



**Universidad
Europea** MADRID

**Máster Universitario en Psicología General
Sanitaria**

2020-2023

Trabajo Fin de Máster

Estudio de caso

**La evolución y abordaje de los trastornos de
pánico: un caso clínico**

Alumna: Irene Martínez Cardona

Tutora: Sonia Isabel Martins Gregorio

Centro: Psicólogos Princesa 81

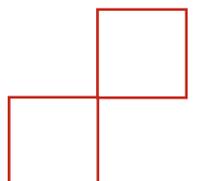
Campus Villaviciosa de Odón

Calle Tajo S/N, Villaviciosa de Odón
28670 Madrid

universidadeuropea.com

Campus Alcobendas

Avenida Fernando Alonso, 8
28108 Madrid



Resumen

El presente trabajo describe el caso de una paciente de 19 años que acude a consulta refiriendo sintomatología compatible con trastorno de pánico. El trastorno de pánico (TP) se define como la aparición recurrente de ataques de pánico inesperados y la preocupación constante por tener nuevos ataques. La paciente presentaba una variedad de síntomas, incluyendo palpitaciones, sudoración, temblores, sensación de desmayo inminente y conductas de escape relacionadas con ballet, la universidad y otros contextos sociales.

Mediante entrevistas y pruebas estandarizadas durante la evaluación clínica se demostró la existencia de un trastorno depresivo comórbido. Combinando la terapia cognitivo-conductual (TCC) y la terapia de aceptación y compromiso (ACT) se pretendía reducir los síntomas y fomentar el desarrollo de la flexibilidad psicológica y la aceptación de experiencias internas difíciles. Se combinaron técnicas como la relajación, la exposición gradual, la reestructuración cognitiva, la atención plena, la congruencia en valores y la aceptación. La paciente experimentó una disminución significativa en la intensidad y frecuencia de los síntomas del trastorno de pánico después del tratamiento. También se observó una mejoría en su estado de ánimo, en su calidad de vida y en su capacidad para manejar la ansiedad.

En conclusión, la combinación de TCC y ACT es una opción efectiva para el tratamiento del TP. La aplicación de técnicas específicas de cada terapia, combinadas de manera adecuada, pueden ayudar a reducir los síntomas y mejorar la calidad de vida de los pacientes. La evaluación cuidadosa también es crucial para medir la efectividad del tratamiento y adaptarlo a las necesidades individuales del paciente.

Palabras clave: estudio de caso único, Depresión, Trastorno de Pánico, Terapia Cognitivo Conductual, Terapia de Aceptación y Compromiso.

Abstract

This paper describes the case of a 19-year-old patient who sought treatment reporting symptoms compatible with panic disorder (PD). PD is defined as the recurrent occurrence of unexpected panic attacks and constant concern about having new attacks. The patient presented a variety of symptoms, including palpitations, sweating, tremors, a sense of imminent fainting, and agoraphobic behaviours related to ballet, university, and other social contexts.

Through interviews and standardized tests during clinical evaluation, a comorbid depressive disorder was demonstrated. A combination of cognitive-behavioural therapy (CBT) and acceptance and commitment therapy (ACT) was used to treat PD, with the goal of reducing symptoms and promoting the development of psychological flexibility and acceptance of difficult internal experiences. Techniques such as relaxation, gradual exposure, cognitive restructuring, mindfulness, value congruence, and acceptance were combined. The patient experienced a significant decrease in the intensity and frequency of PD symptoms after treatment. Improvements were also observed in the patient's mood, quality of life, and ability to manage anxiety.

In conclusion, the combination of CBT and ACT is an effective option for the treatment of PD. The careful application of specific techniques from each therapy, combined appropriately, can help reduce symptoms and improve patients' quality of life. Careful evaluation is also crucial to measure treatment effectiveness and adapt it to individual patient needs.

Keywords: *Acceptance and Commitment Therapy, case study, Cognitive Behavioural Therapy, Depression, Panic Disorder.*

Índice

Resumen	2
Índice.....	3
Marco Teórico.....	6
Introducción.....	6
Modelos Teóricos.....	10
Modelo cognitivo de Clark	10
Modelo Integrador de Barlow (Sociobiológico).....	11
Modelo cognitivo integrado de Casey, Oei y Newcombe (2004)	13
Evaluación del Trastorno de Pánico.....	15
Tratamientos para el Trastorno de Pánico (TP)	18
Caso Clínico	22
Identificación de la Paciente y Motivo de Consulta.....	22
Historia y Evolución del Problema	25
Estrategias de Evaluación y Principales Resultados.....	26
Formulación Clínica del Caso.	31
Análisis Funcional.....	31
Hipótesis.....	34
Objetivos Terapéuticos	37
Plan de Tratamiento	38
Tratamiento	40
Valoración del Caso.....	42
Discusión y Conclusiones	43
Discusión	43
Conclusiones	44
Valoración personal	44

Referencias Bibliográficas	45
Anexos.....	50
Anexo 1. Análisis Funcional de la Conducta	51
Anexo 2. Diagrama Funcional de la Conducta	52
Anexo 3. Herramienta “El monigote”	55
Anexo 4. Modelo de autorregistro.....	58
Anexo 5. Ejercicio de respiración y relajación con imaginación	59
Anexo 6. BDI-II corregido	60
Anexo 7. STAI corregido.....	62
Anexo 8. PAI: escalas y subescalas.....	64
Anexo 9. Diario de sesiones: “Lo que se hizo”	70
Anexo 10. Línea de la Vida	74

Lista de Figuras

Figura 1. Modelo cognitivo de Clark.....	11
Figura 2. Modelo integrador de Barlow.....	13
Figura 3. Modelo cognitivo integrado de Cassey.....	14
Figura 4. Genograma de la paciente.....	22
Figura 5. Árbol de Logros.....	27
Figura 6. Sociograma de la paciente.....	28
Figura 7. Diagrama Funcional de la Conducta Problema.....	52
Figura 8. Leyenda de un Diagrama Funcional de la Conducta.....	54

Lista de Tablas

Tabla 1. Criterios del Trastorno de Pánico.....	7
Tabla 2. Aspectos importantes en la evaluación de un paciente con trastorno de pánico.....	15
Tabla 3. Plan de tratamiento inicial.....	38
Tabla 4. Análisis Funcional de la Conducta.....	51
Tabla 5. Ejemplo de modelo de autorregistro.....	58
Tabla 6. Descripción de las escalas del PAI.....	64
Tabla 7. Descripción de las subescalas del PAI.....	66
Tabla 8. Resumen del diario terapéutico: “Lo que se hizo”.....	70
Tabla 9. Línea de la vida.....	74

Lista de Abreviaturas

Abreviatura	Significado	Abreviatura	Significado
ACT	Terapia de Aceptación y Compromiso	NIH	National Institute of Health, “Instituto Nacional de Salud”
AE	Ansiedad Estado	NSC	National Comorbidity Survey
AF	Análisis funcional	OMS/ /WHO	Organización Mundial de la Salud World Health Organisation
AP	Ataques de pánico	PAI	Inventario de Evaluación de la Personalidad
APA	Asociación Psiquiátrica Americana	STAI	Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo
APP	Aplicación de móvil	TC	Tareas para casa
AR	Ansiedad Rasgo	TCC	Terapia cognitivo-conductual
BDI-II	Inventario de depresión de Beck (2 edición)	TP	Trastorno de pánico
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders		

Marco Teórico

Introducción

El Trastorno de Pánico (TP) es uno de los problemas psicológicos más habituales en la práctica clínica diaria, por lo que se ha desarrollado mucha investigación -sobre todo desde los años 80 del siglo XX- y del que tenemos buenas herramientas de evaluación, diagnóstico y tratamiento (García-Palacios, Botella, Osma e Ibaños, 2014). Aunque los médicos habían descrito e identificado los ataques de pánico (AP) y el trastorno de pánico (TP) en el siglo XX, no fue hasta 1980 que el Trastorno de Pánico fue admitido como una categoría diagnóstica propia en la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-III).

El Trastorno de Pánico ha estado durante toda su historia diagnóstica ligado a la Agorafobia. Uno de los primeros autores que conceptualiza este trastorno es Westphal en 1871, y lo describe como un <<estado de ansiedad que se daba en situaciones muy concretas, como estar en espacios abiertos, y donde los pacientes con este trastorno presentaban ansiedad y miedo a la muerte>>.

Posteriormente, en 1894 Sigmund Freud describía un estado de ansiedad consistente en alteraciones del ritmo cardíaco, ahogos, vértigos, etc., que denominó “neurosis de angustia” (García-Palacios, Botella, Osma e Ibaños, 2014). Así, se incluyen por primera vez tanto los ataques de ansiedad como los ataques de pánico dentro de la categoría “neurosis de ansiedad” de la segunda edición del *Manual de Criterios Diagnósticos*, DSM-II (1968) de la APA. Spitzer fue el primero en diferenciar el trastorno de pánico y la ansiedad generalizada en 1975. En 1980 aparece la segregación de Trastornos de Pánico como entidad diagnóstica propia dentro de la categoría de Estado de Ansiedad en el DSM-III (1980). En el DSM-III-R (1987) se realiza una diferenciación más en el diagnóstico del TP distinguiéndose tres categorías (hoy en día especificaciones), TP con agorafobia, TP sin agorafobia y agorafobia sin TP (García-Palacios, Botella, Osma e Ibaños, 2014). En el DSM-IV hay ciertas diferencias en el detalle de la descripción de la frecuencia e intensidad de los síntomas basada en los estudios del momento (Ballenger y Fyer, 1993).

El tratamiento indicado en las guías de práctica clínica para la intervención en trastornos de ansiedad y trastornos de pánico según la evidencia empírica es mediante el uso de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) y terapia farmacológica (National Institute of Health and Care Excellence [NICE], 2020; Ministerio de Sanidad y Consumo [MSC], 2008). Además, se está encontrando bastante evidencia de la efectividad de la TCC de tercera generación, que implementa aspectos de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT).

El trastorno de pánico se encuentra descrito por la American Psychiatric Association en la quinta edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Criterios Diagnósticos* (DSM 5) dentro de los trastornos por ansiedad, cuadro que es definido como “aquellos que comparten características de miedo y ansiedad excesivos, así como alteraciones conductuales alteradas” (APA, 2014, página 189). Define el miedo como una <<respuesta emocional a una amenaza inminente, real o imaginaria>>; mientras que la ansiedad está descrita como una <<respuesta anticipatoria a una amenaza futura>>. Las crisis o los ataques de pánico se presentan de manera usual en los trastornos de ansiedad como un tipo peculiar de respuesta al miedo (APA, 2014).

En el DSM 5 (American Psychiatric Association, [APA], 2014; páginas 208-221) se describe el Trastorno de Pánico como:

Tabla 1.

Criterios del Trastorno de Pánico

Criterios del Trastorno de Pánico según el DSM 5

- A. Ataques de pánico inesperados recurrentes. Un ataque de pánico es un episodio abrupto de miedo intenso o malestar intenso que alcanza un pico en minutos, y durante el cual ocurren cuatro (o más) de los siguientes síntomas:

Nota: El aumento repentino puede ocurrir desde un estado de calma o un estado de ansiedad.

- a) Palpitaciones, latidos cardíacos fuertes, taquicardia
 - b) Sudoración
 - c) Temblores
 - d) Disnea, sensaciones de sofocación
 - e) Sensaciones de ahogo/asfixia
 - f) Dolor o molestia precordial
 - g) Náuseas, molestias abdominales
 - h) Mareos, inestabilidad, sensación de desmayo
 - i) Escalofríos o sensaciones de calor
 - j) Parestesias (entumecimiento u hormigueo)
 - k) Desrealización (sentimientos de irrealidad) o despersonalización (estar desapegado de uno mismo).
 - l) Miedo de perder el control o de enloquecer
 - m) Miedo de morir
-

Nota: Se pueden observar síntomas específicos de la cultura (por ejemplo, tinnitus, dolor de cuello, dolor de cabeza, gritos o llanto incontrolables). Tales síntomas no deben contarse como uno de los cuatro síntomas requeridos.

- B. Al menos uno de los ataques es seguido por 1 mes (o más) de uno o ambos de los siguientes:
 - A. Preocupación persistente por ataques de pánico adicionales o sus consecuencias (por ejemplo, perder el control, sufrir un ataque cardíaco, “volverse loco”).
 - B. Un cambio desadaptativo significativo en el comportamiento relacionado con los ataques (por ejemplo, comportamientos diseñados para evitar ataques de pánico, como evitar el ejercicio o situaciones desconocidas).
- C. La alteración no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo, abuso de una droga, un medicamento) u otra condición médica (por ejemplo, hipertiroidismo, enfermedades cardiopulmonares).
- D. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., los ataques de pánico no ocurren solo en respuesta a situaciones sociales temidas, como en el trastorno de ansiedad social; en respuesta a situaciones u objetos fóbicos circunscritos, como en la fobia específica; en respuesta a obsesiones, como en el trastorno obsesivo-compulsivo; en respuesta al recuerdo de eventos traumáticos, como en el trastorno de estrés postraumático; o en respuesta a la separación de las figuras de apego, como en el trastorno de ansiedad por separación).

Recogido y adaptado de APA, 2014

Los estudios epidemiológicos ponen de manifiesto que se estima que el 15% de la población general presenta al menos un AP a lo largo de su vida, pero un pequeño porcentaje de esos desarrollan un TPA (Trastorno de Pánico con o sin Agorafobia). Según el estudio epidemiológico de Eaton, Martins, Nestadt, Bienvenu, Clarke y Alexandre (2008), la prevalencia para el TP es muy variable según el área geográfico-cultural. Así, en villas rurales de Taiwán prevalece un 0.1% de TP en la población, mientras que en Florencia (Italia) es de un 3.2%. En la UE se estimó que entre 4,3 y 5,3 millones de adultos (entre 18-65 años) sufren de TP (APA, 2014; (García-Palacios, Botella, Osma e Ibaños, 2014).

Estudios más recientes (Macías-Carballo, Pérez-Estudillo, López-Meraz, Beltrán-Parrazal y Morgado-Valle, 2019) mencionan un estudio de 2018 en el que la prevalencia varía enormemente; por ejemplo, el metaanálisis indica que en España una prevalencia de 6.6%, Nueva Zelanda un 25% e Italia un 2,4%. También hay que destacar que tras presencia del COVID-19 y la pandemia se han encontrado diferencias significativas respecto a la prevalencia de los trastornos de ansiedad; de una media de 7,3% antes de la pandemia (Stein, Scott, de Jonge y Kessler, 2017) a un metaanálisis reciente (Santabárbara, Lasheras, Lipnicki, Bueno-Notivol, Pérez-Moreno, López-Antón, De la Cámara, Lobo y

Gracia-García, 2021) ha sugerido que las tasas de ansiedad post-pandemia en la población general podrían haberse triplicado y todavía persisten sus efectos en la salud mental general a día de hoy.

El TP se presenta dos veces más en las mujeres que en los hombres. Cuando el TP cursa con Agorafobia (AG) es tres veces más frecuente en las mujeres. Esto se observa desde la adolescencia. El TP se diferencia por género en el deterioro y la discapacidad del trastorno (mayor en mujeres) pero no difiere en otros aspectos tales como edad, inicio, curso del trastorno o perfil de los síntomas (APA, 2014).

Los ataques de pánico están asociados a una mayor probabilidad de padecer diversos trastornos mentales comórbidos, como otros trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, trastornos bipolares, trastornos del control de los impulsos y trastornos por consumo de sustancias (APA, 2014). Además, también se ha encontrado una asociación entre el TP y diversas patologías médicas, como mareos, arritmias cardíacas, hipertiroidismo, asma, enfermedades pulmonares obstructivas crónicas y síndrome del intestino irritable. Los pacientes con TP también tienen una mayor ocurrencia de padecimientos crónicos como hipertensión o migraña. La comorbilidad entre TP y trastorno depresivo es variable, entre un 10 y 65% según algunos estudios (Kessler, Nelson, McGonagle, Swartz y Blazer, 1996; Iketani, Kiriike, Stein, Nagao, Nagata, Minamikawa, Shidao y Fukuhara, 2002), coincidiendo con un estudio que menciona que el 56% de las personas con TP también presentan síntomas de depresión mayor (Roy-Byrne, Stang, Wittchen, Üstün, Walters, Kessler, 2000; Kessler, Ruscio, Shear y Wittchen, 2009).

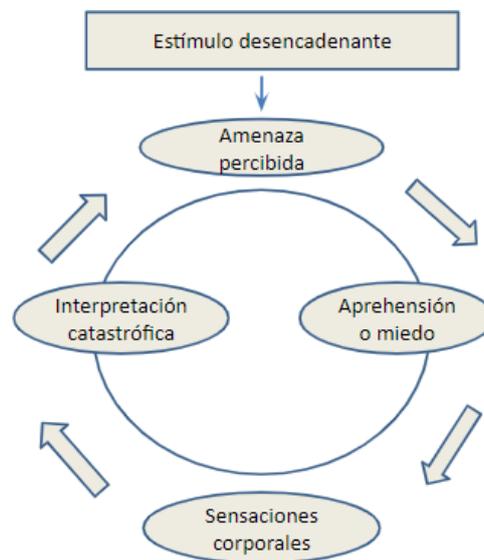
Modelos Teóricos

Modelo cognitivo de Clark

El modelo cognitivo de Clark (1986) parte de una perspectiva farmacológica, cuando se hace evidente que los ataques de pánico pueden ser inducidos a través de diversos fármacos y de estímulos fisiológicos (como el café, hiperventilación voluntaria o la inhalación de CO₂). Estos agentes raramente inducen ataques de pánico en personas sin un historial previo de pánico, pero sí producen sensaciones más leves asociadas a la sintomatología de AP en personas sin historial previo de AP. Este descubrimiento pone de manifiesto el componente de vulnerabilidad biológica de los AP llamado por Clark “desorden bioquímico”.

Ante estos resultados, los autores se centran en la investigación de los componentes más fisiológicos, en concreto de la hiperventilación y la inhalación de CO₂, y cuyos resultados mostraron una variabilidad de respuestas acorde con la interpretación agradable o desagradable de la experiencia, además de la influencia de la vivencia anterior del individuo con sintomatología similar. Esta conclusión les llevó a sugerir que la experiencia subjetiva cognitiva del individuo influía enormemente en el desencadenamiento de un ataque de pánico, más que un componente puramente fisiológico o químico. Este principio forma la base del modelo cognitivo de Clark.

Proponen que los ataques de pánico ocurren como consecuencia de una malinterpretación catastrófica de algunas sensaciones fisiológicas típicas de respuestas de ansiedad como sensaciones mucho más peligrosas de lo que realmente son. Por ejemplo, palpitations como señal de paro cardíaco, sensación de ahogo como evidencia de muerte por falta de oxígeno, o temblores leves como prueba de pérdida de control progresiva y locura.

Figura 1.*Modelo cognitivo de Clark (1986)*

Traducido y adaptado de Clark, 1986

El modelo está expresado gráficamente en la Figura 1, donde se ve que un estímulo, tanto externo como externo es percibido como amenazante y se crea un sentimiento de aprehensión o miedo ante esos estímulos, que acompañan una serie de sensaciones corporales. Si estas sensaciones de ansiedad o miedo se interpretan desde una perspectiva catastrófica, intensificarán las sensaciones de miedo o ansiedad estableciéndose un círculo vicioso que culmina en un ataque de pánico.

No sólo sensaciones relacionadas con la ansiedad pueden desencadenar un ataque de pánico, si no sensaciones, contextos o emociones positivas que desencadenan sensaciones fisiológicas similares, como por ejemplo la alteración de la respiración y de la aceleración de los latidos del corazón que se puede producir en contextos deportivos, en el sexo o en la activación fisiológica general consecuente del movimiento físico.

No sólo las sensaciones físicas pueden provocar un ataque de pánico. La percepción de los procesos cognitivos contribuye también en el círculo vicioso que resulta en el ataque de pánico. Por ejemplo, algunos individuos se quedan en blanco de manera que les paraliza la capacidad de pensamiento, si este hecho se interpreta como evidencia de la inminente pérdida de control de su persona, incrementa la sensación de estar volviéndose loco.

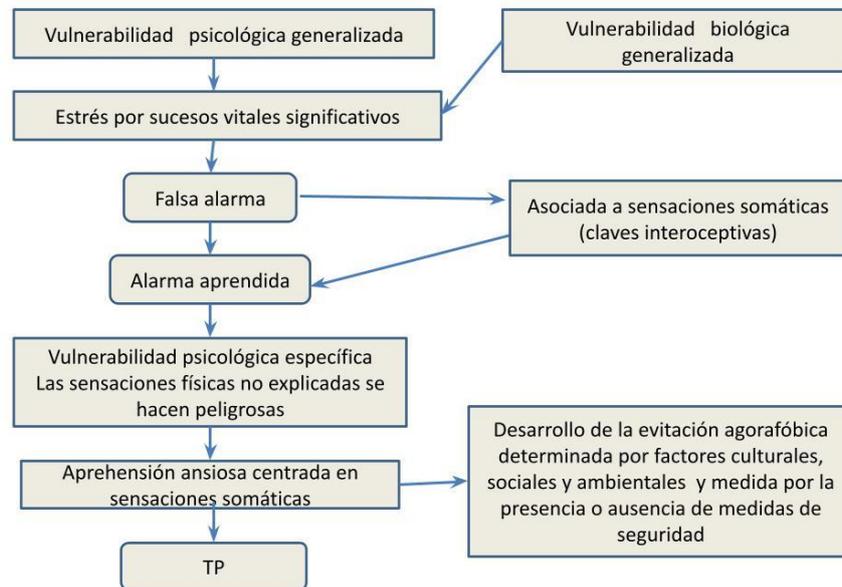
Modelo Integrador de Barlow (Sociobiológico)

El modelo de Barlow (1988) propone que los trastornos de ansiedad, como el trastorno de pánico, son causados por una combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales. La tendencia

a reaccionar con ansiedad ante situaciones estresantes puede tener una base genética (vulnerabilidad biológica), pero también puede ser influenciada por percepciones y creencias negativas sobre el mundo y la capacidad de afrontarlo (vulnerabilidad psicológica). Según esta teoría, los ataques de pánico inesperados son relativamente comunes en la población, pero solo cuando estos ataques se asocian con miedo y preocupación sobre futuros ataques, y se perciben como incontrolables e impredecibles, se desarrolla un trastorno de pánico.

Según esta teoría, la experiencia de ataques de pánico inesperados es relativamente común en la población, pero raramente evoluciona a un trastorno de pánico. Los individuos que experimentan ataques de pánico no clínicos no tienen preocupación sobre la posibilidad de experimentar más ataques, y suelen asociar los ataques a eventos triviales y controlables. Las personas con trastorno de pánico se diferencian de las personas con pánico no clínico en que desarrollan ansiedad focalizada en la posibilidad de tener otro ataque de pánico en el futuro, y perciben los ataques como incontrolables e impredecibles.

El modelo también distingue entre diferentes tipos de alarmas, verdaderas (respuesta de ansiedad o temor ante un estímulo o situación potencialmente dañino), falsas (situaciones no peligrosas) y aprendidas (cuando estas “alarmas verdaderas o falsas” se asocian a estímulos externos o internos), y sugiere que el condicionamiento de la ansiedad a estímulos internos (“condicionamiento interoceptivo” de Razran, 1961) o externos puede desencadenar el trastorno de pánico.

Figura 2.**Modelo Integrador de Barlow (1988)**

Adaptado de García-Palacios, Botella, Osma e Ibaños, 2014

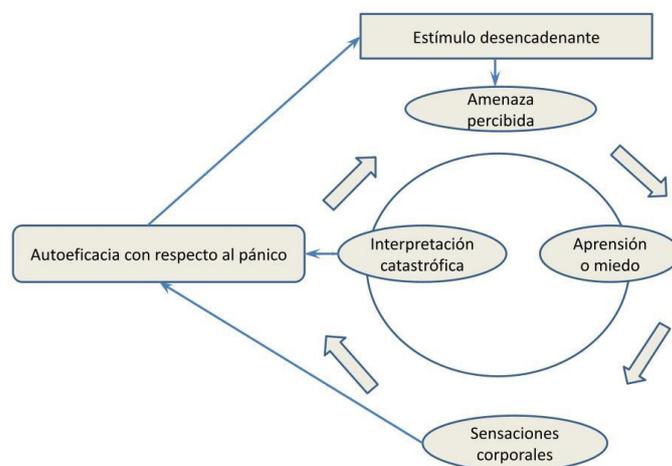
En resumen, el modelo de Barlow, (1988) explica cómo las falsas alarmas asociadas con determinadas situaciones pueden llevar a una respuesta de huida y evitación en un/a paciente con trastorno de pánico, lo que a su vez puede desarrollar agorafobia. Los mecanismos de refuerzo negativo juegan un papel importante en el mantenimiento de esta respuesta de evitación y en la aplicación y mantenimiento de la agorafobia, incluso en ausencia de un trastorno de pánico.

Modelo cognitivo integrado de Casey, Oei y Newcombe (2004)

Algunos autores como Fava y Morton, (2009) explican cómo la teoría de Casey se puede representar a través de modelos causales, los cuales pueden ayudar a los investigadores a comprender la complejidad del trastorno de pánico y a desarrollar tratamientos más efectivos. Utilizando estos modelos causales, los autores sugieren que el modelo de Casey es consistente con la investigación actual sobre el trastorno de pánico y cómo el modelo se compara con otros modelos teóricos del trastorno de pánico, como el modelo de Clark y el modelo de Barlow. Si bien hay algunas diferencias en la forma en que estos modelos abordan el trastorno de pánico, los autores señalan que todos ellos sugieren una interacción compleja entre factores biológicos, psicológicos y ambientales.

Figura 3.

Modelo cognitivo integrado de Casey (2004)



Adaptado de García-Palacios, Botella, Osma e Ibaños (2014)

Según el modelo de Casey, Osey y Newcombe (2004), los ataques de pánico son causados por una interacción compleja de factores biológicos, psicológicos y ambientales. Además incorpora la percepción de autoeficacia sobre el pánico en su modelo integrador cognitivo que alimenta el ciclo vicioso del que hablaba Clark. En detalle, el modelo se compone de:

Factores biológicos. Los factores biológicos son aquellos relacionados con la química del cerebro y el sistema nervioso. En el modelo de Casey, se sugiere que las personas con trastorno de pánico pueden tener una mayor sensibilidad a ciertas sustancias químicas en el cerebro, como la serotonina, la noradrenalina y la dopamina. Además, también puede haber una tendencia hereditaria al trastorno de pánico.

Factores psicológicos. Los factores psicológicos incluyen aquellos relacionados con la forma en que las personas piensan y perciben su entorno. En el modelo de Casey, se sugiere que las personas con trastorno de pánico pueden tener ciertas creencias o pensamientos erróneos acerca de los síntomas físicos, como creer que están teniendo un ataque cardíaco en lugar de un ataque de pánico. Estos pensamientos pueden aumentar la ansiedad y el miedo a futuros ataques de pánico.

Factores ambientales. Los factores ambientales incluyen aquellos relacionados con el entorno en el que las personas viven y trabajan. En el modelo de Casey, se sugiere que ciertos factores ambientales pueden aumentar el riesgo de ataques de pánico, como el estrés crónico, el consumo de cafeína, el uso de drogas o la exposición a situaciones traumáticas.

Evaluación del Trastorno de Pánico

La evaluación y diagnóstico del TP son complejos ya que hay mucha diversidad, intensidad y frecuencia en los síntomas de los ataques de pánico. En el Congreso promovido por el Instituto Nacional de Salud (NIH) en 1991 (*Consensus Development Conference on the Treatment of Panic Disorder*), los expertos vieron que se necesitaba elaborar un protocolo estandarizado para la evaluación del Trastorno de Pánico, con el objetivo generalizar su uso a nivel internacional. Así pues en 1992 se celebró un congreso específico para desarrollar este tema estudiándolo desde una perspectiva psiquiátrica y psicológica (Shear y Maser, 1994), en la que se inspiró McCabe, (2001) para general los aspectos claves en una evaluación de un/a paciente con Trastorno de Pánico.

Hay que recordar que la evaluación es indispensable para obtener un diagnóstico correcto, establecer medidas terapéuticas y valorar la evolución del paciente.

Tabla 2.

Aspectos importantes en la evaluación de un/a paciente con trastorno de pánico

- 1) Diagnóstico multiaxial y diagnóstico diferencial
 - a) Descartar condiciones médicas asociadas al pánico.
 - b) Evaluar el consumo de sustancias que puedan provocar pánico.
 - c) Diferenciar el trastorno de pánico de otros trastornos de ansiedad
 - i) Identificar ataques de pánico inesperados
 - ii) Examinar el foco de miedo durante los ataques de pánico
 - iii) Analizar las razones por las que se evitan las situaciones
- 2) Naturaleza y frecuencia de los ataques de pánico
- 3) Características principales de los ataques de pánico
 - a) Ansiedad anticipatoria
 - b) Pensamientos relacionados con el pánico
 - c) Evitación agorafóbica manifiesta o encubierta
- 4) Características asociadas
 - a) Comorbilidad
 - b) Malestar
 - c) Curso
 - d) Factores familiares

Recogido y adaptado de McCabe, 2001

Para determinar si una persona tiene Trastorno de Pánico, es necesario utilizar varios métodos de evaluación para confirmar su presencia. Desde la perspectiva psicológica, se utilizan diferentes técnicas de evaluación, como entrevistas, cuestionarios, registros de auto-informe y observación, los cuales son aplicados por el/la terapeuta y se adaptan a las necesidades individuales del paciente. A continuación se describirán algunos de estos métodos.

- La *Entrevista semiestructurada de Trastorno de Pánico (ADIS-R)* es una herramienta utilizada para el diagnóstico del trastorno de pánico. Fue desarrollada originalmente por Brown, Di Nardo y Barlow en 1988 con su última versión en 1994 (Brown, Di Nardo y Barlow, 1994), y luego adaptada al castellano por Botella y Ballester en 1997. La entrevista incluye preguntas estandarizadas sobre los síntomas de pánico, ansiedad y agorafobia, así como sobre otros trastornos relacionados, como la depresión y el trastorno obsesivo-compulsivo. También se hacen preguntas sobre la historia médica y la historia de tratamiento del paciente. La entrevista se realiza en una conversación estructurada con el/la paciente, y se basa en criterios diagnósticos establecidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR).

- *Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI)* (Spielberger, Gorsuch, Lushene, y Cubero, 1999). El objetivo de este inventario es evaluar la ansiedad que puede estar sintiendo momentáneamente un sujeto (estado) y la ansiedad como una condición más estable (rasgo), medible en escala de tipo Likert de 0 a 3 y conformado por 40 ítems divididos en dos subescalas: estado y rasgo. La ansiedad es un fenómeno que en el caso del TP puede estar asociada a un estímulo desencadenante interno, o externo, por lo que es importante evaluar el nivel de ansiedad que tiene el/la paciente.

- *Inventario de Depresión de Beck (BDI- II)*. Esta herramienta de evaluación se utiliza para medir los síntomas de depresión en adultos. Adaptada de Beck, Steer y Brown (1996) por Buéla-Casal, Guillén-Riquelme y Seisdedos Cubero en 2015, el BDI-II se compone de 21 preguntas que evalúan diferentes aspectos de la depresión, como el estado de ánimo, la pérdida de interés, la falta de energía y la autoestima. El BDI puede utilizarse para evaluar los síntomas de depresión en personas con trastorno de pánico, y los resultados pueden ayudar a determinar el grado de depresión que está experimentando una persona y cómo está afectando su calidad de vida (Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, (1961).

El uso de un **análisis funcional** (AF) bien estructurado es importante ya es un conjunto de métodos que organizan la información recogida sobre los antecedentes, conducta problema y consecuencias que forman parte de la hipótesis científica específica de la sintomatología de un/a paciente en concreto, considerando también otras variables que pueden estar afectando a este esquema (Díaz, Villalobos y Ruiz 2012).

Se utiliza para identificar las funciones de las conductas problemáticas y para diseñar intervenciones para mejorar o eliminar estas conductas. Utiliza una metodología científica para identificar las relaciones entre las conductas problema (malestar) y las situaciones o eventos que las preceden (antecedentes) y siguen (consecuentes). A partir de esta información, se pueden desarrollar estrategias de intervención para cambiar las conductas problemáticas.

Tratamientos para el Trastorno de Pánico (TP)

A. *Terapia cognitivo conductual.*

Algunos estudios han demostrado la eficacia de una combinación de estrategias conductuales de tratamiento para los ataques de pánico, incluyendo la relajación, el entrenamiento asertivo, la exposición en vivo, el entrenamiento en biofeedback y la reestructuración cognitiva (Gitlin, Martin, Shear, Frances, Ball y Josephson, 1985; Shear, Ball, Fitzpatrick, Josephson, Klosko y Francis, 1991), siendo uno de los tratamientos de elección para el trastorno de pánico (NICE, 2020; MSC, 2008). Se ha mostrado que los efectos de tratamientos multicomponentes similares son superiores a meramente el paso del tiempo (Waddell, Barlow y O'Brian, 1984), es decir, el tratamiento psicológico es más efectivo que no hacer nada. Los componentes más recientes de tratamiento incluyen el reentrenamiento de la respiración, la relajación aplicada, la reestructuración cognitiva y la exposición a las sensaciones corporales temidas.

- *Psicoeducación.* Es uno de los elementos esenciales para la comprensión de la casuística de la ansiedad. Aunque se introduce al comienzo del tratamiento, es un componente que continúa trabajándose durante todo el proceso terapéutico, ya que el objetivo principal es que el/la paciente normalice su respuesta ante el ataque de pánico, pudiendo dar espacio para la comprensión de las causas del problema, del origen de los síntomas y todo aquello que pueda facilitar el entendimiento de lo que está ocurriendo.

- *Reentrenamiento de la respiración.* Según los manuales de técnicas cognitivo-conductual, las técnicas de control de la respiración constituyen el procedimiento más antiguo conocido para reducir los niveles de activación. Esta técnica está enfocada en pacientes que presentan síntomas de hiperventilación y consiste en un entrenamiento en la respiración lenta y diafragmática. Por lo general, se induce al paciente a realizar respiraciones profundas; inspirar por la nariz, mantener la respiración durante unos segundos y expirar por la nariz más despacio de lo que se ha inhalado (Díaz, Villalobos y Ruiz, 2012).

- *Relajación.* Técnica cuyo objetivo principal es reducir el estado de activación fisiológica propia de la sintomatología del ataque de pánico, además de facilitar el retorno a un estado de calma, equilibrio mental y sensación de paz interior; dando así una sensación de control al paciente, lo que reduce la ansiedad. La relajación no es exclusivamente calmante a nivel fisiológico si no que se extiende a niveles emocionales, cognitivos y conductuales (Díaz, Villalobos y Ruiz, 2012). La técnica de relajación que más resultados ha tenido en el tratamiento de los ataques de pánico es la Relajación Muscular Progresiva, que consiste en tareas de tensión-distensión de diversas partes del cuerpo,

aunque también se suelen utilizar otras técnicas de respiración, relajación en imaginación o Mindfulness.

- *Entrenamiento en regulación emocional.* Mediante la identificación y expresión de emociones el/la paciente empieza a darse cuenta de que es capaz de reconocer lo que le está pasando, de dónde vienen tanto las emociones del AP como todas las demás, y encontrar los recursos que ya tiene para poder expresarlas con el fin conseguir facilidades en la expresión y comunicación emocional.

- *Reestructuración cognitiva,* que consiste en identificar y evaluar los patrones de pensamiento negativos, generar nuevos pensamientos y creencias más adaptativos, y aplicar estos cambios en situaciones similares a la problemática (Díaz, Villalobos y Ruiz, 2012).

- *Exposición en vivo.* Consiste en exponer al paciente de manera controlada y gradual a la situación o estímulo que desencadena su ansiedad. La idea es que a medida que el/la paciente se acostumbra a la situación o estímulo, su ansiedad disminuirá. El objetivo es ayudar al paciente a aprender a manejar y controlar su ansiedad mediante la exposición en lugar de evitando la situación ansiógena. La exposición en vivo se lleva a cabo bajo la supervisión de un terapeuta especializado y se combina con técnicas de relajación y aprendizaje de habilidades para manejar la ansiedad (Díaz, Villalobos y Ruiz, 2012).

- *Exposición interoceptiva.* Consiste en exponer al paciente de manera controlada y gradual a sensaciones corporales internas que desencadenan ansiedad. La idea es que a medida que el/la paciente se acostumbra a estas sensaciones, su ansiedad disminuirá, eliminando la asociación entre sensaciones corporales y ataque de pánico. El objetivo es ayudar al paciente a aprender a manejar y controlar su ansiedad mediante la exposición en lugar de evitando estas sensaciones.

B. *Terapia farmacológica.* Los medicamentos pueden ayudar a disminuir los síntomas de los ataques de pánico (Zulfarina, Syarifah-Noratiqah, Nazrun, Sharif y Naina-Mohamed, 2019; Mayo Clinic, 2023).

- Los ansiolíticos, también conocidos como tranquilizantes, son medicamentos que ayudan a reducir la ansiedad ya que son depresores del sistema nervioso central. Los ansiolíticos benzodiazepínicos, como alprazolam (Xanax) y clonazepam (Klonopin), son eficaces en el tratamiento

de los ataques de pánico agudos, pero deben usarse con precaución debido al riesgo de dependencia y efectos secundarios.

- Los antidepresivos que forman parte del grupo Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), como el fluoxetina (Prozac), sertralina (Zoloft) y paroxetina (Paxil), también son eficaces en el tratamiento de los ataques de pánico a largo plazo. Estos medicamentos ayudan a equilibrar los niveles de serotonina en el cerebro que se cree que están desequilibrados en las personas con trastorno de pánico.

C. *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) de Hayes (2019).*

Steven C. Hayes (2019) describe en su libro "*Acceptance and Commitment Therapy: The Process and Practice of Mindful Change*" la integración de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) en el tratamiento de los trastornos de ansiedad, incluyendo los ataques de pánico.

Hayes propone que la ACT y la TCC comparten ciertos elementos comunes, como la identificación de los patrones de pensamiento disfuncionales y la enseñanza de habilidades para cambiarlos. Sin embargo, la ACT también se centra en la aceptación de las experiencias internas difíciles, como los pensamientos, sentimientos y sensaciones corporales negativas, y en comprometerse con los valores personales importantes. En el tratamiento de los ataques de pánico, Hayes sugiere que la ACT puede ser particularmente útil en la aceptación y tolerancia de las sensaciones corporales y los pensamientos que pueden ser desencadenantes de los ataques. También enfatiza la importancia de comprometerse con las acciones que son coherentes con los valores personales y que son significativas para el paciente, incluso si esto implica enfrentar la ansiedad y el miedo (Hayes, 2019).

Se han propuesto varias técnicas y herramientas de para el tratamiento de la ansiedad, incluyendo los ataques de pánico. Algunas de estas técnicas son:

Mindfulness. La atención plena es una técnica fundamental en la ACT. Se utiliza para ayudar a los pacientes a observar y aceptar sus pensamientos, emociones y sensaciones corporales, incluyendo aquellas que son desencadenantes de los ataques de pánico. La atención plena también se utiliza para aumentar la conciencia de los valores personales y las acciones que son coherentes con ellos.

Defusión cognitiva. Esta técnica se utiliza para separar los pensamientos de la realidad y para reducir su influencia en el comportamiento. Los pacientes aprenden a observar los pensamientos sin juzgarlos, identificando los patrones de pensamiento disfuncionales y aprendiendo a relacionarse de manera más efectiva con ellos.

Aceptación. La aceptación es una técnica clave en la ACT. Se utiliza para ayudar a los pacientes a aceptar y tolerar las sensaciones corporales y los pensamientos que pueden ser desencadenantes de los ataques de pánico, en lugar de intentar evitarlos o suprimirlos.

Compromiso. Se refiere a la acción en función de los valores personales. Los pacientes aprenden a identificar y comprometerse con acciones que son coherentes con sus valores personales, incluso si estas acciones implican enfrentar la ansiedad y el miedo.

Valores personales. La ACT enfatiza la importancia de los valores personales en la toma de decisiones y el comportamiento. Los pacientes aprenden a identificar los valores personales importantes y a comprometerse con las acciones que son coherentes con ellos, incluso si esto implica enfrentar la ansiedad y el miedo.

En particular, la práctica del Mindfulness (Hayes, 2019; Simon, 2013) puede ayudar a la regulación emocional, identificación de patrones mentales automáticos, aceptación de eventos personales, integración de sensaciones corporales, reducción del estrés y mejora de la atención. A través de esta técnica, una persona aprende a observar sus pensamientos y emociones de manera consciente y aceptarlos, lo que permite actuar de manera independiente del contenido de los pensamientos. Esto ayuda a reducir los síntomas del ataque de pánico. La práctica continua también desarrolla la atención plena, lo que permite identificar y reconocer las señales de activación en situaciones estresantes y prevenir el ataque de pánico en curso.

Caso Clínico

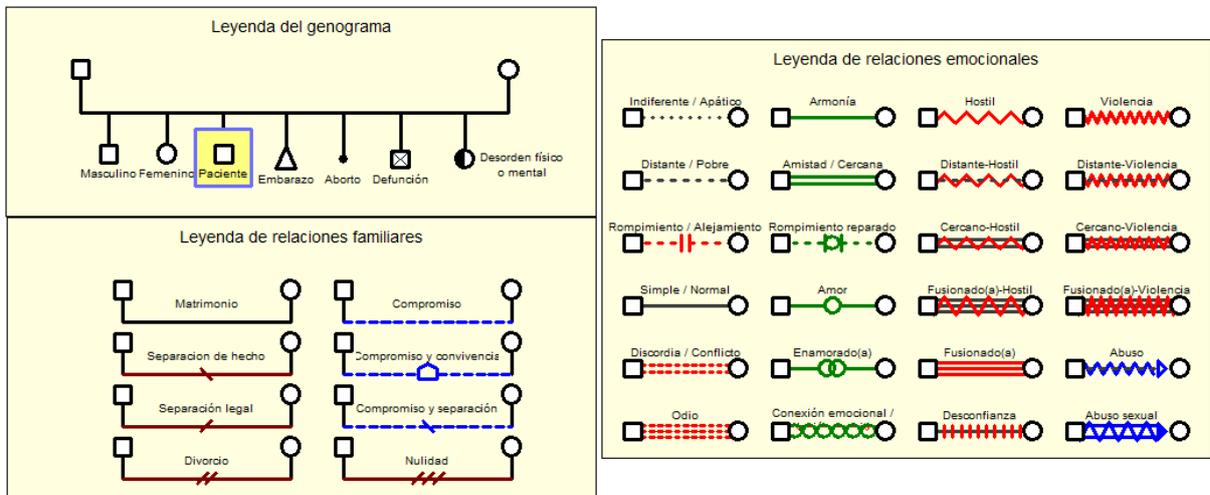
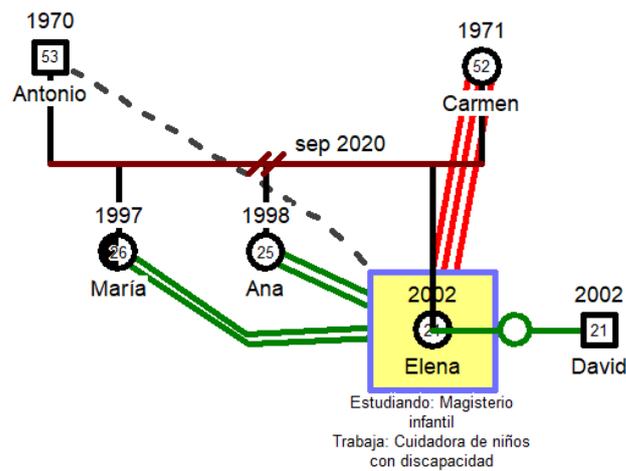
Identificación de la Paciente y Motivo de Consulta

Elena es una mujer de 18 años en el momento de inicio de la terapia (septiembre de 2020). Cursa el primer año de Magisterio infantil y es cuidadora de niños en su tiempo libre. Sus hobbies favoritos son leer y bailar ballet. De hecho este último es más un pasatiempo familiar.

Con padres separados, convive con su madre y sus dos hermanas mayores (María, 24 y Ana, 23). Tiene una pareja de la misma edad con la que lleva dos años y conoce desde los 14. Tiene un reducido grupo de amigas, aunque muy cercanas.

Figura 4.

Genograma de la paciente



Nota: Genograma y leyenda realizado con el programa GenoPro 2020® (2023) a fecha febrero 2023, y basada en Cuba y Ángel (2010).

La paciente acude a la consulta ya que desde hace poco tiene “ataques de agobio”, cada vez más frecuentes (“antes tenía agobio dos veces a la semana y ahora son dos o tres veces al día”), y más intensos (“me suelen dejar muy <<plof>>, tanto que no me deja hacer cosas normales”) cada vez que tiene ballet, lo que le influyen en las actividades de la vida diaria; suele dejar planes a un lado por miedo a que le den ataques de pánico en su rutina diaria, por ejemplo al conocer gente nueva en la universidad o al hablar sobre ballet con su familia.

En la exploración inicial muestra un funcionamiento adecuado en las principales áreas psicológicas (memoria, orientación, atención y lenguaje), mantiene una buena apariencia personal y se encuentra motivada con la terapia. Aunque le cuesta tomar contacto al principio y expresarse de manera adecuada al explicar sus problemas, durante las sesiones participa activamente.

Vemos dificultades a la hora de expresar sus emociones, ya sea por falta de consciencia de ellas o por miedo o vergüenza, y a veces el nivel de ansiedad es tan fuerte que tiembla durante la sesión.

En las primeras sesiones de la terapia, presenta un estado de gran alteración de su sintomatología (tanto en la intensidad como en la frecuencia y duración de sus “episodios de agobio”) debido a que le dan ataques de agobio más frecuentemente en una actividad que disfruta muchísimo (no tanto últimamente), que es el ballet, y que lleva bailando desde los siete años. Lamentablemente, decide dejarlo a la tercera semana de empezar el proceso de terapia, coincidiendo con un aumento de la conciencia de su sintomatología gracias a la psicoeducación y a ponerle nombre y significado a sus sensaciones corporales.

Sintomatología actual

Ella misma comenta, que vive en una situación de “agobio” y “tristeza” constante y que cualquier cambio brusco de sensaciones es para ella un posible ataque de agobio: bajar las escaleras del metro corriendo, el calor, realizar cualquier deporte...etc. Estos “ataques de agobio”, nos comenta, le dificultan “disfrutar de las clases de ballet”, ya que es uno de los principales contextos en los que le suelen dar. Al preguntarle que valore la intensidad de dichos síntomas nos refiere un 10. Observamos que valora menos intenso (6) con situaciones sociales como ir a la universidad y o conocer gente nueva.

En un día normal, Elena se levanta, desayuna ligero y se prepara para ir presencialmente a clases de la universidad. En caso de que le dé un ataque de “agobio” suele coincidir con alguna alteración fisiológica o deporte. De manera que, empieza a sentir nervios, le aumenta el ritmo cardíaco y la respiración, empieza a sentir mareos y/o dolor de estómago y ganas de vomitar, temblores, escalofríos y al mismo tiempo mucho calor. Siente que se va a desmayar, con la visión se le hace

borrosa y a veces le pitan los oídos, aunque nunca ha llegado a desmayarse. Intenta aislarse cuando le vienen estas sensaciones para que no la vean en ese estado. En el *Anexo 3* se ve claramente la sintomatología de la crisis de pánico de Elena de manera detallada utilizando “El monigote”.

Cuando la tocan clases online (se alternan por semanas) está calmada aunque nos comenta una falta de concentración de las clases, además de los frustrantes fallos técnicos ocasionales.

Durante las comidas nos comenta que no suele tener mucho apetito, aunque se come todo el plato por insistencia de su madre. Después de comer, y dependiendo del día, estudia o hace tareas de la universidad y se prepara para ir a ballet. Nos comenta que sólo el mero hecho de pensar que tiene que irse preparando la causa mucho agobio y tristeza por no poder disfrutar de ello. Además le suelen dar ganas de no ir para ahorrarse esas sensaciones de agobio. Normalmente le suelen dar ataques de ansiedad desde el momento de sobremesa hasta que está bailando. Más tarde suele sentir mucha tristeza y pocas ganas de hacer nada el resto de la tarde y de la noche. Suele descansar bien.

Se pasa a describir los tipos de situaciones en las que la paciente refiere tener ansiedad y miedo o preocupación por tener ataque de pánico:

Ballet: pensar, hablar de ballet, de camino a ballet, estar en el estudio de ballet, previo a ballet: estiramientos, cambiándose de ropa en los vestuarios, bailar, ver ballet en la tele, escuchar música relacionada: música clásica.

Universidad: pensar en ir a la universidad, en casa justo antes de salir a la universidad, en el metro en dirección a la universidad, entrando en clase, en clase, socializando con sus compañeras de clase, formando grupos de clase.

Familia y situaciones de interacción sociales: hablar con su padre, hablar del padre con la madre, salir a cenar con su madre y hermanas, ir a la compra, ir al cine, cenar fuera con amigos o la pareja, comprar ropa, dar un paseo.

Situaciones cotidianas: estar sola o ir en transporte público.

Elena tiene un componente evitativo muy fuerte de algunas, por no decir todas, de estas situaciones, algunas de las cuales pueden tener características agorafóbicas, como miedo a salir a la calle o a espacios cerrados o con mucha gente, no ir a la universidad o a clases ballet, o la decisión última de dejar de ir a ballet.

Además presenta preocupaciones sobre futuros ataques de pánico de manera que le provoca actuar de maneras no saludables para evitar los AP, o al menos que nadie más los presencie por miedo a preocupar a su familia o quedar mal ante los demás con su creencia de “yo tengo que ser fuerte”.

Historia y Evolución del Problema

Elena recuerda una infancia feliz, aunque su padre apenas estaba en casa debido a sus largas jornadas de trabajo. Es durante los fines de semana que ella recuerda cómo sus padres y sus hermanas realizaban un montón de actividades, excursiones y encuentros. Mientras nos lo está contando rememora que, aunque entonces no era muy consciente de ello, sus padres estaban constantemente discutiendo. Nos comenta que en el colegio “no le iba mal del todo”, incluso recuerda con emoción el primer 10 que obtuvo en el colegio. Nunca le faltaron amigas y aunque no era demasiado extrovertida, tampoco era lo contrario. Considera que vivió una infancia “muy normal”. Desde pequeña fue a clases de ballet e iba encantada, se le daba bien y le gustaba mucho. En su familia, el ballet es una actividad recurrente ya que sus hermanas y su madre también bailaban o se interesan por el baile.

En 2017, con 15 años, sufre una lesión en la que se rompe el metatarso (hueso del pie) que le impide ir a clases durante varios meses. Tras una rehabilitación de más de medio año de duración, vuelve a clases e intenta hacerlo al nivel del resto de sus compañeras, pero se ve incapaz y le exige mucho esfuerzo, por lo que le bajan de nivel; es decir, aparte de la vergüenza que sintió por sentirse incapaz de seguir el ritmo, se tuvo que adaptar a nuevas compañeras más pequeñas que ella. Es durante un ejercicio de giro que, según refiere, un bajón de azúcar, se mareó a punto de desmayarse y lo pasa “muy mal”. A pesar del miedo a que se vuelva a marear, no se rinde y continúa bailando.

Estos tres últimos años se han ido dando varios acontecimientos, entre ellos, la muerte de dos de sus abuelos 2018, un viaje a Turquía a los que considera “un infierno” en verano de 2019, la pérdida del trabajo de su padre en septiembre de ese mismo año, ya que había peleas constantes y cada vez más escaladas entre sus padres, por último el inicio de la pandemia en diciembre de 2019, el confinamiento en marzo de 2020 y todo lo que conlleva (clases de ballet online que no disfruta, separación de sus padres, depresión de su hermana mayor debido a una relación tóxica –que empieza en abril de 2020- y el inicio de sus “ataques de agobio”, cada vez más frecuentes e intensos –el primero fue en febrero de 2020). Detalles en el *Anexo 10: Línea de la vida*.

Estrategias de Evaluación y Principales Resultados

En el caso específico de Elena se han utilizado diferentes metodologías de evaluación, desde entrevistas semiestructuradas generales, hasta más específicas relativas a la sintomatología del ataque de pánico, así como inventarios de psicopatología general y personalidad, ansiedad, depresión, autorregistros, etc. Además se han utilizado herramientas que añaden información a la historia de vida, identificación de valores y metas, y apoyo social influyente en su vida.

Guía de Entrevista Clínica General de Vásquez y Muñoz, (2000). Se centra en recabar información sobre el motivo de consulta, barrido general de posible sintomatología y su vida en general, que se puede ver reflejada en la información recogida de la historia vital y contexto biopsicológico y sociocultural de la paciente. Información perteneciente a aspectos ajenos a la sintomatología pero que pueden ser interesantes de mencionar son los siguientes:

Autocontrol. La paciente presenta bastante autocontrol, ya que es capaz de comprender que lo que le está ocurriendo es un ataque de pánico y, al cabo de un tiempo, consigue recuperar el control y seguir con su actividad normal. No es tan capaz, sin embargo, de controlar el llanto, en ocasiones ni siquiera para de llorar durante horas, a pesar de estar realizando otra actividad diferente de la que estaba haciendo cuando apareció el llanto.

Aspectos motivacionales. La paciente se siente muy motivada para comenzar el tratamiento, quiere aumentar su estado de ánimo y recuperar la ilusión por las cosas y la vida en general. Durante todas las sesiones se ha mostrado colaboradora.

Apoyo social. Actualmente la paciente cuenta con el apoyo de su pareja, madre y hermanas, también de algunas amigas íntimas. Refiere que a ellos les cuenta la mayoría de sus problemas.

Situación y estilo de vida. La paciente se despierta de lunes a viernes alrededor de las 7:30 am para llevar a un niño al colegio, después va a la universidad, una semana acude de forma presencial y otra de forma online. Come sobre las 14-15 horas y algunas tardes vuelve a trabajar cuidando niños. A veces queda con su pareja, otras con amigas, otras estudia. Duerme unas 8 horas diarias.

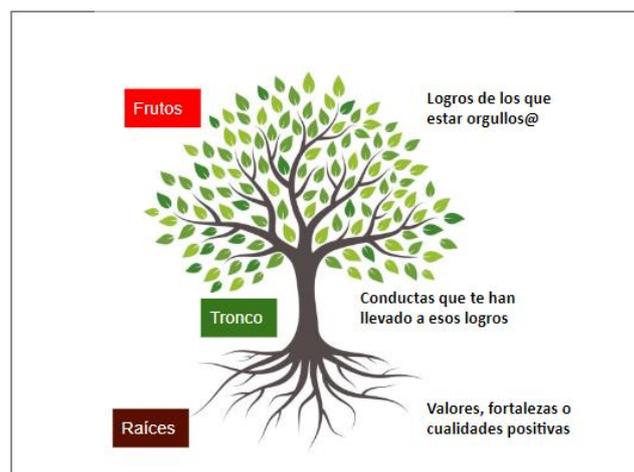
Tratamientos anteriores. No ha recibido tratamiento médico aunque asistió al psicólogo por ansiedad en los exámenes en bachillerato.

Entrevista semiestructurada de Trastorno de Pánico (ADIS-R). Función complementaria a la entrevista semiestructurada general y herramienta de profundización en la problemática de los ataques de pánico y el trastorno de pánico que se ve reflejada en la formulación del caso.

Línea de Vida: herramienta cuyo objetivo principal es el de ordenar cronológicamente las fechas clave para el inicio y el mantenimiento del problema, además de valorar de manera subjetiva el suceso descrito. Además te aporta mucha información complementaria de las vivencias de la paciente que pudieran estar mediando en la psicopatología de la paciente así como explicar algunos patrones de conducta que vienen del sistema de apego. Para ver los resultados completos de esta herramienta, véase *Anexo 10. Línea de la vida.*

Figura 5

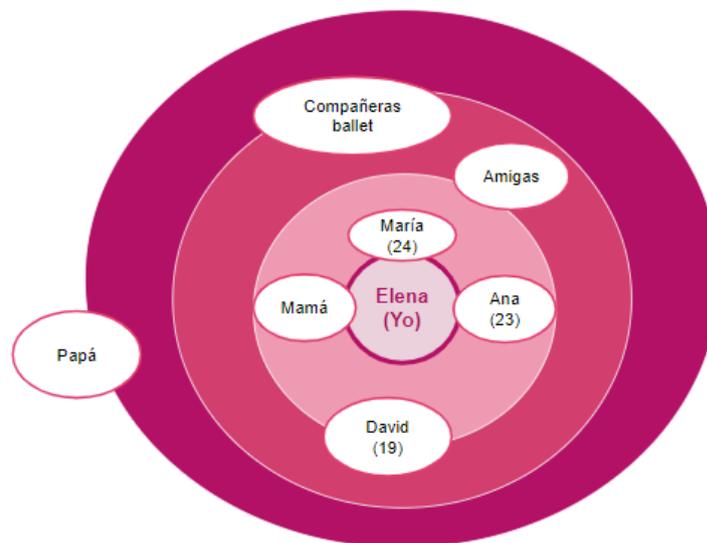
Árbol de logros



Árbol de logros: su funcionalidad reside en la asociación de los logros que la persona ha tenido en su vida con sus valores más importantes. Partiendo de la metáfora del árbol, las *raíces* (más o menos gruesas dependiendo de la importancia para la persona) del árbol son los valores principales de la persona (como mucho 5), los *frutos* (por tamaño dependiendo de la significancia del logro para la persona) como los logros de la persona y la *salvia del tronco* representa las conductas que han motivado a conseguir esos logros. Forma parte de las tareas proyectivas y el modelo está reflejado en la *Figura 5.*

Figura 6

Sociograma de la paciente



Sociograma: consistente en dibujar como si fuera un átomo a todas las personas significativas en su vida alrededor del paciente. La distancia con el núcleo de átomo depende de la cercanía que la persona sienta con esa persona. Más tarde se alienta a la paciente a denominar qué aspectos agradables o desagradables tiene esa persona. Con mucha probabilidad esas características coinciden con los valores de la propia paciente. Como se puede observar en la *Figura 6.*, la paciente puso a su madre y hermanas a una distancia muy próxima al núcleo, a su pareja David a una distancia más lejana, a sus amigas en tercer plano, y a su padre muy en la lejanía.

Autorregistro de la sintomatología ansiosa y/o depresiva: Con el objetivo de observar la evolución longitudinal a través de las sesiones de terapia. Mediante esta herramienta recogimos que Elena suele tener ataques de pánico más frecuentemente por las mañanas y más rasgos de depresión por las noches. Sus preocupaciones más consistentes se relacionan con que otras personas presencien su malestar, por lo que suele aislarse y llorar de frustración. Con el paso de las sesiones, y gracias a la psicoeducación emocional y sobre la ansiedad, vimos que no todo lo que ella creía que era ataque de pánico lo era. Lo que descubrió es que ella asociaba cualquier alteración fisiológica como ansiedad. Por ello, se observó reflejada en la frecuencia de los ataques de pánico y descubrió que en vez de darle todos los días casi todo el día, le daban dos o tres veces por semana. Para ver un ejemplo de autorregistro véase *Anexo 4. Modelo de autorregistro.*

BDI-II, Inventario de depresión de Beck (adaptación de Brenlla, 2006). Consiste en evaluar posibles síntomas de depresión de la paciente. Obtiene una puntuación directa de 40, que se

corresponde con un nivel de **depresión severa** en base a los criterios del DSM 5. Ver *Anexo 6* para ver en detalles sus respuestas.

STAI, Cuestionario de Ansiedad E-R. Obtiene una *puntuación de Ansiedad Estado de 41 y Ansiedad Rasgo de 29*, que se corresponde con un *percentil 90* de ansiedad estado (contextual), resultado que indica que deja por debajo el 90% de mujeres de su edad en la distribución. Dicho de otra forma, tiene unos niveles muy por encima de la media, lo que se traduce a niveles de ansiedad-estado muy altos. Para ansiedad-rasgo obtiene un *percentil 60*, lo que indica unos niveles por encima de la media de su edad y sexo. En ambos casos, los índices de ansiedad son más altos que la media, lo que es coincidente con lo observado a través de la entrevista y los autorregistros. Para más información *Anexo 7. STAI corregido*.

Inventario PAI (Personality Assessment Inventory), Morey (2007). El Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI) es una herramienta de evaluación psicológica que se utiliza para medir diversos aspectos de la personalidad y los problemas psicopatológicos, la última versión adaptada al castellano la realizaron Ortiz-Tallo et al en 2011. El PAI consiste en 344 ítems que se responden en un formato de verdadero o falso. El instrumento se divide en 22 escalas y tres índices, incluyendo escalas relacionadas con trastornos de personalidad, trastornos psicológicos y problemas de conducta. El PAI también incluye un índice de riesgo suicida y un índice de riesgo de violencia. El PAI es ampliamente utilizado en el ámbito clínico, forense y de orientación vocacional (TEA Ediciones, 2023). Para más información sobre las escalas y subescalas del inventario, consultar *Anexo 8. PAI: escalas y subescalas*.

Se ha utilizado el PAI en sustitución del MMPI estandarizado en los protocolos de actuación en el tratamiento de trastorno de pánico por protocolo del centro.

Obtiene resultados *consistentes y clínicamente significativos* en *trastornos somatomorfos* (sobre todo la sub-escala *conversión*), *ansiedad fisiológica*, *trastornos de ansiedad relacionados*, *depresión* y la sub-escala *autoagresiones* de la escala *Rasgos Límites*. Que el resultado haya dado significativo en *Trastornos Somatomorfos* (SOM) quiere decir que existen preocupaciones relacionadas con la salud física y de que existen quejas somáticas habitualmente presentes en alteraciones motoras y/o sensoriales (*conversión*, SOM-C). También se observa en los resultados altos niveles de *ansiedad* (ANS), sobre todo *fisiológica* (ANS-F) (aunque el PAI también nos muestra altos niveles de ansiedad cognitiva y emocional), lo que indica manifestaciones y signos observables de ansiedad con especial énfasis en aquellos signos físicos manifiestos de tensión y estrés (p.ej., calor, temblor de manos, palpitaciones, sensación de ahogo o de falta de aire).

Da resultados significativos en la escala de *trastornos de ansiedad relacionados* (TRA), lo que implica que hay mucha probabilidad de que existan aquellos síntomas y conductas relacionadas con trastornos específicos de la ansiedad, como evitaciones o escapes (ballet, universidad), estrés postraumático (recuerdos o imaginaciones de tener un AP) y síntomas obsesivos compulsivos (por ejemplo, se observa en terapia cómo tiene el brazo rojo por rascarse).

Por último, se muestran resultados clínicamente significativos en la escala *depresión* (DEP), cuya interpretación podría ser la manifestación de síntomas de los trastornos depresivos como la presencia de pensamientos de desesperanza, inutilidad y fracaso personal, así como problemas para tomar decisiones y dificultades de concentración (*depresión cognitiva* DEP-C); la presencia de sentimiento de tristeza, falta de interés en las actividades cotidianas y anhedonia (*depresión emocional*, DEP-E); y/o alteraciones en los niveles de actividad, energía y rendimiento físico, entre los que se incluyen interrupciones en sus patrones de sueño, cambios en su apetito o pérdida de peso (*depresión fisiológica*, DEP-F).

Formulación Clínica del Caso.

Análisis Funcional

A continuación se va a detallar, el análisis funcional de la conducta problemática de Elena. En este caso tiene dos sintomatologías diferentes. Una relacionada con los ataques de pánico (1) y otra con el bajo estado de ánimo (2). Para más detalles, consultar el *Anexo 1. Análisis Funcional de la Conducta*.

Antecedentes.

Factores predisponentes.

- **Posible vulnerabilidad biológica.** Observamos que su hermana tiene actualmente un cuadro de ansiedad relacionado con una relación de pareja tóxica. Indagando se observa que hermanas de la madre de Elena han padecido ansiedad a lo largo de su vida, por lo que podemos decir que hay antecedentes familiares de cuadros de ansiedad.
- **Relación del sistema parental.** Desde que Elena tiene uso de razón, sus padres discutían constantemente, no recuerda una época sin discusiones. Cuando tenía 11 años su padre vivió durante un año fuera, para probar si podían vivir así, pero volvió a su casa, donde las discusiones continuaron hasta la separación en septiembre de 2020. Todo esto causó una tensión y ansiedad constante en el ambiente y vida familiar, lo que propició un caldo de cultivo adecuado para el desarrollo del trastorno de pánico.
- **Autoexigencia elevada.** Uno de los primeros recuerdos felices que tiene es el “primer diez” que sacó en el colegio. Es bailarina de ballet, con la consiguiente exigencia física y psicológica, en busca de la perfección. En caso de que no esté satisfecha con su desempeño académico, de bailarina, etc. Suele crear un círculo vicioso donde la autoexigencia y la ansiedad se retroalimentan, por lo tanto se encuentra de manera regular con altos niveles de ansiedad desde que empezó ballet a los siete años.

Factores precipitantes.

Las primeras asociaciones del ballet con los ataques de pánico vienen dadas por dos eventos:

- **Rotura del metatarso.** A los 15 años se rompió el hueso del pie y tuvo una recuperación larga, de 6 meses, que le hizo descender de nivel en el ballet. Sus amigas evolucionaron y ella se esforzó al máximo hasta que en un año recuperó el nivel de sus compañeras, pero aun así nos dice que es la peor de su clase. Cosa que lleva bastante mal y la impulsa a seguir esforzándose.

- **Mareo en clase de ballet.** Posterior a la recuperación de la lesión del metatarso y la reincorporación a las clases de ballet, sufrió un mareo durante uno de los giros indicados después de realizar “un gran esfuerzo” acompañado de sudores fríos, ganas de vomitar, falta de aire...etc.

En febrero de 2020 tuvo la primera crisis de pánico. No se acuerda de la sintomatología exacta pero su impresión fue que tuvo sensaciones similares a las de los ataques de pánico siguientes: malestar en el pecho, como una bola de metal que cada vez se hacía más pesada, grande y compacta y dolor punzante en la sien izquierda y un dolor presionando el estómago. Además sintió taquicardia y respiración acelerada con una sensación de falta de respiración, mareos, escalofríos, mucho calor por todo el cuerpo, pesadez en los ojos y sensación de desmayo (puntitos negros en la visión y pitido de los oídos). Le tiemblan las piernas y percibe que se puede caer o hacer daño. Conductualmente le dan muchas ganas de llorar, abrazarse a sí misma e incluso rascarse los brazos. Esa primera vez recuerda que se empezó a agarrar y tirar fuertemente del pelo. Los pensamientos que recuerda, fueron relacionados a miedos y preocupaciones sobre lo que le estaban pasando, pensando que estaba loca o que podía morir. También pensó que esas sensaciones no iban a parar e incluso que podrían ir a peor.

Las emociones que le suelen recorrer son: agobio, impotencia, sentimiento de estar encerrada, sensación de vacío, impotencia y tristeza posterior de duración variable e intensidad alta (7/10) en la cual no disfruta de las actividades que la gustan. La duración de este ataque de pánico fue de minutos de intenso malestar. En los siguientes ataques de pánico, sus pensamientos y acciones se enfocaban en la evitación de las sensaciones fisiológicas, en el aislamiento social y en la impotencia y frustración que el desconocimiento la provocaban. Cada vez que nota alguna sensación parecida a las descritas, su activación y ansiedad ante sufrir otro ataque de pánico facilitan la crisis en sí.

El segundo ataque de pánico lo tuvo un par de meses después y posteriormente la sintomatología se hizo más frecuente y más intensa debido a una serie de eventos agravantes que se describen a continuación:

- **COVID 19.** El confinamiento le supuso el no poder ver a sus amigas y a su novio cara a cara lo que añade estrés y frustración a un ambiente ya de por sí ansiógeno. Además, el carácter online de las clases de ballet le producían insatisfacción y pereza, por lo que pierde el disfrute. Más tarde, al final de las medidas del desconfinamiento, su madre le impone unos horarios de llegada muy anteriores al toque de queda (23h), lo que la obliga a estar en casa antes de las 22,00 a su madura edad. Esto genera tensiones con su madre y necesidad de autonomía e independencia.
- **Separación de los padres.** En septiembre de 2020 se separan definitivamente sus padres, con la

consiguiente partida del hogar familiar del padre y mudándose a un pueblo del sur de Madrid. La frecuencia de visitas a su padre es de dos o tres meses.

Parámetros de la conducta.

Elena presenta dos sintomatologías comórbidas, la más dominante es la de los ataques de pánico y la otra es el cuadro de una posible sintomatología depresiva asociada.

A continuación se hace un barrido de ambas problemáticas así como un resumen de cuáles son los estímulos – tanto internos como externos -, que preceden a los síntomas, así como la función de los mismos, su intensidad, duración y frecuencia, y aquellos estímulos que dificultan la aparición de la sintomatología, es decir, los estímulos delta.

Ataques de pánico.

Topografía: La paciente manifiesta ataques de pánico en diversas situaciones de su vida cotidiana: en clase de ballet, con sus amigas, sola en el autobús, sola con su pareja... Se manifiestan con mareos (la primera vez casi desmayo), sudores fríos, sensación de extrañeza, calor, temblores, escalofríos, visión borrosa, falta de aire, llanto. Los ataques cursan además con sintomatología fisiológica elevada (tensión muscular, temblores, molestias estomacales, jaquecas, etc.) y preocupaciones recurrentes por su estado actual.

Estímulos precipitantes internos: pensamientos de elevada autoexigencia como “Debería ser capaz de hacer este movimiento”, “Necesito sacar un 9 en este examen”, “No me he esforzado lo suficiente”, pensamientos sobre cualquier situación de incertidumbre o cuyo resultado sea imprevisible “Prefiero no ir a ballet porque puedo tener un ataque de agobio en cualquier momento”, estar desocupada o aburrida (sin nada que hacer), tener la regla (las alteraciones hormonales y emocionales son precipitantes del AP), estar preocupada por una amiga, o miedo a que le vuelva a dar un ataque.

Estímulos precipitantes externos: ir a clase de ballet, ejercicio físico elevado, que haga demasiado calor, estar en un sitio donde no ve posibilidad de salir fácilmente.

Bajo estado de ánimo.

Topografía: Estado de ánimo depresivo con emociones de tristeza y autocrítica, con pérdida de interés por realizar actividades que antes le resultaban gratificantes, con disminución del

apetito, pensamientos negativos sobre sí misma respecto a “por qué me pasa esto, no lo puedo controlar” y llanto que aparece en cualquier momento.

Estímulos precipitantes internos: pensamientos de indefensión frente a los ataques de pánico, sentimientos de culpabilidad, “siento que he fallado a todo el mundo” respecto a dejar ballet.

Estímulos precipitantes externos: tener un ataque de pánico, vivir algo que le recuerde a ballet (escuchar una canción, ver una imagen, hablar del tema...)

Consecuencias.

Las consecuencias de la conducta problema se pueden tipificar en dos tipos. Las consecuencias a medio o largo plazo, cuyos efectos no se ven de manera inmediata por lo que no hay una recompensa instantánea. Consecuencias a corto plazo o consecuentes, cuyos resultados se ven inmediatamente y suelen tener recompensas cortas pero placenteras.

A medio plazo podemos observar cómo Elena nos refiere tener dificultades de concentración, tanto en prestar atención en una conversación, como en las tareas del día a día de una estudiante de carrera, como despiste a lo largo del día. También ha notado una reducción bastante notable del apetito ya que últimamente se deja la mitad de la porción de comida en el plato.

Dejar el ballet la tiene en un estado anímico bastante bajo que se retroalimenta con la disminución de su valía personal al no sentirse capaz de hacer algo que la encantaba. También ha observado que no le apetece hacer casi nada, como si hubiese perdido el interés en casi todas las actividades placenteras, incluido el salir con sus amigas, quizá debido a la aprehensión de sus propias sensaciones corporales y el posible ataque de pánico por lo que evita un montón de actividades.

Lo único que nos comenta que le apetece hacer es estar con su madre, sus hermanas y su pareja. También ha notado que últimamente llora más, sobre todo por las tardes.

A lo largo de los últimos meses, Elena ha notado que sus síntomas de “agobio” y ansiedad han ido a peor, cada vez está más triste y se ve menos capaz de levantarse y llevar a cabo sus actividades diarias, y que está perdiendo muchas amistades volviéndose más ermitaña.

Hipótesis

Desde una perspectiva psicológica, una hipótesis es una explicación tentativa o propuesta sobre un fenómeno o comportamiento que se desea comprender o explicar. Una hipótesis puede ser basada en datos previos, teorías existentes u observaciones personales, y se utiliza como guía para la investigación y la recolección de datos para determinar si la hipótesis es verdadera o falsa. En la

investigación psicológica, las hipótesis son esenciales para formular preguntas, diseñar experimentos y comprender los resultados obtenidos.

Hipótesis de origen.

Debido a la asociación de malestar percibida en ballet en ese primer episodio de cansancio, junto con el estrés y ansiedad de la separación y divorcio de los padres y el confinamiento, creemos que se condiciona ese malestar con el ballet, generalizando con el tiempo a la universidad o cualquier situación social determinando las mismas como angustiantes.

Además la gran exigencia consigo misma y la necesidad de control que ha desarrollado en su infancia para una disciplina tan demandante como el ballet se ha generalizado y transformado en un valor raíz de su identidad. La exigencia en sí misma influye en el aumento de ansiedad en ciertas ocasiones, sobre todo en aquellas dónde se tiene que exponer y necesita tener el control: el ballet y la universidad.

Debido a la sobreprotección familiar, la paciente no ha desarrollado unas habilidades de afrontamiento adaptativas para la resolución de problemas y una reducida tolerancia a la frustración. Además, situaciones como la de ballet han hecho que desarrolle una percepción de pérdida de control que le afecta no sólo al afrontamiento de su sintomatología si no a experimentar su vida diaria y ampliar su zona de confort.

Por otra parte, influenciada por la posible vulnerabilidad biológica, los pensamientos negativos y preocupaciones recurrentes y la elevada autoexigencia, la paciente comienza a presentar un episodio depresivo con el inicio del asesoramiento. Este bajo estado anímico también está mediado por el abandono de ballet y la consecuente baja autoestima e identidad que le proporcionaban.

Hipótesis de mantenimiento.

El miedo a tener un ataque de pánico genera una elevada activación fisiológica, lo que produce que tenga un ataque de pánico y, en ocasiones, episodios de enfado y culpabilidad que generan en ella un incremento de los pensamientos automáticos negativos. Todo esto le causa una disminución en la concentración de sus actividades académicas por lo que aumenta sus pensamientos de no valía y retroalimentan su estado anímico. Éste también se mantiene debido a la indefensión por la frecuencia de la sintomatología de los ataques de pánico, la elevada exigencia de la paciente consigo misma y la indefensión que le provoca la situación

Al tener un estado de ánimo depresivo y numerosas demandas, la paciente abandona actividades placenteras (como era ballet y otros deportes) y sociales (dificultades en tareas dentro de trabajo en equipo en la universidad) lo que repercute nuevamente disminuyendo su estado de ánimo y la fortalece el pensamiento de que no puede realizar sus actividades de manera funcional, por lo que repercute negativamente en su aprehensión a los ataques de pánico.

Objetivos Terapéuticos

En las primeras sesiones, se definieron unos objetivos o expectativas de la paciente respecto a la terapia. En la Tabla 3, se representa los objetivos dichos por la paciente y un primer acercamiento a los objetivos terapéuticos que nos planteamos.

Elena venía con las siguientes expectativas: *“Poder volver a disfrutar de las pequeñas cosas”, “Que una situación cotidiana no me produzca tanto agobio” y “Que no me den ataques de agobio”.*

Traducido a objetivos terapéuticos, le devolvimos a la paciente los siguientes: impulsar el autoconocimiento de la paciente a nivel emocional, conductual y cognitivo; en específico, las sensaciones de malestar asociadas a las situaciones de ansiedad, las preocupaciones diarias y las emociones desagradables.

Más concretamente, eliminar los pensamientos automáticos negativos y de elevada autoexigencia, disminuir la activación fisiológica y psicoeducar en ansiedad, conciencia y regulación emocional. Además los objetivos secundarios y que están muy relacionados con la cotidianidad de la paciente son, dotar de independencia emocional, conciencia en valores y fortalezas y estrategias de afrontamiento y asertividad (como poner límites o estilos conversacionales que le permitan romper la timidez de la paciente).

Plan de Tratamiento

Tabla 3.

Plan de tratamiento inicial

Objetivos	Técnicas	Sesiones
Establecimiento del vínculo terapéutico	Diario socrático, habilidades de escucha activa, presencia, reflejo, validación, genuinidad y compasión.	
Aumentar la comprensión del problema, adherencia y preparación al tratamiento	Devolución de información Explicación de hipótesis y plan de tratamiento	1
Establecimiento de objetivos vitales y de metas realistas y alcanzables	Establecer objetivos a corto y medio plazo	1
Aumentar el estado de ánimo	Organización del tiempo e inclusión de actividades agradables (sola y en compañía)	4
Mejorar habilidades de Afrontamiento	Solución de problemas y autoinstrucciones	1
Disminución de la activación fisiológica	Psicoeducación sobre la ansiedad Entrenamiento en respiración, relajación muscular progresiva y relajación en imaginación. "Body Scan" Técnica del semáforo	5
Habituar la respuesta de ansiedad de las preocupaciones recurrentes ante situaciones cotidianas	Psicoeducación sobre la exposición Diseño de jerarquía de las situaciones problema (AP) Exposición en imaginación Prevención de respuestas de evitación cognitivas.	5

Objetivos	Técnicas	Sesiones
Modificar pensamientos automáticos negativos y pensamientos de elevada autoexigencia	Reestructuración cognitiva con pensamientos o creencias catastrofistas, Aceptación e Integración de sucesos estresantes.	2-6
Reconocer y manejar emociones de forma eficaz	Psicoeducación sobre inteligencia emocional: identificación, proceso, regulación etc. Autorregistro emocional (aplicación Moodflow) Tarjeta de las emociones, tabla periódica de las emociones Técnica R-A-I-N (Reconocer, aceptar, investigar y no identificarse con la emoción)	2
Aumento de la autoestima	Diario de gratitud, Técnica del espejo.	1
Autoconocimiento en valores	Árbol de logros, identificación de valores, logros y fortalezas.	
Prevención de recaídas e identificación de posibles situaciones de riesgo.	Repaso de las técnicas aprendidas Repaso de consecución de objetivos. Identificar situaciones de riesgo y programar soluciones Cierre de sesión y despedida	1

Tratamiento

El proceso terapéutico comienza en septiembre de 2020 y se mantiene hasta febrero de 2021, punto en el cual se deriva a otras terapeutas del mismo centro.

Lo primero que se hizo fue descartar condiciones médicas asociadas al gran abanico de síntomas fisiológicos de Elena, evaluando su consumición de alcohol y otras sustancias (no bebe alcohol, ni fuma, ni se droga) y alentándola a diferenciar entre ansiedad, estrés, ataque de pánico y sus sensaciones físicas, por ello se realizó psicoeducación centrada en la ansiedad fisiológica, los mecanismos de defensa más comunes en ella, como la evitación y la negación ante contextos como el ballet o la universidad, y se utilizaron autorregistros semanales tanto emocionales como conductuales.

Al preguntar por antecedentes médicos o psicológicos, nos refiere que su hermana mayor presenta índices de ansiedad de manera habitual, y una tía y su abuela materna con hipotiroidismo, por lo que la sugerimos que se haga un chequeo completo, incluido uno de sangre, por si pudiese tener anemia, y otro endocrino para comprobar los niveles hormonales que pudiesen estar afectando en su funcionamiento general. Ambos exámenes reflejan valores dentro de la normativa para su edad, peso y sexo. Al ir al médico de cabecera le recetó sertralina 0-0-1, para su estado anímico bajo, y que estuvo tomando desde las primeras sesiones hasta el final de la terapia (febrero 2020).

Se hizo hincapié en la observación de la sintomatología en el momento en el que la estaba sintiendo, puesto que uno de sus mayores miedos era examinar precisamente todas las sensaciones desagradables que la recorrían. Para ello, utilizamos técnicas de atención plena con la intención de observar sus síntomas en los momentos que se manifestaban en sesión y se recomendó continuar esta técnica fuera de ella. Esta herramienta de la ACT fue muy efectiva, puesto que la exposición a sus síntomas redujo considerablemente la aprehensión de Elena ante sus alteraciones fisiológicas, por lo que se disminuyeron notablemente los ataques de pánico desencadenados por el miedo a las sensaciones físicas.

Gracias a varias semanas de autorregistros, se observó que la sintomatología depresiva aparecía con más intensidad por las tardes, y los ataques de pánico se observaban más por las mañanas y la Línea de Vida pudo dar una visión amplia de la historia y evolución del problema. Además, se fueron descubriendo conductas evitativas con el ballet y la universidad, y que pudiera estar evidenciándose en la sintomatología depresiva.

Poco a poco mediante el diálogo en sesión se fue fomentando la aceptación e integración de los momentos difíciles vividos durante sus experiencias con los ataques de pánico con el objetivo de reducir el miedo a padecer un ataque de pánico. Se realizaron bosques de contingencias basadas en

árboles de decisiones en “qué pasaría si” con el objetivo de promover la toma de decisiones, la seguridad en sí misma y aumentar su autoestima.

Se realizó el listado de situaciones problema que más causaban ansiedad y ataques de pánico, entre los que estaban los contextos relacionados con ballet, con la universidad y enfrentarse a una conversación con su padre valoradas de más a menos respectivamente.

Con la utilización de herramientas terapéuticas propias de la ACT como la identificación de valores y metáforas se pudo ir desentrañando la naturaleza de la paciente y fomentando la congruencia de valores en sus acciones. Mediante técnicas como atención plena, “El monigote”, y otras herramientas de regulación emocional (tarjetas, ruleta, etc.) se consiguió denominar, aceptar e integrar, investigar y no identificarse con la emoción. Esto es, la técnica R-A-I-N.

Técnica RAIN (Reconocer, Aceptar, Investigar, No-identificarse). Herramienta de ACT que pone el foco en la investigación y aceptación de la emoción desde la visión de que la emoción es un estado, no un rasgo del ser, por ello incita a la persona a identificar la emoción que está sintiendo (El monigote), a integrar y aceptarla (mediante la compasión hacia uno mismo), investigar los para qué (qué función está cumpliendo esa emoción, qué te está diciendo, si te sigue sirviendo las estrategias de afrontamiento que te plantea, etc.), y lo más importante, no identificarse con una emoción, puesto que son pasajeras; no eres una persona triste, si no que sientes o estás triste por una razón.

El vínculo terapéutico fue crucial en algunos momentos de la terapia para retar a la paciente y poder realizar confrontaciones en los momentos adecuados. El uso de un lenguaje constructivo y positivo fue crucial a la hora de plasmar una relación segura y de confianza y de sostener el dolor de la paciente. También se sugirió en Elena un diálogo más compasivo y menos crítico consigo misma con un vocabulario más preciso y específico de cada situación.

En una sesión típica con Elena, se empieza con el autorregistro de la semana, e íbamos identificando fisiológica y cognitivamente las sensaciones asociadas a la ansiedad y otras emociones, y regulando dicha ansiedad con relajación. En el *Anexo 9* se puede ver con detalle lo que se hizo sesión a sesión.

Durante las Navidades padece de aburrimiento debido a una falta de cobertura empieza a intensificar una rutina de actividades placenteras, junto con la aplicación de las técnicas de relajación y autoconocimiento aprendidas en consulta. Como resultado la paciente mejora significativamente tanto en la sintomatología dominante de ataques de pánico como en los rasgos de bajo estado de ánimo, por lo que decide dejar definitivamente la terapia centrada en los ataques de pánico queriendo

reenfocarla en otras cuestiones, como aumentar la confianza y la autoestima, independizarse emocionalmente de la madre, mejorar y ampliar relaciones interpersonales y poner límites. Finalmente, no pudimos llevar a cabo la exposición, ya que la simple consciencia y definición de los ataques de pánico y su contexto la ayudó a mejorar de manera significativa y empezó a cuidar su día a día y a poder llevar a cabo actividades agradables de manera regular.

Debido a la desaparición casi por completo de la sintomatología de pánico, y coincidiendo con la finalización del período de prácticas, se deriva la paciente a otros compañeros del centro para trabajar en los nuevos objetivos planteados anteriormente.

La manera en la que se habría hecho la exposición en imaginación sería en 6-8 sesiones de una hora incluyendo unos 10-15 minutos de relajación y otros 5-10 minutos en lo que hablaríamos de qué ha pasado, para qué y posibles mejoras. De manera que empezaríamos con el elemento de la lista que menos ansiedad le provoca, que en este caso es “Afrontar un conflicto con mis compañeras de equipo de la universidad”, y como último ítem tendríamos “Bailar ballet con mi grupo”.

Valoración del Caso

Se creó un buen vínculo terapéutico basado en la metacomunicación, seguridad y genuinidad en la relación terapéutica, donde o existen los juicios y se permite el silencio. Por ello, la paciente no tuvo dificultades para adherirse al tratamiento, aunque hubo unas cuantas semanas en las que nos encontramos con resistencias de Elena con la terapia que coincidían con sensaciones de bloqueo en su recuperación, lo que impidieron el inicio de la intervención en exposición.

A pesar de no haber sido ejecutado según lo planeado, con el tratamiento ya realizado y que se centró en psicoeducación, valores y relajación resultó bastante efectivo para reducir la sintomatología y preocupaciones asociadas con el malestar, y para recuperar la capacidad de disfrutar de cosas pequeñas. Este éxito se debió en gran parte a la comprensión, observación y aceptación de los síntomas, lo que debilitó el condicionamiento interoceptivo presente. Este cambio de actitud durante las vacaciones de Navidad, la ayudó a recuperar notablemente su estado de ánimo depresivo. En ese momento, Elena informó que podía escuchar música clásica y hablar sobre ballet sin experimentar ansiedad, lo cual representó un gran progreso.

La principal dificultad que me he podido encontrar es la habilidad poco desarrollada de Elena de insight al principio de la terapia. Tenía grandes conflictos para poder describir cómo se sentía y tenía un vocabulario emocional y descriptivo de sensaciones muy pobre. Su timidez y bloqueos iniciales a exponerse a gente nueva tampoco ayudaban a que las sesiones fluyeran con normalidad y se tuvo que emplear herramientas más directivas como preguntas cerradas.

Discusión y Conclusiones

Discusión

El caso que se presenta pertenece al ámbito de los trastornos de ansiedad, más concretamente al trastorno de pánico. La paciente sufre frecuentes ataques de pánico repentinos, así como una constante aprensión o preocupación ante nuevos ataques. Además, Elena presenta componentes agorafóbicos en relación a desencadenantes específicos como el ballet, la universidad u otros contextos sociales. Asimismo, el análisis del BDI-II reveló la existencia de comorbilidad con la depresión. Los objetivos generales del tratamiento consisten en reducir el malestar general y realizar las actividades cotidianas con motivación.

La patología se manifestó con mayor frecuencia tras la asociación entre ballet y la activación fisiológica con malestar intenso, tras lo cual, condiciona el hacer deporte o esfuerzo físico con los ataques de pánico. Esto que ocurre después de una lesión en ballet y un mareo durante un ejercicio posterior a la recuperación de la lesión.

La historia personal del paciente es relevante para entender su situación previa y cómo el problema ha afectado su vida diaria. El confinamiento, los conflictos entre sus padres y la presión académica fueron los principales desencadenantes de los síntomas. Es posible que la sintomatología se mantenga debido a la asociación entre el malestar, las sensaciones fisiológicas y las preocupaciones relacionadas con el trastorno de pánico. Esto coincide con el modelo actual de explicación del funcionamiento del trastorno de pánico de Casey, Osey y Newcombe (2004), y se ha producido un condicionamiento interoceptivo de Razran (1961), ya que se han asociado las "alarmas falsas" como el aumento de la actividad fisiológica a la ansiedad en cualquier contexto, como el deporte, montar en bicicleta, bajar las escaleras del metro corriendo, etc.

Aunque no se pudo llevar a cabo la exposición planificada debido a bloqueos en la terapia, el tratamiento basado en el vínculo terapéutico, la psicoeducación, la congruencia con los valores y la relajación resultó efectivo para reducir la sintomatología de malestar y las preocupaciones asociadas, así como para recuperar el disfrute de las pequeñas cosas. Esto se debió al entendimiento, la observación y la aceptación de los síntomas, lo que llevó al debilitamiento del condicionamiento interoceptivo presente.

Además, durante las vacaciones de Navidad de 2021, Elena realizó actividades placenteras que le permitieron recuperar notablemente su ánimo, lo que la ayudó a superar su estado de ánimo depresivo. Fue en enero de 2021 cuando la paciente sugirió dirigir la atención de la terapia a aspectos relacionales de su vida. Lamentablemente el periodo de prácticas finalizó al mismo tiempo y

derivamos a Elena a otras compañeras del centro. En ese momento, pudo escuchar música clásica o hablar sobre ballet sin experimentar ansiedad, lo que supuso un gran avance.

Conclusiones

La combinación de la terapia cognitivo-conductual (TCC) y la terapia de aceptación y compromiso (ACT) se ha demostrado como una opción de tratamiento efectiva para el trastorno de pánico. Ambas terapias pueden adaptarse para satisfacer las necesidades específicas del paciente y abordar diferentes aspectos del trastorno. La TCC se enfoca en identificar y modificar patrones de pensamiento y comportamientos negativos que contribuyen a los ataques de pánico, mientras que la ACT enfatiza el desarrollo de la flexibilidad psicológica y la aceptación de experiencias internas difíciles.

Al utilizar una combinación de estas terapias, los profesionales pueden emplear técnicas específicas como la relajación, la exposición gradual, la reestructuración cognitiva, la atención plena, la congruencia en valores y la aceptación para ayudar a reducir los síntomas del pánico y mejorar la calidad de vida en general. La evaluación cuidadosa del paciente también es esencial para medir la efectividad del tratamiento y adaptarlo a las necesidades individuales.

Es importante señalar que aunque la combinación de la TCC y la ACT ha demostrado ser efectiva, puede que no sea la mejor opción para todos los pacientes. Los planes de tratamiento siempre deben ser individualizados y pueden necesitar incorporar otras terapias o técnicas para abordar necesidades específicas. En cualquier caso, buscar ayuda profesional y someterse a un tratamiento adecuado puede llevar a mejoras significativas en el manejo del trastorno de pánico.

Valoración personal

Mi intervención con Elena me ha permitido desarrollar herramientas y habilidades de comunicación con aquellas personas que les cuesta definir lo que sienten o piensan, desde la paciencia y el cariño. Elena ha sido un reto, no sólo a nivel clínico si no a nivel relacional. Muy cerrada con sus respuestas y muchos escuetos “no sé”, y muchas dificultades de conectar al principio. Aprendí a estar incómoda con el silencio y a permitirlo en sesión gracias a esto. He recogido mucho información sobre el método científico y el tratamiento cognitivo conductual basado en la evidencia gracias a este caso.

La experiencia de mis prácticas en el centro Psicólogos Princesa 81 ha sido muy gratificante y agradezco la oportunidad formativa que me ha brindado. Las supervisiones de los distintos tutores aportaban diferentes modalidades de psicoterapia y enriquecieron mucho mi método de trabajo. También agradezco la aportación de mi tutora del presente trabajo, Sonia Martins, por su paciencia y correcciones.

Referencias Bibliográficas

- American Psychiatric Association - APA. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5ª. ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Ballenger, J. C. y Fyer, A. J (1993). Examining criteria for panic disorder. *Hospital and Community Psychiatry*. 44, 226-228.
- Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic*. Nueva York: Guildford.
- Barlow, D. H., y Cerny, J. A. (1988). *Psychological treatment of panic*. Nueva York: Guildford.
- Beck, A. T., Emery, G., y Greenberg, R. L. (1985) *Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective*. Nueva York: Basic Books.
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory - Second Edition. Manual*. San Antonio: The Psychological Corporations.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4(6), 561-571.
- Botella, C. y Ballester, R. (1997). *Trastorno de pánico, evaluación y tratamiento*. Barcelona: Martínez Roca.
- Breuer, J. y Freud, S. (1961). *Studies on hysteria. Standard edition of the complete Works of Sigmund Freud*. Vol 3. Londres: Hogarth.
- Brown, T.A., Di Nardo, P.A. y Barlow, D.H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (ADIS-IV) Adult Version*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Buela-Casal, G., Guillén-Riquelme, A. y Seisdedos Cubero, N. (2015). *Cuestionario de ansiedad Estado-Rasgo (9ª ed. rev.)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Casey, L. M., Osey, T. P. S., y Newcombe, P. A. (2004). An integrated cognitive model of panic disorder: the role of positive and negative cognitions. *Clinical Psychology Review*. 24, 529-555.
- Clark, D. M. (1986). A cognitive model of panic. *Behaviour Research and Therapy*. 24, 461-470.
- Cuba, S., y Ángel, M. (2010). El genograma: Herramienta para el estudio y abordaje de la familia. *Revista Médica La Paz*, 16(1), 53-57.

Di Nardo, P. A., O'Brien, G. T., Barlow, D. H., Waddell, M. T. y Blanchard, E. B. (1983). Reliability of DSM-III anxiety disorder categories using a new structured interview. *Archives of General Psychiatry*, 40 (10), 1070-1074.

Díaz, M. I., Villalobos, A. y Ruiz, M. A. (2012). La Desensibilización Sistemática y técnicas de relajación. (pp 237-278). En Ruiz M.A, Díaz M. I. y Villalobos, A. *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo-Conductuales* (3ª ed.). Bilbao: Desclée de Brouwer.

Eaton, W. W., Martins, S. S., Nestadt, G., Bienvenu, O. J., Clarke, D. y Alexandre, P. (2008). The Burden of Mental Disorders. *Epidemiologic Reviews*, 30, 1-14.

Fava, L. y Morton, J. (2009). Causal modeling of panic disorder theories. *Clinical psychology review*. 29. 623-37. 10.1016/j.cpr.2009.08.002.

García-Palacios, A., Botella, C., Osmá J., e Ibaños, R.M., (2014). Trastorno de pánico y agorafobia. En Caballo, V.E., Salazay, I.C., Carrobbles, J.A (Dir.). *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos*. (218-245) Madrid: Pirámides.

Genopro 2020® [Computer Software] (2023). Recogido de <https://genopro.com/setup/>

Gitlin, B., Martin, M., Shear, K., Frances, A., Ball, G. y Josephson, S. (1985). Behaviour therapy for panic disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 173, 742-743.

Ministerio de Sanidad y Consumo [MSC] (2008). Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. *Guías de Práctica Clínica en el SNS*. Comunidad de Madrid.

Hayes, S. C. (2019). *Acceptance and Commitment Therapy: The Process and Practice of Mindful Change* (2nd edition). New Harbinger Publications: California.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D. y Wilson, K. G. (2015). *Terapia de Aceptación y Compromiso. Proceso y Práctica del Proceso Consciente (Mindfulness)* (2ª ed.). New York: Guilford Press. Traducido por Ramiro Álvarez. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Iketani, T., Kiriike, N. Stein, M. B., Nagao, K., Nagata, T., Minamikawa, N., Shidao, A., y Fukuhara, H. (2002). Relationship between perfectionism, personalities disorders and agoraphobia in patients with panic disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 103, 171-178.

Kaholokula, J. K., Godoy, A., O'Brien, W. H., Haynes, S. N., y Gavino, A., (2013) Análisis funcional en evaluación conductual y formulación de casos clínicos. *Clínica y Salud*, 24, (2), 117-127.

Kessler, R. C., Nelson, C. B., McGonagle, K. A., Liu, J. Swartz, M. y Blazer, D. G. (1996). Comorbidity of the DSM III- R major depressive disorder in the general population: results from the US National Comorbidity Survey. *British Journal of Psychiatry*, 30, 17-30.

Kessler, R.C., Ruscio, A.M., Shear, K., y Wittchen, H.-U. (2009). The epidemiology of anxiety disorders. In M.M. Antony & M.B. Stein (Eds.), *Handbook of Anxiety and the Anxiety Disorders* (p. 19-32). New York: Oxford University Press.

Levine, P. (1997). *Waking the Tiger: Healing Trauma*. North Atlantic Books

Macías-Carballo, M., Pérez-Estudillo, C., López-Meraz, L., Beltrán-Parrazal, I., y Morgado-Valle, C., (2019). Trastornos de ansiedad: revisión bibliográfica de la perspectiva actual. *Revista eNeurobiología* 10, (24): 090519.

Mayo Clinic (2023). *Los ataques de pánico y el trastorno de pánico. Diagnóstico y tratamiento*. Recogido de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/panic-attacks/diagnosis-treatment/drc-20376027> a fecha 29 de enero de 2023.

McCabe, R. E. (2001). Panic Disorder and Agoraphobia: a brief overview and guide to assessment. En M. M. Antony, S. M. Orsillo y L. Roemer (dirs.), *Practitioners's guide to empirically based measures of anxiety* (pp. 87-94). Nueva York: Kluwer Academic.

Morey, L. C. (2007). *Personality Assessment Inventory – Professional Manual*. Florida, USA: Psychological Assessment Resources, Inc.

National Institute for Health and Care Excellence [NICE] (2020). Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management. Clinical guideline. Published 26 January 2011. Updated 15 June 2020. Recogido de: www.nice.org.uk/guidance/cg113 a fecha 20 de enero de 2023.

Ortiz-Tallo Alarcón, M., Santamaría Fernández, P., Cardenal Hernández, V. y Sánchez López, M^a P. (2011). Adaptación española del Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI). Madrid: TEA Ediciones.

Razran, G. (1961). The observable unconscious and the inferable conscious in current Soviet psychophysiology: interoceptive conditioning, semantic conditioning and the orienting reflex. *Psychological Review*. 68, 81-150.

Roy-Byrne, P. P., Stang, P. Wittchen, H. –U., Üstün, B., Walters, E. E., y Kessler, R. C (2000). Lifetime panic depression comorbidity in the National Comorbidity Survey: association with symptoms, impairment, course and help-seeking. *British Journal of Psychiatry*, 176, 229-235.

Santabábara, J., Lasheras, I., Lipnicki, D. M., Bueno-Notivol, J., Pérez-Moreno M., López-Antón, R., De la Cámara, C., Lobo, A. y Gracia-García, P. (2021). Prevalence of anxiety in the COVID-19 pandemic: An updated meta-analysis of community-based studies. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 109:110207. doi:10.1016/j.pnpbp.2020.110207

Shear, M. K. y Maser, J. D. (1994). Standardized assessment for Panic Disorder Research. A Conference Report. *Archives of General Psychiatry*. 51, 346-354.

Shear, M. K., Ball, G., Fitzpatrick, M., Josephson, S., Klosko, J y Francis, A. (1991). Cognitive-behavioral therapy for panic: an open study. *Journey of Nervous and Mental Disease*, 179, 467-471.

Simon, V. (2013). *Aprender a practicar Mindfulness*. Barcelona: Sello Editorial.

Stein D.J., Scott K.M., de Jonge P., y Kessler R.C. (2017). Epidemiology of anxiety disorders: from surveys to nosology and back. *Dialogues Clin Neurosci*. 19 (2):127-136. doi:10.31887/DCNS.2017.19.2/dstein.

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R. E. y Cubero, N. S. (1999). *STAI: Cuestionario de ansiedad estado-rasgo*. Madrid: TEA ediciones.

TEA Ediciones (2023, 29 de enero). PAI. Inventario de Evaluación de la Personalidad. Recogido de <https://web.teaediciones.com/pai--inventario-de-evaluacion-de-la-personalidad.aspx>

Vásquez, C., y Muñoz, M. (2000). *Entrevista Diagnostica en Salud Mental Adultos*. Madrid: Editorial Síntesis.

Waddell, M. T., Barlow, D. H. y O'Brian, G. T. (1984). A preliminary investigation of cognitive and relaxation treatment of panic disorder: effects on intense anxiety vs. "background" anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 393-402.

Westphal, C. (1871). Die agoraphobia: eine neuropathische eischeinung. *Archives für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 3, 384-412.

WHO (World Health Organization), (2000) . *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Editorial Médica Panamericana.

Zulfarina, M. S., Syarifah-Noratiqah, S. B., Nazrun, S. A., Sharif, R. y Naina-Mohamed, I. (2019). Pharmacological Therapy in Panic Disorder: Current Guidelines and Novel Drugs Discovery for Treatment-resistant Patient. *Clinical Psychopharmacological Neuroscience*. May 31; 17(2):145-154.

Anexos

Anexo 1. Análisis Funcional de la Conducta

Tabla 4.

Análisis Funcional de la Conducta

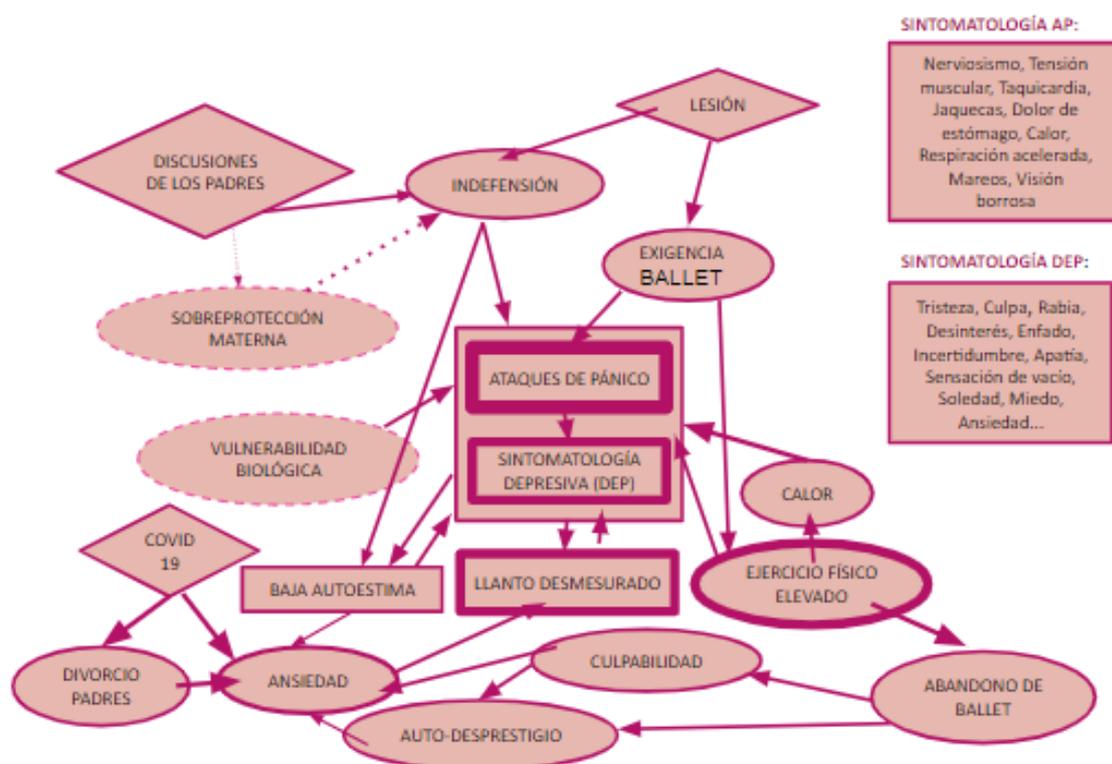
1. Ataques de pánico / 2. Bajo estado de ánimo		
Antecedentes	Conducta Problema	Consecuencias
<p>Variables predisponentes:</p> <p><u>Remotas:</u></p> <p>Sobreprotección familiar (1)</p> <p>Exigencia ballet (1,2)</p> <p>Discusiones de los padres (1)</p> <p>Vulnerabilidad biológica (1,2)</p> <p>Lesión tobillo (1)</p> <p><u>Próximas:</u></p> <p>Divorcio de los padres (1)</p> <p>Restricciones del COVID (1)</p> <p>Abandono de ballet (1,2)</p> <p>Variables desencadenantes:</p> <p><u>Internas:</u></p> <p>Pensamientos de falta de valía (1,2)</p> <p>Pensamientos de elevada autoexigencia (1)</p> <p>Pensamientos de indefensión (2)</p> <p>Miedo a que le dé un ataque (1,2)</p> <p>Culpabilidad (2)</p> <p>Tener un ataque de pánico (2)</p> <p>Preocupaciones (1,2)</p> <p>Estar desocupada (1,2)</p> <p>Ejercicio físico elevado (1)</p> <p>Algo que le recuerde a ballet (1,2)</p> <p><u>Externas:</u></p> <p>Clase de ballet (1)</p> <p>Temperaturas elevadas (1)</p> <p>Estar en un sitio donde no ve posibilidad de salir fácilmente (1)</p> <p><u>Estímulos DELTA:</u></p> <p>Pasear por el campo (1,2)</p> <p>Realizar actividades gratificantes (1,2)</p> <p>Montar a caballo (1,2)</p>	<p><u>Nivel fisiológico</u></p> <p>Nerviosismo (1)</p> <p>Tensión muscular (1)</p> <p>Taquicardia (1)</p> <p>Jaquecas (1)</p> <p>Falta de energía (1,2)</p> <p>Dolor de estómago (1)</p> <p>Sensación de calor (1)</p> <p>Respiración acelerada (1)</p> <p>Mareos (1)</p> <p>Visión borrosa (1)</p> <p>Disminución del</p> <p>Apetito y del sueño (2)</p> <p><u>Nivel cognitivo</u></p> <p>Sensación de desprestigio</p> <p>“he fallado” (2)</p> <p>Indefensión (2)</p> <p>Preocupación al ataque de pánico (1, 2)</p> <p>Sensación de extrañeza (1)</p> <p>Catastrofización (1)</p> <p><u>Nivel motor:</u></p> <p>Llorar (1,2)</p> <p>Aislarse (1,2)</p> <p>Ausentarse de la universidad (1,2)</p> <p>Dejar de ir a ballet (1)</p> <p><u>Nivel emocional:</u></p> <p>Tristeza (1,2)</p> <p>Culpa (1,2)</p> <p>Enfado (1,2)</p> <p>Incertidumbre (1,2)</p> <p>Anhedonia, apatía (2)</p> <p>Miedo, inseguridad (1.2)</p> <p>Soledad (1,2)</p>	<p><u>A corto plazo:</u></p> <p>Alivio de preocupaciones y malestar (1,2) R+</p> <p>Refuerzo de la atención</p> <p>Alivio por la conducta evitativa ya que no hay crisis</p> <p>Evitación</p> <p>Abandono</p> <p><u>A medio y largo plazo:</u></p> <p>Cronificación de los síntomas (1,2)</p> <p>Aumento del llanto (2)</p> <p>Aislamiento social (1,2)</p> <p>Disminución de la autoestima (2)</p> <p>Disminución de actividades sociales (2)</p> <p>Aumento del miedo a que le den más ataques (1)</p> <p>Dificultades de concentración (1,2)</p> <p>Disminución del estado de ánimo (1,2)</p> <p>Disminución del interés en todas las actividades (2)</p>

Anexo 2. Diagrama Funcional de la Conducta

Se ha realizado un diagrama funcional explicativo de la conducta como herramienta complementaria que se representa en la Figura 7. Kaholokula, J. K., Godoy, A., O'Brien, W. H., Haynes, S. N., Gavino, A., (2013) elaboraron una leyenda para entender las distintas figuras que pueden conformar un diagrama de este estilo y donde se puede ver de manera visual las conductas problemas y las variables causales modificables, inmodificables, hipotéticas.

Figura 7

Diagrama Funcional de la Conducta Problema



Nota: La leyenda de la figura se encuentra en Anexo 2. Diagrama Funcional de la Conducta.

En la Figura 7., se representa de manera esquemática la función de la conducta, integrando las hipótesis de origen y mantenimiento de la conducta problema, de las cuales se van a analizar dos aspectos de la misma: (1) la sintomatología del ataque de pánico y (2) la sintomatología depresiva.

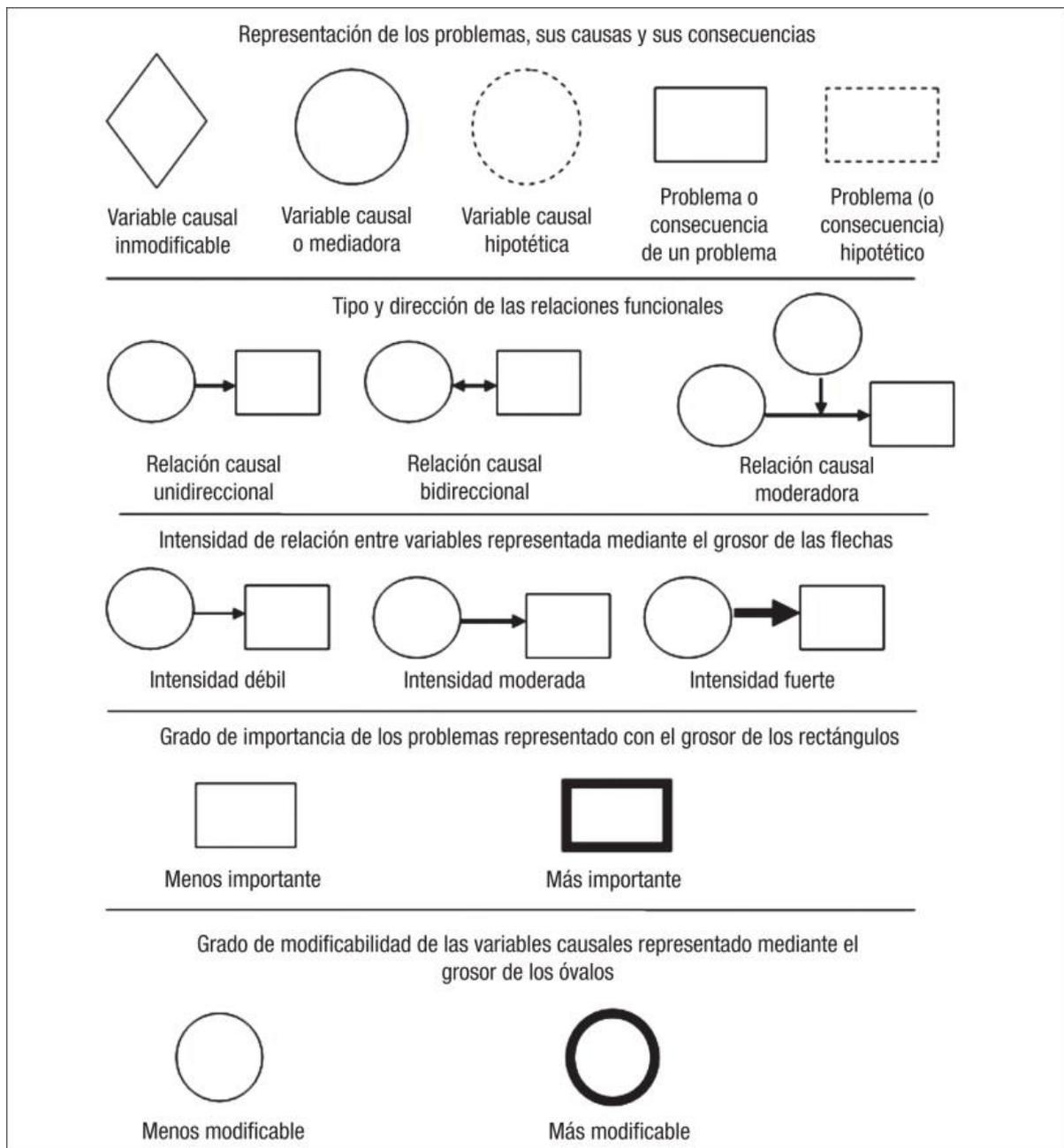
Como se puede ver en la imagen, una primera lesión junto con un episodio de cansancio que le produce mareos, le condiciona una asociación entre malestar fisiológico con el ballet. Añadido a la indefensión y a la sobre exigencia se genera un anclaje. Más tarde, con el confinamiento debido al COVID-19, con las más frecuentes discusiones entre sus padres, añadido a unas clases online no satisfactorias de ballet, le crean una aprehensión y un condicionamiento fóbico al ballet todo su

contexto, lo que le hace tomar la decisión de dejar el ballet, hecho que le genera mucha culpa (lo que disminuye su sensación de valía).

Estos acontecimientos aumentan la ansiedad fisiológica de Elena, que se vuelve hipersensible y a cualquier alteración fisiológica le atribuye un malestar significativo que incita los ataques de pánico. Todo ello le causa indefensión por lo que le afecta a la autoestima y a la capacidad de relacionarse con el entorno por miedo a sus sensaciones físicas.

Figura 8

Leyenda de un diagrama funcional de la Conducta



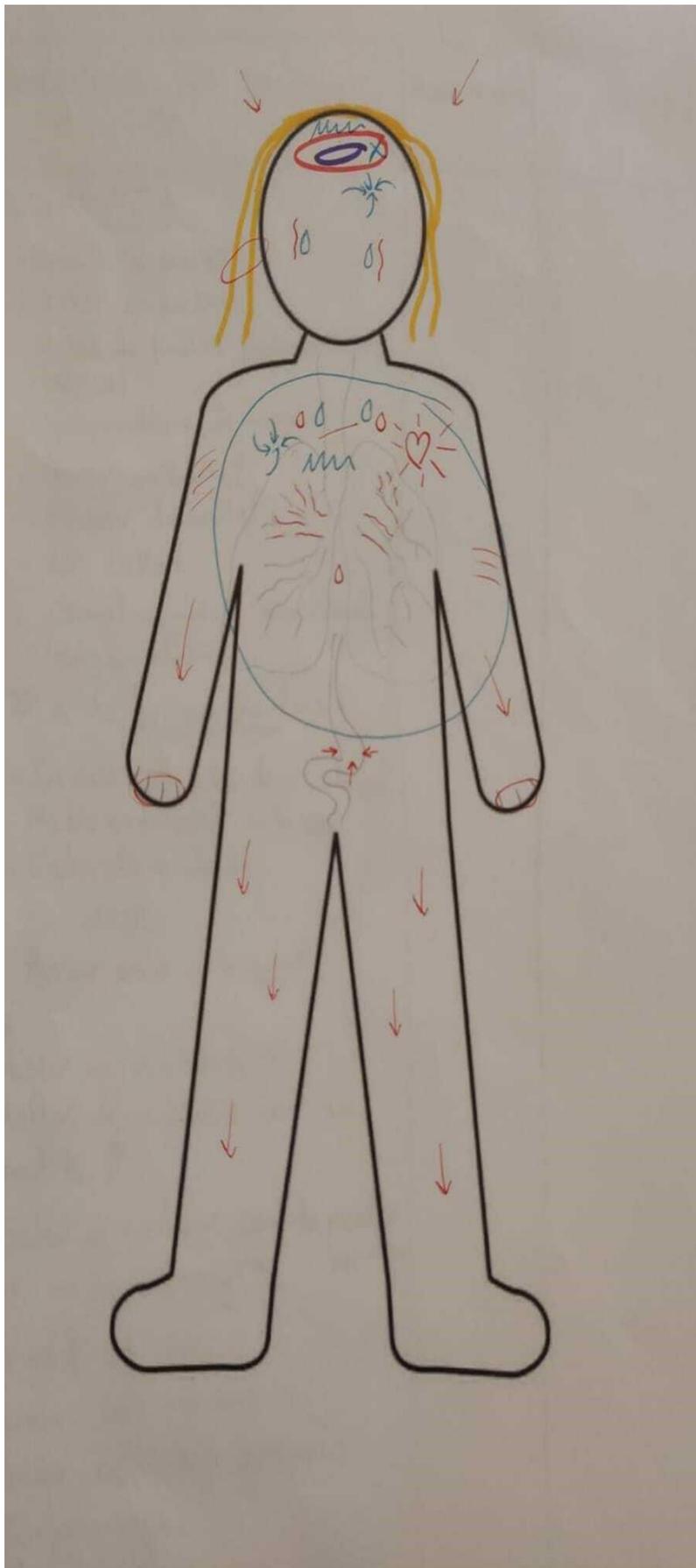
Recogido de Kaholokula, J. K., Godoy, A., O'Brien, W. H., Haynes, S. N., Gavino, A., (2013)

Anexo 3. Herramienta “El monigote”

Para la recogida de información dirigida a la consciencia e identificación del problema se ha elaborado una herramienta basada en técnicas y herramientas proyectivas de consciencia corporal, llamada “El monigote”.

Consiste en representar las sensaciones corporales que conforman la conducta problema, en nuestro caso la ansiedad, el estrés, los ataques de ansiedad y sus síntomas y la tristeza. No sólo eso, si no que incluye los pensamiento y su contexto y la conducta que se realiza. Es un complemento al autorregistro cuyo foco está en el cuerpo y en la identificación de las emociones y sentimientos en las reacciones fisiológicas.

En la página siguiente hay un ejemplo de la técnica dibujado y descrito por Elena.



Moodflow

IDENTIFICACIÓN DE LA ANSIEDAD

Componente / Síntomas fisiológicos ¿Qué sensaciones tengo?

- Respiración ^{acelerada} _{faltante}
- Temblor de manos
- Mareos
- Calor ^{todo} cuerpo
- Ujar
- Dolor / presión pecho / estómago
- Aceleración corazón
- Agarrar fuerte dedo y mano
- Rascar brazos
- Tiritos ^{todo} cuerpo ^{manos}

Componentes / Síntomas cognitivos ¿Qué pienso?

- "Otra vez no"
- Me voy a desmayar
- No puedo
- No se me va a ir nunca

Componentes emocionales ¿Qué siento?

- Agobio
- Rabia
- Encerrada
- Vacía
- Incapaz
- Triste

Anexo 4. Modelo de autorregistro

Modelo ejemplo de autorregistro que la paciente tenía que cumplimentar cada semana con un ejemplo.

Tabla 5.

Ejemplo de modelo de autorregistro

Fecha	Situación	Pensamiento automático	Emociones	Conducta
	<i>Describe:</i> 1. Lo que ha pasado 2. Lo que estabas haciendo, pensando o imaginando	1. Escribe qué pensamientos ha tenido. 2. Valora cuánto has creído en cada uno de ellos (0, 100%)	1. Especifica qué has sentido 2. Valora la intensidad de cada emoción	<i>Especifica:</i> 1. Lo que haces 2. Cuánto dura tu conducta 3. Qué consecuencias tiene tu comportamiento, qué pasa después.
Viernes	En casa antes de ir a ballet Al subir al coche Al entrar a los vestuarios Clases de ballet	“No quiero ir a ballet” (100) “Me mareo” (80) “No sé qué me está pasando” “Me quedo sin fuerzas, me voy a desmayar (100)”	Falta de respiración, agobio, mareo, debilidad, presión en el pecho, sudores fríos, calor	No ir a ballet (“me siento frustrada y culpable”)
Sábado	En un bar con amigas bastante lleno de gente	“Hay mucha gente” “Qué agobio de gente, a saber cuánta podría contagiarme de COVID” (100) “¿Y si me dan los síntomas de agobio?” (100)	Miedo, falta de aire, agobio, falta de aire. Ganas de irme a mi casa	Llorar (toda la tarde), me alivia Irme a mi casa (pierdo estar con mis amigas y pasármelo bien)
Domingo	Carrera contra el cáncer con su madre. Corriendo	“Ya me está dando el ataque de pánico” (100) “Uy, ten cuidado”	Calor, mareo andando,	Parar de andar y sentarte, respirar hondo

Anexo 5. Ejercicio de respiración y relajación con imaginación

Técnicas de respiración

Comenzamos con la respiración controlada y consciente para poner el foco en las sensaciones corporales y reducir su activación fisiológica. El ejercicio empieza por buscar una posición sentada preferiblemente, sin cruzar las extremidades. Cerrando los ojos y focalizar la atención en la respiración. El objetivo de esta técnica es enlentecer la respiración y aumentar la profundidad de la misma realizando respiraciones diafragmáticas. Las indicaciones que más la ayudan antes del ejercicio es recordar que tiene que “inspirar en 3 segundos, retener el aire en 3 segundos, y soltar en 6 segundos”. Estos números se pueden modificar, pero siempre manteniendo la premisa de que sueltas el aire más lentamente de lo que inspiras. De esta manera, se facilita la disminución de las constantes vitales (tensión muscular, ritmo cardíaco...), se oxigena la sangre adecuadamente y se consigue suficiente oxígeno para aportar más energía al organismo sin llegar a la hiperventilación.

Técnica de relajación

Las premisas previas al ejercicio consisten en encontrar una postura cómoda, ya sea sentada o tumbada. Con un ambiente calmado, ajeno a ruidos fuertes. Acondicionar la habitación si es posible a una iluminación cálida y un poco tenue, con una temperatura adecuada. Estas premisas son el inicio del entrenamiento en relajación para que sea más sencillo. El objetivo último es que Elena sea capaz de relajarse en distintos ambientes, como sentada en el metro. La técnica de relajación que voy a describir se llama relajación autógena mediante el uso del “escáner corporal”. Consiste en ir haciendo un barrido de manera imaginaria y consciente de todo tu cuerpo y observar su estado.

El primer paso es realizar ejercicio de observación consciente de la respiración sin ningún tipo de manipulación. Para no cortar o alterar la respiración por este foco de atención, se recomienda que se busquen maneras sutiles e indirectas de observar la respiración, como por ejemplo, colocar la mano en el estómago y notar como ésta sube o baja, o notar el cosquilleo de los pelos de la nariz al movimiento de la respiración. Una vez que la paciente está uno o dos minutos centrada en esta tarea, se le indica que imagine una luz cálida que entra desde la cabeza y que va recorriendo todo su cuerpo hasta los dedos de los pies. A medida que la luz va bajando, va arrastrando consigo todas las tensiones, dolores y malestares que se manifiestan como partes más opacas del cuerpo y que se van aclarando cada vez que la luz blanca empuja esa energía por los dedos de los pies, relajando la zona. Nombrando zona por zona se puede dar un espacio de tiempo para que la persona vaya realizando el escáner corporal por su cuenta. El ejercicio termina cuando se le nota más ligero y conectado, y se le indica que empiece a mover los dedos de las manos y de los pies y a que abra los ojos cuando se sienta preparado. El ejercicio no dura más de 5 minutos, por lo que es muy práctico y fácil.

Anexo 6. BDI-II corregido

BDI-II¹

Nombre: Elena Estado Civil: _____ Edad: 19 Sexo: F
 Ocupación: Estudiante Educación: Univ. Fecha: 04/11/21

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de enunciados. Por favor, lea cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija **uno** de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las **últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (Cambio en los Hábitos de Sueño) y el ítem 18 (Cambios en el Apetito).

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
 1 Me siento triste gran parte del tiempo.
 2 Estoy triste todo el tiempo.
 3 Estoy tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto de mi futuro.
 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
 2 Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos.
 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
 2 Obtengo muy poco placer de las cosas de las que solía disfrutar.
 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que estoy siendo castigado.
 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
 2 Espero ser castigado.
 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con Uno Mismo

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
 1 He perdido la confianza en mí mismo.
 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
 3 No me gusto a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual.
 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo.
 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores.
 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría.
 2 Querría matarme.
 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
 1 Lloro más de lo que solía hacerlo.
 2 Lloro por cualquier pequeñez.
 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

Título original: *Beck Depression Inventory* (Second edition)
 Traducido y adaptado con permiso.
 © 1996, 1987 by Aaron T. Beck, by the Psychological Corporation, USA.

© de la traducción al castellano 2006 by The Psychological Corporation, USA.
 Todos los derechos reservados.

14

Subtotal Página 1

Continúa atrás

1. Adaptación: Lic. María Elena Brenlla

11. Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto.
 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12. Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
 3 Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis decisiones tan bien como siempre.
 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.
 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso.
 1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme.
 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
 1 Tengo menos energía que la que solía tener.
 2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado.
 3 No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
-
- 1a Duermo un poco más que lo habitual.
 1b Duermo un poco menos que lo habitual.
 2a Duermo mucho más que lo habitual.
 2b Duermo mucho menos que lo habitual.
-
- 3a Duermo la mayor parte del día.
 3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.

17. Irritabilidad

- 0 No estoy más irritable que lo habitual.
 1 Estoy más irritable que lo habitual.
 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
-
- 1a Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
 1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
 2a Mi apetito es mucho menor que antes.
 2b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.
-
- 3a No tengo en apetito en absoluto.
 3b Quiero comer todo el tiempo.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.
 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
 2 Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.
 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

26 Subtotal Página 2

14 Subtotal Página 1

40 Puntaje total

Depresión severa

Anexo 7. STAI corregido

STAI

Apellidos y nombre Elena
 Edad 18 Sexo: Varón Mujer Fecha 16/11/2021
 Centro _____ Curso/puesto _____
 Otros datos _____

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

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

A-R A continuación, encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y rodee la puntuación (0 a 3) que indique mejor cómo se SIENTE VD. EN GENERAL en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando lo que mejor describa cómo se siente Vd. generalmente.

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

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

Autor: C. D. Spielberger.
 Copyright © 1982, 2008 by TEA Ediciones, S.A.U., Madrid, España - Este ejemplar está impreso en dos tintas. Si le presentaran otro en tinta negra es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, NO LA UTILICE - Todos los derechos reservados. Prohibida la reproducción total o parcial. Impreso en España. Printed in Spain.

tea Ediciones

STAI

Apellidos y nombre _____
 Edad _____ Sexo: Varón Mujer Fecha ____ / ____ / ____
 Centro _____ Curso/puesto _____
 Otros datos _____

A-E

Sume las puntuaciones de esta parte (1 a 20) y traslade el resultado a la casilla correspondiente. Una vez obtenida la puntuación directa (PD) consulte los baremos en el manual para obtener la puntuación transformada.

Suma 1 a 20

A-E = PD \Rightarrow Puntuación transformada

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1	3	2	1	0
2	3	2	1	0
3	0	1	2	3
4	0	1	2	3
5	3	2	1	0
6	0	1	2	3
7	0	1	2	3
8	3	2	1	0
9	0	1	2	3
10	3	2	1	0
11	3	2	1	0
12	0	1	2	3
13	0	1	2	3
14	0	1	2	3
15	3	2	1	0
16	3	2	1	0
17	0	1	2	3
18	0	1	2	3
19	3	2	1	0
20	3	2	1	0

A-R

Sume las puntuaciones de esta parte (21 a 40) y traslade el resultado a la casilla correspondiente. Una vez obtenida la puntuación directa (PD) consulte los baremos en el manual para obtener la puntuación transformada.

Suma 21 a 40

A-R = PD \Rightarrow Puntuación transformada

	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
21	3	2	1	0
22	0	1	2	3
23	0	1	2	3
24	0	1	2	3
25	0	1	2	3
26	3	2	1	0
27	3	2	1	0
28	0	1	2	3
29	0	1	2	3
30	3	2	1	0
31	0	1	2	3
32	0	1	2	3
33	3	2	1	0
34	0	1	2	3
35	0	1	2	3
36	3	2	1	0
37	0	1	2	3
38	0	1	2	3
39	3	2	1	0
40	0	1	2	3

Autor: C. D. Spielberger.
 Copyright © 1982, 2008 by TEA Ediciones, S.A.U., Madrid, España. Este ejemplar está impreso en dos tintas. Si le presentan otro en tinta negra es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, NO LA UTILICE - todos los derechos reservados. Prohibida la reproducción total o parcial. Impreso en España. Printed in Spain.



Anexo 8. PAI: escalas y subescalas

Tabla 6.

Descripción de las escalas del PAI

Escalas de validez	
Escala	Descripción
<i>Inconsistencia (INC)</i>	Indica si el evaluado responde de forma consistente a lo largo de la prueba. Para ello tiene en cuenta su respuesta a pares de ítems altamente relacionados entre sí
<i>Infrecuencia (INF)</i>	Indica si el evaluado ha respondido poco cuidadosamente, al azar o de una forma muy peculiar. Los ítems son neutrales con respecto a psicopatología y tienen tasas de respuesta muy extremas
<i>Impresión negativa (IMN)</i>	Indica si el evaluado está presentando una imagen de sí mismo extremadamente desfavorable que pueda sugerir simulación.
<i>Impresión positiva (IMP)</i>	Indica si el evaluado está presentando una imagen de sí mismo muy favorable y si evita admitir pequeños defectos.
Escalas clínicas	
<i>Trastornos somatomorfos (SOM)</i>	Se centra en las preocupaciones relacionadas con la salud física y las quejas somáticas habitualmente presentes en los trastornos de somatización o de conversión.
<i>Ansiedad (ANS)</i>	Se centra en las manifestaciones y los signos observables de ansiedad con especial énfasis en la evaluación de sus distintas modalidades.
<i>Trastornos relacionados con la ansiedad (TRA)</i>	Se centra en aquellos síntomas y conductas relacionadas con trastornos específicos de la ansiedad, específicamente fobias, estrés postraumático y síntomas obsesivos compulsivos.

<i>Depresión (DEP)</i>	Se centra en las manifestaciones y síntomas de los trastornos depresivos.
<i>Manía (MAN)</i>	Se centra en los síntomas afectivos, cognitivos e conductuales de la manía y la hipomanía.
<i>Paranoia (PAR)</i>	Se centra en los síntomas de los trastornos paranoides y en las características más estables de la personalidad paranoide.
<i>Esquizofrenia (ESQ)</i>	Se centra en aquellos síntomas relevantes al amplio espectro de los trastornos esquizofrénicos.
<i>Rasgos límites (LIM)</i>	Se centra en aquellos atributos indicativos de aspectos de la personalidad límite, entre los que se incluyen las relaciones interpersonales inestables y fluctuantes, la impulsividad, la inestabilidad y la labilidad emocional y la ira incontrolada.
<i>Rasgos antisociales (ANT)</i>	Se centra en el historial de actos ilegales y problemas con la autoridad, el egocentrismo, la falta de empatía y lealtad, la inestabilidad y la búsqueda de sensaciones.
<i>Problemas con el alcohol (ALC)</i>	Se centra en las consecuencias negativas del consumo de alcohol y en los rasgos indicativos de su dependencia.
<i>Problemas con las drogas (DRG)</i>	Se centra en las consecuencias negativas del uso de drogas y en los rasgos indicativos de su dependencia.
Escalas relacionadas con el tratamiento	
<i>Agresión (AGR)</i>	Se centra en aquellas características y actitudes relacionadas con la ira, la asertividad, la hostilidad y la agresión.
<i>Ideaciones suicidas (SUI)</i>	Se centra en la ideación suicida comprendiendo desde la desesperanza hasta los pensamientos y planes concretos de suicidio.
<i>Estrés (EST)</i>	Mide el impacto en la vida del sujeto de circunstancias o situaciones estresantes recientes.

<i>Falta de apoyo social (FAS)</i>	Evalúa la falta de apoyo social percibido teniendo en cuenta el nivel y calidad del apoyo disponible.
<i>Rechazo al tratamiento (RTR)</i>	Se centra en aquellos atributos y actitudes que indican una falta de interés y motivación para hacer cambios personales a nivel psicológico o emocional.
Escalas de relación interpersonal	
<i>Dominancia (DOM)</i>	Evalúa el grado en que una persona es controladora e independiente en sus relaciones personales. Las puntuaciones altas están asociadas a un estilo dominante mientras que las puntuaciones bajas reflejan un estilo sumiso.
<i>Afabilidad (AFA)</i>	Evalúa el grado en que una persona se interesa por aquellas relaciones personales empáticas y de apoyo. Las puntuaciones altas están asociadas a un estilo afable y sociable y las puntuaciones bajas a un estilo frío e indiferente.

Adaptado de Ortiz-Tallo Alarcón, M., Santamaría Fernández, P., Cardenal Hernández, V. y Sánchez López, M^a P. (2011).

Tabla 7.

Descripción de las subescalas del PAI

Escala	Descripción
Trastornos somatomorfos (SOM)	
<i>Conversión (SOM-C)</i>	Se centra en los síntomas asociados a los trastornos de conversión, especialmente alteraciones motoras o sensoriales.
<i>Somatización (SOM-S)</i>	Se centra en la aparición frecuente de diversos síntomas físicos comunes y de quejas imprecisas de cansancio y mala salud.
<i>Hipocondría (SOM-H)</i>	Se centra en la preocupación por el estado de salud y los problemas físicos.

<i>Escala</i>	<i>Descripción</i>
Ansiedad (ANS)	
<i>Cognitiva (ANS-C)</i>	Se centra en la presencia de inquietudes sobre asuntos cotidianos y preocupaciones rumiativas que afectan a su capacidad de atención y concentración limitándolas.
<i>Emocional (ANS-E)</i>	Se centra en la experiencia de tensión, la dificultad para relajarse y la presencia de cansancio como resultado del alto nivel de estrés percibido.
<i>Fisiológica (ANS-F)</i>	Se centra en aquellos signos físicos manifiestos de tensión y estrés (p.ej., palmas sudorosas, temblor de manos, palpitaciones, sensación de ahogo o de falta de aire).
Trastornos relacionados con la ansiedad (TRA)	
<i>Obsesivo-compulsivo (TRA-O)</i>	Se centra en la presencia de comportamientos o pensamientos intrusivos, rigidez, indecisión, perfeccionismo y restricción afectiva.
<i>Fobias (TRA-F)</i>	Se centra en la presencia de miedos fóbicos comunes tales como a las situaciones sociales, al transporte público, a las alturas, a los espacios cerrados y a otros objetos específicos.
<i>Estrés postraumático (TRA-E)</i>	Se centra en la experiencia de hechos traumáticos que continúan causando malestar y que el sujeto percibe como hechos que le han cambiado o alterado en algún aspecto fundamental de él mismo.
Depresión (DEP)	
<i>Cognitiva (DEP-C)</i>	Se centra en la presencia de pensamientos de desesperanza, inutilidad y fracaso personal, así como problemas para tomar decisiones y dificultades de concentración.
<i>Emocional (DEP-E)</i>	Se centra en la presencia de sentimiento de tristeza, falta de interés en las actividades cotidianas y anhedonia.
<i>Fisiológica (DEP-F)</i>	Se centra en los niveles de actividad, energía y rendimiento físico, entre los que se incluyen interrupciones en sus patrones de sueño, cambios en su apetito o pérdida de peso.

<i>Escala</i>	<i>Descripción</i>
Manía (MAN)	
<i>Nivel de actividad (MAN-A)</i>	Se centra en la desmedida participación en una amplia variedad de actividades de un modo desorganizado y en la experimentación de procesos de pensamiento y comportamientos acelerados.
<i>Grandiosidad (MAN-G)</i>	Se centra en la existencia de una autoestima hipertrofiada así como cierta expansividad y la creencia de que tiene habilidades o talentos únicos y especiales.
<i>Irritabilidad (MAN-I)</i>	Se centra en la existencia de tensión en sus relaciones debido a la frustración del sujeto por la incapacidad o la falta de voluntad de los otros para seguir sus planes, sus exigencias y sus ideas probablemente poco realistas.
Paranoia (PAR)	
<i>Hipervigilancia (PAR-H)</i>	Se centra en la suspicacia y en la tendencia a estar atento y alerta a posibles desaires reales o imaginarios producidos por otros.
<i>Persecución (PAR-P)</i>	Se centra en la creencia de haber sido tratado injustamente y de que existe un interés común entre diversas personas para socavar sus intereses.
<i>Resentimiento (PAR-R)</i>	Se centra en la presencia de resentimiento y desconfianza en las relaciones interpersonales y una tendencia a guardar rencor y a echar la culpa a los demás de cualquier desgracia.
Esquizofrenia (ESQ)	
<i>Experiencias psicóticas (ESQ-P)</i>	Se centra en la presencia de sensaciones y percepciones poco comunes así como pensamiento mágico y otras ideas inusuales que pueden incluir creencias delirantes.
<i>Indiferencia social (ESQ-S)</i>	Se centra en el aislamiento social así como en la torpeza y la incomodidad en las relaciones sociales.
<i>Alteración del pensamiento (ESQ-A)</i>	Se centra en la confusión, los problemas de concentración y la desorganización de los procesos de pensamiento.

Escala	Descripción
Rasgos límites (LIM)	
<i>Inestabilidad emocional (LIM-E)</i>	Se centra en la sensibilidad emocional, los cambios bruscos de humor y el escaso control emocional.
<i>Alteración de la identidad(LIM-I)</i>	Se centra en las dudas sobre los principales aspectos de la vida y en la existencia de sentimientos de vacío, de falta de realización y de ausencia de objetivos.
<i>Relaciones interpersonales problemáticas (LIM-P)</i>	Se centra en una historia de relaciones intensas y ambivalentes en las cuales se ha sentido traicionado y explotado.
<i>Autoagresiones (LIM-A)</i>	Se centra en la impulsividad en áreas que tienen un alto potencial de consecuencias negativas.
Rasgos antisociales (ANT)	
<i>Conductas antisociales (ANT-A)</i>	Se centra en el historial de actos antisociales e implicación en actividades ilegales.
<i>Egocentrismo(ANT-E)</i>	Se centra en la falta de empatía o remordimiento y un enfoque generalmente explotador de las relaciones interpersonales.
<i>Búsqueda de sensaciones (ANT-B)</i>	Se centra en el ansia de sensaciones y emociones, una baja tolerancia al aburrimiento y una tendencia a ser temerario y a asumir riesgos.
Agresión (AGR)	
<i>Actitud agresiva (AGR-A)</i>	Se centra en la hostilidad, el escaso control de la expresión de la ira y la creencia en la utilidad instrumental de la agresión.
<i>Agresiones verbales (AGR-V)</i>	Se centra en las expresiones verbales de ira, incluyendo desde las asertivas a las ofensivas, así como una tendencia a expresar su ira a los demás.
<i>Agresiones físicas (AGR-F)</i>	Se centra en la tendencia a manifestar físicamente su ira, incluyendo los daños a la propiedad, las peleas físicas y las amenazas de violencia

Adaptado de Ortiz-Tallo Alarcón, M., Santamaría Fernández, P., Cardenal Hernández, V. y Sánchez López, Mª P. (2011).

Anexo 9. Diario de sesiones: “Lo que se hizo”

Tabla 8.

Resumen del diario terapéutico: “Lo que se hizo”

Sesión	Objetivos	Técnicas
1	Descubrir el motivo de consulta	Entrevista semiestructurada
	Encuadre	Genograma
	Crear vínculo	Autorregistro: ataques de pánico TC (todas semanas)
2	Evolución AP y revisión de la tarea	Autorregistro
	Reducir sintomatología	Psicoeducación
	Fomentar confianza y honestidad	Actividad de agradecimiento (TC)
	AF (recoger información)	
3	Evolución AP y Revisión de la tarea	Autorregistro
	Historia del problema	Entrevista
	Establecer objetivos	Técnicas de relajación (Psicoeducación: y respiración)
	Reducir sintomatología	Línea de vida (TC: dos últimos años)
4	Evolución AP y Revisión tarea	Autorregistro
	Continuar historia del problema	Línea de vida
5	Evolución AP y revisión tarea	Autorregistros
	Distinguir AP vs sintomatología de malestar físico	Psicoeducación: cognitivo, fisiológico, motor.
		Curva de la ansiedad

Sesión	Objetivos	Técnicas
6	<p>Evolución AP y revisión de tarea</p> <p>Identificación de los síntomas ansiedad y dónde se manifiestan</p> <p>Devolución PAI (aspectos positivos)</p>	<p>Autorregistro</p> <p>Psicoeducación: identificación emocional</p> <p>Tarjetas de las emociones</p> <p>Monigote (TC)</p>
7	<p>Evolución AP y revisión de tarea</p> <p>Identificación emocional</p> <p>Identificación de las situaciones problema</p>	<p>Autorregistro</p> <p>Psicoeducación emocional</p> <p>APP Registro emocional (TC semanal)</p>
8	<p>Evolución AP y revisión de tarea</p> <p>BDI, STAI</p> <p>Reducción sintomatología</p>	<p>Autorregistros</p> <p>Psicoeducación</p> <p>Técnicas de visualización y respiración de CP</p>
9	<p>Evolución AP y revisión de tarea</p> <p>Identificar situaciones problema (cont). Jerarquía</p> <p>STAI</p>	<p>Autorregistros</p> <p>Puntuar intensidad de las situaciones y ordenarlos por nivel de importancia</p>
10	<p>Evolución AP y revisión tarea → Evolución Sintomatología depresiva más visible</p> <p>Devolución de los cuestionarios BDI y STAI</p> <p>Explorar fortalezas</p> <p>Actividad conductual</p>	<p>Autorregistros</p> <p>Psicoeducación de la ansiedad</p> <p>Árbol de logros</p> <p>Listado de actividades agradables</p>

Sesión	Objetivos	Técnicas
11	<p data-bbox="360 286 826 324">Evolución AP y revisión de tarea</p> <p data-bbox="360 376 826 651">Se rompe el brazo y viene escayolada. La noto menos responsiva, llega tarde (nunca había llegado tarde), no presta atención, etc. Menos motivada que de costumbre.</p>	<p data-bbox="839 286 1453 324">Autorregistro</p> <p data-bbox="839 376 1453 461">Técnica RAIN de las emociones y rueda de las emociones.</p>
12	<p data-bbox="360 703 826 898">Cambio de la rutina del horario, llega 10 minutos tarde, está menos responsiva. Se la ve desorientada en terapia.</p> <p data-bbox="360 949 826 1093">Nos dice que quiere cambiarse de clase. Trabajamos asertividad en grupo.</p>	<p data-bbox="839 703 1453 741">Autorregistro</p> <p data-bbox="839 792 1453 824">Rol-playing y silla vacía</p>
13	<p data-bbox="360 1144 826 1182">Comentamos la semana</p> <p data-bbox="360 1227 826 1368">Llega media hora tarde, la confrontamos y nos comenta que no quiere dejar la terapia.</p>	<p data-bbox="839 1144 1453 1182">Diálogo socrático</p> <p data-bbox="839 1227 1453 1346">Validación de estancamiento de la terapia Toma de decisiones</p>
14	<p data-bbox="360 1420 826 1675">En Navidades se aburre y empieza a hacer cosas, por lo que el estado bajo de ánimo mejora. Nos refiere terminar la terapia, ya que necesita un descanso antes de comentar otras cuestiones.</p> <p data-bbox="360 1727 826 1861">Al final la situación del cambio de clase se resuelve y hace relación con una de su compañera</p> <p data-bbox="360 1912 826 2013">Establecemos una última sesión de despedida</p>	<p data-bbox="839 1420 1453 1458">Autorregistros</p> <p data-bbox="839 1509 1453 1592">Reflexión sobre su proceso terapéutico hasta la fecha.</p>

Sesión	Objetivos	Técnicas
15	Revisión de los objetivos iniciales Reflexión del proceso de terapia Despedida	Diálogo socrático

Anexo 10. Línea de la Vida

Tabla 9.

Línea de la vida

Eventos positivos	Años	Eventos negativos
<p>Clase de psicomotricidad en Educación Infantil</p> <p>Primer 10 en un "examen" sobre plantas, primera vez que nota orgullo hacia sí misma.</p>	0-5	<p>"Era una niña muy tímida, siempre estaba pegada a las faldas de la profesora".</p>
<p>Empieza ballet y le encanta</p> <p>Empieza a practicar otros deportes como baloncesto, tenis, equitación...</p>	6-10	<p>Empiezan las discusiones de sus padres que se prolongan hasta su divorcio 12 años después.</p> <p>A los 7 años (1º Primaria) le va mal académicamente y casi repite.</p> <p>A los 8 años le cambian de colegio.</p> <p>A los 10 le rompe la nariz a una amiga tras una discusión.</p>
<p>Primer festival de ballet (adrenalina, sentimiento de triunfo y satisfacción personal)</p> <p>Muy buena relación con su grupo de amigas del colegio.</p> <p>Conoce a su novio a los 14 años en el instituto.</p>	11-14	<p>Su padre se muda para ver si eso ayuda a una reconciliación.</p> <p>Grupo de amigas: discusión fuerte.</p> <p>Los niños de clase se metían con ella.</p> <p>Saca malas notas en matemáticas, lo que le causa malestar y frustración consigo misma.</p> <p>Aparece ansiedad por los exámenes y va al psicólogo, que no le gusta porque se siente incomprendida y criticada.</p>
<p>Conoce a una de sus mejores amigas, Paula, con la que tiene un vínculo muy cercano.</p>	15-16	<p>Las amigas se cambian de colegio.</p> <p>Muere su vecina, que experimenta de manera cercana.</p>

Eventos positivos	Años	Eventos negativos
		<p><i>Rotura metatarso, lesión en ballet.</i></p> <p><i>Viaje a Cantabria con su familia.</i></p> <p><i>Mareo durante ejercicio en ballet.</i></p>
<p><i>Conoce a Lucía, otra amiga que sigue conservando a día de hoy y que conforma su reducido círculo de amistades.</i></p>	16-17	<p><i>Viaje a Turquía, discusiones constantes entre sus padres. “Infierno familiar”.</i></p> <p><i>Muerte abuelos.</i></p>
<p><i>Su novio y ella se hacen pareja.</i></p> <p><i>Videollamadas novio durante el confinamiento. Primer beso durante el desconfinamiento.</i></p> <p><i>EVAU, bastante contenta con los resultados.</i></p> <p><i>“Verano raro pero bueno”. Alejada del padre, con restricciones por el COVID y con distracciones sanas: bici, lectura, etc.</i></p>	17-18	<p><i>Despiden a su padre del trabajo.</i></p> <p><i>Su hermana se va de Erasmus.</i></p> <p><i>Marzo 2020: COVID y confinamiento: Tristeza, enfado. Se queda sin festival de ballet. Clases online de ballet que no disfruta. Empieza la universidad online.</i></p>
	18-19	<p><i>Divorcio de sus padres.</i></p> <p><i>Ansiedad María (provocada por una relación tóxica).</i></p> <p><i>Aparecen los primeros “ataque de agobio” en septiembre de 2019 y febrero de 2020.</i></p>
<p><i>Empieza terapia en septiembre de 2020.</i></p> <p><i>Navidades 2020-2021: mejora del estado de ánimo y de los AP por distracciones sanas (no móvil).</i></p> <p><i>Febrero 2021: decisión de continuar la terapia con diferentes objetivos (DERIVACIÓN)</i></p>		<p><i>Decisión de dejar ballet en octubre de 2020.</i></p>