellos espacios abiertos como: transportes públicos, centros comerciales, discotecas, etc. al que se ven expuestos diariamente, sin embargo tratan de evitar lo más que puedan el hecho de recurrir a lugares en los que creen que su integridad se verá afectada de una u otra forma.

Se experimentan diferentes emociones y sensaciones corporales las cuales se presentan ante situaciones en las que el sujeto percibe una amenaza hacia su persona o se ve expuesto a ella, ya que por lo general los agorafóbicos tienden a tener un patrón de pensamientos anticipatorios y automáticos los cuales les resulta difícil controlar y podrían aparecer en cualquier momento, mostrándolos susceptibles ante su diario vivir y muchas veces dificultándoles el hecho de relacionarse con los demás o llevar a cabo actividades tranquilamente.

Son algunos los factores involucrados como: factores biológicos o genéticas, factores de personalidad, etc. que se hacen presentes para ser predictores al trastorno de agorafobia el cual podría llevar al padecimiento del pánico en ese momento, tergiversando situaciones o comportamiento de su alrededor generándoles un leve estrés y haciendo que tengan una percepción amenazante sobre entorno de acuerdo a lo mencionado por Regalado et. al, (2021).

1.1. Componentes que conforman la agorafobia

La agorafobia está conformada por diversos componentes o síntomas que son los responsables de manifestarse en las áreas cognitiva, subjetivo-fisiológica y motoras,



encargadas de que la persona que padece dicho trastorno sienta limitaciones en su vida diaria a los niveles ya mencionados (Casares, 2020).

A nivel cognitivo los pensamientos automáticos suelen ser un desencadenante ante esta patología, siendo muy habitual que se presente la ansiedad anticipatoria haciendo pensar a la persona que podría vivir momentos que ellos consideran bochornosos incluso antes de que se presente la situación, momentos tales como un desmayo en público, miedo a perder el control y todas aquellas situación para el sujeto son catalogadas como amenazadoras puesto que su cognición es a base de pensamientos catastróficos dando así el surgimiento a la manifestación de la sintomatología.

De acuerdo a lo que menciona Casares (2020) las respuestas subjetivas se hacen presente luego de que el individuo en su estado analizará la situación, dándole paso a manifestaciones fisiológicas como característica esencial a síntomas del sistema nervioso que se exteriorizan por medio de cambios de temperatura a nivel corporal, hiperventilaciones, entumecimientos en distintas áreas del cuerpo, palpitaciones, taquicardias, etc. Respuestas fisiológicas que debido a la intensidad en la que se presentan y a la cognición, hacen que creen situaciones a nivel mental sin escapatoria, siendo así uno de los peores escenarios para estas.

Finalmente, haciendo referencia al componente conductual en personas agorafóbicas, estas tienden a evadir toda aquella situación considerada como temible y que les cause algún malestar a nivel emocional, sin embargo la manera en la que muchas personas suelen reducir la sintomatología es sintiéndose seguras o protegidas, es decir, si se van a exponer a algo que les cause miedo, tendrán que ir acompañados de alguien que les de seguridad, este tipo de estrategia por lo general les funciona como un distractor antes el malestar emocional que podrían llegar a sentir.

1.2.Causas

Según Aesthesis Psicólogos Madrid (2022) la agorafobia suele empezar en la adolescencia, puesto que a esta edad la persona se ve más expuesta ante factores que podrían alterar su psique y causar significativamente un malestar con su entorno, en el ámbito social, académico, entre otras áreas funcionales de su vida permitiéndole experimentar de cierta manera un sufrimiento involuntario y no deseado.



Hay una variedad de factores por lo cual es desencadenada la agorafobia empezando con la contribución de las características personales, como por ejemplo el miedo intenso que se presenta acerca de que sucederán acontecimientos que podrían escaparse del propio control. Así mismo otra causa detonante son las experiencias ya vívidas en donde muchas veces el pensamiento catastrófico llega debido a situaciones pasadas que han ocurrido junto al temor a que se repita o simplemente por el hecho de que se lo contaron y quiere evitar vivirlo, siendo así una de las causas del miedo a la evaluación negativa, aislamiento social, entre otras.

Por otro lado, están los factores de evento estresante que se dan a partir de una determinada situación que está causando conflicto con la persona, dando lugar a la manifestación de la agorafobia, las situaciones más comunes suelen ser debido a problemas familiares o amorosos, consumo de sustancias, preocupaciones a nivel académico o laboral, problemas económicos, todo esto los conlleva a sentirse vulnerables o susceptibles ante la interacción con el mundo exterior y sentir miedo de una forma u otra en situaciones similares a las que le causan estrés.

Las experiencias traumáticas son otro factor desencadenante y muchas veces uno de los principales causantes de dicho trastorno debido a que lleva al sujeto a que tenga la sensación de estar reviviendo el momento sucedido lo cual da lugar a la aparición de la sintomatología, miedo a sentir miedo de lo que podría ocurrir ante ciertas situaciones y no poder tener el control sobre esta, debido a lo que está experimentando. Generalmente los acontecimientos traumáticos vividos han sido fuera del hogar de manera directa o ya sea porque alguien cercano le ha mencionado lo ocurrido a la persona, produciéndole temor.

1.3.Prevalencia

La agorafobia afecta a los hombres, en un porcentaje del 3 y 4 % mientras que en las mujeres su prevalencia es en mayor medida con un porcentaje del 9% ya que su sintomatología es más grave (Ruiz, 2020). Su incidencia se inclina mucho más en el género femenino ya que por lo general son quienes se encuentran expuestas a un mayor riesgo ante la sociedad, el factor influyente sería el de tipo estresante o de evento traumático debido a la gran cantidad de noticias impactantes que arremeten contra la voluntad del sujeto y que son escuchadas diariamente.



1.4. Criterios diagnósticos

Según American Psychiatric Association (2013) afirma que la agorafobia es un tipo de trastorno de ansiedad, con síntomas específicos y característicos los cuales hace que se diferencie de cada uno de los otros trastornos existentes. Los criterios a considerar para determinar si la persona padece de esta patología son los siguientes:

- A.** Miedo excesivo al enfrentarse a situaciones en sitios abiertos o cerrados, medios de transportes públicos, estar rodeados con mucha gente.
- B.** Suelen evadir circunstancias debido al temor que les genera el hecho de pensar en no tener escapatoria si se llegase a presentar algún momento de extrema incomodidad que le exteriorice la sintomatología.
- C.** Las situaciones a las que se ven expuestos, la mayor parte del tiempo suelen generar miedo o ansiedad debido a su cognición de pensamientos catastróficos.
- D.** Toda aquella situación catalogada como agorafobia usualmente es esquivada o se rehúsa a enfrentarse a esta a menos que la persona vaya acompañada de alguien con quien sienta seguridad.
- E.** El temor es inmenso en relación a lo que realmente está sucediendo ya que tienen otra percepción de la realidad.
- F.** La ansiedad y el miedo es de manera constante por al menos en un tiempo determinado de 6 meses.
- G.** Los síntomas que se presentan afectan de manera significativa en distintas áreas funcionales de la persona, por ejemplo: el área laboral, área social, área escolar, área familiar, entre otras.
- H.** La presencia de alguna enfermedad netamente médica, incrementa el miedo y la ansiedad, cuestión que podría generar la asociación de algún otro trastorno como el de pánico.
- I.** Los síntomas que se manifiestan como el miedo, la ansiedad o las conductas evitativas, no son limitados a ningún otro trastorno.

1.5. Consecuencias

Según Barraca (2018) el hecho de sufrir agorafobia reduce de cierta forma el poder vivir de una manera adecuada y sin complicaciones, aislando a las personas a vivir con una serie de limitaciones que muchas veces los induce a abandonar actividades o lugares debido



a la pérdida de la relación social, evitación de actividades, falta de cumplimiento con sus responsabilidades, incluso existe la posibilidad de generar dependencia debido al miedo que la persona experimenta al encontrarse solo ante un lugar público o no, necesitando acompañamiento la mayor parte del tiempo para tartar de sentirse a salvo aunque la sintomatología no desaparece pero si reduce su intensidad.

Como consecuencia hay una constante interferencia en su vida diaria en cuanto a lo laboral, social, restricciones de viajes e incluso problemas emocionales tales como la baja autoestima, autosabotaje, dependencia, entre otras que podrían llevar a la persona a sufrir depresión y en otros casos depender de sustancias para llegar a sentirse mejor.

2. Relaciones interpersonales

Para Londoño y Mejía (2020) el ser humano es un ser de establecer relaciones, vínculos sociales con las personas de su alrededor para mantenerse en constante contacto, implantando relaciones cercanas y asertivas, permitiéndole la adquisición de habilidades sociales de manera correcta que le serán útil para efectuarlas a lo largo de su vida e incluso mejorar la confianza y seguridad intrapersonal (p. 27).

Según Calva et. al, (2019) para mantener relaciones sociales es vital que se establezca comunicación con dos o más personas de manera que haya una vinculación, mostrando adaptación con su entorno a medida que se da el proceso de interacción ya sea de forma verbal o no; cabe mencionar que para tener buenas relaciones interpersonales no hay necesidad de excluir sino más bien adaptar (p. 32).

Las relaciones interpersonales permiten establecer vínculos afectivos al individuo y generar más empatía no solo con personas cercanas sino también con las de una comunidad, el mantenerse relacionado y comunicado con los demás de cierta manera hará desarrollar sus habilidades sociales. El mantener nexos con alguien permite ver el mundo desde diferentes perspectivas, ser consciente de las necesidades de otros, sus valores, ideas y conocimientos que van nutriendo esa interacción con el entorno, permitiendo conocer más acerca de sus costumbres, moral, estilo de vidas y muchas otras cosas por las cual el hombre es considerado un ser social.

Las relaciones se van estableciendo a lo largo de la vida y son las que en gran mayoría van moldeándonos como personas puesto que a través de esta nuestra conducta se va concretando poco a poco. La importancia de relacionarse de manera adecuada es un hecho



saludable debido a que garantiza una mejor incorporación y dialogo con personas con características, religiones, razas diferentes a las nuestra.

2.1.Importancia de las relaciones interpersonales

Las relaciones interpersonales tienen un papel de gran importancia en cuanto al progreso y mejora del ser humano además de que ayuda al individuo a sobrellevar ciertas situaciones de forma asertiva sin que esta se le escape de las manos, sentirse competente ante los contextos complejos de la sociedad. Las personas son seres sociables y necesitan mantenerse en constante comunicación, compartir momentos con quienes mantiene un lazo afectivo, etc.

Por otro lado, una persona que carece amistades o vínculos afectivos podría ser índice de que no ha tenido un correcto desarrollo de habilidades y por ende se le dificulta la convivencia con la demás cuestión que podría generar rechazo, aislamiento, malestar o sufrimiento a nivel psicológico difícil de sobrellevar en la vida diaria ya que generara la sensación de rechazo social.

2.2.Características

Según Tenemaza y Miranda (2016) las características principales para mantener relaciones interpersonales de forma sana son todos aquellos valores que deberían ser ejercidos por el ser humano, como el respeto, la honestidad, sinceridad, etc. estas dependen de cada individuo y a la forma en la que se desenvuelve ante la sociedad, sin embargo, estas se forjan desde la niñez y se fortalecen con experiencias que se van suscitando a lo largo de la vida, cabe destacar que en caso de que exista alguna alteración a nivel personal como un evento traumático o situación que llegue a ser críticas para el individuo o que le genere malestar podrían variar, por eso es que las relaciones interpersonales tienen diferentes tipos con sus propias características.

2.3.Tipos de relaciones interpersonales

Existe una gama de relaciones interpersonales, cada una con sus respectivas características lo cual hace la diferencia y que podrían generarse en cualquier lugar en el que nos encontremos como en un cine, al estar esperando bus, en el supermercado y muchos otros lugares con cualquier persona ya que estas de por si es una necesidad básica que posee



el ser humano desde el momento de su nacimiento (Castro, 2022). A continuación, se describirán los distintos tipos de relaciones interpersonales:

2.3.1. Relaciones íntimas o afectivas

Son el tipo de relación en el que se encuentra un fuerte vínculo afectivo y de intimidad, están forjadas a base de respeto, confianza y seguridad mutua con la otra parte, son relaciones estables que contribuyen al bienestar emocional y físico del otro, generando protección y comprensión hacia la otra persona, por lo general las relaciones íntimas o afectivas perduran mucho tiempo gracias a la reciprocidad y empatía que existe, como tal sería el caso de las relaciones amorosas y de amistad en donde en ambas debe existir la comunicación como base primordial para su funcionalidad.

2.3.2. Relaciones familiares

Es el tipo de relación que se encuentra establecida por miembros del grupo familiar, personas que comparten el mismo vínculo sanguíneo, aquellos que se encuentran dentro del mismo hogar, personas por las que desde un principio suele resultar mucho más fácil establecer conexión o un vínculo afectivo como amor, cariño, respeto, sin embargo cuando en el lazo familiar no existe una buena relación podría generarse la apatía entre los miembros dando lugar al surgimiento de problemas, rompimiento de reglas que han sido regidas por quien es considerado como autoridad dentro del hogar.

Por otro lado, dentro de dicho sistema familiar existen individuos que logran establecer un vínculo más profundo que son aquellos como los esposos e hijos a diferencia de otros que simplemente suelen ser superficial como por ejemplo una persona que le han presentado otro miembro de la familia, pero este vive lejos, solo que ha ido de visita, entonces la posibilidad es que no vuelvan a verse y no establezcan ningún vínculo afectivo.

2.3.3. Relaciones superficiales

Hace referencia a aquellas en las que el sujeto no se involucra ni mantiene intimidad con la otra parte ya que no existen vínculos emocionales ni importancia por lo que suelen ser relaciones pasajeras o fugaces que nacen a partir de una circunstancia determinada como cruzarse con una persona por la calle y saludarla, es decir podrían ser cordiales, pero no íntimas ni afectivas puesto que no son duraderas.



2.3.4. Relaciones circunstanciales

Son aquellas que no son totalmente íntimas ni superficiales, pero se encuentran en un punto intermedio, es decir es un tipo de relación que se establece con una persona con la que se comparte situaciones de forma habitual, lo que vendría a ser una persona conocida como algún compañero de escuela, trabajo o vecino pero sin vínculo afectivo alguno que comprometa sentimientos intensos hacia el otro individuo ya que no existe la sensación de establecer conexión o profundizar para llegar a una relación más íntima.

2.3.5. Relaciones de rivalidad

Como su nombre mismo lo menciona, es aquella relación la cual se encuentra en constante conflicto debido a los sentimientos de rencor que podría estar teniendo una de las partes, creando así sentimientos de odio y enemistad hacia el otro, quienes tienen este tipo de relación suelen tener una personalidad negativa con las personas de su entorno no valorando la relación que puede o podría establecer con los demás, restándoles importancia y centrándose solo en lo que es la rivalidad y enemigos (Hernandez, 2022).

2.4. Habilidades que mejoran la comunicación interpersonal

2.4.1. Escucha activa

Es una de las primeras habilidades con más valor que gracias a esta la persona se encarga de mantener sus sentidos al tanto de lo que se encuentra diciendo el otro en el diálogo manteniendo una atención focalizada al discurso para lograr captar lo que está comunicando la otra parte, si se lo hace de manera adecuada será mucho más fácil entender cada oración o palabra mencionada sin alteraciones ni malinterpretación de la información que está siendo emitida, incluso luego de realizar la escucha activa el contenido captado puede ser distribuido de manera correcta puesto que no se cayó en interrupciones mientras el otro individuo hablaba (Nuñez, 2021).

2.4.2. Lenguaje corporal

El lenguaje corporal muchas veces dice más de nosotros y de lo que queremos decir que cuando lo decimos de forma verbal ya que por medio de este observamos la conducta del individuo, sus gestos, postura y muchas otras cosas que revelan de manera indirecta lo que queremos comunicar, pero no decimos, no obstante, esto influye en lo que es la



percepción de la otra persona con la que dialoga y observa siendo así necesario cuidar de nuestras expresiones para evitar cualquier tipo de malinterpretación.

2.4.3. Empatía

Otro rasgo importante que es necesario destacar es la empatía, que permite que una de las partes tenga en cuenta los sentimientos o comportamientos del otro como decir poniéndose en los zapatos de la otra persona para lograr entender lo que está sucediendo en ella. La empatía permite establecer mejores vínculos afectivos ya que quien es empático evita las comparaciones, ofensas y malos tratos hacia los demás.

En el caso de las personas que padecen agorafobia, son individuos que requieren de mucha empatía y comprensión por parte de los demás ya que quienes tratan con un agorafóbico podrá darse cuenta que este es un trastorno que causa el impedimento de realizar muchas actividades cotidianas por esa razón además de empatía necesitan paciencia para que ayuden a sobrellevar al otro todo aquello que causa malestar a nivel emocional y social.

2.4.4. Asertividad

Permite exteriorizar opiniones o criterios propios de forma sutil, sin lastimar la susceptibilidad de nadie, es decir, expresar pensamientos y necesidades sin agresividad o atacando la moral del otro, se puede lograr empleando un dialogo con respeto, honestidad y seguridad acerca de lo que se va a manifestar, cuando hay asertividad ambas partes salen beneficiadas puesto que se consigue un buen vinculo social que ayuda al desarrollo de habilidades sociales, el aprendizaje y reforzamiento de aquellas conductas que han sido adquiridas en el transcurso del tiempo.

3. *Postura psicológica*

En relación a lo mencionado por Ruiz en el 2020 y Barraca en el 2018 concuerdo con respecto a que las mujeres poseen el porcentaje más alto en presentar agorafobia ya que son aquellas que se encuentran expuestas ante factores que podrían vulnerar su integridad, generando miedo y creando pensamientos intrusivos en relación a lo que les podría suceder si se les presenta una situación en la que no puedan mantener el control, no obstante coincido con Tenemaza y Miranda con lo mencionado en el 2016, que los agorofobicos poseen una



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGIA CLINICA



15

cognición alterada, lo que hace que sus relaciones interpersonales no sean las mejores ya que son personas que no tienden a adaptarse ni entablar vínculos fácilmente con alguien.



TÉCNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

El presente estudio de caso se desarrolló mediante diversas técnicas con la finalidad de facilitar la recolección de información necesaria emitida por la paciente, estas son: la observación clínica, la entrevista semiestructurada, la historia clínica y los test psicométricos como: Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), Escala de Pánico y Agorafobia de Bandelow (PAS), Escala de ansiedad de Hamilton, Cuestionario para experiencias traumáticas (TQ).

Observación clínica

Es un instrumento utilizado para evidenciar conductas ya sean manifiestas o latentes de forma más directa en el paciente, permitiendo recabar información en cuanto a sus movimientos corporales, expresiones faciales y todo aquello expresado de manera no verbal, además de observar todo lo mencionado también se tiene en cuenta el aspecto físico, cuidado personal y la forma en la que se expresa verbalmente, todo lo evidenciado y recolectado en la observación clínica es tomada en cuenta al momento de dar un diagnóstico al paciente para establecer una meta terapéutica adecuada. (ver anexo 3)

Entrevista semiestructurada

Se aplicó este tipo de entrevista para que la paciente pueda expresar todo lo que considere necesario ya que en esta se emplea el uso de preguntas abiertas previamente preparadas como una guía a seguir, dando lugar a manifestar opiniones y muchas veces emociones, no obstante, a medida que se va dando la entrevista se puede establecer un mejor rapport y la conversación fluye como si fuera de forma natural, además de que se profundiza en temas de concreto interés para la valoración e identificación del tipo de cognición que presenta.

Historia clínica

Es un documento de suma utilidad debido a que permitió plasmar la información recolectada de una manera más sistemática, esta consta con distintos puntos entre los cuales se encuentran los datos del paciente, el motivo de consulta o por el cual la paciente está asistiendo donde la psicóloga, también se recaudan datos de los antecedentes familiares y anamnesis para descartar alguna patología genética o hereditaria, se desarrollan puntos en donde se va redactando situaciones pasadas y actuales que de alguna manera pueden estar



causando malestar anímico, toda la información recolectada fue necesaria para llegar a establecer un diagnóstico presuntivo y el tratamiento adecuado. (ver anexo 2)

Test psicométricos

Se hace uso de los test psicométricos para validar de una forma más objetiva y precisa aspectos a nivel cognitivo, somático, personalidad, etc. de una persona, dándole veracidad a hipótesis de la información que ha sido recabada por medio de la entrevista es decir aspectos cualitativos que se evidencian a través de los test aplicados, arrojando valores específicos de acuerdo al nivel de afectación que padezca en relación al presunto trastorno, los test psicométricos realizados fueron: (Ver anexo 4)

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

El inventario de ansiedad de Beck es un instrumento psicométrico que se encarga de medir síntomas fisiológicos, cognitivos y emocionales que se dan en presencia de la ansiedad tanto en adolescentes como adultos. Es un test que consta de 21 ítems en los cuales se van detallando síntomas a presentarse que deberán ser marcados de acuerdo al nivel de gravedad con que los manifieste, cada respuesta tiene un valor determinado que varía de 0 haciendo referencia a “nada en absoluto” a 3 refiriéndose a “severo” con puntuaciones que a partir de la sumatoria de cada ítem varían desde 0-1 ansiedad baja-leve, de 22.35 ansiedad moderada y 38-63 severe, siendo esta la más grave.

Escala de Pánico y Agorafobia de Bandelow (PAS)

Es una escala encargada de evaluar la intensidad de la gravedad del trastorno de pánico, está constituida de 13 ítems agrupados en 5 escalas referentes a los ataques de pánico, agorafobia, ansiedad anticipatoria, discapacidad y preocupación por la salud que son respondidas en relación a los síntomas manifestados la semana pasada, su puntuación oscila entre 0 y 52, entre mayor sea el valor mayor gravedad existirá.

Escala de ansiedad de Hamilton

La escala de ansiedad de Hamilton es un cuestionario destinado a la población en general, es muy utilizado ya que evalúa aspectos psicosomáticos, cognitivos y miedos, puesto que todas las personas que padecen de ansiedad perciben síntomas diferentes. El test



consta de 14 ítems en los cuales la sumatoria de todos puede oscilar de 0-5 no presentar, 6-14 ansiedad leve y > 15 ansiedad moderada o grave ya que entre mayor puntuación más gravedad.

Cuestionario para experiencias traumáticas (TQ)

El instrumento fue aplicado con la finalidad de indagar en cuanto las experiencias traumáticas, si hay algún suceso traumático que le esté causando malestar actualmente y los síntomas que presenta ya que es lo que se encarga de evaluar en cada uno de sus ítems. En cuando a la interpretación de los resultados, el apartado de los síntomas que contiene un total de 18 ítems es el único que puede ser sumado ya que presenta puntuaciones de 0 para No y 1 para el Si, cabe recalcar que entre mayor puntuación mayor es el rango de gravedad que presenta ya que es un test que no tiene un punto de corte.



RESULTADOS OBTENIDOS

M.M.S.S., paciente de 18 años de la ciudad de Babahoyo, provincia Los Ríos, de género femenino, estado civil soltera, religión católica, instrucción media-superior, ocupación estudiante, se encuentra orientado en tiempo y espacio, se muestra nerviosa, pero con un lenguaje fluido y coherente, asiste a consulta psicológica de manera voluntaria debido a un considerable miedo a permanecer en lugares o situaciones como la parada del bus y subirse a ellos, andar sola por la calle, estar encerrada en el salón de clases con muchas personas limitándola a realizar sus actividades con normalidad.

Sesiones

Primera sesión

La primera sesión fue realizada el 30 de mayo del 2022 con una duración de 45 minutos en el horario de 14:00-14:45, este se llevó a cabo en el domicilio de la paciente ya que menciona que ahí se sentía más cómoda, el objetivo de la primera sesión fue establecer rapport y que se sienta en confianza mencionándole que toda aquella información emitida será confidencial, luego se inició con la entrevista procediendo a preguntarle a la paciente acerca de lo que esperaba y sus expectativas de un psicólogo, ¿Cuál es su motivo de consulta? a lo que menciona “desde hace unos meses me siento muy nerviosa antes de salir de casa y pensar en que podría sucederme algo mientras no esté en un lugar que yo crea que es seguro, me da mucho miedo subirme a colectivos e incluso he llegado a sentir desesperación en el aula de clases al sentirme rodeada de mucha gente”.

Se continuo con la recolección de información aplicando la psicoeducación del modelo cognitivo de cómo sus pensamientos pueden afectar su estado para luego aplicar la de cómo los pensamientos crean sentimientos, también se hizo un recuento acerca de todo lo hablado y mencionándole algunas recomendaciones, se establecieron horarios y fechas de las sesiones, finalmente se le dejo una tarea la cual fue previamente explicada y consistía en ver videos del control de la respiración unos minutos antes de salir y aplicarlo para tratar de calmarse.

Segunda sesión

La segunda sesión se dio el 6 de junio del 2022 a las 16:00-16:45 con una duración de 45 minutos, en esta sesión se continuo con la evaluación y recolección de datos, iniciamos la entrevista preguntando ¿Cómo le fue desde la última sesión? a lo que manifiesta que los días se le vuelven complicados ya que ahora siente mareos, dolores estomacales y tiene la



sensación de que le falta la respiración cuando se encuentra en buses con mucha gente o en lugares pequeños, ya que le recuerda a la vez cuando 5 hombres se subieron al bus en el que iba a asaltarlo mientras viajaba a Guayaquil, no obstante manifiesta que cuando realizaba la tarea momentos antes de salir solía calmar su ansiedad un poco, sin embargo al encontrarse en la situación temida se desencadenaban los síntomas.

También se mencionó que se emplearan el uso de test para darle más veracidad a nuestra hipótesis, luego se trabajó la técnica de análisis de los costos y beneficios de un pensamiento con la finalidad de que se percate que no siempre habrá contras ante las situaciones o actividades en las que se presente.

Tercera sesión

Esta sesión se abordó el 10 de junio de 10:30 hasta las 11:10 con una duración de 40 minutos, aquí se realizaron la toma de test psicométricos como: Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), Escala de Pánico y Agorafobia de Bandelow (PAS), Escala de ansiedad de Hamilton, Cuestionario para experiencias traumáticas (TQ). mientras realizaba los test se le aplico la observación al igual que en todas las sesiones, menciona que no tuvo dificultad alguna con respecto a realizarlos, además, se aplicó la técnica clasificando emociones y creencias.

Cuarta sesión

La cuarta sesión fue realizada el día 18 de junio en el horario de 14:00-15:00 con una duración de 60 minutos, la paciente llego a mi domicilio en compañía de su mamá manifestando que así se sentía más segura al salir, sin embargo, se la notaba nerviosa e intranquila debido a los movimientos que realizaba con sus piernas y se tronaba los dedos, a lo que se procedió a preguntarle ¿Cómo te sentiste al salir acompañada de tu mamá? De inmediato refiere “me sentí segura pero no pude evitar pensar en que en cualquier momento pasaría algo y todo se descontrolara”, con respecto a lo mencionado:

Se inicio haciendo referencia a las emociones que estaba sintiendo con respecto a la situación, luego se aplicó la técnica de desensibilización sistemática, para tratar de reducir el miedo ante cierta situación, además, luego se procedió a mencionarle la técnica que aplicaríamos en la siguiente sesión.

Quinta sesión

Esta sesión fue ejecutada el 26 de junio desde las 15:30 hasta las 16:30 en un lapso de 60 minutos, con la finalidad de realizar la entrevista de devolución, dándole el diagnóstico



de 300.22 (F40.00) DSM-5 Agorafobia, por otro lado, esta sesión se abordó en el domicilio de la paciente ya que la técnica que se aplicó fue la relajación progresiva de modo que el paciente quite tensiones de su cuerpo y pueda aplicarla de manera moderada cuando se encuentre en situaciones que le cause ansiedad.

Situaciones detectadas (hallazgos)

Luego de las sesiones realizadas a la paciente en donde se recaudó toda la información posible por medio de las entrevistas y los test psicométricos aplicados se logró demostrar el motivo de su sintomatología la cual le dificulta la realización de sus actividades cotidianas. Por otro lado, durante todas las sesiones realizadas en el domicilio se la notaba tranquila sin embargo cuando hacía referencia a los acontecimientos ocurridos mostraba nerviosismo, en cuanto a la sesión realizada en mi domicilio, la paciente mencionó que se sentía segura de haber ido con su mamá, pero, su postura corporal y expresiones denotaban inquietud e intranquilidad. A continuación, se evidenciarán los resultados de los test que fueron tomados a la paciente:

Uno de los instrumentos de evaluación aplicados fue el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), fue aplicado para lograr identificar los síntomas ansiosos a nivel cognitivo emocional y somáticos para medir la intensidad de estos, los ítems que se presentan son valorados en un rango de 0 a 3 puntos que con una sumatoria total el resultado arrojado en la prueba es de 47 puntos equivalente a ansiedad severa siendo esta la más alta, es decir la paciente permanece intranquila e inquieta la mayor parte del tiempo lo que muchas veces impide un correcto desenvolvimiento social.

Luego se le aplicó la escala de ansiedad de Hamilton para evaluar la intensidad y la frecuencia de su ansiedad psíquica y somática en donde a cada ítem se le colocó una valoración de 0-4 que al sumar todo lo puntuado dio un valor total de 42 puntos equivalente a ansiedad grave.

Así mismo, se aplicó la Escala de Pánico y Agorafobia de Bandelow (PAS) evidenciando los siguientes resultados: En la subescala de ataques de pánico da una puntuación de 6, en los ítems referente a agorafobia y conductas de evitación puntúa con un valor de 12, por consiguiente, en ansiedad puntúa 6, en la escala de discapacidad una puntuación de 14 y finalmente en la de preocupación por la salud con una puntuación de 8, haciendo la sumatoria de todas las puntuaciones nos da el valor de 47 equivalente a presentar pánico y agorafobia.

Otro de los test aplicados fue el Cuestionario para experiencias traumáticas (TQ) el cual presenta un apartado de 18 ítems que haciendo la suma total de estos, la paciente obtuvo una puntuación de 13 referente a la sintomatología que presentaba debido al asalto a mano armada del bus en el que se transportaba a otra ciudad, lo cual para ella es considerado una experiencia traumática.

Una vez aplicada la observación clínica, la entrevista y los instrumentos de evaluación psicológica, en el paciente se logró detectar afectaciones a nivel cognitivo, afectivo, conductual y somático que están causando malestar significativo en los diferentes ámbitos de su vida, a continuación, se detallara lo hallado en cada área.

Tabla 1

Cuadro psicopatológico

Función	Signos y síntomas	Síndrome
Cognitivo	Inseguridad, pesadillas, ansiedad anticipatoria, pensamientos catastróficos	Ansiedad
Afectivo	Deterioro en las relaciones sociales, vergüenza, desesperación, miedo a lugares abiertos y cerrados, miedo al miedo, preocupación, temor a perder el control.	
Conducta social - escolar	Inquietud, desconfianza, conducta evitativa, intranquilidad, incomodidad.	
Somática	Taquicardia, tensión, presión en el pecho, hiperventilación, mareos, sensación de ahogo, sensación de debilidad, nerviosismo, dolor gastrointestinal, movimientos involuntarios de piernas.	

Nota: Tabla elaborada por Gabriela Ronquillo a partir de los resultados obtenidos de las sesiones e instrumentos de evaluación aplicados.

Los síntomas detectados en cada área radican en función a aspectos que la paciente ha vivido, afectando a nivel psicológico y social, además existen factores predisponentes y eventos precipitantes que influyen de forma única que a continuación se los detallara:

Como factor predisponente se encuentra el asalto a mano armada por 5 sujetos en el carro pasajero en el que viajaba el cual fue desviado de su ruta y con las luces apagadas, situación que la llevo a pensar que ponía en riesgo su vida, además de que al momento de quitarle su pertenencia fue apuntada con un revolver.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGIA CLINICA



23

Por otro lado, como evento precipitante se identifica el hecho de tener que trasladarse en transporte público diariamente a la universidad y que ya no tenga a su novio que la acompañaba a todos lados, situación que la hace presentar ansiedad anticipatoria puesto que la paciente asocia los lugares y la situación con lo sucedido, cabe mencionar que el tiempo de evolución a dicho acontecimiento es de 1 año y medio.

Finalmente, de acuerdo a la intervención psicológica realizada y análisis de los síntomas se llega al diagnóstico presuntivo 300.22 (F40.00) DSM-5 Agorafobia, de acuerdo a los criterios diagnósticos del manual mencionado.

SOLUCIONES PLANTEADAS

Luego de las intervenciones ya realizadas, se procede a armar el esquema terapéutico en donde se plantearán metas y objetivos de acuerdo a las afectaciones halladas en las áreas cognitiva, afectiva, conductual y somática de manera que la paciente pueda llevar su vida y diario vivir sin malestares psicológicos y trabajando en alivianar la sintomatología presentada, por dicha razón la paciente se mostró en total acuerdo ante la ejecución de las técnicas que se emplearon en este proceso. El proceso terapéutico se estableció abordando la Terapia Cognitiva-Conductual de Aaron T. Beck, en el cual se trabajaron 5 sesión de entre 45 y 60 minutos con la finalidad de alivianar los síntomas y la paciente pueda aplicar las técnicas ejecutadas siempre y cuando sienta que sea necesario.

Tabla 2

Esquema terapéutico

Categorías (hallazgos)	Meta terapéutica	Técnica	Número de sesiones	Fecha	Resultados esperados
Cognitivo (Pensamientos catastróficos, inseguridad, pesadillas, vergüenza.)	Lograr la identificación de los pensamientos que causan sentimientos negativos.	Psicoeducación Cómo los pensamientos crean sentimientos.	1	30/05/2022	Hubo inconvenientes debido a la ansiedad anticipatoria que tenía, sin embargo, comprendió como influyen los pensamientos sobre las emociones.
Afectivo (Deterioro en las relaciones sociales, miedo a lugares abiertos y cerrados,	Retroalimentar el modelo cognitivo y que identifique que no solo existen consecuencias negativas al	Análisis de los Costos y Beneficios de un pensamiento	1	06/06/2022	Se logro la comprensión de que los pensamientos irracionales pueden causar limitaciones si no se analiza la situación desde



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGIA CLINICA



25

ansiedad anticipatoria)	enfrentarse en una situación. Identificar las situaciones que le causan los pensamientos negativos y el grado de malestar que le causan.	Clasificando emociones y creencias	1	10/06/2022	perspectivas diferentes. Consiguió discernir cuales son los las situaciones que le causan un mayor grado de molestia y creencia, generando las conductas evitativas.
Conductual (Inquietud, desconfianza, conducta evitativa)	Afrontar de manera progresiva situaciones y lugares temidos.	Desensibilización sistemática	1	18/06/2022	Se logro reducir la intensidad del miedo y las conductas evitativas.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGIA CLINICA



26

Somático (Taquicardia, tensión, presión en el pecho, hiperventilación, mareos, nerviosismo, dolor gastrointestinal)	Que la paciente aprenda la aplicación de la técnica para que pueda emplearla y mantenerse calmada en caso de presentar ansiedad.	Relajación progresiva	1	26/06/2022	Al principio le costó trabajo mantener los ojos cerrados ya que le causaba desesperación, sin embargo, después de un intento logro hacerlo y relajarse, manifestando que le resultara muy práctico aplicarlo.
--	---	--------------------------	---	------------	--

Nota: Tabla elaborada por Gabriela Ronquillo.



CONCLUSIONES

El presente estudio de caso fue realizado a una joven de 18 años residente de la ciudad de Babahoyo la cual presentaba conductas de evitación, cogniciones catastróficas y síntomas a nivel fisiológico como producto de una ansiedad anticipatoria ante lugares situaciones que aún no se presentaban, todo esto como consecuencia al acontecimiento suscitado en el transporte público, ocurrido hace año y medio, la problemática se vio evidenciada ante la incidencia de sus relaciones interpersonales, causando un deterioro adaptativo ante la sociedad.

Para llegar a la patología que presenta la paciente, fue necesario la aplicación de diversas técnicas como la observación clínica que sirvió como base fundamental para presenciar el lenguaje no verbal o latente no expresado al momento de la entrevista semiestructurada en donde se pudo constatar síntomas como nerviosismo, movimientos involuntarios en sus piernas, entre otros, por dicha razón, de las 5 sesiones que se logró hacer 4 de ellas fueron abordadas en su domicilio a excepción de una, la cual quiso que se de en mi domicilio pero en compañía de su mamá ya que el miedo a salir sola a la calle le causaba mucho conflicto.

Toda la información manifestada por la paciente fue plasmada en la historia clínica, además, mediante la aplicación de los test psicométricos como instrumentos de evaluación y análisis de los síntomas corroborados en los manuales diagnósticos, se logró diagnosticar 300.22 (F40.00) DSM-V Agorafobia.

Una vez identificado el factor predisponente y precipitante que dio lugar a la agorafobia, se determinó como incidía en las relaciones interpersonales de la paciente causándole malestar significativo como en el área cognitiva que se presentaban pensamientos perturbadores e inseguridad lo que ocasionaba incapacidad al realizar sus actividades habituales, por otro lado, en el área afectiva se manifestaba el miedo, la desesperación, ansiedad anticipatoria, sensación de amenaza y temor al perder el control de la situación y no saber cómo actuar ante los demás.

En el área conductual se presentaron síntomas de inquietud, intranquilidad e incomodidad, desconfianza y conductas evitativas ante ciertas situaciones determinadas; en cambio en el área somática presentaba mucha tensión, presión en el pecho, hiperventilación, mareos, sensación de ahogo, nerviosismo, dolor gastrointestinal, entre otros síntomas que impedían a la paciente estar en tranquilidad.



Una vez diagnosticada la paciente con agorafobia, teniendo toda la información acerca de las áreas afectadas, se procedió a realizar el esquema terapéutico abordando las técnicas de la terapia cognitiva-conductual de Aaron Beck centradas en la mejoría y control de la sintomatología del paciente.

El evento que desencadenó el trastorno en la joven fue el asalto a mano armada cuando viajaba a otra ciudad, acontecimiento que hizo cuestionar su vida por un momento, puesto que uno de los asaltantes se dirigió a apuntarle para sustraer sus pertenencias, el acontecimiento aun aqueja a la paciente, ya que tiene pensamientos perturbadores de manera persistente, sin embargo, para este se aplicó la técnica de “clasificando emociones y creencias” la cual le resultó muy práctica, ayudándola a discernir entre ambas y la intensidad con la que se presentan.

Así mismo se le aplicó la técnica de análisis de los costos y beneficios de un pensamiento, haciendo que la paciente razone acerca de cuál sería la mejor opción para obtener un beneficio, es decir no siempre centrarse en los pensamientos negativos sobre lo que puede pasar sino también dar la posibilidad a la existencia de otras alternativas que pueden llegar a generarle cierto grado de satisfacción emocional y descartar pensamientos invasivos de una visión negativa hacia el futuro, dicha técnica le sirvió de mucho a la joven ya que la aplicaba horas antes de cada salida, tomando en consideración los diferentes escenarios y yéndose por el que tenga más aspectos a favor de su integridad y relaciones sociales.

La agorafobia y las relaciones interpersonales se encuentran vinculadas estrechamente puesto que una repercute de forma negativa sobre la otra causándole un deterioro psicosocial significativo e imposibilitándole establecer vínculos afectivos con los demás o desenvolverse de manera segura en situaciones de la vida diaria, la agorafobia lo que hace en el sujeto es tratar de mantenerlo alejado de lugares o situaciones implementando en el conductas evitativas que si no son tratadas a tiempo se vuelven mucho más problemáticas.



RECOMENDACIONES

Como recomendación es importante que la paciente continúe asistiendo a consulta psicológica para llevar un seguimiento acerca de la evolución de los signos y síntomas de su trastorno, además de que siga aplicando la psicoeducación y las diferentes técnicas aplicadas en como la relajación progresiva que además de ser muy práctica le ayuda a liberar tensiones en las distintas áreas musculares del cuerpo, además la podría emplear en momentos que los síntomas ansiosos quieren manifestarse.



BIBLIOGRAFÍA

- Aesthesis Psicólogos Madrid. (15 de 02 de 2022). *Aesthesis Psicólogos Madrid*. Agorafobia: causas y factores determinantes: <https://www.psicologosmadridcapital.com/blog/agorafobia-causas-factores-determinantes/>
- Angeltia Tenemaza y Ana Miranda. (2016). Las relaciones interpersonales y su influencia en el desempeño académico de los y las estudiantes de décimo año, paralelos “A”, “B”, “C”, “D”, de la unidad educativa “Fernando Daquilema”, ciudad de Riobamba, provincia de Chimborazo, periodo quimestral . *Library*, 36.
- Barraca, J. (16 de 05 de 2018). *cinfasalud.cinfa*. ¿Qué provoca la aparición de la agorafobia?: <https://cinfasalud.cinfa.com/p/agorafobia/>
- Casares, N. (2020). Intervención en un caso de agorafobia con problemas de habilidades sociales y asertividad. *Tauja*, 3.
- Castro, S. (31 de 03 de 2022). *IEPP* . Relaciones interpersonales...mejor o peor pero ¡relacionémonos!: <https://www.iepp.es/relaciones-interpersonales/>
- Cindy Londoño y Gloria Mejía. (2020). Las Relaciones Interpersonales en Contextos Educativos Diversos: estudio de casos. *MD uniminuto*, 27.
- Daniel Calva, Andrés Galarza y Francisco Sare. (2019). Las redes sociales y las relaciones interpersonales de las nuevas generaciones de ecuatorianos. *Scielo*, 32.
- Hernandez, P. (2022). Relaciones interpersonales: qué son, características, tipos y cómo tener relaciones humanas saludables. *Cinconoticias*.
- Herrera, N. (2019). Trastorno de pánico y agorafobia. Presentación de un caso clínico. *Tauja*.
- Mónica Regalado, Aldo Medina & Emilio Rosario. (2021). Agorafobia en tiempos de confinamiento: ¿miedo a perder el control? *Atención primaria*.
- Núñez, E. (02 de 12 de 2021). *Crehana*. 7 Ejemplos de habilidades interpersonales que te convertirán en un profesional muy valorado: <https://www.crehana.com/blog/empleabilidad/ejemplos-habilidades-interpersonales/>
- Psychiatric, A. A. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Condado de Arlington: Panamericana.

Ruiz, E. d. (2020). Trastornos de ansiedad: ¿de verdad los sufren más las mujeres?
Topdoctors.



ANEXOS

Anexo 1

Entrevista y toma de información para el llenado de la historia clínica.

Aplicación de los test psicológicos.



Anexo 2

Historia clínica aplicada a la paciente.

HISTORIA CLÍNICA

HC. # 01 Fecha: 30/05/2022

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombres: M.M.S.S Edad: 18 años

Lugar y fecha de nacimiento: Babahoyo, 18 de abril 2004 Género: Femenino

Estado civil: Soltera Religión: Católica

Instrucción: Medio – superior Ocupación: Estudiante

Dirección: Cdía. Carlos Alvarado Teléfono: 04735416

Remitente: Acude de manera voluntaria.

2. MOTIVO DE CONSULTA

La paciente acude a consulta debido a un considerable miedo al salir de casa y permanecer en lugares o situaciones como la parada del bus y subirse a ellos, andar sola por la calle, estar encerrada en el salón de clases con muchas personas limitándola a realizar sus actividades con normalidad.

3. HISTORIA DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO ACTUAL

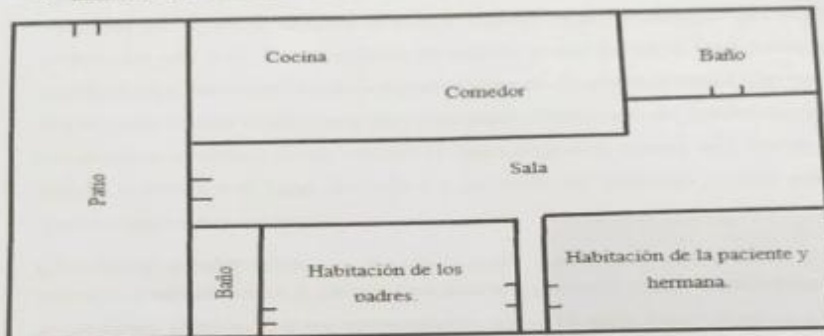
M.M.S.S., paciente de 18 años, de género femenino, biotipo ectomorfo, presenta una vestimenta y arreglo personal impecable, se encuentra orientado en tiempo y espacio, se muestra nerviosa e intranquila, con movimientos involuntarios en sus piernas, pero con un lenguaje fluido y coherente, acude a consulta psicológica de manera voluntaria.

La paciente manifiesta "No sé qué me sucede, hace unos meses me da mucho miedo permanecer o salir a algunos lugares y para no sentirme tan nerviosa tengo que pedir que me acompañen" comenta, que le gustaría sentir seguridad al salir como antes, pero desde que termino con su novio que era quien siempre la acompañaba a todos los lugares se siente nerviosa y piensa que le sucederá algo malo, ya que refiere "hace 1 año y medio cuando viajábamos, se subieron 5 hombres en el carro a asaltarnos con revolver y quitarnos nuestras pertenencias, uno de ellos me apunto al quitarme las cosas" acontecimiento que le hizo pensar en saltar por la ventana para estar a salvo, sin

c. Antecedentes psicopatológicos familiares.

No refiere.

5. TOPOLOGÍA HABITACIONAL



6. HISTORIA PERSONAL

6..1. **ANAMNESIS** (Embarazo, parto, lactancia, marcha, lenguaje, control de esfínteres, funciones de autonomía, enfermedades.)

El embarazo de la madre fue planeado y aceptado, el parto fue por cesárea a las 40 semanas, la paciente tuvo un peso de 3.7 kg y una estatura de 51 cm. en cuanto a la lactancia, la succión fue normal hasta la edad de 10 meses. A partir de los 7 meses gateo y a los 9 meses dio sus primeros pasos, por otro lado, no tuvo problemas con el lenguaje, a los 3 años logró el control de sus esfínteres y alcanzó su autonomía a los 5 años.

6..2 **ESCOLARIDAD** (Adaptabilidad, rendimiento, relación con pares y maestros, aprendizaje, cambios de escuela).

La paciente manifiesta que desde lo ocurrido le cuesta permanecer en el curso con las puertas cerradas y rodeada de sus compañeros haciéndola sentir desesperación, por ende cuando se siente así, suele irse de clases, es por eso que busca sentarse en la parte delantera y al lado de la puerta por si se presenta una situación y tenga que escapar, también menciona que cuando tenía que exponer tenía molestias en el estómago, mareos y mucho nerviosismo lo que le impedía dar una buena exposición, razón por la



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGIA CLINICA



7.9. SENSOPERCEPCION

No presenta alteración.

7.10. AFECTIVIDAD

No presenta alteraciones.

7.11. JUICIO DE REALIDAD

Orientado en tiempo y espacio.

7.12. CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

Si existe conciencia de la enfermedad.

7.13. HECHOS PSICOTRAUMATICOS E IDEAS SUICIDAS

Como hechos psicotraumaticos, se encuentra el momento en el que uno de los asaltantes que se subió al carro le apunto con el revolver en la cabeza para sustraerle sus pertenencias.

No presenta ideas suicidas.

8. PRUEBAS PSICOLOGICAS APLICADAS

- Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)
- Escala de ansiedad de Hamilton
- Escala de Pánico y Agorafobia de Bandelow (PAS)
- Cuestionario para experiencias traumáticas (TQ).

RESULTADOS**INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (BAI)**

Obtiene una puntuación de 47, que equivale a ansiedad severa.

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Obtiene una puntuación de 42, que equivale a ansiedad grave.

ESCALA DE PÁNICO Y AGORAFOBIA DE BANDELOW (PAS)

Obtiene:

Ataques de pánico: 6

Agorafobia, conductas de evitación: 12

Ansiedad en los periodos interataques: 6



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGIA CLINICA



Discapacidad: 14

Preocupaciones por la salud: 8

Equivalente a una puntuación total de 47, equivalente a pánico grave.

CUESTIONARIO PARA EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS (TQ).

Obtiene una puntuación de 13, que equivale a presencia de experiencias traumáticas.

9. MATRIZ DEL CUADRO PSICOPATOLOGICO

Función	Signos y síntomas	Síndrome
Cognitivo	Inseguridad, pesadillas, ansiedad anticipatoria.	Ansiedad
Afectivo	Deterioro en las relaciones sociales, vergüenza, desesperación, miedo a lugares abiertos y cerrados, miedo al miedo, preocupación, temor a perder el control.	
Pensamiento	Pensamientos catastróficos, ideas fóbicas.	
Conducta social - escolar	Inquietud, desconfianza, conducta evitativa, intranquilidad, incomodidad.	
Somática	Taquicardia, tensión, presión en el pecho, hiperventilación, mareos, sensación de ahogo, sensación de debilidad, nerviosismo, dolor gastrointestinal, movimientos involuntarios de piernas.	

9.1. Factores predisponentes:

Asalto a mano armada por 5 sujetos en el carro pasajero en el que viajaba el cual fue desviado de su ruta y con las luces apagadas, situación que la llevo a pensar que ponía en riesgo su vida, además de que al momento de quitarle su pertenencia fue apuntada con un revolver.

9.2. Evento precipitante:

Tener que trasladarse en transporte publico diariamente a la universidad y haber terminado con su novio y que ya no tenga a su novio que la acompañaba a todos lados.

9.3. Tiempo de evolución:

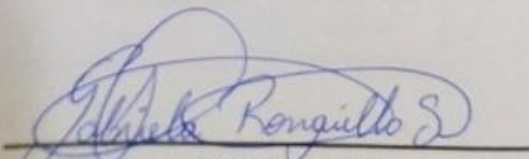
1 año y medio.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGIA CLINICA



abiertos y cerrados, ansiedad anticipatoria)	negativas al enfrentarse en una situación. Identificar las situaciones que le causan los pensamientos negativos y el grado de malestar que le causan.	Clasificando emociones y creencias	1	10/06/2022	perspectivas diferentes. Consiguió discernir cuales son los las situaciones que le causan un mayor grado de molestia y creencia, generando las conductas evitativas.
Conductual (Inquietud, desconfianza, conducta evitativa)	Afrontar de manera progresiva situaciones y lugares temidos.	Desensibilización sistemática	1	18/06/2022	Se logro reducir la intensidad del miedo y las conductas evitativas.
Somático (Taquicardia, tensión, presión en el pecho, hiperventilación, mareos, nerviosismo, dolor gastrointestinal)	Que la paciente aprenda la aplicación de la técnica para que pueda emplearla y mantenerse calmada en caso de presentar ansiedad.	Relajación progresiva	1	26/06/2022	Al principio le costó trabajo mantener los ojos cerrados ya que le causaba desesperación, sin embargo, después de un intento logro hacerlo y relajarse, manifestando que le resultara muy práctico aplicarlo.


 Firma del pasante.



Anexo 3

Aplicación de la ficha de observación clínica.

FICHA DE OBSERVACIÓN CLÍNICA

MODELO DE REPORTE DE OBSERVACIÓN PSICOLÓGICA

Nombre: M.M.S.S

Sexo: Femenino

Edad: 18

años

Lugar y fecha de nacimiento: Babahoyo, 18 de abril del 2004

Instrucción: Media-superior

Tiempo de observación: 45 minutos

Hora de inicio: 14:00

Hora final: 14:45

Fecha: 30/05/2022

Tipo de observación: Observación directa

Nombre del observador (a): Gabriela Ronquillo Sipiòn.

II: DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN:

2.1 DESCRIPCIÓN FÍSICA Y VESTIMENTA

La paciente, es de género femenino, de estatura alta, biotipo ectomorfo, cabello ondulado y largo, étnia mestizo, presenta una vestimenta informal y arreglo personal pulcro.

2.2 DESCRIPCIÓN DE LA CONDUCTA

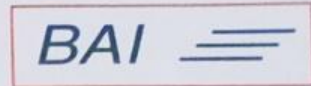
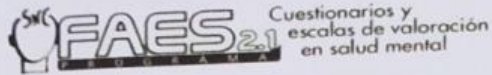
La paciente se mostró colaboradora en todas las sesiones, sin embargo, en ocasiones denotaba nerviosismo, intranquilidad, hipervigilancia, con movimientos en sus extremidades inferiores, además presentaba un lenguaje coherente y acorde al relato de su discurso.

III: COMENTARIO:

Ninguno.

Anexo 4

Test de ansiedad de Beck.



Identificación M.M.S.S

Fecha 10/06/2022

Indique para cada uno de los siguientes síntomas el grado en que se ha visto afectado por cada uno de ellos durante la última semana y en el momento actual. Elija de entre las siguientes opciones la que mejor se corresponda:

- 0 = en absoluto
- 1 = Levemente, no me molesta mucho
- 2 = Moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo
- 3 = Severamente, casi no podía soportarlo

	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>
1. Hormigueo o entumecimiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Sensación de calor	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Temblor de piernas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Incapacidad de relajarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
5. Miedo a que suceda lo peor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
6. Mareo o aturdimiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
7. Palpitaciones o taquicardia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
8. Sensación de inestabilidad e inseguridad física	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Terrores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
10. Nerviosismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Sensación de ahogo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Temblores de manos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Temblor generalizado o estremecimiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
14. Miedo a perder el control	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
15. Dificultad para respirar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
16. Miedo a morir	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Sobresaltos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
18. Molestias digestivas o abdominales	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Palidez	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Rubor facial	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Sudoración (no debida al calor)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

TOTAL: 47

A.F.

A.S.

diagnóstico -> Ansiedad severa

Test de la Escala de Hamilton para la ansiedad.

**7.1. Escala de Hamilton para la Ansiedad
 (Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS)**

M.M.S.S 10/06/2022

Definición operativa de los ítems	Puntos				
1. <i>Humor ansioso</i> (inquietud, espera de lo peor, aprensión [anticipación temerosa], irritabilidad)	0	1	2	3	4
2. <i>Tensión</i> (sensación de tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un lugar)	0	1	2	3	4
3. <i>Miedos</i> (a la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales grandes, a las multitudes, etc.)	0	1	2	3	4
4. <i>Insomnio</i> (dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, malos sueños, pesadillas, terrores nocturnos)	0	1	2	3	4
5. <i>Funciones intelectuales</i> (dificultad de concentración, mala memoria)	0	1	2	3	4
6. <i>Humor deprimido</i> (falta de interés, no disfruta con sus pasatiempos, depresión, despertar precoz, variaciones del humor a lo largo del día)	0	1	2	3	4
7. <i>Síntomas somáticos generales (musculares)</i> (dolores y molestias musculares, rigidez muscular, sacudidas clónicas, rechinar de dientes, voz poco firme o insegura)	0	1	2	3	4
8. <i>Síntomas somáticos generales (sensoriales)</i> (zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos o escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo)	0	1	2	3	4
9. <i>Síntomas cardiovasculares</i> (taquicardia, palpitaciones, dolores en el pecho, latidos vasculares, extrasístoles)	0	1	2	3	4
10. <i>Síntomas respiratorios</i> (peso en el pecho o sensación de opresión torácica, sensación de ahogo, suspiros, falta de aire)	0	1	2	3	4
11. <i>Síntomas gastrointestinales</i> (dificultad para tragar, meteorismo, dispepsia, dolor antes o después de comer, sensación de ardor, distensión abdominal, pirosis, náuseas, vómitos, sensación de estómago vacío, cólicos abdominales, borborigmos, diarrea, estreñimiento)	0	1	2	3	4
12. <i>Síntomas genitourinarios</i> (amenorrea, metrorragia, micciones frecuentes, urgencia de la micción, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, impotencia)	0	1	2	3	4
13. <i>Síntomas del sistema nervioso autónomo</i> (sequedad de boca, enrojecimiento, palidez, sudoración excesiva, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección)	0	1	2	3	4
14. <i>Comportamiento durante la entrevista</i> - General: el sujeto se muestra tenso, incómodo, agitación nerviosa de las manos, se frota los dedos, aprieta los puños, inestabilidad, postura cambiante, temblor de manos, ceño fruncido, facies tensa, aumento del tono muscular, respiración jadeante, palidez facial - Fisiológico: traga saliva, eructa, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria superior a 20 resp./min, reflejos tendinosos vivos, temblor, dilatación pupilar, exoftalmía, mioclonías palpebrales	0	1	2	3	4

Puntuación = 42

diagnostico -> Ansiedad grave

Escala de pánico y agorafobia de Bandelow (PAS).

7.8. Escala de Pánico y Agorafobia de Bandelow (PAS)

1

Este cuestionario está diseñado para personas que sufren ataques de pánico y agorafobia. Puntúe la severidad de sus síntomas en la semana pasada.

Los ataques de pánico se definen como descargas súbitas de ansiedad, acompañadas de algunos de los siguientes síntomas:

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Palpitaciones o taquicardia • Sudoración • Temblor o sacudidas • Boca seca • Dificultad para respirar • Sensación de shock • Dolor torácico o molestias • Náuseas o malestar abdominal | <ul style="list-style-type: none"> • Sensación de vértigo, inestabilidad • Sensación de que los objetos son irreales (como en un sueño), o que uno mismo está distanciado o «no realmente aquí» • Miedo a perder el control, volverse loco • Miedo a morir • Sofocos o escalofríos • Sensación de hormigueo |
|---|---|

A.1. ¿Con qué frecuencia tuvo ataques de pánico?

0. No ataques de pánico la semana pasada
1. 1 ataque de pánico en la semana pasada
2. 2 o 3 ataques de pánico en la semana pasada
3. 4-6 ataques de pánico en la semana pasada
4. Más de 6 ataques de pánico

A.2. ¿Cómo de severos fueron los ataques de pánico en la semana pasada?

0. No ataques de pánico la semana pasada
1. Los ataques fueron generalmente leves
2. Los ataques fueron generalmente moderados
3. Los ataques fueron generalmente graves
4. Los ataques fueron generalmente muy graves

A.3. Normalmente, ¿cuánto duraron los ataques de pánico?

0. No ataques de pánico la semana pasada
1. De 1 a 10 minutos
2. Entre 10 y 60 minutos
3. Entre 1 y 2 horas
4. Más de 2 horas

U. La mayor parte de los ataques, ¿fueron esperados (sucieron en situaciones temidas) o inesperados (espontáneos)?

9. No ataques de pánico
0. Principalmente inesperados
1. Más inesperados que esperados
2. Algunos inesperados y algunos esperados
3. Más esperados que inesperados
4. Más de 2 horas

B.1. Durante la última semana, ¿evitó determinadas situaciones por miedo a tener un ataque de pánico o una sensación de incomodidad?

0. No evitación (o mis ataques no suceden en situaciones determinadas)
1. Evitación infrecuente de situaciones temidas
2. Evitación ocasional de situaciones temidas
3. Evitación frecuente de situaciones temidas
4. Evitación muy frecuente de situaciones temidas

B.2. Por favor, marque las situaciones que evita o en las cuales se producen ataques de pánico o una sensación de incomodidad:

- | | |
|---|--|
| Aviones | Sitios altos |
| Autobuses, trenes <input checked="" type="checkbox"/> | Cruzando puentes |
| Teatros, cines <input checked="" type="checkbox"/> | Viajando lejos de casa <input checked="" type="checkbox"/> |
| Haciendo cola | Quedarse en casa solo |
| Fiestas o reuniones sociales <input checked="" type="checkbox"/> | Metro |
| Restaurantes | Barcos |
| Sitios cerrados (p. ej., túneles) <input checked="" type="checkbox"/> | Supermercados <input checked="" type="checkbox"/> |
| Aulas, salones de conferencias <input checked="" type="checkbox"/> | Auditorios, estadios |
| Conduciendo o yendo en coche (p. ej., en un atasco) | Multitudes <input checked="" type="checkbox"/> |
| Grandes habitaciones (vestíbulos) | Museos |
| Caminando por la calle <input checked="" type="checkbox"/> | Ascensores <input checked="" type="checkbox"/> |
| Campos, grandes avenidas | |

Otras situaciones:

0. Ninguna (o no agorafobia)
1. 1 situación
2. 2-3 situaciones
3. 4-8 situaciones
4. Ocurre en muchas situaciones distintas

7.8. Escala de Pánico y Agorafobia de Bandelow (PAS)

B.3. ¿Qué grado de importancia tenían las situaciones evitadas?

- 0. No importantes (o no agorafobia)
- 1. No muy importantes
- 2. Moderadamente importantes
- 3. Muy importantes
- 4. Extremadamente importantes

C.1. En la semana pasada, ¿tuvo temor a tener un ataque de pánico (ansiedad anticipatoria)?

- 0. No ansiedad anticipatoria
- 1. Temor infrecuente a tener un ataque de pánico
- 2. A veces temor a tener un ataque de pánico
- 3. Temor frecuente a tener un ataque de pánico
- 4. Temor constante a tener un ataque de pánico

C.2. ¿Qué intensidad tenía ese «temor de temor»?

- 0. Nula
- 1. Leve
- 2. Moderada
- 3. Marcada
- 4. Extrema

D.1. En la semana pasada, ¿sus ataques de pánico o agorafobia le causaron restricciones (deterioro) en sus relaciones familiares (con su pareja, los niños)?

- 0. No deterioro
- 1. Deterioro leve
- 2. Deterioro moderado
- 3. Deterioro marcado
- 4. Deterioro extremo

D.2. En la semana pasada, ¿sus ataques de pánico o agorafobia le causaron restricciones (deterioro) en su vida social y actividades de ocio (p. ej., no ha sido capaz de ir al cine o una fiesta)?

- 0. No deterioro
- 1. Deterioro leve
- 2. Deterioro moderado
- 3. Deterioro marcado
- 4. Deterioro extremo

D.3. En la semana pasada, ¿sus ataques de pánico o agorafobia le causaron restricciones (deterioro) en sus responsabilidades en el trabajo (o en las tareas del hogar)?

- 0. No deterioro
- 1. Deterioro leve
- 2. Deterioro moderado
- 3. Deterioro marcado
- 4. Deterioro extremo

E.1. En la última semana, ¿se preocupó por sufrir algún daño por sus síntomas de ansiedad (p. ej., tener un ataque de corazón, o desmayarse y herirse)?

- 0. No cierto
- 1. Escasamente cierto
- 2. Parcialmente cierto
- 3. Principalmente cierto
- 4. Totalmente cierto

E.2. ¿Algunas veces pensó que su médico estaba equivocado cuando le decía que sus síntomas del tipo golpes de corazón, respiración entrecortada, vértigo, etc., tenían una causa psicológica? ¿Cree que, en realidad, detrás de esos síntomas existía una causa somática (física, corporal) que todavía no había sido descubierta?

- 0. No cierto (más bien enfermedad psíquica)
- 1. Escasamente cierto
- 2. Parcialmente cierto
- 3. Principalmente cierto
- 4. Totalmente cierto (más bien enfermedad orgánica)

Puntuaciones

- A. Ataques de pánico: 6
- B. Agorafobia, conductas de evitación: 12
- C. Ansiedad en los periodos interataques: 6
- D. Discapacidad: 14
- E. Preocupaciones por la salud: 8
- T. Puntuación total (suma de todos los items excepto el «U»): 47

Cuestionario para experiencias traumáticas (TQ).

7.18. Cuestionario para Experiencias Traumáticas (TQ)

1

Nombre: M.M.S.S Fecha: 10/06/2022

Algunas personas han experimentado uno o más acontecimientos que están fuera del rango habitual de las experiencias humanas y que podrían ser marcadamente angustiantes para casi todo el mundo. Podrían ser sucesos que representarían una amenaza seria para la vida de unos o para su bienestar físico; amenaza seria o daño para un miembro de la familia o amigo íntimo; la destrucción repentina de la casa de uno o de la comunidad; ver otras personas gravemente heridas o muriendo como resultado de un accidente o de violencia.

¿Ha experimentado alguna vez alguno de los siguientes acontecimientos? Si no, rodee con un círculo «no». Si los ha experimentado rodee con un círculo «sí», e indique qué edad tenía en aquel momento. Por favor, especifique tanto como pueda acerca de cuánto tiempo duró e acontecimiento (p. ej., 10 minutos, 8 horas, 3 días, 2 semanas o 4 años).

Acontecimiento	Edad (cuando ocurrió el suceso)	Duración (anote la unidad de tiempo empleada: minutos, horas, etc.)
1. Accidente de coche, tren o avión	NO	SÍ
2. Accidente industrial o de trabajo	NO	SÍ
3. Pérdida del hogar por incendio	NO	SÍ
4. Pérdida del hogar o de un miembro de la familia por inundaciones	NO	SÍ
5. Pérdida del hogar o de un miembro de la familia por un tornado o huracán	NO	SÍ
6. Pérdida del hogar o de un miembro de la familia por terremoto	NO	SÍ
7. Amenaza seria o daño a un miembro de la familia o amigo íntimo	NO	SÍ
8. Muerte inesperada de un miembro de la familia o amigo íntimo	NO	SÍ
9. Estar próximo a ahogarse	NO	SÍ
10. Abuso físico	NO	SÍ
11. Sufrir graves quemaduras	NO	SÍ
12. Ser tomado como rehén	NO	SÍ
13. Combate	NO	SÍ
14. Agresión	NO	SÍ
15. Violación	NO	SÍ
16. Incesto	NO	SÍ
17. Secuestro	NO	SÍ
18. Otra situación (especificar):	NO (SÍ)	Hombre 30 min.

Nota: si no ha experimentado ninguna de las situaciones anteriores, no necesita responder las preguntas que están a continuación. Si ha experimentado uno o más de los anteriores acontecimientos, indique por favor el que le resulte más desagradable recordar ahora.

ACONTECIMIENTO: asalto a mano armada por 5 hombres en el carro pasajero que viajaba

1. ¿Estaba preparado para el suceso?	NO	SÍ
2. El acontecimiento, ¿supuso miedo, espanto, vergüenza, asco o disgusto para usted? En caso afirmativo, por favor subraye la/s palabra/s apropiada/s	NO	SÍ
3. ¿Sufrió lesiones físicas por este acontecimiento?	NO	SÍ
4. ¿Pensó que su vida estaba en peligro?	NO	SÍ
5. ¿Estuvo solo durante algún momento de esa situación?	NO	SÍ
6. ¿Tenía la sensación de que podía hacer algo para detener la situación?	NO	SÍ
7. ¿Se ha sentido «diferente» de otras personas debido al acontecimiento?	NO	SÍ
8. ¿Ha hablado alguna vez con alguien acerca del acontecimiento?	NO	SÍ
9. En caso negativo, ¿sintió alguna vez que le gustaría hacerlo?	NO	SÍ

7.18. Cuestionario para Experiencias Traumáticas (TQ)

2

Después del tipo de acontecimiento que ha experimentado, algunas personas a veces presenta síntomas desagradables. Cada síntoma se describe a continuación. Por favor, indique si ha notado o no alguno de ellos *en cualquier momento después del suceso*.

1. Pesadillas acerca del acontecimiento o en relación con el tema	NO <input checked="" type="radio"/> SÍ
2. Actuar como si estuviera otra vez en la misma situación	NO <input checked="" type="radio"/> SÍ
3. Estar nervioso o fácilmente asustado	NO <input checked="" type="radio"/> SÍ
4. Sentir como si tuviera que permanecer en guardia	NO <input checked="" type="radio"/> SÍ
5. Dificultad para dormir	<input checked="" type="radio"/> NO SÍ
6. Problemas de concentración	NO <input checked="" type="radio"/> SÍ
7. Experimentar menos sentimientos hacia las personas a las que normalmente tiene cariño	<input checked="" type="radio"/> NO SÍ
8. Pérdida de interés/placer en cosas que antes del suceso tenían importancia para usted	<input checked="" type="radio"/> NO SÍ
9. Sentirse avergonzado de estar todavía vivo tras el acontecimiento	<input checked="" type="radio"/> NO SÍ
10. Evitar hacer algo que le recuerde el suceso	NO <input checked="" type="radio"/> SÍ
11. Evitar pensamientos o sentimientos asociados con el suceso	NO <input checked="" type="radio"/> SÍ
12. Tener imágenes dolorosas y recuerdos recurrentes del suceso	<input checked="" type="radio"/> NO SÍ
13. Los recuerdos le producen ansiedad, tristeza, enfado, irritabilidad o temor	NO <input checked="" type="radio"/> SÍ
14. No poder recordar una parte importante del suceso	<input checked="" type="radio"/> NO SÍ
15. Sentir pesimismo sobre el futuro, pero no lo sentía antes del suceso	<input checked="" type="radio"/> NO SÍ
16. Sentirse más irritable, o fácilmente molesto, o tuvo ataques de enfado que no tenía antes del suceso	<input checked="" type="radio"/> NO SÍ
17. Experimentar síntomas físicos cuando se expone a un recuerdo: sudoración, temblor, palpitaciones, náuseas, respiración acelerada, mareos	NO <input checked="" type="radio"/> SÍ
18. Sentirse distanciado o alejado de la gente	NO <input checked="" type="radio"/> SÍ
¿Ha visitado al médico alguna vez para el tratamiento de síntomas causados por el acontecimiento?	<input checked="" type="radio"/> NO SÍ
¿Ha sido hospitalizado alguna vez como consecuencia directa del acontecimiento?	<input checked="" type="radio"/> NO SÍ

Puntuación = 13

Diagnóstico → Si ha tenido experiencias traumáticas