

MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DE LA AGORAFOBIA EN UNA ADULTA JOVEN: ESTUDIO DE CASO
CLINICAL MANIFESTATIONS AND COGNITIVE-BEHAVIORAL TREATMENT OF AGORAPHOBIA IN A YOUNG ADULT: A CASE STUDY

Autor: ¹ Luis Alberto Lázaro Macías

¹ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0000-4759-5417>

¹E-mail de contacto: llazarom@unemi.edu.ec

Afiliación: ¹*Universidad Estatal de Milagro (Ecuador)

Artículo recibido: 15 de junio del 2026

Artículo revisado: 17 de julio del 2026

Artículo aprobado: 07 de agosto del 2026

¹Licenciatura en Psicología adquirida de la Universidad Estatal de Milagro (Ecuador).

Resumen

La agorafobia puede limitar la autonomía, la participación social y el desempeño académico de quienes experimentan un miedo intenso ante situaciones de difícil escape. El objetivo fue analizar las manifestaciones clínicas y los resultados de una intervención cognitivo-conductual en una adulta joven con diagnóstico de agorafobia. Se desarrolló un estudio de caso clínico con una participante de 21 años, cuya identidad se protegió mediante criterios de confidencialidad. La evaluación incluyó entrevista clínica, anamnesis, observación, revisión de antecedentes y aplicación de la Escala de Ansiedad de Hamilton y la Escala de Pánico y Agorafobia de Bandelow. Los resultados iniciales evidenciaron ansiedad grave, con 32 puntos en la primera escala, y síntomas severos de pánico y agorafobia, con 36 puntos en la segunda. La intervención comprendió diez sesiones cognitivo-conductuales, en las que se aplicaron psicoeducación, respiración diafragmática, relajación muscular, reestructuración cognitiva y exposición gradual imaginada y en vivo. El proceso favoreció la identificación de pensamientos disfuncionales, el desarrollo de estrategias de afrontamiento y una mayor disposición para aproximarse a las situaciones anteriormente evitadas. Se concluye que la intervención contribuyó al fortalecimiento de la autonomía y al afrontamiento progresivo de

las situaciones temidas. Sin embargo, los cambios fueron valorados cualitativamente, por lo que se requiere seguimiento y una evaluación psicométrica posterior para comprobar su estabilidad.

Palabras clave: Agorafobia; Ansiedad; Terapia cognitivo-conductual; Exposición gradual; Estudio de caso.

Abstract

Agoraphobia can limit the autonomy, social participation, and academic performance of individuals who experience intense fear in situations from which escape may be difficult. The objective of this study was to analyze the clinical manifestations and outcomes of a cognitive behavioral intervention in a young adult diagnosed with agoraphobia. A clinical case study was conducted with a 21-year-old participant whose identity was protected in accordance with confidentiality principles. The assessment included a clinical interview, anamnesis, observation, background review, and administration of the Hamilton Anxiety Rating Scale and Bandelow's Panic and Agoraphobia Scale. The initial results revealed severe anxiety, with a score of 32 on the first scale, and severe symptoms of panic and agoraphobia, with a score of 36 on the second. The intervention comprised ten cognitive behavioral therapy sessions involving psychoeducation, diaphragmatic breathing,

progressive muscle relaxation, cognitive restructuring, and gradual exposure, both imagined and in vivo. The process promoted the identification of dysfunctional thoughts, the development of coping strategies, and a greater willingness to approach previously avoided situations. It was concluded that the intervention contributed to strengthening autonomy and progressively confronting feared situations. However, the changes were assessed qualitatively; therefore, follow-up and a subsequent psychometric evaluation are required to verify their stability.

Keywords: Agoraphobia; Anxiety; Cognitive behavioral therapy; Gradual exposure; Case study.

Sumário

A agorafobia pode limitar a autonomia, a participação social e o desempenho acadêmico de pessoas que experimentam medo intenso diante de situações das quais pode ser difícil escapar. O objetivo deste estudo foi analisar as manifestações clínicas e os resultados de uma intervenção cognitivo-comportamental em uma jovem adulta diagnosticada com agorafobia. Desenvolveu-se um estudo de caso clínico com uma participante de 21 anos, cuja identidade foi protegida segundo os princípios de confidencialidade. A avaliação incluiu entrevista clínica, anamnese, observação, revisão de antecedentes e aplicação da Escala de Ansiedade de Hamilton e da Escala de Pânico e Agorafobia de Bandelow. Os resultados iniciais evidenciaram ansiedade grave, com 32 pontos na primeira escala, e sintomas graves de pânico e agorafobia, com 36 pontos na segunda. A intervenção compreendeu dez sessões cognitivo-comportamentais, nas quais foram aplicadas psicoeducação, respiração diafragmática, relaxamento muscular, reestruturação cognitiva e exposição gradual imaginada e ao vivo. O processo favoreceu a identificação de pensamentos disfuncionais, o desenvolvimento de estratégias de

enfrentamento e uma maior disposição para se aproximar de situações anteriormente evitadas. Conclui-se que a intervenção contribuiu para o fortalecimento da autonomia e para o enfrentamento progressivo das situações temidas. Entretanto, as mudanças foram avaliadas qualitativamente, sendo necessários acompanhamento e avaliação psicométrica posterior para verificar sua estabilidade.

Palavras-chave: Agorafobia; Ansiedade; terapia cognitivo-comportamental; Exposição gradual; Estudo de caso.

Introducción

Los trastornos de ansiedad constituyen un problema relevante de salud mental debido a su influencia en el bienestar emocional, las relaciones sociales y el desenvolvimiento cotidiano. Entre estos se encuentra la agorafobia, caracterizada por el miedo o la ansiedad intensa ante situaciones en las que la persona considera que escapar podría resultar difícil o que no recibiría ayuda si experimentara síntomas de pánico. Este temor puede presentarse en el transporte público, espacios abiertos o cerrados, aglomeraciones, filas o circunstancias que impliquen permanecer fuera del hogar sin compañía. Como consecuencia, la persona evita estos escenarios, los enfrenta con un elevado malestar o necesita la presencia de alguien de confianza para sentirse segura (Balaram & Marwaha, 2024).

La agorafobia no se limita a la detección del miedo en determinados lugares, sino que se encuentra acompañada de respuestas cognitivas, emocionales, fisiológicas y también conductuales que pueden interferir de forma

importante en la vida de la persona que la presenta.

Entre sus síntomas, se encuentran con pensamientos anticipatorios de peligro, miedo a perder el control, palpitaciones, dificultad para respirar, sudoración, mareos y la necesidad de escapar. Estas respuestas pueden legitimar las conductas de evitación, producir un círculo en el que el alivio inmediato de tener que huir asegura el mantenimiento del problema.

Para la Organización Mundial de la Salud (2025) la agorafobia se entiende como el miedo excesivo, la preocupación y la evitación de las circunstancias que pueden inducir un ataque de pánico o sensaciones de indefensión, vergüenza o atrapamiento.

Dentro de los tratamientos psicológicos que se llevan a cabo para abordar los trastornos de ansiedad media la terapia cognitivo-conductual, cuyo eje está puesto en identificar e intentar cambiar las interpretaciones disfuncionales y las conductas que mantienen el miedo. Tal intervención puede incluir psicoeducación, respiración diafragmática, relajación muscular, reestructuración cognitiva y exposiciones graduales a las situaciones temidas.

Papola et al. (2022) encontraron evidencias favorables para las intervenciones cognitivo-conductuales en personas con un trastorno de pánico con o sin agorafobia. Asimismo, el seguimiento de las actividades cotidianas muestra que la exposición puede relacionarse con una mayor movilidad, una interacción social más frecuente y mejoras en el estado de ánimo durante la vida diaria (Heinig et al., 2024).

La exposición gradual representa un componente especialmente importante porque permite que la persona se aproxime de manera planificada y progresiva a los estímulos evitados. Su finalidad no consiste en eliminar inmediatamente toda sensación de ansiedad, sino en favorecer que el paciente permanezca en la situación, compruebe sus predicciones y desarrolle respuestas de afrontamiento más adaptativas. Este procedimiento puede comenzar mediante la imaginación y continuar con experiencias en vivo organizadas según una jerarquía de dificultad. De esta manera, la combinación de exposición, reestructuración cognitiva y técnicas de regulación fisiológica puede contribuir a disminuir la evitación y fortalecer la percepción de autoeficacia.

En este contexto, la investigación parte de la necesidad de comprender las manifestaciones clínicas de la agorafobia y documentar los resultados de una intervención adaptada a las necesidades de una adulta joven. Por consiguiente, el objetivo del estudio fue analizar las manifestaciones clínicas y los resultados de una intervención cognitivo-conductual en una adulta joven diagnosticada con agorafobia. Para ello, se examinaron los hallazgos obtenidos mediante la entrevista clínica, la anamnesis, la observación y las escalas de ansiedad, pánico y agorafobia, así como los cambios identificados durante diez sesiones de intervención psicológica.

Manifestaciones clínicas y repercusiones funcionales de la agorafobia

La agorafobia es un trastorno de ansiedad caracterizado por el miedo intenso y persistente

ante situaciones en las que la persona considera que escapar podría resultar difícil o que no dispondría de ayuda si aparecieran síntomas de pánico u otras reacciones incapacitantes.

Las situaciones temidas suelen incluir el uso del transporte público, la permanencia en espacios abiertos o cerrados, las aglomeraciones, las filas y la salida del hogar sin compañía. La Organización Mundial de la Salud (2025) señala que este trastorno comprende miedo, preocupación y evitación excesivos ante circunstancias que pueden generar sensaciones de pánico, indefensión, vergüenza o atrapamiento.

Las manifestaciones clínicas de la agorafobia comprenden componentes cognitivos, emocionales, fisiológicos y conductuales que interactúan entre sí. En el ámbito cognitivo, la persona puede anticipar que sufrirá una crisis, perderá el control, se desmayará o no podrá abandonar el lugar.

Estas interpretaciones suelen producirse incluso antes de enfrentar la situación temida, por lo que la anticipación se convierte en una fuente importante de ansiedad. De este modo, actividades habituales como abordar un autobús, ingresar a un establecimiento comercial, asistir a clases o permanecer en una multitud pueden percibirse como amenazas difíciles de controlar.

Aunque la situación no represente un peligro objetivo, la respuesta emocional puede alcanzar una intensidad considerable. Balaram y Marwaha (2024) explican que el temor se relaciona principalmente con la creencia de que escapar sería complicado o que no se recibiría

ayuda en caso de presentar síntomas semejantes a los de un ataque de pánico.

Las manifestaciones físicas pueden aparecer en forma de palpitaciones, sudoración, temblores, mareos, dificultad para respirar, opresión en el pecho, molestias abdominales, cansancio y sensación de desmayo. Estas respuestas del cuerpo pueden ser interpretadas como indicaciones de alarma ante un peligro inmediato y pueden alimentar el miedo y consolidar los pensamientos catastróficos.

En el ámbito conductual, la evitación se considera como una de las principales manifestaciones de la agorafobia. La persona puede evitar determinadas situaciones asociadas con el miedo, evitar ciertos espacios, modificar sus trayectos u optar por depender de otros para salir.

También puede manifestar conductas de seguridad como situarse cerca de las salidas, comprobar constantemente las posibles rutas de salida, llevar medicamentos sin necesidad inmediata o mantener contacto continuo con los familiares. Estas acciones contribuyen a reducir la ansiedad en el corto plazo, pero la persona es incapaz de comprobar que la situación puede enfrentarse sin que aparezcan las consecuencias temidas, por lo que alimentan el mantenimiento del trastorno.

Las repercusiones funcionales van a depender de la intensidad de los síntomas, de la cantidad de situaciones que se evitan y del tiempo que ha pasado desde el inicio del problema. Se ha descrito el curso de los trastornos de ansiedad como persistente y puede llegar a afectar de forma significativa a la calidad de vida y al

funcionamiento de las actividades cotidianas (Szuhany & Simon, 2022).

En el ámbito personal, la agorafobia puede reprimir la autonomía y crear dependencia respecto a los familiares o las personas de máxima confianza. En el contexto social, puede conllevar a un estado de aislamiento, a una reducción de las actividades de ocio y a limitaciones en el mantenimiento de los vínculos interpersonales. En el ámbito académico o del trabajo, puede llegar a provocar inasistencias, retrasarlas, provocar problemas a la hora de trasladarse y a la reducción del rendimiento o la mayor dificultad en hacer frente a las responsabilidades.

Por todo ello, el análisis clínico de la agorafobia no se limita a la identificación de la existencia del miedo, sino que tiene en cuenta la medida en que los síntomas y las conductas de evitación afectan a las múltiples áreas de la vida de la persona. Con el caso que revisamos, esta mirada permite entender la conexión entre las manifestaciones de ansiedad, la pérdida gradual de la autonomía y las dificultades que presentaba para hacer frente a las situaciones de la vida cotidiana, aspectos que ya orientaron posteriormente el trabajo de evaluación e intervención.

Evaluación psicológica y diagnóstico clínico de la agorafobia

La evaluación psicológica de la agorafobia es un proceso global que procura identificar la naturaleza, la intensidad y las repercusiones de los síntomas. El proceso evaluativo no se limita a identificar que la persona siente miedo al exponerse a determinadas ocasiones, sino que

también examina las situaciones que lo provocan, los pensamientos anticipatorios, las respuestas fisiológicas, las conductas de evitación y el deterioro que ocasionan a la vida cotidiana. Por esta razón, el diagnóstico debe apoyarse en diversas técnicas e instrumentos que permitan comprender el problema desde una perspectiva clínica y contextual.

De acuerdo con los criterios diagnósticos vigentes, la agorafobia se caracteriza por miedo o ansiedad intensa ante dos o más situaciones relacionadas con el uso del transporte público, la permanencia en espacios abiertos o cerrados, las filas o aglomeraciones y la salida del hogar sin compañía.

Estas circunstancias son evitadas, requieren la presencia de un acompañante o se soportan con un malestar significativo. Además, el miedo debe resultar desproporcionado frente al peligro real, mantenerse generalmente durante seis meses o más y ocasionar afectación en áreas importantes del funcionamiento personal, social, académico o laboral (Balaram & Marwaha, 2024).

La entrevista clínica representa uno de los principales recursos de evaluación porque permite conocer el inicio y la evolución de los síntomas, las primeras situaciones asociadas con el miedo y los cambios producidos en la rutina de la persona.

La anamnesis complementa la entrevista al organizar información sobre los antecedentes personales, familiares, médicos, psicológicos, académicos y sociales. Su aplicación permite reconocer experiencias que pudieron influir en el desarrollo del problema, acontecimientos

estresantes, tratamientos anteriores, condiciones médicas y redes de apoyo disponibles.

Estos datos son imprescindibles para formular el caso y entender por qué ciertos síntomas aparecieron o se mantuvieron a lo largo del tiempo, así como para el hallazgo de factores protectores que puedan facilitar el proceso terapéutico.

La observación clínica proporciona información sobre cómo actúa la persona durante la evaluación. El profesional puede registrar la inquietud motora, la tensión muscular, el patrón respiratorio, las dificultades para mantener la atención, los silencios prolongados o las expresiones que ponen de manifiesto el temor al narrar aquellas situaciones evitadas.

Ahora bien, ninguna de estas respuestas debe ser considerada de modo aislado, ya que pueden variar de acuerdo con el contexto y el nivel de confianza establecido, de ahí que la observación tome mayor valor contrastada con la entrevista, la historia clínica y los instrumentos psicométricos.

Entre los instrumentos utilizados está la Escala de Ansiedad de Hamilton, que consta de 14 ítems que valoran la intensidad de las manifestaciones psíquicas y somáticas de la ansiedad; cada ítem se valora de 0 a 4 puntos y la puntuación total puede ser de hasta 56 puntos (Hamilton, 1959).

Se le otorga una calificación de 0 a 4 puntos, para un máximo de 56 puntos totales; una alta puntuación representa una mayor intensidad de

la sintomatología (Hamilton, 1959); esta escala nos sirve para tener una medida general del nivel de ansiedad y no expresa por sí misma un diagnóstico de agorafobia.

Para valorar de manera más específica los síntomas de pánico y agorafobia puede utilizarse la Escala de Pánico y Agorafobia desarrollada por Bandelow. El instrumento consta de 13 ítems distribuidos en cinco dimensiones: ataques de pánico, evitación agorafóbica, ansiedad anticipatoria, limitación funcional y preocupaciones relacionadas con la salud.

Esta organización permite evaluar no solamente la aparición de las crisis, sino también sus consecuencias sobre las actividades cotidianas y la autonomía. Además, su aplicación puede servir para establecer la gravedad inicial y observar posibles cambios durante el proceso terapéutico (Bandelow et al., 2000).

La integración de los datos obtenidos permite efectuar el diagnóstico diferencial. Los síntomas deben distinguirse de otras condiciones, como el trastorno de pánico, la ansiedad social, las fobias específicas, la ansiedad generalizada y determinados problemas médicos que pueden producir palpitaciones, mareos o dificultades respiratorias. También debe analizarse si la evitación responde al temor de no poder escapar, a la evaluación negativa de otras personas, a un estímulo específico o a otra preocupación clínica. Esta diferenciación es necesaria para seleccionar una intervención ajustada a las características particulares del caso.

Por consiguiente, las escalas psicológicas funcionan como recursos complementarios y no reemplazan el juicio clínico profesional. Su interpretación debe considerar la historia personal, el contexto sociocultural, las condiciones de aplicación y la posible presencia de otros trastornos.

En el caso analizado, la combinación de entrevista clínica, anamnesis, observación y escalas permitió reconocer la intensidad de la ansiedad, las manifestaciones de pánico, las conductas de evitación y sus repercusiones funcionales. Esta evaluación integral proporcionó la base para formular el caso y planificar posteriormente la intervención cognitivo-conductual.

Intervención cognitivo-conductual en el tratamiento de la agorafobia

La terapia cognitivo-conductual constituye uno de los principales enfoques psicológicos para intervenir en la agorafobia, debido a que permite abordar de manera integrada los pensamientos catastróficos, las respuestas fisiológicas de ansiedad y las conductas de evitación.

Se desarrolla mediante un proceso estructurado y colaborativo en el que el terapeuta y el paciente establecen objetivos, examinan las situaciones temidas y practican estrategias dentro y fuera de las sesiones. Garnica Escamilla (2021), desde el contexto mexicano, señala que este enfoque combina técnicas cognitivas y conductuales, entre ellas la respiración, la relajación, la reestructuración cognitiva, la exposición y la resolución de problemas.

La problemática de la ansiedad en los pacientes suele asociarse a la evitación de situaciones en las que aparece la ansiedad o en las que la persona presenta un patrón de evitación ante ella. La intervención comienza normalmente con la psicoeducación, la cual tiene como finalidad explicar las características de la ansiedad, los factores que provocan sus manifestaciones y la forma en la que la evitación contribuye a que este problema se mantenga.

Considerar que las palpitaciones, la sudoración, los mareos o la dificultad respiratoria son manifestaciones de la respuesta de activación permite reducir la valoración catastrófica de esas sensaciones; al mismo tiempo, permite que la persona pueda aceptar que los síntomas, aunque sean desagradables, no son sinónimos de una amenaza inmediata para su integridad.

Un componente importante que añadir es el entrenamiento en respiración desde el diafragma y relajación muscular. La respiración lenta y controlada logra ayudar a un correcto nivel de activación fisiológica, y la relajación permite identificar y disminuir la tensión corporal.

Estas estrategias no deben ser aplicadas sólo para huir del malestar, sino que deben considerarse recursos de autorregulación que permiten seguir en contacto con las situaciones temidas. Su práctica sigue con el tiempo puede potenciar el sentido de control y preparar a la persona para participar después en ejercicios de exposición.

La reestructuración cognitiva busca identificar, trabajar y cambiar los pensamientos

automáticos asociados al peligro. En la agorafobia pueden surgir ideas como "me voy a desmayar", "voy a perder el control", "no podré escapar", "nadie me podrá ayudar".

El terapeuta acompaña a la persona en revisar las pruebas que apoyan o desmienten estas interpretaciones y en concretar pensamientos alternativos más ajustados a la realidad. En un estudio que realizó Ceberio (2025) con pacientes de Buenos Aires, se concluyó que las distorsiones cognitivas y los pensamientos automáticos aparecen como relevantes en los trastornos de pánico con y sin agorafobia, por lo que su disminución puede considerarse un objetivo clave de la intervención.

La exposición gradual es uno de los procedimientos básicos del tratamiento cognitivo-conductual. Consiste en la exposición planificada, gradual y reiterada a las situaciones que la persona teme o evita. Para ello se elabora una jerarquía, donde los escenarios se organizan, de una forma u otra, según el nivel de ansiedad que producen.

En la exposición se puede comenzar por situaciones imaginadas que darán paso a la situación real, tal y como ser estar fuera de casa, entrar a un establecimiento, utilizar el transporte público o lugares concurridos. El objetivo no es que la persona se exponga a sus peores experiencias, sino que poco a poco va construyendo confianza en cada ejercicio.

En la exposición se le va enseñando a la persona a estar el tiempo necesario en la situación para comprobar que las consecuencias no ocurren y que la ansiedad puede bajar sin necesidad de escapar. También se espera disminuir las conductas de seguridad, como depender en un

acompañante, estar cerca de la salida, salir del lugar al notar los primeros sentidos de incomodidad, ya que, si bien estas conductas provocan alivio, también dicen a la persona que necesita de ellas, y en ese sentido refuerzan la idea de la peligrosidad de las situaciones.

Los trabajos de caso en el contexto latinoamericano han mostrado la necesidad de adaptar la intervención a las características personales y sociales del paciente. Fiestas-Teque, Núñez del Prado y Vivar (2011), en el Perú, documentaron el caso de una persona agorafóbica en el que el miedo y la evitación limitaban la movilidad, la vida social, el desempeño formativo. Éste antecedente permite poner de manifiesto que la intervención no debería centrarse en sólo disminuir los síntomas, sino ir también recuperando las actividades que la persona puede haber dejado de lado y mejorar el desempeño cotidiano.

Métodos y recursos

La investigación ha sido realizada desde una óptica cualitativa y apoyada por los datos cuantitativos recogidos mediante escalas psicológicas. Se utilizó un diseño no experimental y longitudinal, en la modalidad de estudio de caso clínico único porque se llevó a cabo un seguimiento durante las fases de evaluación e intervención con una única participante. Este diseño permite estudiar, de forma contextualizada, las manifestaciones de la agorafobia, su influencia en el funcionamiento cotidiano y los cambios que se observan a lo largo del proceso terapéutico.

La participante fue una adulta joven de 21 años que presentó síntomas de ansiedad, pánico,

evitación de situaciones y dificultades para realizar determinadas actividades sin acompañamiento. Su selección fue intencional, considerando la presencia de manifestaciones compatibles con agorafobia y su disposición para participar en el proceso de evaluación e intervención psicológica. Por tratarse de un estudio de caso, los hallazgos se interpretaron de acuerdo con sus circunstancias personales y clínicas, sin pretender generalizarlos a otras personas con el mismo diagnóstico.

Como método principal se utilizó el estudio de caso clínico, que permitió integrar la historia personal, los antecedentes del problema, las manifestaciones observadas, los resultados de los instrumentos psicológicos y la evolución registrada durante las sesiones.

También se aplicó el método analítico-sintético para examinar separadamente los componentes cognitivos, emocionales, fisiológicos y conductuales de la agorafobia y, posteriormente, integrarlos en una formulación clínica del caso. Asimismo, se empleó el método inductivo-interpretativo para identificar patrones de respuesta, comprender el significado de las experiencias expresadas por la participante e interpretar los cambios producidos durante la intervención.

Las técnicas de recolección de información fueron la entrevista clínica semiestructurada, la anamnesis, la observación directa y la aplicación de escalas psicológicas. La entrevista permitió explorar el inicio, la frecuencia y la evolución de los síntomas, así como las situaciones temidas, los pensamientos anticipatorios, las conductas de evitación y las repercusiones funcionales.

La anamnesis facilitó la sistematización de los antecedentes personales, familiares, médicos, académicos y sociales, vinculados al inicio y mantenimiento de la dificultad. La observación clínica se llevó a cabo a lo largo de las sesiones de evaluación e intervención para la presentación de las respuestas verbales y conductuales de la participante.

Se consideraron como indicadores la expresión del miedo, la tensión corporal, las variaciones de la respiración, la dificultad para presentar determinadas experiencias, la disposición para realizar las actividades o las reacciones manifestadas a lo largo de los ejercicios de exposición.

Los registros fueron confrontados con la información presentada en las entrevistas y con los resultados de las escalas. Entre los recursos psicométricos se utilizó la Escala de Ansiedad de Hamilton, conformada por 14 ítems de evaluación de las manifestaciones psíquicas y somáticas de la ansiedad.

Cada ítem recibido se puntúa en una escala de 0 (ausencia del síntoma) a 4 (grave), obteniendo como puntuación máxima 56 puntos. Su aplicación permitió conocer los síntomas de ansiedad presentados, su intensidad inicial y poder complementar con información clínica, obtenida a través de las demás técnicas.

La Escala de Pánico y Agorafobia de Bandelow fue también utilizada; se compone de 13 ítems conformados en cinco dimensiones: ataques de pánico, evitación agorafóbica, ansiedad anticipatoria, limitación funcional y preocupaciones sobre la salud. A partir de este

instrumento y su aplicación se ha podido evaluar de forma particular la gravedad de los síntomas de pánico y agorafobia y sus repercusiones sobre la autonomía y sobre la realización de la vida cotidiana de la participante.

El procedimiento se organizó en tres fases. En la evaluación inicial se aplicaron la entrevista, la anamnesis, la observación y las escalas psicológicas para formular el caso y establecer los objetivos terapéuticos. La segunda fase comprendió diez sesiones de intervención cognitivo-conductual mediante psicoeducación, respiración, relajación, reestructuración cognitiva y exposición gradual. Finalmente, se efectuó una valoración cualitativa de los avances mediante los registros clínicos, la observación y el cumplimiento de las actividades terapéuticas.

Tabla 1

Organización de las fases del estudio

<i>Fase</i>	<i>Técnicas y recursos</i>	<i>Finalidad</i>
<i>Evaluación inicial</i>	Entrevista clínica, anamnesis, observación, Escala de Ansiedad de Hamilton y Escala de Pánico y Agorafobia	Identificar síntomas, antecedentes, situaciones temidas y afectación funcional
<i>Formulación clínica</i>	Análisis de la información y organización de respuestas cognitivas, emocionales, fisiológicas y conductuales	Comprender los factores asociados con el inicio y mantenimiento del problema
<i>Intervención</i>	Psicoeducación, respiración diafragmática,	Disminuir la evitación y fortalecer las

relajación muscular, reestructuración cognitiva y exposición gradual	estrategias de afrontamiento
Registros clínicos, observación y revisión de actividades terapéuticas	Identificar avances, dificultades y necesidades de continuidad terapéutica

Seguimiento

Nota. Elaboración propia a partir del proceso de evaluación e intervención desarrollado en el caso clínico.

Para el análisis de la información se elaboraron matrices de organización clínica en las que se relacionaron las situaciones desencadenantes, los pensamientos automáticos, las emociones, las respuestas fisiológicas y las conductas de evitación. Las puntuaciones iniciales de las escalas se analizaron de acuerdo con sus respectivos criterios interpretativos y se presentaron mediante tablas o gráficos descriptivos.

La información cualitativa procedente de las entrevistas, la observación y los registros de las sesiones se organizó por categorías vinculadas con las manifestaciones clínicas, la afectación funcional, las técnicas aplicadas y los cambios observados.

Durante el estudio se respetaron los principios de confidencialidad, participación voluntaria, beneficencia y protección de la identidad. La participante fue informada sobre el propósito del proceso, las técnicas que serían utilizadas y el tratamiento reservado de sus datos. En la presentación de los resultados se suprimieron nombres y datos que pudieran ayudar a la identificación. También se consideró la necesidad de continuar con un seguimiento

profesional que consolidara los progresos y diera respuesta a eventuales reapariciones o intensificaciones de los síntomas.

Análisis y resultados

El análisis incluyó la información obtenida mediante la entrevista clínica, la anamnesis, la exploración del estado mental, la observación, la Escala de Ansiedad de Hamilton y la Escala de Pánico y Agorafobia. Los resultados fueron organizados en cuatro componentes: manifestaciones clínicas, intensidad de la ansiedad, gravedad de los síntomas de pánico y agorafobia, evolución cualitativa durante la intervención.

Manifestaciones clínicas y afectación funcional

La entrevista y la anamnesis permitieron conocer que la participante registraba miedo y ansiedad intensos en situaciones de salir de casa, usar el transporte público, permanecer en lugares concurridos y alejarse de una figura de confianza. Estas reacciones estaban acompañadas por pensamientos anticipatorios asociados con la posibilidad de sufrir una crisis, perder el control o no recibir ayuda.

En el ámbito fisiológico se registraron manifestaciones asociadas a la activación ansiosa, en el ámbito del componente conductual hicieron su aparición la evitación, la necesidad de ser acompañada y la reducción de la actividad realizada de forma autónoma. La participante precisaba de su hermana para salir, lo que evidenció que la agorafobia había comenzado a restringir su movilidad y participación social.

Durante la exploración del estado mental se observó que la participante vestía de manera acorde con su edad, presentaba un lenguaje comprensible y lógico y mantenía contacto con la realidad. No se identificaron delirios, ilusiones ni alucinaciones. Sin embargo, su expresión reflejaba tristeza y se evidenciaron respuestas de ansiedad durante la entrevista, especialmente al abordar determinadas experiencias personales y las situaciones que provocaban mayor temor.

Resultados de la Escala de Ansiedad de Hamilton

La aplicación de la Escala de Ansiedad de Hamilton produjo una puntuación total de **32 puntos**, correspondiente a un nivel grave de ansiedad. El resultado estuvo integrado por 14 puntos en ansiedad psíquica y 18 puntos en ansiedad somática.

Tabla 2

Resultados de la Escala de Ansiedad de Hamilton

<i>Componente evaluado</i>	<i>Puntuación</i>	<i>Proporción del resultado total</i>
<i>Ansiedad psíquica</i>	14	43,75 %
<i>Ansiedad somática</i>	18	56,25 %
Total	32	100 %

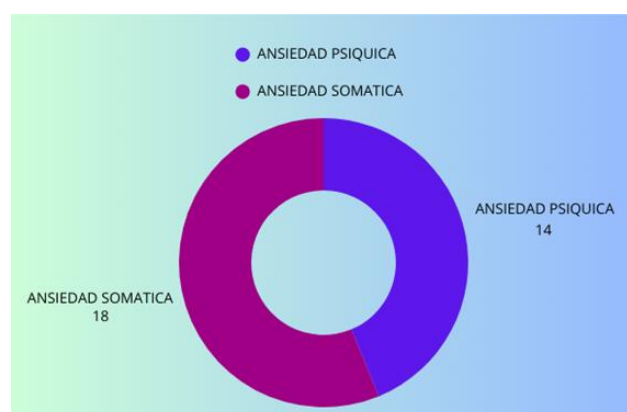
Nota. Datos obtenidos de la aplicación inicial de la Escala de Ansiedad de Hamilton.

En el gráfico 1, se muestra un ligero predominio de la ansiedad somática, que representó el 56,25 % del resultado total, mientras que la ansiedad psíquica constituyó el 43,75 %. Este hallazgo indica que el problema no se manifestaba

únicamente mediante preocupación, temor y anticipación negativa, sino también mediante una importante activación corporal.

Gráfico 1

Distribución de la ansiedad psíquica y somática



Nota. Elaboración propia

La puntuación de 32 evidenció una sintomatología ansiosa de intensidad grave. La diferencia entre ambos componentes fue de cuatro puntos, por lo que, aunque predominaban las manifestaciones somáticas, los síntomas psicológicos también alcanzaban una presencia considerable. La interacción entre pensamientos anticipatorios y sensaciones físicas podía incrementar la percepción de amenaza y fortalecer las conductas de evitación.

Resultados de la Escala de Pánico y Agorafobia

En la Escala de Pánico y Agorafobia se obtuvo un resultado total de **36 puntos**, interpretado en el trabajo original como indicador de síntomas severos. La dimensión con mayor puntuación fue la evitación agorafóbica, seguida por los ataques de pánico y la discapacidad o limitación funcional.

Tabla 3

Resultados de la Escala de Pánico y Agorafobia

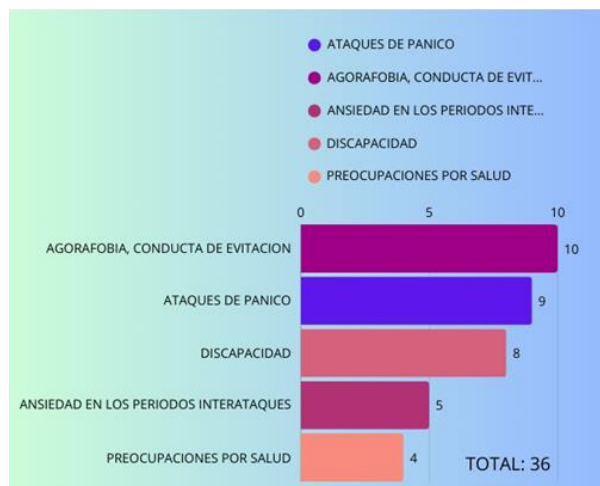
Dimensión	Puntuación
Agorafobia y conducta de evitación	10
Ataques de pánico	9
Discapacidad o limitación funcional	8
Ansiedad durante los periodos interataques	5
Preocupaciones relacionadas con la salud	4
Total	36

Nota. Datos obtenidos de la aplicación inicial de la Escala de Pánico y Agorafobia.

En el siguiente gráfico permite reconocer que la agorafobia y las conductas de evitación alcanzaron la puntuación más elevada, con 10 puntos. Este resultado coincide con la información obtenida durante la entrevista, en la que se identificaron dificultades para salir sin compañía, utilizar determinados medios de transporte y permanecer en lugares concurridos. La evitación constituía, por tanto, el componente más visible del problema y uno de los factores que más afectaban la autonomía (ver gráfico 2).

Gráfico 2

Resultados por dimensiones de pánico y agorafobia



Nota. Elaboración propia

Los ataques de pánico alcanzaron 9 puntos, lo cual evidencia una presencia importante de episodios caracterizados por miedo intenso y activación fisiológica. La discapacidad o limitación funcional obtuvo 8 puntos, reflejando las repercusiones del trastorno en las actividades cotidianas, la movilidad y la participación social de la participante.

La ansiedad durante los periodos interataque registró 5 puntos. Este resultado indica que el malestar no se limitaba a los momentos de crisis, pues también existía preocupación anticipatoria ante la posibilidad de que apareciera un nuevo episodio. Las preocupaciones relacionadas con la salud obtuvieron 4 puntos, siendo la dimensión con menor puntuación, aunque continuaba formando parte de la experiencia clínica.

Integración de los resultados de las escalas

La comparación evidencia la coexistencia de ansiedad general intensa y manifestaciones específicas de pánico, evitación agorafóbica y limitación funcional. La puntuación de Hamilton mostró la gravedad global de los

síntomas ansiosos, mientras que la Escala de Pánico y Agorafobia permitió precisar que la evitación, los ataques de pánico y la afectación de las actividades cotidianas constituían los componentes clínicos más relevantes (ver tabla 4).

Tabla 4

Síntesis de los resultados psicométricos iniciales

Instrumento	Puntuación obtenida	Interpretación registrada
Escala de Ansiedad de Hamilton	32	Ansiedad grave
Escala de Pánico y Agorafobia	36	Síntomas severos de pánico y agorafobia

Nota. Los instrumentos fueron aplicados durante la evaluación inicial.

Estos resultados no deben compararse directamente como si pertenecieran a una misma escala, debido a que cada instrumento posee estructura y criterios de interpretación propios. Su valor radica en la complementariedad: la Escala de Hamilton permitió estimar la intensidad general de la ansiedad y la segunda escala aportó información específica sobre el pánico y la agorafobia.

Correspondencia con los criterios diagnósticos

La información obtenida se contrastó con los criterios clínicos de la agorafobia. La

participante presentó miedo y ansiedad intensa ante varias situaciones, particularmente el transporte público, los espacios abiertos con gran afluencia, los lugares concurridos y las salidas realizadas sin compañía. También se reconoció la preocupación de que escapar fuera difícil o que no pudiera recibir ayuda si experimentaba síntomas de pánico (ver tabla 5).

Tabla 5

Correspondencia entre los criterios clínicos y las manifestaciones del caso

<i>Criterio analizado</i>	<i>Manifestación identificada</i>
<i>Miedo ante dos o más situaciones agorafóbicas</i>	Temor al transporte público, espacios concurridos y salidas sin compañía
<i>Pensamiento de difícil escape o ausencia de ayuda</i>	Preocupación por sufrir una crisis y no poder recibir asistencia
<i>Aparición frecuente de miedo o ansiedad</i>	Respuesta ansiosa ante la anticipación y exposición a las situaciones
<i>Evitación o necesidad de acompañamiento</i>	Dependencia de personas cercanas, principalmente de su hermana
<i>Miedo desproporcionado</i>	Reacción intensa ante situaciones cotidianas sin peligro objetivo inmediato
<i>Persistencia de los síntomas</i>	Continuidad del miedo y de la evitación en el funcionamiento habitual
<i>Malestar o deterioro significativo</i>	Restricción de la movilidad, autonomía y participación social

Nota. Síntesis elaborada a partir de la tabla diagnóstica contenida en el estudio clínico original.

La correspondencia entre los criterios, la información clínica y los resultados psicométricos sustentó el diagnóstico de agorafobia. La afectación no se reducía al temor subjetivo, pues había producido cambios

concretos en la movilidad y dependencia de la participante.

Resultados cualitativos de la intervención

La intervención cognitivo-conductual se desarrolló durante diez sesiones de aproximadamente 60 minutos. En las primeras sesiones se priorizaron la evaluación, la construcción de la relación terapéutica y la psico-educación. Posteriormente se incorporaron técnicas de respiración, relajación, identificación de pensamientos automáticos, reestructuración cognitiva, fortalecimiento de habilidades sociales y exposición gradual.

Tabla 6

Síntesis del proceso de intervención y resultados observados

<i>Sesiones</i>	<i>Intervenciones principales</i>	<i>Resultados cualitativos observados</i>
1-2	Entrevista, evaluación y psicoeducación	Comprensión inicial de la agorafobia y reconocimiento de los síntomas
3-4	Respiración, relajación e identificación de pensamientos automáticos	Reconocimiento de la relación entre pensamientos, respuestas físicas y conductas
5	Reestructuración cognitiva y habilidades sociales	Formulación de interpretaciones más realistas y fortalecimiento de recursos personales
6	Elaboración de la jerarquía de exposición	Organización progresiva de las situaciones temidas
7	Primera exposición en vivo y entrenamiento para afrontar crisis	Aproximación a situaciones leves y aplicación de

		estrategias de enfrentamiento
8-9	Exposición a situaciones de mayor dificultad	Enfrentamiento progresivo de los estímulos evitados y revisión de logros
10	Evaluación, prevención de recaídas y seguimiento	Identificación de avances y elaboración de un plan para mantenerlos

Nota. Se mantiene la secuencia del plan terapéutico presentado en la tabla original.

En este sentido, la psicoeducación favoreció que la paciente comprendiera la relación existente entre la ansiedad, las sensaciones físicas, los pensamientos catastrofistas y la evitación; de hecho, a partir de los registros terapéuticos fue comenzando a detectar las interpretaciones referidas a las situaciones temidas que aparecían antes y durante éstas.

Los recursos de tipo respiración diafragmática y relajación muscular proporcionaron recursos para identificar y regular la activación fisiológica, mientras que la reestructuración cognitiva trazó el camino para interrogar ideas como la pérdida del control, la escapatoria imposible y el apoyo continuado.

La elaboración de una jerarquía constituyó la manera de organizar las situaciones temidas de acuerdo a su complejidad. Las exposiciones fueron comenzando con situaciones fáciles y terminaron en situaciones difíciles. Y durante este proceso se evidenció una apertura hacia la llegada a la situación temida y la aplicación de las estrategias adoptadas.

Sin embargo, los cambios posteriores deben concebirse en términos cualitativos; el documento original no reportó una segunda

aplicación de la Escala de Ansiedad de Hamilton ni la Escala de Pánico y Agorafobia, razón por la cual no se puede realizar afirmaciones en términos de una reducción numérica de los síntomas ni tampoco se pueden presentar gráficos pretest-postest.

Los resultados sí permiten afirmar que hay avances en la identificación de pensamientos disfuncionales, el uso de estrategias de afrontamiento y la gradual aproximación a las situaciones temidas, ya que no se puede calcular el porcentaje de mejora.

En resumen, los hallazgos igualmente muestran que la participante tenía una afectación clínica grave en el inicio, especialmente vinculada a la evitación, a los ataques de pánico y a la limitación funcional. La intervención ayudó en el desarrollo de recursos cognitivos y conductuales y favoreció el afrontamiento gradual a las situaciones evitadas, aunque fue preciso establecer el seguimiento terapéutico para asentar la autonomía, reforzar las exposiciones y prevenir posibles recaídas.

Discusión

Los resultados revelaron que la agorafobia afectó de manera importante el funcionamiento cotidiano de la participante (sobre todo a su movilidad, autonomía y a la participación social), el miedo a "mantener una crisis en un lugar donde pudiera haber dificultades para escapar o recibir ayuda", la conducta de evitación y la dependencia habitual de las personas cercanas, preferentemente de su hermana.

Este tipo de manifestaciones concuerdan con lo que expone Balaram y Marwaha (2024), quienes afirman que los individuos con agorafobia evitan poderosamente el uso del transporte público, de los lugares abarrotados y de salir a lugares sin compañía al considerarse incapaces de encontrar la manera para enfrentarse a una eventual crisis.

La Escala de Ansiedad de Hamilton alcanzó una puntuación total de 32 que fue considerada como una ansiedad grave. Dentro de esa puntuación se pone de manifiesto una práctica predominante de la ansiedad somática de 18 y de 14 en la ansiedad psíquica, lo que sugiere que la práctica clínica se había desarrollado mediante pensamiento anticipatorio y temor pero también con elevada activación corporal.

Las respuestas fisiológicas se pueden interpretar de forma catastrófica hasta llegar a implicar señales de un fracaso peligroso y, a su vez, puede incrementar el acontecimiento de la ansiedad y, por lo tanto, la necesidad de evitar la situación. Szuhany y Simon (2022) también defienden que los trastornos de ansiedad se manifiestan a través de la conjunción de múltiples clases de manifestaciones a nivel cognitivo, afectivo, conductual y fisiológico que son capaces de afectar a diferentes de las diferentes áreas de la vida cotidiana.

La prevalencia de los síntomas somáticos explica por qué determinadas sensaciones físicas desempeñaron un papel fundamental en el mantenimiento del problema. La participante al notar el cambio corporal relacionado con la ansiedad puede propiciar pensamientos relacionados en perder el control, presentar una crisis o no recibir ayuda. se evidencia en este

sentido una relación circular entre la espera del peligro, la activación fisiológica y la evitación.

Siguiendo a Ceberio (2025) las distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos tienen un papel central en los trastornos de pánico con y sin agorafobia, en cuanto que intervienen en la apertura de la prueba amenazante de las experiencias internas y externas.

La Escala de Pánico y Agorafobia consiguió un resultado de 36 puntos, que fue valorado como un claro indicador de la presencia de síntomas intensos en este dominio. La evitación agorafóbica fue la dimensión que obtuvo la puntuación más alta, 10 puntos, a continuación se situaron los ataques de pánico con una puntuación de 9 puntos y por último limitación funcional, con 8 puntos.

Los resultados reflejan que el problema no se limitó a la experiencia de episodios de ansiedad muy intensos, sino que había condicionado el comportamiento habitual de la participante. La evitación de las situaciones que daban lugar a episodios de ansiedad resultaba en un condicionamiento del recorrido y en un incremento de la necesidad de tener o contar con un acompañante en situaciones cotidianas.

Este resultado equivale a confirmar que la evitación puede ser efectiva para proporcionar alivio inmediato, pero al mismo tiempo hace también que se mantenga el trastorno, ya que la persona se ve privada de la posibilidad de comprobar que puede quedarse en la situación y responder sin las consecuencias que se temen.

La dependencia de una figura de confianza puede también funcionar como conducta de

seguridad: la proporciona, en situaciones críticas, una solución temporal para afrontar la situación problemática. Sin embargo, la dependencia de una persona puede limitar el desarrollo de la autonomía cuando se transforma en un recurso esencial para salir o desplazarse. Por todo ello, la reducción progresiva de la evitación constituyó uno de los principales objetivos de la intervención.

La limitación funcional que se evidenció en la escala preestablecida fue coherente con la información proporcionada en la entrevista, en la anamnesis y en la observación clínica. La participante ya limitaba actividades sociales y de desplazamiento que antes podía desempeñar con mayor independencia.

La correspondencia entre las distintas fuentes de información aportó un mayor entendimiento clínico del caso y dio cuenta de lo importante que es no basar sólo en la puntuación psicométrica el diagnóstico. Las escalas dieron cuenta de la intensidad de los síntomas, las técnicas cualitativas dieron a conocer su expresión en la vida diaria.

El entrelazamiento de los resultados clínicos y psicométricos posibilitó establecer una correspondencia con los criterios del diagnóstico de agorafobia. Se hallaron miedo ante algunas situaciones, preocupación por la dificultad para escapar o recibir atención, evitación, necesidad de ser acompañado y deterioro de la autonomía.

Esta correspondencia sustentó la formulación clínica y orientó el proceso de selección de las técnicas cognitivo-conductuales, pero el diagnóstico no se basó en las puntuaciones de

las escalas, sino en la integración de los antecedentes, las manifestaciones observadas y la afectación funcional.

En el transcurso transacciones de diez sesiones se produjeron modificaciones cualitativas en la comprensión del problema y el uso de estrategias de afrontar el mismo. La psicoeducación ayudó a tomar conciencia de la relación existente entre pensamientos catastróficos, respuestas fisiológicas y conductas de evitación.

Esta forma de abordaje, la respiración diafragmática, la relajación muscular ayudaron a disponer de recursos para manejar la activación corporal. Garnica Escamilla (2021) señala que las intervenciones cognitivo-conductuales pueden albergar procedimientos de respiración, relajación, reestructuración cognitiva y exposición para atender a cada uno de los componentes de la ansiedad.

La introducción de pensamientos alternativos de tipo realistas no estaba orientada a negar el malestar, sino a modificar la valoración de peligro que puede no ser realista y a potenciar la autoeficacia para las situaciones a afrontar.

La exposición gradual, tanto imaginada como en vivo, resultó coherente con el índice de evitación que se había puesto de manifiesto en los resultados iniciales. La elaboración de una forma jerárquica ayudó a tener ordenadas las situaciones en función de su dificultad y, así, aplicar progresivamente aproximaciones a ellas.

En la exposición, se valoró una mayor disposición a realizar tareas inicialmente

evitadas. Este resultado coincide con lo que dicen Papola et al. (2022), quienes apuntan que el uso de intervenciones psicológicas en las que tienen un protagonismo importante componentes cognitivos y conductuales son válidas para su tratamiento en tanto en cuanto incluyen procedimientos de exposición.

Desde el enfoque latinoamericano, Fiestas-Teque, Núñez del Prado y Vivar (2011) concluyeron que la agorafobia puede afectar la movilidad, la vida social y la actividad de la persona. Existen características específicas del caso que pueden diferenciarlo, pero ambas producciones coinciden en que el tratamiento no ha de ir orientado únicamente a reducir el malestar emocional, sino que ha de estar orientado a recuperar las actividades que se evitan. En el caso en el que hemos intervenido, el fortalecimiento de la autonomía fue un indicador tanto clínico como importante para la modificación del síntoma.

Si bien son de destacar las mejoras mostradas, hay que tener en cuenta que los resultados deben tomarse con cautela; en las evaluaciones iniciales se administraron únicamente las escalas de Hamilton y de Pánico y Agorafobia, por lo que no contamos con puntuaciones finales que nos garanticen estadísticamente una disminución de la ansiedad y el cálculo de los porcentajes de mejoría. Así que no podría asegurarse la eficacia del tratamiento ni a partir de comparaciones numéricas.

Fundamentalmente, se trata de cambios descriptivos procedentes de observaciones clínicas; testimonios de la participante, cumplimiento de actividades y aproximación a

las situaciones temidas se incorporan como datos en la práctica de la investigación.

La posibilidad de generalizar los resultados es otra de las limitaciones a tener en cuenta, dado que el diseño de caso único pondrá por delante la experiencia concreta de una adulta joven y que no se puede decir que el tratamiento serviría para cualquier persona que padezca agorafobia.

Adicionalmente, el hecho de que el tratamiento dure diez sesiones implica que se inicia el proceso de exposición y prevención de recaídas, pero no es suficiente para comprobar la verdadera permanencia de los cambios a mediano y largo plazo. Por lo tanto, es necesario hacer un seguimiento para comprobar el mantenimiento de actividades autónomas, la disminución de conductas de seguridad y la reacción a los posibles episodios de ansiedad.

Sin embargo, la existencia de datos de evaluación posterior nos lleva a presentar estos progresos como cambios cualitativos, no como pruebas cien por cien válidas que confirmen la recuperación. Intervenciones futuras deberían considerar la realización de una evaluación final y de un seguimiento posterior con los mismos instrumentos con el fin de esclarecer con mayor exactitud la evolución clínica.

Conclusión

La evaluación comprehensiva demostró que la participante padecía manifestaciones que eran compatibles con agorafobia, manifestaciones que se hallaban caracterizadas por un miedo intenso, por una ansiedad anticipadora, por ataques de pánico, por conductas de evitación y por una necesidad de acompañamiento muy frecuente. Estas manifestaciones han supuesto

una afectación significativa en la movilidad, en la autonomía y en la participación en actividades cotidianas y sociales.

Los resultados psicométricos contrastaban con la evaluación clínica y mostraron la presencia de una afectación clínica importante. La Escala de Ansiedad de Hamilton alcanzó hasta 32 puntos, puntuación que corresponde a una ansiedad grave y en la que predominaban las manifestaciones somáticas.

Por su parte, la Escala de Pánico y de Agorafobia alcanzó hasta los 36 puntos, destacando las mayores puntuaciones en el dominio de la evitación agorafóbica, en los ataques de pánico y en las limitaciones funcionales. A medida que el caso se construía con la entrevista, la anamnesis y la observación de la participante, estos resultados fueron para llevar a localizarlos en los términos de la clínica y del contexto.

De esta manera, la intervención cognitivo-conductual, llevada a cabo en diez sesiones, ha sido la respuesta a las principales necesidades detectadas. La psicoeducación, la respiración diafragmática, la relajación muscular, la reestructuración cognitiva y la exposición gradual dieron pie, con el apoyo de la terapeuta, a que la participante entendiera la relación entre sus pensamientos, sus sensaciones físicas y entre sus conductas de evitación. También contribuyeron a la adquisición de estrategias de afrontamiento y a una aproximación gradual a las situaciones que percibía como amenazantes.

Los cambios que se constataron fueron principalmente cualitativos, que se tradujeron en una mayor identificación de los

pensamientos automáticos, el uso de recursos de autorregulación y una mejor predisposición a hacer actividades que antes eran evitadas, pero al no haberse aplicado de nuevo las escalas al término de la intervención, no fue posible cuantificar la reducción de los síntomas y ofrecer un porcentaje de mejoría.

Se considera que la intervención cognitivo-conductual se constituyó como una alternativa adecuada para abordar las manifestaciones de la agorafobia en el caso estudiado, pero al ser una intervención en un diseño de caso único, sus resultados no pueden ser generalizables.

Se sugiere mantener el seguimiento psicológico, aumentar la significatividad de los ejercicios de exposición, disminuir las conductas de seguridad y aplicar las escalas en una evaluación posterior para comprobar la estabilidad de los avances y prevenir recaídas.

Referencias

- Balaram, K., & Marwaha, R. (2024). *Agoraphobia*. In StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing.
- Bandelow, B., Broocks, A., Pekrun, G., George, A., Meyer, T., Pralle, L., . . . Rüther, E. (2000). The use of the Panic and Agoraphobia Scale (P & A) in a controlled clinical trial. *Pharmacopsychiatry*, 174-81.
- Ceberio, M. (2025). Trastornos de pánico y agorafobia. Reducción de distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos. *Revista de Investigación del Departamento de Humanidades y Ciencias Sociales*, 13-39.

Fiestas-Teque, L., del Prado, P., & Vivar, R. (2011). Agorafobia en la infancia: A propósito de un caso. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 213-218.

Garnica Escamilla, M., Morales Cruz, R., Rodríguez Ochoa, N., Vargas Torres, E., & Marín Landa, O. (2021). Terapia audiovisual. Propuesta para disminuir ansiedad en pacientes quemados durante su estancia en la unidad de cuidados intensivos. *Medicina crítica (Colegio Mexicano de Medicina Crítica)*, 96-100.

Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*, 50-55.

Heinig, I., Weiß, M., Hamm, A., Hein, G., Hollandt, M., Hoyer, J., . . . Pittig, A. (2024). Exposure traced in daily life: improvements in ecologically assessed social and physical activity following exposure-based psychotherapy for anxiety disorders. *J Anxiety Disord*, 101:102792.

Organización Mundial de la Salud. (8 de 9 de 2025). *Anxiety disorders*. Fonte: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders?utm_source=chatgpt.com

Papola, D., Ostuzzi, G., Tedeschi, F., Gastaldon, C., Purgato, M., Del Giovane, C., . . . Barbui, C. (2022). Comparative efficacy and acceptability of psychotherapies for panic disorder with or without agoraphobia: systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials. *Br J Psychiatry*, 507-519.

Szuhany, K., & Simon, N. (2022). Anxiety disorders: a review. *Jama*, 2431-2445.



Manifestaciones clínicas y tratamiento cognitivo-conductual de la agorafobia en una adulta joven: estudio de caso © 2026 by Luis Alberto Lázaro Macías is licensed under Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International. To view a copy of this license, visit <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

