



**Universidad
Europea CANARIAS**

**Programa de intervención integral
por niveles en jóvenes con síntomas
subclínicos y diagnóstico de
agorafobia**

Trabajo fin de Máster

Autores:

Elena González Oval

Adrián Gutiérrez Pacheco

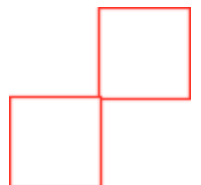
Tutor:

Dr. Moisés Bermúdez

11 de Febrero de 2024

Campus de la Orotava
Calle Inocencia García, 1
38300 la Orotava
universidadeuropea.com

Instalaciones de Santa Cruz
C/ Valentín Sanz, 27
38002 Santa Cruz de Tenerife



Índice

Listado de acrónimos.....	4
Resumen.....	5
Abstract.....	6
Introducción.....	7
Justificación.....	7
Conceptualización.....	8
Prevalencia.....	10
Edad de comienzo y curso.....	11
Factores de riesgo y de protección.....	12
Tratamiento.....	13
Objetivos.....	16
Metodología.....	17
Intervención.....	18
Participantes.....	18
Desarrollo del programa de intervención.....	19
Instrumentos.....	20
Contenido y actividades.....	23
Recursos materiales y humanos.....	37
Temporalización de las sesiones.....	37
Evaluación de la intervención.....	38
Establecimiento de grupos.....	38



Variables.....	38
Instrumentos y procedimientos de medida.....	39
Momento y frecuencia de las evaluaciones.....	39
Limitaciones y conclusiones.....	39
Referencias bibliográficas.....	42
Anexos.....	50

Listado de acrónimos

ACT: Terapia de Aceptación y Compromiso

ADIS-IV-L: Entrevista Estructurada de los Trastornos de Ansiedad según el DSM-IV

APA: Asociación Americana de Psiquiatría

CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades

DSM: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales

EV: Exposición in Vivo

IA: Inventario de Agorafobia

IRSN: Inhibidores de los Recaptadores de Serotonina y Noradrenalina

ISRA: Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad

ISRS: Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina

OMS: Organización Mundial de la Salud

PDSS: Escala de Gravedad del trastorno de pánico

SRS 3.0: Escala de Calificación de Sesiones

TCC: Terapia Cognitivo Conductual

TERV: Terapia de Exposición por Realidad Virtual

TPI: Tratamiento Psicológico por Internet

Resumen

La agorafobia, caracterizada por un miedo desmesurado e irracional ante situaciones o lugares donde la posibilidad de escapar se percibe como difícil o embarazoso, experimentó un aumento en su incidencia debido al impacto psicológico del confinamiento en 2020, marcado por la disminución del contacto social. Este trastorno, ubicado entre los más incapacitantes de los fóbicos, limita sustancialmente la capacidad de llevar a cabo actividades cotidianas.

En relación a la intervención, este programa está dirigido a la población de mayor incidencia, jóvenes de 18 a 30 años con manifestaciones subclínicas o diagnóstico de agorafobia con o sin ataques de pánico. Este programa adopta un enfoque por niveles, permitiendo a los profesionales aplicar cada uno de ellos en base a la gravedad de la problemática, mediante una psicoterapia integradora que fusiona diversos enfoques terapéuticos. Se aplicará una evaluación exhaustiva que se realiza en tres momentos específicos: antes, durante y al término del tratamiento, con seguimientos a los 6 y 12 meses.

La conclusión resalta la necesidad de un enfoque personalizado y herramientas de evaluación validadas y sensibles a los cambios terapéuticos. Este programa representa un avance hacia intervenciones más efectivas y la mejora en la detección y tratamiento temprano de la agorafobia.

Palabras claves: agorafobia, intervención, jóvenes, psicoterapia integradora

Abstract

Agoraphobia, characterised by an inordinate and irrational fear of situations or places where escape is perceived as difficult or embarrassing, experienced an increase in incidence due to the psychological impact of confinement in 2020, marked by decreased social contact. This disorder, among the most disabling of the phobic disorders, substantially limits the ability to carry out everyday activities.

In relation to the intervention, this programme is aimed at the population with the highest incidence, young people aged 18 to 30 years with subclinical manifestations or a diagnosis of agoraphobia with or without panic attacks. This programme adopts a tiered approach, allowing professionals to apply each level based on the severity of the problem, using an integrative psychotherapy that fuses different therapeutic approaches. A comprehensive assessment is carried out at three specific times: before, during and at the end of treatment, with follow-ups at 6 and 12 months.

The conclusion highlights the need for a personalised approach and validated assessment tools that are sensitive to therapeutic changes. This programme represents a move towards more effective interventions and improved early detection and treatment of agoraphobia.

Keywords: agoraphobia, intervention, youth, integrative psychotherapy

Introducción

Justificación

La agorafobia es un trastorno de ansiedad incapacitante que se caracteriza por un miedo abrumador e irracional a situaciones o lugares donde escapar puede ser difícil o embarazoso. Asimismo, este trabajo explora en profundidad sus factores de riesgo, sus características principales, su conexión con los ataques de pánico, su impacto en la vida diaria y las diversas estrategias de intervención disponibles hasta el momento e integrándolas en un protocolo para el tratamiento de la agorafobia.

Según la Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (Subdirección General de Información Sanitaria, 2020), la tasa anual de incidencia de la agorafobia en España se sitúa aproximadamente en el 0,35% (0,4% en mujeres y 0,3% en hombres). Además, de acuerdo con Ramírez et al. (2020) el confinamiento experimentado en el año 2020 generó un impacto psicológico notable debido a la reducción del contacto físico y social, lo que a su vez se asoció con un aumento en la incidencia de este y otros trastornos.

La población diana de este programa de intervención está delimitada por individuos que transitan desde la etapa de la adolescencia tardía, hasta la primera fase de la adultez temprana, debido a que en estos dos períodos se da la incidencia máxima de la agorafobia (APA, 2022). Los individuos seleccionados se caracterizan por presentar un perfil de ansiedad fóbica de tipo agorafóbico. La intención de esta selección radica en el desarrollo de planes de detección y abordaje de los fenómenos involucrados en su evolución.

Este proceso de evaluación no solo busca determinar la presencia y la naturaleza de los síntomas agorafóbicos, sino de identificar mecanismos subyacentes y el impacto en la vida cotidiana de los participantes. Además, la evaluación se lleva a cabo con la finalidad de

ofrecer una intervención terapéutica acorde al perfil de síntomas y la gravedad del trastorno manifestado por cada individuo, así como a las limitaciones personales que este pueda estar experimentando como consecuencia de su problemática.

El propósito es ofrecer un enfoque terapéutico integrador y efectivo que pueda mitigar los efectos limitantes de los síntomas de ansiedad fóbica y la agorafobia en la vida diaria, promoviendo así el bienestar psicológico y emocional de los participantes.

Conceptualización

La ansiedad se define como un estado emocional desagradable que conlleva manifestaciones tanto somáticas como psicológicas. Por un lado, los síntomas somáticos incluyen cambios en la respuesta fisiológica del organismo, tales como un aumento en la frecuencia cardíaca, una respiración acelerada, tensión muscular, sudoración excesiva, temblores, entre otros. Y por otro lado, los síntomas psicológicos incluyen preocupación constante, inquietud, dificultad para concentrarse, irritabilidad, y la percepción de que algo negativo está por ocurrir (Chacón et al., 2021).

La agorafobia se caracteriza, según la American Psychological Association (APA, 2022), por la presencia de un miedo o ansiedad intensa relacionado con situaciones o lugares en los cuales escapar podría ser complicado o embarazoso, o donde la asistencia podría no estar disponible en caso de experimentar síntomas de pánico o situaciones similares a éste. Además, esta ansiedad desproporcionada o miedo intenso está relacionado con dos o más de las siguientes situaciones: “uso del transporte público, estar en espacios abiertos, estar en sitios cerrados, estar en una fila o en medio de una multitud o estar fuera de casa solo”. (APA, 2022)

La agorafobia es el más incapacitante dentro de los trastornos fóbicos, ya que las personas que lo sufren se ven limitadas ante la realización de actividades cotidianas. A diferencia de otras fobias simples, la agorafobia puede afectar a los diferentes ámbitos de la vida de los pacientes como el personal, familiar, escolar, laboral, social y lúdico (Roca, 2016). Por otro lado, si no se interviene de forma adecuada, puede llegar a cronificarse, llegando a permanecer completamente confinados en algunos casos (OMS, 2019).

En cuanto al trastorno de agorafobia, va cambiando su clasificación según las diferentes ediciones de manuales diagnósticos. En referencia al diagnóstico de la agorafobia según el DSM-IV-TR (APA, 2000) (**anexo I y II**), se establecen tres grupos: trastorno de pánico sin agorafobia, trastorno de pánico con agorafobia y agorafobia sin historia de trastorno de pánico. Además, se requiere la presencia de ataques de pánico o síntomas similares. En contraste, los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 (OMS, 1992) (**anexo III**) establecen que la agorafobia se fundamenta en la marcada evitación o temor constante a al menos dos situaciones específicas (multitudes, lugares públicos, viajar solo, viajar lejos de casa), sin necesidad de la presencia de síntomas de pánico (Bados, 2017)

Un estudio de Wittchen et al. (2008) detectó un 2,5% de individuos con agorafobia bajo el DSM-IV, pero un 2,8% adicional al considerar únicamente las situaciones temidas. De aquellos con agorafobia, el 51% no tenía antecedentes de trastorno de pánico ni síntomas similares, y cerca del 30% no informó de síntomas de pánico según una definición amplia. Por ello, a pesar de que los ataques de pánico y sus síntomas incrementan la probabilidad de evolución a agorafobia, este trastorno en muchos casos se presenta como una fobia independiente con su propia entidad clínica.

En conformidad con esto último, en el DSM-V (APA, 2014) (**anexo IV**) se ha llevado a cabo una desvinculación de la agorafobia y el trastorno de pánico, de modo que los tres

diagnósticos del DSM-IV-TR se han reconvertido en dos: agorafobia sin que se requiera la presencia de ataques de pánico y por otro lado, trastorno de pánico.

Según Bados (2017) pueden distinguirse varios componentes característicos en la agorafobia: En primer lugar, la evitación de situaciones temidas. Asimismo, se observan conductas defensivas durante dichas situaciones, ansiedad fóbica en la que se produce una experimentación de miedo frente a tales contextos, ansiedad anticipatoria que se traduce en la preocupación por experimentar un ataque de pánico o una intensa ansiedad, así como la expectativa o anticipación de la ocurrencia de dichos eventos antes de que sucedan. Además, se evidencia el temor al propio miedo, caracterizado por la aprehensión ante las reacciones somáticas asociadas con la ansiedad y la presencia de cogniciones catastróficas. Y, un último componente, los ataques de pánico o respuestas similares a estos, así como otros síntomas incapacitantes o embarazosos.

Prevalencia

Según la Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (Subdirección General de Información Sanitaria, 2020), en España, concretamente en el ámbito de Atención Primaria, la ansiedad se sitúa como problema de salud mental más frecuente afectando al 6,7% de la población, y alcanzando el 10,4% si se tiene en cuenta personas con sintomatología ansiosa.

En la iniciativa “World Health Organization World Mental Health Survey” (Kessler, et al., 2009), la prevalencia a lo largo de la vida de la agorafobia ha variado en distintos países, situándose en un promedio del 1,7% para el conjunto de todos los países evaluados. La prevalencia anual de agorafobia en Europa se estima en un 1,3% (Marrero y del Rivero, 2019). En el caso de España, la prevalencia a lo largo de la vida de la agorafobia ha fluctuado entre el 1,2% y el 1,6% en dos muestras diferentes (Jonge et al., 2016).

Es importante señalar que se observa una mayor prevalencia en el ámbito de la atención primaria. En España, la prevalencia de la agorafobia ha sido reportada en un 9,7% (Roca et al., 2009).

En resumen, se estima que afecta aproximadamente a 5 de cada 1000 individuos. Con respecto a la variable sexo sí parece haber un consenso en que las mujeres presentan el doble de probabilidades de padecer estos trastornos (Bados, 2017). En contextos clínicos, se ha observado que las mujeres presentan una mayor gravedad en el caso de la agorafobia, además de una mayor tendencia a experimentar comorbilidad psiquiátrica, pensamientos catastróficos y un mayor temor hacia las sensaciones corporales en comparación con los hombres (Caballo et al., 2014).

Edad de comienzo y curso

Según Petot (2004), aunque la agorafobia puede manifestarse en la infancia, el trastorno es especialmente poco común en esta etapa. De acuerdo con Kessler, et al. (2012), este trastorno suele comenzar relativamente temprano, generalmente entre los 15 y 17 años, sin embargo, la incidencia máxima se da en la adolescencia tardía y en la vida adulta temprana. En el contexto de la adolescencia tardía y la vida adulta temprana, las manifestaciones de la agorafobia pueden ser particularmente intensas, afectando no solo la esfera emocional, sino también el ámbito social y el desarrollo personal, pudiendo verse limitado (García, 2011).

Es importante destacar que la agorafobia es menos común en adolescentes en comparación con adultos, con una prevalencia aproximadamente una quinta parte menor en esta población (Petot, 2004). Esta diferencia en la prevalencia entre grupos de edad sugiere que la agorafobia tiende a emerger y desarrollarse con mayor frecuencia en la transición de la

adolescencia a la edad adulta. Cuanto más temprano aparezca la agorafobia, peor será la evolución de la problemática y mayor será la carga genética asociada (Ayala, 2012).

El curso de la agorafobia suele caracterizarse por ser persistente y crónico en la mayoría de los casos. A pesar de recibir tratamiento, la remisión completa es poco frecuente (APA, 2022). En situaciones donde la agorafobia se manifiesta con mayor gravedad, los índices de remisión total disminuyen considerablemente, mientras que los porcentajes de recaídas y cronicidad tienden a aumentar. La presencia de comorbilidad con trastornos de ansiedad, depresión, abuso de sustancias y trastornos de la personalidad, puede complicar aún más el curso de la agorafobia (Caballo et al., 2014).

Factores de riesgo y de protección

Se han encontrado tres tipos de factores de riesgo para el diagnóstico de agorafobia: factores temperamentales, ambientales y genéticos-fisiológicos. En relación con los factores temperamentales se encuentra la inhibición conductual y una disposición neurótica como la afectividad negativa y la sensibilidad a la ansiedad. Dentro de los factores ambientales se encuentran los sucesos negativos de la infancia como la muerte de los progenitores o como haber sido atracado o atacado. Es característico una crianza con escasa calidez y exceso de sobreprotección. Por último, dentro de los factores genéticos y fisiológicos se observa una heredabilidad del 61% para la agorafobia, siendo la fobia con mayor carga genética (APA, 2022). Asimismo, la conducta de consumo de uno o más paquetes de cigarrillos al día, multiplica por seis el riesgo de padecer agorafobia (Johnson, 2000, citado en Zimmermann et al., 2019)

En resumen, el estrés puede ser un desencadenante en el desarrollo de la agorafobia, pero generalmente interactúa con otros factores como la predisposición genética, características psicológicas y experiencias vitales (Bados, 2017).

Entre los factores que influyen en un mejor pronóstico del trastorno, destacan: la relación terapéutica, unas expectativas iniciales de mejora y de autocontrol de los ataques de pánico, contar con un sistema de apoyo social sólido y la actividad física regular (Zimmermann et al., 2019). Sin embargo, al contrario, una baja motivación y expectativas de mejora no influyen de forma predecible peores resultados (Bados, 2017).

Tratamiento

Según una investigación realizada por Bados (2001) para la revista *Psicothema*, la Exposición in Vivo (EV) y la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) han demostrado su eficacia para el tratamiento de la agorafobia y sus componentes de ansiedad y evitación. En cuanto a la TCC se mejoran algunos aspectos agorafóbicos, por ejemplo la frecuencia o preocupación por el pánico, la interferencia y otros trastornos asociados como la ansiedad generalizada o síntomas depresivos. Asimismo, se ha demostrado que esta terapia ha obtenido mejores resultados en cuanto a recaídas y abandonos del tratamiento en comparación con la EV.

Por otro lado, la EV ha demostrado su eficacia en diversos estudios en comparación a lista de espera, concretamente los resultados han sido beneficiosos para ansiedad y evitación fóbica, así como la interferencia causada en la vida diaria. Además, en relación con otras técnicas empleadas, ha resultado mejor que la exposición en imaginación, técnicas cognitivas sin tener en cuenta la EV, el entrenamiento en asertividad, la autorrelajación y algunos psicofármacos (Bados, 2017)

Debido a la alta efectividad de la EV, algunas investigaciones han incorporado la tecnología en su plan de tratamiento para la agorafobia, incluyendo la Terapia de Exposición mediante Realidad Virtual (TERV), la cuál ha supuesto ciertas ventajas frente a algunas de las limitaciones que presenta la exposición in vivo como pueden ser las tasas de abandono y el

uso excesivo de psicofármacos (Roca, 2016). Asimismo, la TERV ha resultado beneficiosa para los pacientes con perfil agorafóbico, mejorando su adherencia terapéutica al considerarla una técnica segura, motivadora y como un paso previo a la EV (Peñate y Pitti, 2015)

La técnica de exposición presenta varios beneficios terapéuticos. En primer lugar, posibilita interrumpir o disminuir la asociación entre los estímulos internos o situaciones temidas y la respuesta de ansiedad. Asimismo, permite verificar la inexistencia de las consecuencias negativas que han sido anticipadas, desafiando y cuestionando las percepciones negativas previas. Además, facilita el aprendizaje de estrategias para gestionar y tolerar la ansiedad y los episodios de pánico. Y, por último, fomenta el desarrollo de la capacidad de aceptar las experiencias internas, tales como sensaciones, pensamientos y emociones, proporcionando herramientas para vivir la vida de manera más plena y satisfactoria (Bados, 2017)

La incorporación de la tecnología al tratamiento psicológico de la agorafobia también se ha investigado a través de Tratamiento Psicológico por Internet (TPI), que ha resultado de utilidad en pacientes con agorafobia grave o crónica, en los cuáles no es posible realizar un tratamiento en persona y, también, como una alternativa beneficiosa para pacientes con limitaciones de acceso a servicios de salud mental, especialmente aquellos con problemas de movilidad física o barreras geográficas (Roca, 2016).

Por otro lado, se han utilizado Terapias Contextuales o de Tercera Generación para el tratamiento de la agorafobia. En un estudio de caso realizado para Psicothema por Carrascoso (1999) se puso a prueba la eficacia de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) para el tratamiento de los trastornos de pánico y la agorafobia y se mostró tan efectiva como la TCC. En este contexto, la finalidad de la exposición no radica en disminuir la activación emocional ni someter a prueba las consecuencias temidas, se centra en el entrenamiento de la aceptación

de las experiencias internas, que abarcan sensaciones, pensamientos y emociones. El objetivo es desarrollar la capacidad de responder de manera más libre y flexible en presencia de estas experiencias, con el propósito de alcanzar los valores de cada persona en su vida, como señalan Hayes, Strosahl y Wilson (2011).

En la intervención de la agorafobia, se ha reconocido que el tratamiento con psicofármacos, como los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS) y los Inhibidores de los Recaptadores de Serotonina y Noradrenalina (IRSN), desempeñan un papel crucial. No obstante, es importante destacar que este enfoque terapéutico a menudo se ve afectado por altos índices de discontinuidad, falta de adherencia, abandonos y recidivas (Pitti et al., 2015).

Según Bandelow et al. (2017) en la atención primaria los trastornos de ansiedad, en los que se incluye la agorafobia, están infradiagnosticados y no se interviene en ellos como se debería. Por otro lado, la sobremedicación es un tema que sigue preocupando en la salud mental, sobre todo en los trastornos relacionados con la ansiedad y la depresión. Asimismo, se destaca la importancia de implementar nuevos enfoques de atención para prevenir el exceso de medicación, que deben priorizar un diagnóstico preciso de los consultantes, evaluar si verdaderamente es necesario prescribir un tratamiento farmacológico y considerar otras alternativas basadas en la evidencia cómo el tratamiento psicológico (Consejo General de la Psicología de España [INFOCOP], 2010).

El presente trabajo tiene cómo objetivo implementar un programa de intervención eficaz para el tratamiento de la agorafobia mediante una psicoterapia integradora, es decir, integrando varios enfoques terapéuticos. Además, se pretende realizar un protocolo de intervención por niveles y especificidades individuales de los pacientes con perfil agorafóbico.

En la actualidad, el enfoque en la práctica psicoterapéutica está orientado hacia la integración, buscando reunir los elementos específicos que componen las diversas terapias existentes y aplicarlos a los clientes desde enfoques individualizados. Esta aproximación integradora representa una actitud abierta y no dogmática, lo que permite a los psicoterapeutas ofrecer respuestas flexibles y creativas para abordar las diferentes problemáticas existentes en cada persona (Corsi, 2005). Esto se fundamenta en la premisa de que ningún modelo terapéutico individual es universalmente eficaz para todos los pacientes (Goldfried, 1995)

Objetivos

Objetivo general

Desarrollar un protocolo de intervención integrador para tratar los factores involucrados en la agorafobia en la franja de adolescencia tardía y en la vida adulta temprana, teniendo en cuenta las características individuales y combinando diferentes estrategias terapéuticas, con el propósito de mejorar la calidad de vida y la funcionalidad de los pacientes.

Objetivos específicos

1. Proporcionar a los profesionales sanitarios un protocolo con diferentes pautas de intervención adaptada.
2. Ayudar a los pacientes a reducir los síntomas y factores de riesgo asociados a la agorafobia a través de un programa multicomponente.
3. Reducir el impacto de los factores de riesgo y los síntomas en las actividades diarias de los participantes.

Metodología

El enfoque metodológico empleado para la elaboración del presente trabajo fue llevar a cabo una búsqueda exhaustiva que se describió de la siguiente manera:

En una primera fase, se realizó la identificación y selección de bases de datos pertinentes para la indagación, siendo estas Pubmed, Cochrane Library, PsycInfo y DialNet.

Posteriormente, se diseñó una estrategia de búsqueda que incluyó términos clave asociados al programa en desarrollo. La estrategia de búsqueda se formuló integrando los conceptos en inglés de agorafobia, intervención o tratamiento, y adolescentes o adultos jóvenes, previamente identificados en el tesoro y que aparecieran únicamente en título o resumen. Por otro lado, para conectar los términos en una misma búsqueda se utilizaron los operadores booleanos “AND” y “OR”. Adicionalmente, se refinaron los resultados de la búsqueda y se acotaron a los últimos 5 años. Asimismo, se recopiló información proveniente de artículos y manuales citados en las referencias de otros trabajos científicos relacionados.

En una etapa subsiguiente, se llevó a cabo una revisión preliminar de los resultados obtenidos, procediendo a la selección de artículos en base a sus títulos y resúmenes, incluyendo aquellos de mayor relevancia para la elaboración del programa de intervención, teniendo en cuenta posteriormente realizar una lectura exhaustiva de los artículos seleccionados. Esta fase culminó con la redacción y elaboración del programa de intervención propiamente dicho.

Intervención

Participantes

Este plan de intervención ha sido cuidadosamente estructurado para enfrentar los desafíos vinculados con la agorafobia y sus síntomas subclínicos. Por ello, con el propósito de mejorar la eficacia y la seguridad del programa, se han definido criterios de inclusión y exclusión que dirigirán la selección de participantes de manera precisa y minuciosa.

Criterios de inclusión

Síntomas relevantes. Se busca la participación de individuos que experimenten manifestaciones de sintomatología subclínica y/o diagnóstico de agorafobia.

Rango de edad y nacionalidad. No existen restricciones de nacionalidad y la participación está abierta a individuos entre 18 y 30 años de edad, franja de mayor incidencia de la agorafobia (APA, 2022), siempre y cuando cumplan con los demás criterios establecidos.

Criterios de exclusión

Condiciones psiquiátricas adicionales. Quedan excluidos aquellos participantes con diagnósticos de condiciones psiquiátricas graves que puedan interferir con la efectividad del programa y cuya sintomatología agorafóbica sea consecuencia secundaria del diagnóstico principal (esquizofrenia, trastorno límite de la personalidad, trastorno obsesivo-compulsivo, trastornos disociativos...)

Historial de sustancias adictivas. La participación se restringe a aquellos sin historial de abuso de sustancias, con la intención de garantizar así una interpretación clara de los resultados y la eficacia de la intervención.

Antecedentes médicos relevantes. Se considerarán los antecedentes médicos relevantes que puedan generar iatrogenesis o interactuar con componentes del programa (cardiovasculares, metabólicos, endocrinos y/o respiratorios). En caso de identificar a pacientes con tales características, se procederá a derivarlos a su médico de referencia para que evalúen la idoneidad de su participación en el programa y, en su caso, prescriban las medidas adecuadas.

Discapacidad cognitiva. La participación de individuos con discapacidad cognitiva que pueda dificultar su participación activa en las sesiones quedan excluidos.

Estos criterios, diseñados con precisión, aseguran una selección cuidadosa de participantes. Además, garantiza tanto la efectividad como la seguridad del programa de intervención en síntomas subclínicos o diagnóstico de agorafobia.

Desarrollo del programa de intervención

El programa se estructurará en tres grupos diferenciados según el nivel de gravedad y diagnóstico de los participantes, permitiendo aplicar una intervención específica para cada uno de los niveles según sus necesidades, optimizando así la efectividad de las estrategias terapéuticas implementadas. Asimismo, tras realizar la evaluación inicial, que será común a los tres niveles, el profesional que pretenda implementar este programa, decidirá en base a dicha evaluación la intervención más adecuada para el consultante (**anexo V**)

Nivel 1: Intervención para pacientes con síntomas subclínicos de agorafobia. Este programa es específico para aquellos individuos que presenten sintomatología ansiosa y/o evitativa asociada al espectro fóbico de la agorafobia, sin cumplir los criterios diagnósticos completos pero que genere interferencia en la vida cotidiana de los afectados. La intervención se centrará en la prevención y manejo de los síntomas transdiagnósticos con el objetivo de evitar la evolución hacia un trastorno clínico completo y mejorar su condición subclínica.

Nivel 2: Intervención para pacientes con diagnóstico de agorafobia sin trastorno de pánico. Se aplicará esta intervención con aquellos individuos que tras realizar la evaluación, han recibido un diagnóstico de agorafobia sin presencia de trastornos de pánico asociados. La intervención se dirigirá a abordar específicamente los aspectos característicos de la agorafobia y su sintomatología.

Nivel 3: Intervención para pacientes con diagnóstico de agorafobia con trastorno de pánico. Este nivel de tratamiento estará dirigido a individuos que cumplen con los criterios diagnósticos de agorafobia y presentan también la sintomatología requerida para ataques de pánico. La intervención estará enfocada desde una gestión integral de la agorafobia, incorporando estrategias utilizadas en los niveles anteriores y otras específicas para el tratamiento del trastorno de pánico.

Instrumentos

Entrevista ADIS-IV-L (Di Nardo et al., 1994; adaptación de Botella y Ballester 1997) (anexo VI). La adaptación de la "Anxiety Disorders Interview Schedule" (ADIS-IV) constituye una entrevista estructurada que se administra por parte del profesional, suministrando detalles descriptivos, funcionales y fisiológicos respecto a los trastornos que se están evaluando. Específicamente, la sección centrada en pánico y agorafobia analiza la ansiedad en situaciones fóbicas, recabando información acerca de la duración necesaria para alcanzar el nivel máximo de ansiedad en distintos entornos, sensaciones corporales, pensamientos y la convicción asociada a esos pensamientos, además del miedo, donde se incluye la evitación y la evolución de los ataques de pánico (Quero et al., 2020).

Escala de Gravedad del Trastorno de Pánico (Shear et al. 1992; traducción de Santacana et al. 2014) (anexo VII). La "Escala de Gravedad del Trastorno de Pánico" (PDSS) fue adaptada para la población española por Santacana et al. (2014). Este instrumento

constituye una herramienta autoadministrada breve diseñada con el propósito específico de medir la gravedad global del trastorno de pánico. Consta de siete ítems, cada uno evaluado en una escala tipo Likert que varía de 0 a 4, donde "0" representa la mínima y "4" la máxima gravedad de la sintomatología (Quero et al., 2020).

Inventario de Agorafobia (Echeburúa et al., 1992) (anexo VIII). El “Inventario de Agorafobia (IA)”, compuesto por 69 ítems, fue desarrollado en España tomando como base el *Cuestionario de Miedos* (Marks y Mathews, 1979), el *Inventario de Movilidad para la Agorafobia* (Chambless et al., 1985), el *Cuestionario de Cogniciones Agorafóbicas* (Chambless et al., 1984) y el *Cuestionario de Sensaciones Corporales* (Chambless et al., 1984).

La primera sección del inventario consta de tres subescalas, que evalúan las respuestas del paciente, abordando aspectos motores, psicofisiológicos y cognitivos, mediante puntuación de 0 a 5 puntos. En esta sección se evalúa la evitación de 33 situaciones tanto en contextos individuales como en situaciones acompañado, la frecuencia de 20 sensaciones corporales junto con el grado de temor asociado, y la frecuencia de 13 cogniciones que pueden surgir durante episodios de nerviosismo o miedo (Echeburúa et al., 1992)

La segunda sección analiza la variabilidad de las respuestas en función de factores que contribuyen al aumento o reducción de la ansiedad, permitiendo una evaluación individualizada (Bados, 2009)

Este inventario propone un punto de corte para diferenciar entre población sana y aquejada de agorafobia, estableciendo valores específicos en la escala global y las tres subescalas. El IA ha demostrado ser sensible para detectar cambios terapéuticos, especialmente con la terapia de exposición según investigaciones previas (Echeburúa et al., 1993).

Escala de Inadaptación (Echeburúa y Corral, 1987) (anexo IX). La “Escala de Inadaptación” es una herramienta que tiene como finalidad evaluar el impacto y la interferencia que puede tener un trastorno en diferentes áreas de la vida cotidiana, tales como el ámbito laboral o académico, social, tiempo libre, relación de pareja y entorno familiar. La puntuación de los ítems se realiza mediante una escala de tipo Likert de 6 puntos (1-6), siendo 6 la mínima puntuación que se puede obtener y 36 la máxima. Una puntuación más alta indica una menor adaptación y una mayor interferencia de la problemática con la vida diaria (Echeburúa et al., 2000)

Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA) (Miguel Tobal y Cano Vindel (1994) (anexo X). El “Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad” es una herramienta que consta de 224 ítems, los cuales resultan de la combinación de 22 situaciones y 24 respuestas representativas.

El propósito del ISRA es facilitar la evaluación de la reactividad de los tres sistemas de respuesta (cognitivo, fisiológico y motor) mediante la valoración de respuestas específicas ante situaciones concretas. Además, incluye una situación abierta que permite al sujeto describirla, siendo de gran utilidad en el ámbito clínico. Asimismo, busca medir cuatro áreas situacionales relacionadas con diferencias individuales: ansiedad ante la evaluación, ansiedad interpersonal, ansiedad fóbica y ansiedad ante situaciones habituales o de la vida cotidiana (Iruarrizaga et al., 1999)

Los participantes deben responder a los ítems utilizando una escala tipo Likert de 5 puntos, donde 0 significa "casi nunca" y 4 "casi siempre". Esta escala indica la frecuencia con la que cada respuesta se manifiesta frente a cada situación.

Escala de Calificación de Sesiones (SRS 3.0) (Miller et al., 2000) (anexo XI). La SRS 3.0 constituye una herramienta concisa diseñada para evaluar de manera integral la

alianza terapéutica, abordando cuatro dimensiones fundamentales: relación, objetivos y temas, enfoque o método, y aspectos generales. La evaluación se lleva a cabo mediante una escala visual analógica de 10 centímetros, donde el paciente indica su experiencia en la sesión mediante la colocación de una cruz o marca (Santángelo et al., 2021)

Contenido y actividades

Todos los bloques del nivel 1 se mantienen consistentes en los otros dos niveles de intervención. En consecuencia, se aborda de manera exhaustiva en el primer nivel, con la necesidad de considerarlos de manera pertinente en caso de que el plan de intervención sea implementado en alguno de los niveles subsiguientes. Asimismo, en el nivel 2 se añaden los bloques de: *exposición en realidad virtual* y *exposición in vivo*. Ambos bloques se mantienen también en el nivel 3. Por último, en el nivel 3 se añade exclusivamente el bloque de: *exposición interoceptiva*. Tanto en el nivel 2 como en el nivel 3, existe la posibilidad de realizar TPI.

Nivel 1. Intervención para pacientes con síntomas subclínicos de agorafobia.

Tabla 6

Bloque I. Evaluación inicial, psicoeducación y reestructuración cognitiva.

<u>Nº sesión y duración</u>	<u>Objetivos</u>	<u>Actividades y/o descripción</u>
Sesión 1 (1 hora y media)	Realizar la evaluación inicial y establecer alianza terapéutica	La sesión terapéutica consta de tres partes. En la primera, se realiza el saludo y presentación del terapeuta, explicando el proceso terapéutico y firmando el contrato de confidencialidad (anexo VI) y el consentimiento informado (anexo VII) para establecer un ambiente cómodo y de confianza. En la segunda parte, se lleva a cabo una anamnesis para obtener información sobre la vida del paciente, antecedentes familiares y eventos estresantes.

		Finalmente, se pide al paciente que complete la “Entrevista ADIS-IV-L” (Di Nardo et al. 1994) (anexo VIII) para evaluar un posible diagnóstico de agorafobia o la presencia de sintomatología subclínica.
Sesión 2 (1 hora y media)	Continuar con la evaluación inicial	<p>En la segunda sesión de evaluación se cumplimentan los cuestionarios restantes de la sección de “instrumentos”(anexos IX, X, XI, XII).</p> <p>El objetivo final del proceso de evaluación es asignar a los consultantes a un grupo específico de intervención según la gravedad de su problemática.</p>
Sesión 3 (1 hora)	Realizar una devolución de resultados y establecer conjuntamente los objetivos	<p>La sesión comienza con la retroalimentación de los resultados de la evaluación, así como determinar el análisis funcional de la conducta (anexo XIII) específico para el caso concreto y compartirlo con el paciente. Luego, se establecen objetivos a corto y largo plazo, explorando las expectativas del paciente sobre la terapia.</p> <p>En la última parte, se realiza una psicoeducación sobre los síntomas subclínicos, destacando la importancia de intervenir para prevenir que evolucione hacia un trastorno diagnóstico y fomentar la independencia del paciente.</p>
Sesión 4 (1 hora)	Psicoeducar en emociones y ansiedad (Peñate y Pitti, 2021).	<p>En la primera parte de la sesión, se ofrece psicoeducación sobre las emociones, abordando su naturaleza como respuestas psicofisiológicas a estímulos, la diversidad emocional y su función adaptativa en la experiencia humana. Se centrará sobre todo en el miedo, describiéndolo como una emoción básica vinculada a la percepción de amenazas. Se discuten tipos de miedo, incluyendo el realista y el irracional (Lega et al., 1997) (anexo XIV).</p> <p>En la última parte, se realiza psicoeducación sobre la ansiedad, explicando que es una respuesta emocional al miedo anticipado y diferenciando entre ansiedad adaptativa y desadaptativa (Barnhill, 2020) (anexo XV).</p>
Sesión 5 (1 hora)	Realizar una psicoeducación sobre agorafobia y	En esta sesión, se proporciona psicoeducación sobre la agorafobia (Bados, 2017) (anexo XVI) y los ataques de pánico (Roca, 2005) (anexo XVII).

	ataques de pánico (Peñate y Pitti, 2021).	<p>Se describe la agorafobia, se explica los síntomas de los ataques de pánico, se diferencia entre miedo y ansiedad común y un ataque de pánico y se discuten factores contribuyentes como experiencias traumáticas, estrés y evitación.</p> <p>Finalmente, se instruye al consultante sobre cómo realizar un autorregistro y se le asigna la tarea de llevar a cabo un registro de pensamientos, situaciones y emociones como tarea para casa (Caballo, 1997) (anexo XVIII)</p>
Sesión 6 (1 hora)	Llevar a cabo una reestructuración cognitiva (Peñate y Pitti, 2021).	<p>En esta sesión, se revisa la información proporcionada por el consultante para identificar pensamientos automáticos negativos asociados a situaciones temidas, patrones de evitación y respuestas emocionales debidas a la interpretación y establecer conexiones entre ellas. Asimismo se explicará en consulta los diferentes tipos de distorsiones cognitivas y algunos ejemplos (Moreno y Martín, 2008) (anexo XIX) y se contemplarán las más frecuentes en la agorafobia (Peñate y Pitti, 2021) (anexo XX). Por otro lado, se cuestiona la validez de estos pensamientos mediante el diálogo socrático y se fomentará una reflexión sobre patrones de pensamiento desadaptativos (Mateo, 2018) (anexo XXI)</p> <p>Por último, se enviará un nuevo autorregistro (Caballo, 1997) (anexo XXII), en el que el consultante pueda incluir ejemplos propios de cómo cambiar pensamientos negativos y disfuncionales a pensamientos más realistas y adaptativos y cómo influye esto en sus emociones.</p>

Tabla 12

Nivel 1. Bloque II. Evaluación intermedia y autoexposición in vivo.

<u>Nº sesión y duración</u>	<u>Objetivos</u>	<u>Actividades y/o descripción</u>
Sesión 7 (1 hora)	Revisar las tareas e introducción a la autoexposición in vivo (Bados, 2017)	Esta sesión comienza con la revisión de tareas y progreso, tanto los cambios en las respuestas emocionales como en los comportamientos ante situaciones temidas, con la intención ajustar las

estrategias terapéuticas según las necesidades individuales del paciente.

Durante la sesión se propondrá la exposición gradual y se explicarán los fundamentos de esta técnica y su eficacia en el tratamiento de los síntomas subclínicos de la agorafobia. Asimismo, se elaborará con el consultante una jerarquía gradual de situaciones que le dan miedo y/o ansiedad (Olivares- Olivares et al., 2016) (**anexo XXIII**) estas situaciones fueron clasificadas según la dificultad percibida, a través de las “*Unidades Subjetivas de Ansiedad (USAS)*”.

La exposición gradual busca habituación y reducción de ansiedad, comenzando con niveles iniciales del 20 sobre 100 y avanzando gradualmente. Si el consultante responde bien a un enfoque menos gradual, se puede empezar con un nivel de ansiedad del 50, aunque esto implique una exposición más prolongada (Bados, 2017).

En las tareas para casa, se asigna al consultante iniciar la autoexposición desde el ítem establecido de acuerdo con lo mencionado en el párrafo anterior y realizar un autorregistro cada vez que se autoexponga a un ítem (**anexo XXIV**) Asimismo, se explican estrategias como la respiración diafragmática lenta (García et al., 2011) (**anexo XXV**) y mindfulness (Yagüe et al., 2016), promoviendo la aplicación activa de habilidades terapéuticas en su vida cotidiana. El consultante puede afrontar la exposición acompañado y se permiten conductas de seguridad siempre y cuando estén especificadas en la jerarquía y esta se finalice en solitario y sin conductas de seguridad (Moreno y Martín, 2008)

<p>Sesión 8 (1 hora)</p>	<p>Ajustar los objetivos, continuar con la autoexposición in vivo y aplicar elementos de la Terapia de Aceptación y Compromiso (Bados 2017) y (Hayes et al., 2011).</p>	<p>En esta sesión, se abordan dudas y creencias irracionales en relación a las exposiciones realizadas, ajustando metas según la respuesta individual. Esto se realiza a través de metáforas.</p> <p>Se introducen elementos de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), enfocada en aceptar experiencias internas a pesar de la ansiedad al enfrentar situaciones temidas mientras se mantiene conectado con valores fundamentales a través de la metáfora del jardín</p>
------------------------------	---	--

		<p>(anexo XXVI). Esto se hace debido a un estudio de Vøllestad et al., (2012) que sugiere que las terapias basadas en la atención plena y la aceptación, especialmente cuando se combinan con TCC reducen considerablemente la ansiedad.</p> <p>Para finalizar, se solicita al paciente seguir exponiéndose gradualmente y enviar un autorregistro (anexo XXIV) al terapeuta al finalizar cada exposición</p>
<p>Sesión 9 (1 hora y media)</p>	<p>Proceder a la evaluación intermedia</p>	<p>En esta sesión se realiza una evaluación con la intención de evaluar si existen mejoras en el paciente en relación a las medidas obtenidas en el pretratamiento. De no ser así, deberán ajustarse los objetivos individuales planteados y considerar la asignación al siguiente nivel de mayor gravedad.</p> <p>Los instrumentos de esta evaluación serán los utilizados en el pretratamiento, exceptuando la anamnesis clínica.</p>

Tabla 15

Nivel 1. Bloque III. Consolidación y prevención de recaídas

<u>Nº sesión y duración</u>	<u>Objetivos</u>	<u>Actividades y/o descripción</u>
<p>Sesión 10 (1 hora)</p>	<p>Revisar dificultades de la exposición in vivo (Bados, 2017)</p>	<p>En esta sesión, se revisa el registro de exposición previo, destacando logros y desafíos. Asimismo, se reconoce y refuerza los éxitos para fomentar una actitud positiva hacia el progreso. Con esto, se discute cómo las exposiciones han contribuido al manejo de la ansiedad, promoviendo la independencia del consultante y se plantea la posibilidad de continuar realizando las autoexposiciones de forma independiente ofreciendo un seguimiento terapéutico a través de servicios de mensajería según sea necesario.</p>
<p>Sesión 11 (1 hora)</p>	<p>Consolidar y prevenir recaídas (White et al., 2013)</p>	<p>En esta sesión, se abordan posibles situaciones de riesgo de recaída, identificando desencadenantes a través del análisis funcional específico del consultante y revisando estrategias para</p>

afrontarlos, como graduar la jerarquía o buscar apoyo externo. Además, se propone la práctica de las estrategias de afrontamiento (respiración diafragmática lenta y mindfulness) mañana y noche. También se realiza una distinción entre contratiempo, recaída parcial y recaída total.

Tabla 16

Nivel 1. Bloque IV. Alta y seguimiento.

<u>Nº sesión y duración</u>	<u>Objetivos</u>	<u>Actividades y/o descripción</u>
Sesión 12 (1 hora y media)	Dar alta del consultante y realizar evaluación final	<p>En esta sesión, se revisa el progreso desde el inicio de la terapia, se repasan las estrategias de afrontamiento aprendidas y se asegura que el consultante esté listo para enfrentar desafíos de manera independiente. También, se discute la posibilidad de continuar con algunas sesiones de refuerzo según sea necesario, brindando apoyo continuo.</p> <p>Asimismo, una vez dada el alta al participante, se le solicita practicar diariamente 6 meses más y ampliar las situaciones de autoexposición. Además, cada mes, debe enviar el registro de exposición al terapeuta para ver su progreso o retroceso. El terapeuta deberá llamar al participante al recibir el registro. Para finalizar se realiza un compromiso con una persona allegada al participante para seguir su autoexposición (Bados, 2017)</p> <p>Por último, se destaca la resiliencia y esfuerzo del consultante, concluyendo con una evaluación final utilizando los instrumentos pretratamiento, excluyendo la anamnesis.</p>
Sesión 13 (1 hora y media)	Realizar seguimiento y evaluar (6 meses)	A los 6 meses del alta y la evaluación se realiza un seguimiento a través de los instrumentos utilizados antes del tratamiento. Además, se realiza la misma solicitud de trabajo que en la sesión anterior.
Sesión 14	Realizar seguimiento y	Se vuelve a realizar un seguimiento a los 12

(1 hora y media)	evaluar (12 meses)	meses, con el procedimiento establecido en la sesión de seguimientos a los 6 meses.
------------------	--------------------	---

Nivel 2: Intervención para pacientes con diagnóstico de agorafobia sin trastorno de pánico.

Tabla 17

Nivel 2. Bloque I. Evaluación inicial, psicoeducación y reestructuración cognitiva.

<u>Nº sesión y duración</u>	<u>Objetivos</u>	<u>Actividades y/o descripción</u>
Sesión 1 (1 hora y media)	Realizar la evaluación inicial y establecer alianza terapéutica	<i>Ver nivel 1, bloque I.</i>
Sesión 2 (1 hora y media)	Continuar con la evaluación inicial	<i>Ver nivel 1, bloque I.</i>
Sesión 3 (1 hora)	Realizar una devolución de resultados y establecer conjuntamente los objetivos	<i>Ver nivel 1, bloque I.</i>
Sesión 4 (1 hora)	Psicoeducar en emociones y ansiedad (Peñate y Pitti, 2021).	<i>Ver nivel 1, bloque I.</i>
Sesión 5 (1 hora)	Realizar una psicoeducación sobre agorafobia y ataques de pánico (Peñate y Pitti, 2021).	<i>Ver nivel 1, bloque I.</i>
Sesión 6 (1 hora)	Llevar a cabo una reestructuración cognitiva (Peñate y Pitti, 2021)	<i>Ver nivel 1, bloque I.</i>

Tabla 18

Nivel 2. Bloque II. Exposición mediante realidad virtual

<u>Nº sesión y duración</u>	<u>Objetivos</u>	<u>Actividades y/o descripción</u>
Sesión 7 (1 hora)	Familiarizar al consultante con la tecnología de realidad virtual y realizar una jerarquía de ítems (Peñate et al., 2008)	Se realiza una explicación y un acercamiento al equipo y se introducen situaciones temidas a la realidad virtual, creando una o varias jerarquía de ítems para la exposición a dichos escenarios (anexo XXIII), explicando al consultante cómo se procederá en las siguientes sesiones. Asimismo, se explicarán las técnicas de respiración y mindfulness mencionadas en el Nivel 1. Bloque II. Posteriormente, se llevará a cabo una revisión de dichas técnicas sin necesidad de repetir la explicación inicial
Sesiones 8- 12 (1 hora)	Iniciar la exposición gradual mediante realidad virtual a situaciones temidas y fomentar la aceptación de experiencias internas difíciles (Boeldt et al., 2019)	Se desarrolla la exposición mediante realidad virtual enfrentándose a los escenarios seleccionados de manera gradual y con características controlables por el terapeuta en cada sesión. Se comienza con el ítem correspondiente a 20 USAs en la jerarquía, y una vez el paciente se haya habituado y pueda permanecer dentro de cada escenario con un nivel de ansiedad adecuado entre 15 y 20 minutos se pasará a un nivel superior de la jerarquía, y así, progresivamente, hasta que se haya logrado enfrentarse a los escenarios previamente establecidos con un nivel de ansiedad adecuado.

Tabla 19

Nivel 2. Bloque III. Exposición in vivo.

<u>Nº sesión y duración</u>	<u>Objetivos</u>	<u>Actividades y/o descripción</u>
Sesión 13 (1 hora)	Extender la exposición a situaciones del mundo real del consultante	Se realiza una nueva jerarquía de ítems (anexo XXIII) para llevar a cabo la exposición in vivo en contextos cotidianos de la paciente con el acompañamiento del terapeuta o coterapeuta, con la función de aportar un feedback y un

		reforzamiento positivo y planteando las dificultades cómo oportunidades de aprendizaje (Moreno y Martín, 2008)
Sesiones 14-18 (1 hora)	Comenzar con la exposición in vivo según la jerarquía de ítems con el acompañamiento del terapeuta (Bados, 2017)	Se pauta con el consultante el primer ítem a abordar y se acude al escenario presencial donde se realizará la exposición. Cada una de estas sesiones tendrá una estructura similar: - Acordar el o los ítems de exposición a los que el consultante deberá exponerse ese día. - Exposición in vivo - Debate post-exposición sobre sensaciones tenidas, dificultades surgidas y rellenar el autorregistro de exposición (anexo XXIV)

Tabla 20

Nivel 2. Bloque IV. Evaluación intermedia y autoexposición in vivo.

<u>Nº sesión y duración</u>	<u>Objetivos</u>	<u>Actividades y/o descripción</u>
Sesión 19 (1 hora)	Revisar las tareas e introducción a la autoexposición in vivo (Bados, 2017)	<i>Ver nivel 1, bloque II.</i>
Sesión 20 (1 hora)	Ajustar los objetivos, continuar con la autoexposición in vivo y elementos de la Terapia de Aceptación y Compromiso (Bados 2017) y (Hayes et al., 2011).	<i>Ver nivel 1, bloque II</i>
Sesión 21 (1 hora y media)	Proceder a la evaluación intermedia	<i>Ver nivel 1, bloque II</i>

Tabla 21

Nivel 2. Bloque V. Consolidación y prevención de recaídas.

<u>Nº sesión y duración</u>	<u>Objetivos</u>	<u>Actividades y/o descripción</u>
Sesión 22 (1 hora)	Revisar dificultades de la exposición in vivo (Bados, 2017)	<i>Ver nivel 1, bloque III.</i>
Sesión 23 (1 hora)	Consolidar y prevenir recaídas (White et al., 2013)	<i>Ver nivel 1, bloque III.</i>

Tabla 22

Nivel 2. Bloque VI. Evaluación final, alta y seguimiento.

<u>Nº sesión y duración</u>	<u>Objetivos</u>	<u>Actividades y/o descripción</u>
Sesión 24 (1 hora y media)	Dar alta del consultante y realizar evaluación final	<i>Ver nivel 1, bloque IV.</i>
Sesión 25 (1 hora y media)	Realizar seguimiento y evaluar (6 meses)	<i>Ver nivel 1, bloque IV.</i>
Sesión 26 (1 hora y media)	Realizar seguimiento y evaluar (12 meses)	<i>Ver nivel 1, bloque IV.</i>

Nivel 3: Intervención para pacientes con diagnóstico de agorafobia con trastorno de pánico.

Tabla 23

Nivel 3. Bloque I. Evaluación inicial, psicoeducación y reestructuración cognitiva.

<u>Nº sesión y duración</u>	<u>Objetivos</u>	<u>Actividades y/o descripción</u>
Sesión 1	Realizar la	<i>Ver nivel 1, bloque I.</i>

(1 hora y media)	evaluación inicial y establecer alianza terapéutica	
Sesión 2 (1 hora y media)	Continuar con la evaluación inicial	<i>Ver nivel 1, bloque I.</i>
Sesión 3 (1 hora)	Realizar una devolución de resultados y establecer conjuntamente los objetivos	<i>Ver nivel 1, bloque I.</i>
Sesión 4 (1 hora)	Psicoeducar en emociones y ansiedad (Peñate y Pitti, 2021).	<i>Ver nivel 1, bloque I.</i>
Sesión 5 (1 hora)	Realizar una psicoeducación sobre agorafobia y ataques de pánico (Peñate y Pitti, 2021).	<i>Ver nivel 1, bloque I.</i>
Sesión 6 (1 hora)	Llevar a cabo una reestructuración cognitiva (Peñate y Pitti, 2021).	<i>Ver nivel 1, bloque I.</i>

Tabla 24

Nivel 3. Bloque II. Exposición interoceptiva.

<u>Nº sesión y duración</u>	<u>Objetivos</u>	<u>Actividades y/o descripción</u>
Sesión 7 (1 hora)	Introducir exposición interoceptiva (Baker-Morissette et al., 2005)	A través del registro enviado en la sesión anterior se ayuda al paciente a evaluar de forma realista la probabilidad de que las consecuencias temidas ocurran (anexo XXVII) En la sesión se psicoeduca al consultante en que la agorafobia con ataques de pánico a menudo están

		<p>ligados a sensaciones internas intensas. Por ello, se presenta la exposición interoceptiva y cómo esta ayuda a desvincular estas sensaciones del miedo, desarrollando tolerancia a la ansiedad, al enfrentar gradualmente estas sensaciones (Moreno y Martín, 2008)</p> <p>Se propone al paciente realizar ejercicios de exposición interoceptiva (anexo XXVIII) con la intención de saber cuáles son las sensaciones temidas por el consultante, su intensidad y miedo y si esas sensaciones se parecen a las que el consultante ha experimentado en sus ataques de pánico previos. (Moreno y Martin, 2008). Esto se realizará a través del siguiente registro, para proceder a realizar una jerarquía de sensaciones temidas (anexo XXIX)</p>
<p>Sesión 8 - 10 (1 hora)</p>	<p>Realizar ejercicios de exposición interoceptiva (Moreno y Martin, 2008)</p>	<p>En esta sesión se realizarán los ejercicios de exposición interoceptiva, siguiendo la jerarquía realizada en la sesión anterior. Además, se llevará un registro de cada ejercicio (anexo XXX) en la consulta.</p> <p>Los ejercicios se repiten hasta que deje de sentir miedo al notar las sensaciones corporales, con el propósito de debilitar la respuesta de miedo a las sensaciones corporales, a través de la habituación de la respuesta fisiológica de la ansiedad y el aprendizaje de que no se cumplen las expectativas de daño temidas (Moreno y Martín, 2008)</p>

Tabla 27

Nivel 3. Bloque III. Exposición mediante realidad virtual

<u>Nº sesión y duración</u>	<u>Objetivos</u>	<u>Actividades y/o descripción</u>
<p>Sesión 11 (1 hora)</p>	<p>Familiarizar al consultante con la tecnología de realidad virtual y realizar una jerarquía de ítems (Peñate et al., 2008)</p>	<p><i>Ver nivel 2, bloque II.</i></p>

Sesiones 12 - 16 (1 hora)	Iniciar la exposición gradual mediante realidad virtual a situaciones temidas y fomentar la aceptación de experiencias internas difíciles (Boeldt et al., 2019)	<i>Ver nivel 2, bloque II.</i>
---------------------------------	---	--------------------------------

Tabla 28

Nivel 3. Bloque IV. Exposición in vivo.

<u>Nº sesión y duración</u>	<u>Objetivos</u>	<u>Actividades y/o descripción</u>
Sesión 17 (1 hora)	Extender la exposición a situaciones del mundo real del consultante	<i>Ver nivel 2, bloque III.</i>
Sesiones 18-22 (1 hora)	Comenzar con la exposición in vivo según la jerarquía de ítems con el acompañamiento del terapeuta (Bados, 2017)	<i>Ver nivel 2, bloque III.</i>

Tabla 29

Nivel 3. Bloque V. Evaluación intermedia y autoexposición in vivo.

<u>Nº sesión y duración</u>	<u>Objetivos</u>	<u>Actividades y/o descripción</u>
Sesión 23 (1 hora)	Revisar las tareas e introducción a la autoexposición in vivo (Bados, 2017)	<i>Ver nivel 1, bloque II.</i>
Sesión 24 (1 hora)	Ajustar los objetivos, continuar con la autoexposición in vivo y elementos de la	<i>Ver nivel 1, bloque II</i>

	Terapia de Aceptación y Compromiso (Bados 2017) y (Hayes et al., 2011).	
Sesión 25 (1 hora y media)	Proceder a la evaluación intermedia	<i>Ver nivel 1, bloque II</i>

Tabla 30

Nivel 3. Bloque VI. Consolidación y prevención de recaídas.

<u>Nº sesión y duración</u>	<u>Objetivos</u>	<u>Actividades y/o descripción</u>
Sesión 26 (1 hora)	Revisar dificultades de la exposición in vivo (Bados, 2017)	<i>Ver nivel 1, bloque III.</i>
Sesión 27 (1 hora)	Consolidar y prevenir recaídas (White et al., 2013)	<i>Ver nivel 1, bloque III.</i>

Tabla 31

Nivel 3. Bloque VII. Evaluación final, alta y seguimiento.

<u>Nº sesión y duración</u>	<u>Objetivos</u>	<u>Actividades y/o descripción</u>
Sesión 28 (1 hora y media)	Dar alta del consultante y realizar evaluación final	<i>Ver nivel 1, bloque IV.</i>
Sesión 29 (1 hora y media)	Realizar seguimiento y evaluar (6 meses)	<i>Ver nivel 1, bloque IV.</i>
Sesión 30 (1 hora y media)	Realizar seguimiento y evaluar (12 meses)	<i>Ver nivel 1, bloque IV.</i>

Recursos materiales y humanos (anexo XXXI)

Equipos de Realidad Virtual. Para la exposición mediante esta tecnología será necesario disponer del equipo adecuado, como las gafas de realidad virtual y un programa específico para trabajar con esas situaciones, en este caso la “Amelia Virtual Care”.

Material educativo. Desarrollo de material educativo impreso para la psicoeducación, que incluya información sobre la agorafobia y sus componentes, técnicas de afrontamiento y estrategias de prevención de recaídas. Además, se utilizará para el envío de tareas a los participantes (folios, cartulinas, bolígrafo y pizarra)

Plataformas de comunicación para terapia online. Implementación de plataformas de comunicación online seguras para las sesiones de terapia virtual, asegurando una conexión estable y adecuada confidencialidad (Google Meet, Microsoft Teams...)

Psicólogos/as clínicos o sanitarios. Este programa de intervención está diseñado para ser aplicado por profesionales de la psicología habilitados en el ámbito sanitario o clínico que trabajen bajo un enfoque integrador, debido a que el programa de intervención emplea diferentes técnicas empleadas en diversas corrientes psicológicas. Estos profesionales tendrán que contar con los conocimientos y habilidades requeridas para el manejo de la realidad virtual.

Temporalización de las sesiones

Las sesiones comienza siendo semanales, el primer bloque de evaluación y psicoeducación será común a todos los niveles, las dos primeras, con el fin de realizar una evaluación exhaustiva lo antes posible tendrán una duración de 1 hora y media, las sesiones de intervención se reducirán a una hora cada una en todos los niveles. Conforme comienza el programa de tratamiento y se avanza con el proceso de terapia se espacian las sesiones a una

quincena para que los consultantes puedan aplicar lo trabajado en sesión a su rutina diario (anexo XXXII).

Evaluación de la intervención

Establecimiento de grupos

El establecimiento de grupos en este programa sigue un diseño cuasiexperimental, con el que se pretende estudiar el impacto de los diferentes tratamientos donde los participantes no han sido asignados siguiendo un criterio aleatorio (Anguera et al., 1995). Asimismo, la evaluación de este programa de intervención en agorafobia no incluirá un grupo de control debido a consideraciones éticas, ya que privar a participantes de una intervención beneficiosa se considera inaceptable éticamente, especialmente dado el riesgo señalado por la OMS (2019) de que la agorafobia podría evolucionar hacia una condición crónica sin tratamiento adecuado.

Variables

Las variables que se van a medir durante las evaluaciones son las siguientes: reactividad de los sistemas de respuesta cognitivo, fisiológico y motor; la ansiedad ante evaluación, ansiedad interpersonal, ansiedad fóbica y ansiedad ante situaciones habituales; impacto e interferencia en áreas como el ámbito laboral o académico, social, tiempo libre, relación de pareja y entorno familiar; la gravedad global del trastorno de pánico; la necesidad de estar acompañado/a; miedo, incluyendo la evitación, la frecuencia de sensaciones corporales y grado de temor asociado y la frecuencia de cogniciones durante episodios de nerviosismo o miedo.

Instrumentos y procedimientos de medida

Las medidas del programa de intervención se recopilan de manera constante por profesionales altamente cualificados en psicología. La evaluación del programa de intervención se realiza mediante la aplicación de entrevistas y cuestionarios detallados en la sección de "instrumentos".

Al final de cada bloque de tratamiento, se aplica la “Escala de Calificación de Sesiones” (Miller et al., 2000), para monitorear la alianza terapéutica y analizar la participación de los participantes, la ejecución de las sesiones y la conformidad con los psicólogos responsables, proporcionando una visión integral de la efectividad de la intervención en curso.

Momento y frecuencia de evaluaciones

La aplicación de estos instrumentos se realiza en tres momentos de la intervención: al inicio, a la mitad y al final del mismo. Además, se realizan seguimientos a los 6 y 12 meses después de la conclusión del programa para evaluar la eficacia a largo plazo y el mantenimiento de la reducción de la sintomatología subclínica y agorafóbica.

Limitaciones y conclusiones

En el transcurso de este trabajo, se ha explorado y propuesto un programa de intervención integral para la agorafobia, destacando la importancia crucial de dirigirse no únicamente al trastorno clínicamente diagnosticado, sino también a la sintomatología subclínica. La evidencia acumulada respalda la premisa de que intervenir en etapas tempranas, cuando los síntomas son incipientes, no solo puede prevenir la progresión hacia un trastorno más grave, sino que también puede mejorar significativamente la calidad de vida de los individuos afectados (Zimmerman et al., 2019).

La presente propuesta de intervención por niveles está elaborada para facilitar a los profesionales de la psicología clínica o sanitaria una guía de referencia para el tratamiento de la sintomatología transdiagnóstica y/o diagnóstico de agorafobia, centrada en abordar de manera integral esta compleja condición mediante la combinación de diversas técnicas terapéuticas. En consecuencia, la implementación de un enfoque integrador permite abordar tanto aspectos cognitivos como emocionales y conductuales de la agorafobia. Asimismo, se ha elaborado un riguroso plan de evaluación, empleando instrumentos con adecuadas propiedades psicométricas, de acuerdo con Caballo (1997) los protocolos de evaluación deben demostrar sensibilidad tanto en la detección temprana de la agorafobia como en la sensibilidad a los cambios derivados de intervenciones terapéuticas.

Se ha utilizado como principales técnicas interventivas en todos los niveles, la combinación de psicoeducación, la exposición de diferentes formas (autoexposición, exposición en realidad virtual, exposición in vivo y exposición interoceptiva), la respiración diafragmática y el empleo de metáforas y mindfulness característicos de la terapia de aceptación y compromiso.

A pesar de los avances y utilidad del presente trabajo, es crucial reconocer ciertas limitaciones que pueden influir en su aplicabilidad y que se deben tener en cuenta. En primer lugar, la elaboración del mismo ha sido realizada basándose en varios programas existentes, integrando varios enfoques respaldados por la evidencia y no en uno exclusivo y estandarizado, por ello, es preciso destacar que la combinación de intervenciones hace que sea más desafiante discernir qué elementos son los más efectivos o cuáles podrían necesitar ajustes específicos dentro del programa.

Por otro lado, hay que tener en cuenta que para aplicar los niveles 2 y 3 será necesario disponer de la tecnología de realidad virtual, lo que puede suponer una limitación y se debe

considerar la accesibilidad y la viabilidad económica para garantizar la aplicabilidad generalizada de la intervención. Asimismo, en relación con la utilización de la realidad virtual, a pesar de que puede resultar una herramienta valiosa para el control y graduación de los escenarios de exposición, se debe tener en cuenta que cada individuo tiene sus propios ítems que le generan ansiedad, por lo que existe una gran variabilidad entre pacientes y los escenarios pueden no ajustarse por completo a las necesidades de los consultantes. Además, la incorporación de esta herramienta puede presentar desafíos para ciertos pacientes, ya que su adaptación puede resultar complicada debido a la limitada familiaridad con la tecnología y dispositivos.

Asimismo, resulta limitante la variable y a veces impredecible naturaleza de la adherencia al tratamiento, la motivación y el compromiso de los participantes con la terapia, ya que plantea un desafío la consistencia en la participación activa en los diferentes bloques de tratamiento, así como discutir la importancia de acudir a las sesiones de mantenimiento y seguimiento. Por ello, se debe tener en cuenta la necesidad de implementar estrategias adicionales para intentar tratar esta variable en caso de que fuera necesario.

Por último, debido a la escasez de estudios sobre la tolerancia de diferentes grupos de edad y/o condiciones médicas a la herramienta de Realidad Virtual, se destaca la necesidad de incorporar medidas de evaluación de sensaciones como náuseas, mareos y desequilibrios (Quintana, 2015). Por ello, la inclusión de un cuestionario post-exposición podría ayudar a ajustar las sesiones terapéuticas antes de introducir la Terapia de Exposición en Realidad Virtual en el tratamiento, asegurando así una mejor tolerancia y efectividad terapéutica.

Referencias bibliográficas

American Psychiatric Association (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR* (4.th ed., text rev.). Editorial Médica Panamericana.

<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890420249.dsm-iv-tr>

American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-V* (5th ed.). Editorial Médica Panamericana

<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

American Psychiatric Association. (2022). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-V-TR* (5th ed., text rev.). Editorial Médica Panamericana

<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>

Anguera, M. T., Arnau, J., Ato, M., Martínez, R., Pascual, J., y Vallejo, G. (1995). *Métodos de investigación en psicología*. Madrid: Síntesis.

Ayala, A. E. G. (2012). Trastornos de ansiedad: agorafobia y crisis de pánico. *Farmacia profesional*, 26(6), 32-39. <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:173697775>

Bados, A. (2009). *Agorafobia y pánico: Naturaleza, evaluación y tratamiento*. Universat de Barcelona <http://hdl.handle.net/2445/6261>

Bados, A. (2017). *Agorafobia y pánico: Naturaleza, evaluación y tratamiento*. Universitat de Barcelona. <http://hdl.handle.net/2445/115723>

Bados, A. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la agorafobia. *Psicothema*, 13(3), 453–464. <https://doi.org/reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/7899>

Baker-Morissette, S., Spiegel, D.A. y Heinrichs, N. (2005). Sensation-focused treatment for panic disorder with moderate to severe agoraphobia. *Cognitive and Behavioral Practice*, 12, 17-29.

Bandelow, B., Michaelis, S., y Wedekind, D. (2017). Treatment of anxiety disorders. *Dialogues in clinical neuroscience*, 19(2), 93–107.

<https://doi.org/10.31887/DCNS.2017.19.2/bbandelow>

Barnhill, J. (2020). *Introducción a los trastornos de ansiedad*. Manual MSD.

Belloch, A., Sandín, B., y Ramos, F. (1995). *Manual de psicopatología*. McGraw-Hill Interamericana

Boeldt, D., McMahon, E., McFaul, M., y Greenleaf, W. (2019). Using Virtual Reality Exposure Therapy to Enhance Treatment of Anxiety Disorders: Identifying Areas of Clinical Adoption and Potential Obstacles. *Frontiers in psychiatry*, 10, 773.

<https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00773>.

Botella, C. y Ballester, R. (1997). *Trastorno de pánico: Evaluación y tratamiento*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.

Brown, T.A., Di Nardo, P.A. y Barlow, D.H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV Adult Version*. Oxford, UK: Oxford University Press

Caballo, V. (1997). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Siglo XXI.

Caballo, V., Salazar, I. y Carrobbles, J. (2014). *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* [2ª Edición]. Pirámide. <https://cutt.ly/X1XxQNY>

Carrascoso López, F. J. (1999). Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en el trastorno de angustia con agorafobia: Un estudio de caso. *Psicothema* 11(1), 1-12.

Chacón Delgado, E., Xatruch De la Cera, D., Fernández Lara, M., y Murillo Arias, R. (2021). Generalidades sobre el trastorno de ansiedad. *Revista Cúpula*, 35(1), 23-36.

Consejo General de la Psicología de España [INFOCOP] (28 de enero de 2010). La enfermedad de la prescripción en España y el uso racional de medicamentos.

<https://www.infocop.es/la-enfermedad-de-la-prescripcion-en-espana-y-el-uso-racional-de-medicamentos/>

Corsi, J. (2005). *Psicoterapia integrativa multidimensional*. México: Paidós.

COVID-19 Mental Disorders Collaborators. (2021). Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet*, 398(10312), 1700–1712.

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02143-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02143-7)

Echeburúa, E. (1993). *Evaluación y tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.

Echeburúa, E., Corral, P., y Fernández., J. (2000). Escala de Inadaptación: propiedades psicométricas en contextos clínicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26 (107), 325-340.

Echeburúa, E., Corral, P., García, E., Páez, D. y Borda, M. (1992). Un nuevo inventario de agorafobia (IA). *Análisis y Modificación de Conducta*, 18, 101-123.

García, E., Fusté, A., y Bados, A. (2011). *Manual de entrenamiento en respiración*. Barcelona: Universitat de Barcelona. <http://hdl.handle.net/2445/3941>

García Morilla, S. y Pérez Dominguez T. (2022). *Tu ansiedad bajo control*. Zenith.

García Sepulveda, R. (2011). Trastornos ansiosos y depresivos en adolescentes. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(1), 77-84.

Goldfried, M. R. (1995). *De la terapia cognitivo-conductual a la psicoterapia de integración*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Hayes, S.C., Strosahl, K.D. y Wilson, K.G. (2011). *Acceptance and Commitment Therapy: The process and practice of mindful change* (2a ed). Nueva York: Guilford.

Iruarrizaga, I., Gómez, J., Criado, T., Zuazo, M., y Sastre, E. (1999). Reducción de la ansiedad a través del entrenamiento en habilidades sociales. *Revista electrónica de motivación y emoción*, 2(1), 169-180.

Jonge, P., Roest, A. M., Lim, C. C.W., Florescu, S. E., Bromet, E. J., Stein, D. J., Scott, K. M. (2016). Cross-national epidemiology of panic disorder and panic attacks in the world mental health surveys. *Depression and Anxiety*, 33, 1155-1177.

Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Chatterji, S., Lee, S., y Ustün, T. B. (2009). The WHO World Mental Health (WMH) Surveys. *Psychiatrie (Stuttgart, Germany)*, 6(1), 5-9.

Kessler, R. C., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., y Wittchen, H.-U. (2012). Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *International journal of methods in psychiatric research*, 21(3), 169–184. <https://doi.org/10.1002/mpr.1359>

Lega L., Caballo, V. y Ellis, A.(1997). Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual. Madrid, Siglo XXI de España Editores, 1997. *Revista Latinoamericana De Psicología*, 29, 511-512.

Marrero, R. R., y del Rivero, E. D. P. F. (2019). Trastornos de ansiedad. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(84), 4911-4917. <https://doi.org/10.1016/j.med.2019.07.001>

Mateo, T. (19 de Marzo de 2018). *El diálogo socrático: cómo deshacerte de pensamientos negativos*. Inspide.

<https://www.inspide.es/dialogo-socratico-deshacerte-pensamientos-negativos/>

Miguel Tobal, J.J. y Cano Vindel, A. (1994). *Manual del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad -ISRA-*. (Tercera edición ampliada con nuevos estudios psicométricos y nuevos baremos) Madrid: TEA.

Miller, S. D., Duncan, B. L., y Johnson, L. D. (2000). *The session rating scale 3.0*. Chicago, IL: Authors.

Moreno, P. y Martín, J. C. (2008). *Tratamiento psicológico del trastorno de pánico y la agorafobia. Manual para terapeutas*. Desclee de Brouwer.

Mowrer, O. H. (1947). On the dual nature of learning—a re-interpretation of "conditioning" and "problem-solving." *Harvard Educational Review*, 17, 102–148.

Olivares-Olivares, P. J., Costa Moreno, F. J. y Olivares, J. (2016). Evaluación y tratamiento de un caso de agorafobia sin trastorno de pánico. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental*, 4(1), 1-13.

Organización Mundial de la Salud. (1992). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas de salud conexos* (10ª ed.).

Organización Mundial de la Salud. (2019). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas de salud relacionados* (11ª ed.). <https://icd.who.int/>

Peñate, W., Pitti, C.T. (2021). Tratamiento de la agorafobia. Aplicaciones clínicas de las técnicas de exposición a realidad virtual. 2a edición actualizada. [Archivo PDF].

<https://gabinetepsicologicodeterapiasbreves.com/wp-content/uploads/2023/03/TRATAMIEN>

[TO-DE-LA-AGORAFOBIA.-APLICACIONES-CLINICAS-DE-LAS-TECNICAS-DE-EXPOSICION-A-REALIDAD-VIRTUAL-2a-Edicion-actualizada.pdf](#)

Peñate, W., Pitti, C. T., Bethencourt, J. M., de la Fuente, J., y Gracia, R. (2008). The effects of a treatment based on the use of virtual reality exposure and cognitive-behavioral therapy applied to patients with agoraphobia. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(1), 5–22

Petot, D. (2004). L'angoisse de séparation infantile est-elle le précurseur de l'agoraphobie et de l'attaque de panique? *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 52, 78-84.

Pitti, C. T., Peñate, W., de la Fuente, J., Bethencourt, J. M., Roca-Sánchez, M. J., Acosta, L., Villaverde, M. L., y Gracia, R. (2016). The combined use of virtual reality exposure in the treatment of agoraphobia. *Actas españolas de psiquiatría*, 43(4), 133–141.

Quero, S., Díaz-García, A., López-Montoyo, A., Bretón-López, J., Serrano-Zárate, B., Díaz-García, A., y Botella, C. (2020). *Prácticas de PS1034: Evaluación e Intervención Clínica*. Publicacions de la Universitat Jaume I. <https://doi.org/10.6035/Sapientia167>

Quintana, P., Bouchard, S., Serrano, B., & Cárdenas-López, G. (2015). Los efectos secundarios negativos de la inmersión con realidad virtual en poblaciones clínicas que padecen ansiedad. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 19(3), 197–207. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.19.num.3.2014.13901>

Ramírez, F. B., Misol, R. C., Alonso, M. D. C. F., García, J. L. T., y del PAPPs, G. D. S. M. (2020). Salud mental en epidemias: una perspectiva desde la Atención Primaria de Salud española. *Atención primaria*, 52, 93-113. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.09.004>

Roca, E. (2008). *Como superar el pánico: con o sin agorafobia. Programa de autoayuda*. ACDE Ediciones

Roca, M., Gili, M., Garcia-Garcia, M., Salva, J., Vives, M., Campayo, J. (2009). Prevalence and comorbidity of common mental disorders in primary care. *Journal of Affective Disorders*, 119, 52-58.

Roca Sánchez, M.J. (2016). *Evaluación de la aceptabilidad y efectividad de un programa de telesalud para pacientes y profesionales, para el tratamiento de la agorafobia*. [Tesis de Doctorado, Universidad de Granada]. <http://hdl.handle.net/10481/44473>

Santacana, M., Fullana, M. A., Bonillo, A., Morales, M., Montoro, M., Rosado, S., Guillamat, R., Vallès, V., Pérez, V., y Bulbena, A. (2014). Psychometric properties of the Spanish self-report version of the panic disorder severity scale. *Comprehensive psychiatry*, 55(6), 1467–1472. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.04.007>

Santángelo, P. R., Conde, K., Schupp, H., y Paoloni, N. (2021). Evaluación en Psicoterapia: Propiedades Psicométricas de la versión Argentina de la Escala de Calificación de Resultados y la Escala de Calificación de Sesiones. *Revista de psicoterapia*, 32(119), 165-180.

Shear, M. Katherine, Timothy A. Brown, Diane E. Sholomskas, David H. Barlow, Jack M. Gorman, Scott Woods y Marylène Cliotre. 1992. *Panic Disorder Severity Scale (PDSS)*. Pittsburgh, PA: Department of Psychiatry, University of Pittsburgh School of Medicine.

Subdirección General de Información Sanitaria (2020). *Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria*. Madrid: Ministerio de Sanidad.

https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud_mental_datos.pdf

Vøllestad, J., Nielsen, M. B. y Nielsen, G. H. (2012). Mindfulness- and acceptance-based interventions for anxiety disorders: *A systematic review and meta-analysis*. *British Journal of Clinical Psychology*, 51(3), 239-260.

White, K.S., Payne, L. A., Gorman, J.M., Shear, M.K., Woods, S. W., Saksa, J. R. y Barlow, D.H. (2012). Does maintenance CBT contribute to long-term treatment response of panic disorder with or without agoraphobia? A randomized controlled clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81, 47-57.

Wilson, K. G. y Luciano, M. C. (2002): *Terapia de Aceptación y Compromiso. Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.

Wittchen, H-U., Nocon, A., Beesdo, K., Pine, D.S., Hofler, M., Lieb, R. y Gloster, A.T. (2008). Agoraphobia and panic: Prospective-longitudinal relations suggest a rethinking of diagnostic concepts. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77, 147-157.

Yagüe, L., Sánchez-Rodríguez, A. I., Mañas Mañas, I., Gómez Becerra, I., y Franco Justo, C. (2016). Reducción de los síntomas de ansiedad y sensibilidad a la ansiedad mediante la aplicación de un programa de meditación mindfulness. *Psychology, Society & Education*, 8(1), 23-37

Zimmermann, M., Chong, A. K., Vechiu, C., y Papa, A. (2019). Modifiable risk and protective factors for anxiety disorders among adults: A systematic review. *Psychiatry research*, 285, 112705. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112705>

Anexos

Anexo I. Tabla 1. Criterios Diagnósticos para el trastorno de angustia con agorafobia DSM-IV-TR...	52
Anexo II. Tabla 2. Criterios Diagnósticos Agorafobia DSM-IV-TR.....	53
Anexo III. Tabla 3. Criterios Diagnósticos Agorafobia CIE-10.....	54
Anexo IV. Tabla 4. Criterios diagnósticos agorafobia DSM-V.....	55
Anexo V. Tabla 5. Baremos de asignación a niveles.....	56
Anexo VI. Contrato de confidencialidad.....	57
Anexo VII. Consentimiento informado.....	58
Anexo VIII. Evaluación 1. Evaluación de trastornos de pánico y agorafobia. Entrevista estructurada de los trastornos de ansiedad según el DSM-IV (ADIS-IV-L).....	59
Anexo IX. Evaluación 2. Inventario de Agorafobia.....	68
Anexo X. Evaluación 2. Escala de Gravedad del Trastorno de Pánico.....	74
Anexo XI. Evaluación 3. Escala de Inadaptación (EI).....	78
Anexo XII. Evaluación 4. Escala de Calificación de la Sesión.....	80
Anexo XIII. Tabla 7. Nivel 1. Bloque 1. Sesión 3. Análisis funcional de la conducta de agorafobia...	81
Anexo XIV. Figura 1. Nivel 1. Bloque 1. Sesión 4. Modelo ABCDE de la terapia racional emotivo-conductual.....	82
Anexo XV. Figura 2. Nivel 1. Bloque 1. Sesión 4. Curva de la ansiedad.....	83
Anexo XVI. Figura 3. Nivel 1. Bloque 1. Sesión 5. Modelo explicativo de la agorafobia.....	84
Anexo XVII. Figura 4. Nivel 1. Bloque 1. Sesión 5. Modelo explicativo de los ataques de pánico.....	85
Anexo XVIII. Tabla 8. Nivel 1. Bloque 1. Sesión 5. Hoja de autorregistro de pensamientos ABC.....	86
Anexo XIX. Tabla 9. Nivel 1. Bloque 1. Sesión 6. Distorsiones cognitivas, sus definiciones y ejemplos.....	87
Anexo XX. Tabla 10. Nivel 1. Bloque 1. Sesión 6. Distorsiones cognitivas más frecuentes en las personas con agorafobia.....	90

Anexo XXI. Nivel 1. Bloque 1. Sesión 6. Pasos para realizar el diálogo socrático.....	91
Anexo XXII. Tabla 11. Nivel 1. Bloque 1. Sesión 6. Hoja de autorregistro de pensamientos disfuncionales.....	92
Anexo XXIII. Tabla 13. Nivel 1. Bloque 2. Sesión 7. Jerarquía de ítems para la exposición.....	93
Anexo XXIV. Tabla 14. Nivel 1. Bloque 2. Sesión 7. Registro de tareas de exposición.....	94
Anexo XXV. Nivel 1. Bloque 2. Sesión 8. Respiración diafragmática lenta.....	95
Anexo XXVI. Nivel 1. Bloque 2. Sesión 8. Metáfora del jardín.....	96
Anexo XXVII. Nivel 3. Bloque 2. Sesión 7. Ejemplos de experimentos conductuales para trastorno de pánico.....	97
Anexo XXVIII. Nivel 3. Bloque 2. Sesión 8. Ejercicios de exposición interoceptiva.....	98
Anexo XXIX. Tabla 25. Nivel 3. Bloque 2. Sesión 8. Registro de Sensaciones Corporales.....	99
Anexo XXX. Tabla 26. Nivel 3. Bloque 2. Sesión 8. Registro de Afrontamiento de Sensaciones Corporales.....	100
Anexo XXXI. Tabla 32. Presupuesto.....	101
Anexo XXXII. Tabla 33. Temporalización de las sesiones.....	102

**Anexo I. Tabla 1. Criterios Diagnósticos para el trastorno de angustia con agorafobia
DSM-IV-TR**

A) Se cumplen (1) y (2)

- 1) Crisis de angustia inesperadas recidivantes.
 - 2) Al menos una de las crisis se ha seguido durante un mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas:
 - (a) Inquietud persistente por la posibilidad de tener más crisis
 - (b) Preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias (por ej., perder el control, sufrir un infarto de miocardio, «volverse loco»)
 - (c) Cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis
-

B) Presencia de agorafobia

C) Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

D) Las crisis de angustia no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, como por ejemplo fobia social (p. ej., aparecen al exponerse a situaciones sociales temidas), fobia específica (p. ej., al exponerse a situaciones fóbicas específicas), trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., al exponerse a la suciedad cuando la obsesión versa sobre el tema de la contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., en respuesta a estímulos asociados a situaciones altamente estresantes), o trastorno por ansiedad por separación (p. ej., al estar lejos de casa o de los seres queridos).

Anexo II. Tabla 2. Criterios Diagnósticos Agorafobia DSM-IV-TR

Nota: No se registra la agorafobia en un código aislado. Codificar el diagnóstico del trastorno específico en que aparece la agorafobia (p. ej., F40.01 Trastorno de angustia con agorafobia [300.21] [pág. 411] o F40.00 Agorafobia sin historia de trastorno de angustia [300.22] [pág. 414]).

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

Nota: Considerar el diagnóstico de fobia específica si el comportamiento de evitación se limita a una o pocas situaciones específicas, o de fobia social si tan sólo se relaciona con acontecimientos de carácter social.

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

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

Anexo III. Tabla 3. Criterios Diagnósticos Agorafobia CIE-10

Agorafobia	F40.0
<p>El término "agorafobia" se utiliza aquí con un sentido más amplio que el original y que el utilizado aún en algunos países. Se incluyen en él no sólo los temores a lugares abiertos, sino también otros relacionados con ellos, como temores a las multitudes y a la dificultad para poder escapar inmediatamente a un lugar seguro (por lo general el hogar). El término abarca un conjunto de fobias relacionadas entre sí, a veces solapadas, entre ellos temores a salir del hogar, a entrar en tiendas o almacenes, a las multitudes, a los lugares públicos y a viajar solo en trenes, autobuses o aviones. Aunque la gravedad de la ansiedad y la intensidad de la conducta de evitación son variables, éste es el más incapacitante de los trastornos fóbicos y algunos individuos llegan a quedar completamente confinados en su casa. A muchos enfermos les aterra pensar en la posibilidad de poder desmayarse o quedarse solos, sin ayuda, en público. La vivencia de la falta de una salida inmediata es uno de los rasgos clave de muchas de las situaciones que inducen la agorafobia. La mayor parte de los afectados son mujeres y el trastorno comienza en general al principio de la vida adulta. Están presentes a menudo síntomas depresivos y obsesivos y fobias sociales, pero no predominan en el cuadro clínico. En ausencia de un tratamiento efectivo la agorafobia suele cronificarse, aunque su intensidad puede ser fluctuante.</p>	
Pautas para el diagnóstico	
<p>a) Los síntomas, psicológicos o vegetativos, son manifestaciones primarias de ansiedad y no secundarias a otros síntomas, como por ejemplo ideas delirantes u obsesivas.</p>	
<p>b) Esta ansiedad se limita o predomina en al menos dos de las siguientes situaciones: multitudes, lugares públicos, viajar lejos de casa o viajar solo.</p>	
<p>c) La evitación de la situación fóbica es, o ha sido, una característica destacada.</p>	
<p>La presencia o ausencia de trastorno de pánico (F41.0) en la situación que induce la agorafobia en la mayoría de los casos puede ser recogida mediante un quinto carácter:</p>	
F40.00 Sin trastorno de pánico	
F40.01 Con trastorno de pánico	
<p>Incluye: Trastorno de pánico con agorafobia.</p>	

Anexo IV. Tabla 4. Criterios diagnósticos agorafobia DSM-V

Agorafobia	300.22 (F40.00)
A. Miedo o ansiedad intensa acerca de dos (o más) de las cinco situaciones siguientes: <ol style="list-style-type: none">1. Uso del transporte público (p. ej., automóviles, autobuses, trenes, barcos, aviones).2. Estar en espacios abiertos (p. ej., zonas de estacionamiento, mercados, puentes).3. Estar en sitios cerrados (p. ej., tiendas, teatros, cines).4. Hacer cola o estar en medio de una multitud.5. Estar fuera de casa solo.	
B. El individuo teme o evita estas situaciones debido a la idea de que escapar podría ser difícil o podría no disponer de ayuda si aparecen síntomas tipo pánico u otros síntomas incapacitantes o embarazosos (p. ej., miedo a caerse en las personas de edad avanzada, miedo a la incontinencia).	
C. Las situaciones agorafóbicas casi siempre provocan miedo o ansiedad.	
D. Las situaciones agorafóbicas se evitan activamente, requieren la presencia de un acompañante o se resisten con miedo o ansiedad intensa.	
E. El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantean las situaciones agorafóbicas y al contexto sociocultural.	
F. El miedo, la ansiedad o la evitación es continuo, y dura típicamente seis o más meses.	
G. El miedo, la ansiedad o la evitación causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.	
H. Si existe otra afección médica (p. ej., enfermedad intestinal inflamatoria, enfermedad de Parkinson), el miedo, la ansiedad o la evitación es claramente excesiva.	
I. El miedo, la ansiedad o la evitación no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental; por ejemplo, los síntomas no se limitan a la fobia específica, tipo situacional; no implican únicamente situaciones sociales (como en el trastorno de ansiedad social); y no están exclusivamente relacionados con las obsesiones (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), defectos o imperfecciones percibidos en el aspecto físico (como en el trastorno dismórfico corporal), recuerdo de sucesos traumáticos (como en el trastorno de estrés postraumático) o miedo a la separación (como en el trastorno de ansiedad por separación).	
Nota: Se diagnostica agorafobia independientemente de la presencia de trastorno de pánico. Si la presentación en un individuo cumple los criterios para el trastorno de pánico y agorafobia, se asignarán ambos diagnósticos.	

Anexo V. Tabla 5. Baremos de asignación a niveles.

Instrumentos	Baremos de asignación a niveles		
	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3
ADIS-IV-L	Presenta sintomatología agorafóbica pero no se cumplen los criterios diagnósticos.	Cumple los criterios diagnósticos para agorafobia pero no para trastorno de pánico.	Cumple los criterios diagnósticos tanto para agorafobia como para trastorno de pánico.
Escala de Gravedad del Trastorno de Pánico			Una puntuación alta en esta escala complementa el diagnóstico de trastorno de pánico
Inventario de Agorafobia	Puntuación global menor a 176	Puntuación en escala global igual o superior a 176	
Escala de Inadaptación	Interferencia en los diferentes ámbitos de la vida diaria		

Anexo VI. Contrato de confidencialidad.

Contrato de Confidencialidad

D./D^a _____ con DNI/NIE o
pasaporte _____ actuando en:

- Mi propio nombre
 Como padre/madre o tutor/a de/la menor _____ con DNI/NIE o
pasaporte _____

Acepto los servicios del/la psicólogo/a _____ con número de
colegiado _____ bajo las siguientes cláusulas:

Primero. Toda información recabada durante el proceso de evaluación e intervención, así como una vez terminado el proceso terapéutico, quedará en la más estricta confidencialidad.

Segundo. El/la terapeuta expondrá tanto las terapias y la efectividad de las mismas, así como los objetivos interventivos que se establezcan de forma conjunta con el/la paciente.

Tercero. El/la paciente da su consentimiento para que, en ocasiones necesarias, se pueda transmitir detalles a otros profesionales con el objetivo de dar una mayor calidad en el tratamiento. SI [] NO []

Cuarto. En ciertos momentos, y con la previa conformidad por parte del/la paciente, se autoriza la presencia en sesión de un alumno/a en prácticas. SI [] NO []

Quinto. El/la paciente acepta que el terapeuta haga uso de aplicaciones telemáticas para la comunicación y recordatorio de las citas en días previos.

Sexto. El/la paciente está conforme que una vez establecida el día y la hora de las citas, se agendarán y se comunicará de manera inmediata al propio paciente a través de un mensaje de Whatsapp o SMS.

Séptimo. El pago de las sesiones se realizará únicamente con efectivo, transferencia bancaria o bizum.

Octavo. Con 72 horas de antelación a la cita, el/la paciente aprueba recibir un segundo SMS a modo de recordatorio y confirmación. Es por esto último que el/la paciente se compromete a responder a dicho mensaje "confirmando" o "cancelando" su asistencia.

Noveno. Tanto paciente como terapeuta se comprometen en comunicar con 48 horas de antelación la anulación de las citas previstas. El incumplimiento de esta condición tendrá como efecto el pago de la sesión al terapeuta o el pago de la cantidad similar al paciente por parte del terapeuta.

En _____ a _____ de _____ 20__

Firma terapeuta

Firma paciente

Anexo VII. Consentimiento informado.

Consentimiento Informado

D./D^a _____ con DNI/NIE o pasaporte
_____ actuando en:

- Mi propio nombre
 Como padre/madre o tutor/a de/la menor _____ con DNI/NIE o pasaporte

Manifiesto que:

1. He recibido del psicólogo/a _____ con número de colegiado _____ toda la información necesaria, atendiendo a la confidencialidad, claridad y comprensión de la naturaleza de los objetivos, procedimientos, temporalidad y honorarios que se seguirán a lo largo de todo este proceso de intervención y/o evaluación de mi persona. Todo ello atendiendo a las obligaciones estipuladas por el Código Deontológico y normas deontológicas de la Psicología.
2. Quedo informado que el presente documento **podrá ser revocado libremente** en cualquier momento tanto por el paciente como por el profesional, según lo establecido en la legislación aplicable.
3. De igual modo, he sido informado/a de:
 - Que los datos que se recogen serán almacenados en el fichero de pacientes proporcionado por la plataforma virtual Doctoralia, cuyo único responsable de custodio y acceso es el responsable del tratamiento. Dicho fichero cumple con el Reglamento General de Protección de Datos (UE) 2016/676 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016, así como con la Ley Orgánica de Protección de Datos 3/2018, de 5 de diciembre.
 - Que los datos que se recogen tienen como única finalidad la elaboración de los documentos derivados de esta intervención profesional, su facturación, seguimiento posterior y las funciones propias de la actividad profesional que los justifica.
 - Que en cualquier momento, como titular de los datos, puedo ejercer mi derecho de acceso, rectificación, cancelación, oposición, olvido, portabilidad y limitación del tratamiento, dirigiéndose por escrito al profesional psicólogo antes indicado, en la dirección de correo electrónico _____
 - Así mismo, que el responsable del fichero ha adoptado las medidas de seguridad que están a su alcance para proteger la inviolabilidad de mis datos personales. Estos sólo podrán ser revelados a las autoridades pertinentes en caso de que sean requeridos y en conformidad a las disposiciones legales.

Teniendo en cuenta lo expresado en el presente documento, **autorizo y me comprometo** con el responsable del tratamiento a cumplir con las condiciones que me ofrece para que se lleve a cabo la intervención psicológica sobre mi persona, o sobre mi hijo/a en caso de ser menor. Por ello, **otorgo mi consentimiento** para que se realice dicha intervención, así como para que los datos sean incorporados a los ficheros antes mencionados para su tratamiento conforme a los fines especificados.

En _____ a _____ de _____ 20__

Firma terapeuta

Firma paciente

**Anexo VIII. Evaluación 1. Evaluación de trastornos de pánico y agorafobia. Entrevista
estructurada de los trastornos de ansiedad según el DSM-IV (ADIS-IV-L) (Di
Nardo, Brown y Barlow, 1994)**

Nombre: _____ Código/DNI: _____

Edad: ____ Género: Mujer Hombre. Entrevistador: _____

Diagnóstico: _____ Fecha: _____

AGORAFOBIA ADIS-IV-L

INFORMACIÓN INICIAL

1a. ¿Normalmente siente pánico en algunas situaciones o las evita porque es probable que sienta pánico en ellas?

SÍ ____ NO ____

Si la respuesta es SÍ, saltar a 2a.

1b. Si la respuesta es NO, ¿alguna vez ha sentido pánico en algunas situaciones o las ha evitado por sentir pánico?

SÍ ____ NO ____

Si la respuesta es **NO**, continuar en 1c.

¿Cuándo fue la última vez que le ocurrió esto?

Pasar a 2a.

1c. ¿Siente usted ansiedad al enfrentarse a situaciones debido al miedo a tener síntomas como diarrea, vómito, mareo, etc.?

SÍ ____ NO ____

Si la respuesta es **NO**, continuar en 1d.

¿Qué síntomas teme que van a aparecer en estas situaciones?

Pasar a 2a.

1d. ¿Alguna vez ha sentido usted ansiedad al enfrentarse a situaciones debido al miedo a tener síntomas como diarrea, vómito, mareo, etc.?

SÍ ____ NO ____

Si la respuesta es **SÍ**, ¿qué síntomas temía que aparecieran en estas situaciones?

¿Cuándo fue la última vez que esto ocurrió?

Si ha respondido NO a lo anterior y no hay historia de trastorno de pánico, pasar a FOBIA SOCIAL.

2a. Además de este episodio actual o más reciente en el que ha sentido ansiedad o ha evitado situaciones, ¿ha habido otros períodos de tiempo en los que ha sentido ansiedad o ha evitado situaciones debido a esas sensaciones?

SÍ ____ NO ____

Si la respuesta es **NO**, pasar a **VALORACIÓN DE SITUACIONES**.

2b. Antes de este episodio actual o más reciente en el que ha sentido ansiedad o ha evitado situaciones, ¿ha habido un período de tiempo considerable en el que se ha sentido cómodo en esas situaciones?

SÍ ____ NO ____

Si la respuesta es **NO**, pasar a **VALORACIÓN DE SITUACIONES**.

2c. ¿Cuánto tiempo pasó entre esos episodios?; ¿cuándo ocurrieron este/estos episodio/s?

VALORACIÓN DE SITUACIONES

Nota: Si hay evidencia de trastorno de pánico actualmente o en el pasado, obtener valoraciones de las actuales o pasadas situaciones agorafóbicas. Si el paciente sólo informa de un episodio de trastorno de pánico anterior, obtener valoraciones actuales o pasadas de las situaciones agorafóbicas (empezando con las valoraciones de agorafobia en el pasado). Las valoraciones sólo deben hacerse de la anticipación de pánico u otros síntomas (p. ej., diarrea). La ansiedad/evitación debida a otros problemas (p. ej., fobia específica o fobia social) debería valorarse como «0».

Utilizar la siguiente encuesta para valorar las situaciones:

¿Cuánta ansiedad siente/sentía al enfrentarse a esta situación?; ¿con qué frecuencia evita/evitaba esta situación?; ¿el estar acompañado por alguien hacía más cómodo el enfrentarse a la situación?

0	1	2	3	4	5	6	7	8
No evitación o escape/Ningún miedo		Raramente evitación o escape/Poco miedo		Evitación o escape ocasional/Miedo moderado		Evitación o escape frecuente/Miedo severo		Evitación o escape constante/Miedo extremo

	Actualidad		Pasado	
	M*	EV*	M	EV
a) Conducir distancias cortas				
b) Ir como pasajero en un coche				
c) Supermercados				
d) Centros comerciales				
e) Multitudes				
f) Transporte público (autobús, tren)				
g) Viajar en avión				
h) Visitas al médico/dentista				
i) Peluquero				
j) Hacer cola				
k) Pasear				
l) Puentes				

Si no hay evidencia de miedo o evitación en ninguna de esas situaciones, pasar a FOBIA SOCIAL.

EPISODIO ACTUAL

Si hay evidencia de que ha habido algún episodio anterior, introducir estas preguntas con:

Ahora quisiera preguntarle una serie de cuestiones sobre este episodio actual de ansiedad/evitación de situaciones que comenzó en: _____ (especificar mes/año).

1. ¿Lleva objetos consigo o realiza alguna conducta antes de salir para sentirse más cómodo? (Preguntar sobre señales de seguridad como medicinas, teléfono móvil, acceso a su coche, instrucciones de afrontamiento impresas/en libros, bebidas, objetos relacionados con ponerse enfermo en público —p. ej., pañuelos de papel—.)

2. ¿De qué forma la ansiedad/evitación de estas situaciones interfiere en su vida (p. ej., vida cotidiana, trabajo, vida social)?

Valore interferencia: _____ Malestar: _____

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Nada		Leve		Moderada		Severa		Muy Severa

3. Para este episodio actual, ¿cuándo empezó el miedo a estas situaciones? (Nota: si el paciente es ambiguo sobre la fecha de inicio, intentar averiguar información más específica, p. ej., vinculando el inicio del problema a acontecimientos vitales concretos o al primer ataque de pánico.)

Fecha de inicio: Mes: _____ Año: _____

1. Además de este episodio actual, ¿ha habido otros períodos de tiempo, diferentes y anteriores al actual, en el que ha sentido aprensión/ansiedad o ha evitado situaciones debido a esas sensaciones?

SÍ _____ NO _____

Si la respuesta es **SÍ**, volver atrás y preguntar 2b y 2c de la **INFORMACIÓN INICIAL**.

Si la respuesta es **NO**, pasar a **FOBIA SOCIAL**.

EPISODIOS PASADOS

Ahora quisiera preguntarle una serie de cuestiones sobre el episodio pasado de aprehensión/evitación de situaciones que comenzó en: _____ y acabó en _____ (especificar mes/año).

1. Enumere las fechas (inicio/remisión) que corresponda al/a los episodio/s sobre el/los que se pregunta:

Episodio pasado nº 1: DESDE _____ HASTA _____

Episodio pasado nº 2: DESDE _____ HASTA _____

2. ¿Llevaba objetos consigo o realizaba alguna conducta antes de salir para sentirse más cómodo?

N.º 1: _____

N.º 2: _____

3. ¿De qué forma la aprehensión/evitación de estas situaciones interfería en su vida (p. ej., vida cotidiana, trabajo, vida social)?

Valore interferencia/malestar:

N.º 1: _____

N.º 2: _____

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Nada		Leve		Moderada		Severa		Muy Severa

4. Para este episodio pasado, ¿cuándo empezó el miedo a estas situaciones? (Nota: Si el paciente es ambiguo sobre la fecha de inicio, intentar obtener información más específica, p. ej., vinculando el inicio del problema a acontecimientos vitales

concretos o al primer ataque de pánico.)

Fecha de inicio: N° 1: Mes: _____ Año: _____

N° 2: Mes: _____ Año: _____

5. ¿Cuándo la ansiedad/evitación de estas situaciones dejó de ser un problema?

¿Cuándo empezó a sentirse cómodo afrontando esas situaciones?

Fecha de remisión: N° 1: Mes: _____ Año: _____

N° 2: Mes: _____ Año: _____

a) ¿Puede recordar alguna razón por la que empezó a sentirse cómodo en esas situaciones otra vez?

N° 1: _____

N° 2: _____

6. Antes de este episodio pasado, ¿ha habido otros períodos de tiempo, anteriores a ese pasado, en los que ha sentido ansiedad o ha evitado situaciones debido a esas sensaciones?

SÍ _____ NO _____

Si la respuesta es **SÍ**, averiguar si ha habido algún episodio de evitación agorafóbica (utilizando los ítems de la **INFORMACIÓN INICIAL**); si es así, volver a administrar los ítems para el episodio pasado número 2.

Si la respuesta es **NO**, pasar a **FOBIA SOCIAL**.

Anexo IX. Evaluación 2. Inventario de Agorafobia (Echeburúa et al., 1992)

INVENTARIO DE AGORAFOBIA

E. Echeburúa y P. de Corral

NOMBRE Y APELLIDOS: _____ N°: _____

TERAPEUTA: _____ FECHA: _____

A. TIPOS DE RESPUESTAS

1. Respuestas motoras

A) Señale con qué frecuencia evita los lugares, medios de transporte o situaciones que se le indican a continuación debido al nivel de malestar que le producen. Utilice la escala siguiente:

- | | |
|----------------|------------------|
| 0 = Nunca | 3 = A menudo |
| 1 = Casi nunca | 4 = Casi siempre |
| 2 = A veces | 5 = Siempre |

Marque la puntuación correspondiente para cada situación o lugar en ambas condiciones: Solo y acompañado. No escriba nada si la situación planteada no se corresponde con su caso.

LUGARES	SOLO	ACOMPañADO
1. Grandes almacenes	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
2. Bares y restaurantes	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
3. Cines	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
4. Ascensores	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
5. Aparcamientos subterráneos	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
6. Iglesias	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5

7. Campos de fútbol o plazas de toros	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
8. Lugares altos	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
9. Playas	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
10. Espacios abiertos (monte, calles anchas,...)	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
11. Hospitales	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5

MEDIOS DE TRANSPORTE	SOLO	ACOMPANADO
1. Autobuses	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
2. Trenes	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
3. Aviones	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
4. Coches	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5

SITUACIONES	SOLO	ACOMPANADO
1. Salir a pasear	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
2. Alejarse de casa	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
3. Ir de vacaciones y viajar	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
4. Cruzar puentes y túneles	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
5. Acudir al médico	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
6. Ir a hacer una gestión en una ventanilla	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
7. Ir a visitar a unos amigos o familiares	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
8. Ir a buscar a los niños al colegio	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
9. Acudir a una reunión de vecinos	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
10. Asistir a una manifestación legal	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
11. Ir al trabajo diariamente	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
12. Hacer una cola	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
13. Asistir a fiestas o reuniones sociales	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
14. Discutir en casa ante los demás	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
15. Que la gente me mire	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5

16. Hacer la compra en el mercado o supermercado	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
17. Estar en la peluquería	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
18. Comer o beber con otras personas	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
19. Otras (especificuelas):	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5

B) Ahora, por favor, vuelva a leer la lista de estos síntomas y subraye los 5 lugares, medios de transporte y/o situaciones -entre todos los propuestos- que le crean mayor nivel de ansiedad y le dificultan más para su vida cotidiana.

2. Respuestas psicofisiológicas subjetivas

A) Señale la frecuencia con que experimenta y el grado de temor que le producen las sensaciones corporales que se indican a continuación y que pueden ocurrir cuando usted está nervioso o ante una situación temida. Utilice las escalas siguientes y no deje, por favor, ningún elemento sin contestar.

Escala de frecuencia	Escala de temor
0 = Nunca	0 = Nada
1 = Casi nunca	1 = Casi nada
2 = A veces	2 = Poco
3 = A menudo	3 = Bastante
4 = Casi siempre	4 = Mucho
5 = Siempre	5 = Muchísimo

SENSACIONES CORPORALES	FRECUENCIA	GRADO DE TEMOR
1. Taquicardia	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
2. Opresión torácica	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5

3. Pérdida de sensibilidad en brazos y piernas	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
4. Pérdida de sensibilidad en cualquier parte del cuerpo	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
5. Escalofríos u oleadas de calor	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
6. Mareos o vértigos	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
7. Visión nublada o borrosa	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
8. Náuseas y/o vómitos	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
9. Tener un nudo en el estómago	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
10. Flojera en las piernas	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
11. Sudoración	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
12. Sequedad de boca	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
13. Sentirse desorientado y confuso	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
14. Sensación de ahogo y sofoco	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
15. Desmayos	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
16. Temblores o estremecimientos	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
17. Diarreas	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
18. Dificultad para respirar o respiración agitada	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
19. Dolor de cabeza	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
20. Cansancio extremo	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
21. Otras (especificuelas)	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5

B) Ahora, por favor, vuelva a leer la lista de síntomas y subraye las 3 sensaciones corporales que le crean más dificultades en su vida cotidiana.

3. Respuestas cognitivas

A) Señale con qué frecuencia se le pasan por la cabeza cuando está usted nervioso o asustado las ideas que figuran a continuación. Utilice la escala siguiente:

- | | |
|----------------|------------------|
| 0 = Nunca | 3 = A menudo |
| 1 = Casi nunca | 4 = Casi siempre |
| 2 = A veces | 5 = Siempre |

1. Me voy a marear	0 1 2 3 4 5
2. Me voy a desmayar y a caer	0 1 2 3 4 5
3. A lo mejor tengo un tumor cerebral	0 1 2 3 4 5
4. Me va a dar un infarto	0 1 2 3 4 5
5. Me voy a morir	0 1 2 3 4 5
6. Voy a decir tonterías	0 1 2 3 4 5
7. Voy a volverme loco	0 1 2 3 4 5
8. Voy a perder el control	0 1 2 3 4 5
9. Voy a hacer daño a alguien	0 1 2 3 4 5
10. Voy a gritar	0 1 2 3 4 5
11. Voy a quedarme enfermo para toda la vida	0 1 2 3 4 5
12. Me voy a quedar paralizado por el miedo y no podré hacer nada	0 1 2 3 4 5
13. Voy a ser incapaz de volver a casa (o a un sitio seguro) por mi mismo	0 1 2 3 4 5
14. Otras (especifíquelas): _____	0 1 2 3 4 5

B) Ahora, por favor, vuelva a leer la lista y subraye los 3 pensamientos que le crean mayor nivel de ansiedad y le dificultan más para su vida cotidiana

B. VARIABILIDAD DE LAS RESPUESTAS

1) a) Señale con una X los factores concretos que contribuyen a **aumentar** la ansiedad que experimenta en los lugares, medios de transporte o situaciones que ha indicado anteriormente:

_____ La hora del día. Diga, en su caso, cuál: _____

_____ La cantidad de gente presente

_____ El calor y/o los ambientes cargados

_____ Las discusiones familiares

- _____ El estrés laboral
- _____ El pensar sobre sus problemas
- _____ Otros (especifíquelos): _____

b) Ahora, por favor, vuelva a leer la lista y subraye el factor que contribuye a aumentarle más la ansiedad.

2. a) Señale con una X los factores concretos que contribuyen a **reducir** la ansiedad que experimenta en los lugares, medios de transporte o situaciones que ha indicado anteriormente:

- _____ La compañía de su pareja
- _____ La presencia de su perro
- _____ Llevar consigo algún objeto. Especifique cuál: _____
- _____ El pensar en otra cosa y estar distraído
- _____ La compañía de un(a) amigo(a)
- _____ La hora del día. Diga, en su caso, cuál: _____
- _____ Beber alcohol
- _____ Comer algo
- _____ La ausencia de gente
- _____ Tomar pastillas. Diga, en su caso, cuáles: _____
- _____ La proximidad de un "lugar seguro" (casa, puerta de salida,..) Especifique cuál: _____
- _____ En el caso de trasladarse, hacerlo en coche
- _____ Otros (especifíquelos): _____

b) Ahora, por favor, vuelva a leer la lista y subraye el factor que contribuye a reducirle más la ansiedad.

Anexo X. Evaluación 2. Escala de Gravedad del Trastorno de Pánico (Shear et al. 1992; traducción de Labpsitec 2003)

**ESCALA DE GRAVEDAD DEL TRASTORNO DE PÁNICO
(PDSS)**

(Shear et al. 1992; traducción de Labpsitec 2003)

Cliente: _____ Código: _____
Terapeuta: _____ Fecha: _____

A continuación, le presentamos una serie de preguntas relacionadas con sus ataques de pánico. Marque con una cruz la respuesta que mejor explique cómo interfieren estos ataques en su vida.

1. ¿Cuántos ataques de pánico y crisis de síntomas limitados ha tenido durante la semana?
 0. Ni ataques de pánico ni crisis de síntomas limitados.
 1. Ligero: Ningún ataque de pánico y no más de una crisis de síntomas limitada al día.
 2. Moderado: Uno o dos ataques de pánico y/o múltiples crisis de síntomas limitados al día.
 3. Severo: Más de dos ataques de pánico, pero no más de uno al día en promedio.
 4. Extremo: Los ataques de pánico ocurrieron más de una vez al día la mayoría de días.

2. Si ha tenido algún ataque de pánico durante la semana pasada, ¿cuán desagradables (molestos, espantosos) fueron mientras estaban sucediendo? (si ha tenido más de uno saque un promedio entre ellos; si no ha tenido ningún ataque de pánico pero sí crisis de síntomas limitados, responda teniendo en cuenta estas crisis).
 0. En absoluto desagradables, o sin ataques de pánico ni crisis de síntomas limitados durante la semana pasada.

1. Ligeramente desagradable (no demasiado intenso).
 2. Moderadamente desagradable (intenso, pero manejable).
 3. Severamente desagradable (muy intenso).
 4. Extremadamente desagradable (extremo malestar durante todos los ataques).
3. Durante la semana pasada, ¿cuánto le ha preocupado o sentido ansiedad acerca de cuándo sería el próximo ataque de pánico o acerca de miedos relacionados con los ataques? (por ejemplo, que signifiquen que tiene problemas físicos o mentales, o que puedan avergonzarle en público).
0. No, en absoluto.
 1. Ocasional o tan solo ligeramente.
 2. Frecuentemente o de manera moderada.
 3. Muy a menudo o de una manera muy molesta.
 4. Prácticamente siempre y de manera muy molesta.
4. Durante la semana pasada, ¿hubo algún lugar o situación (por ejemplo, transportes públicos, cines, multitudes, puentes, túneles, centros comerciales o estar solo) que evitara o que temiera (que se sintiera incómodo, quisiera evitar o irse) por temor a tener un ataque de pánico? ¿Hay otras situaciones que haya evitado o que haya temido durante la semana por el mismo motivo? Si ha sido así, por favor, valore su nivel de miedo y evitación durante la semana pasada.
0. Ninguno. Ni miedo ni evitación.
 1. Ligero. Miedo y/o evitación ocasional, aunque normalmente pude controlar o aguantar la situación. Mi día a día apenas cambió debido a esto.
 2. Moderado. Miedo y/o evitación evidente, pero aún manejable. Evité algunas situaciones, pero pude afrontarlas en compañía. Mi día a día se vio ligeramente afectado, pero mi funcionamiento general no se resintió.
 3. Severo. Evitación considerable. Mi día a día se modificó notablemente a causa de la evitación, lo que me dificultó realizar actividades cotidianas.
 4. Extremo. Temor y/o evitación extremadamente incapacitante. Mi día a día se vio tan afectado que no realicé incluso tareas importantes.

5. Durante la semana pasada, ¿hubo alguna actividad (por ejemplo, ejercicio físico, relaciones sexuales, tomar un baño o una ducha calientes, beber café, mirar una película de acción o de miedo) que evitara o le diera miedo (que le resultara molesta, quisiera evitarla o detenerla) porque le generase sensaciones físicas similares a aquellas que siente durante los ataques de pánico o porque temiera que le provocara un ataque de pánico? ¿Hay otras actividades que, por ese mismo motivo, hubiera evitado, o le hubieran asustado si se hubieran presentado durante la semana? Si la respuesta es sí a cualquiera de las dos preguntas, por favor, valore el nivel de miedo y evitación hacia esas actividades durante la pasada semana.

0. Ni miedo ni evitación hacia actividades o situaciones debido a sensaciones físicas molestas.

1. Ligero. Miedo y/o evitaciones ocasionales que normalmente pude controlar o aguantar, aunque con ligero malestar. Son actividades que me generan sensaciones físicas. Mi día a día no se vio afectado debido a esto.

2. Moderado. La evitación era evidente pero manejable. Mi día a día se modificó, pero mi funcionamiento general no se vio afectado.

3. Severo. Evitación importante. Mi día a día se modificó de manera importante y afectó a mi funcionamiento.

4. Extremo. Evitación extremadamente incapacitante, mi día a día se vio tan afectado que no realicé ni las tareas importantes.

6. Durante la semana pasada, ¿en qué medida los síntomas que ha visto, en su conjunto (ataques de pánico, crisis de síntomas limitados y la preocupación por los ataques), han interferido con su habilidad para trabajar o llevar a cabo sus responsabilidades en el hogar? (si su trabajo o responsabilidades del hogar han sido inferiores a lo habitual durante la semana pasada, conteste en relación con lo que hubieran interferido en una semana normal).

0. Sin interferencia en el trabajo ni en las responsabilidades del hogar.

1. Ligera interferencia en trabajo o en las responsabilidades del hogar. Aun así pude hacer las cosas como las hubiera hecho sin tener esos problemas.

2. Interferencia significativa con el trabajo o las tareas del hogar. A pesar de eso pude hacer las cosas que tenía que hacer.

3. Interferencia importante en el trabajo o en las responsabilidades del hogar. Hubo varias cosas importantes que no pude hacer debido a estos problemas.
 4. Interferencia extremadamente incapacitante. En esencia fui incapaz de ocuparme del trabajo o de las responsabilidades del hogar.
7. Durante la semana pasada, ¿cuánto interfirieron en su vida social los ataques de pánico o las crisis de síntomas limitados, la preocupación por dichos ataques o el temor ante ciertas situaciones y actividades? (si durante la semana pasada no tuvo muchas oportunidades para socializar, responda cuánto cree que habría interferido de haberlas tenido).
0. Sin interferencia.
 1. Ligera interferencia con actividades sociales, pero pude hacer casi todo lo que haría sin haber tenido estos problemas.
 2. Interferencia significativa con actividades sociales, pero pude ser capaz de hacer la mayoría de cosas haciendo un esfuerzo.
 3. Interferencia importante en las actividades sociales. Hubo algunas actividades sociales que no pude hacer debido a estos problemas.
 4. Interferencia extremadamente incapacitante, tanto que prácticamente no hubo ninguna actividad social que pudiera hacer.

Anexo XI. Evaluación 3. Escala de Inadaptación (EI) (Echeburúa y Corral, 1987)

ESCALA DE INADAPTACIÓN (EI)

NOMBRE Y APELLIDOS: _____ N°: _____

TERAPEUTA: _____ FECHA: _____

Rodee con un círculo el número que mejor describa su situación actual acerca de los aspectos de su vida cotidiana que se le señalan a continuación.

Trabajo y/o Estudios

A causa de mis problemas actuales, mi funcionamiento en el trabajo y/o en los estudios se ha visto afectado:

0	1	2	3	4	5
Nada	Casi nada	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo

Vida social

A causa de mis problemas actuales, mi vida social habitual (relaciones de amistad con otras personas) se ha visto afectada:

0	1	2	3	4	5
Nada	Casi nada	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo

Tiempo libre

A causa de mis problemas actuales, mis actividades habituales en los ratos libres (salidas, cenas, excursiones, viajes, práctica deportiva, etc.) se han visto afectadas:

0	1	2	3	4	5
Nada	Casi nada	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo

Relación de pareja

A causa de mis problemas actuales, mi relación de pareja (o la posibilidad de encontrarla) se ha visto afectada:

0	1	2	3	4	5
Nada	Casi nada	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo

Vida familiar

A causa de mis problemas actuales, mi relación familiar en general se ha visto afectada:

0	1	2	3	4	5
Nada	Casi nada	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo

Escala global

A causa de mis problemas actuales, mi vida normal en general se ha visto afectada:

0	1	2	3	4	5
Nada	Casi nada	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo

Anexo XII. Evaluación 4. Escala de Calificación de la Sesión (Miller et al., 2000)

Escala de Calificación de la Sesión (SRS versión 3.0)

Nombre _____	Edad _____
(Años): _____	
ID # _____	Género: _____
Sesión N° _____ Fecha: _____	

Por favor indique cómo fue la sesión de hoy poniendo una marca vertical en la línea que más cerca se aproxime a su experiencia

Relación

I-----I

Metas y Temas

I-----I

Enfoque o Método

I-----I

En General

I-----I

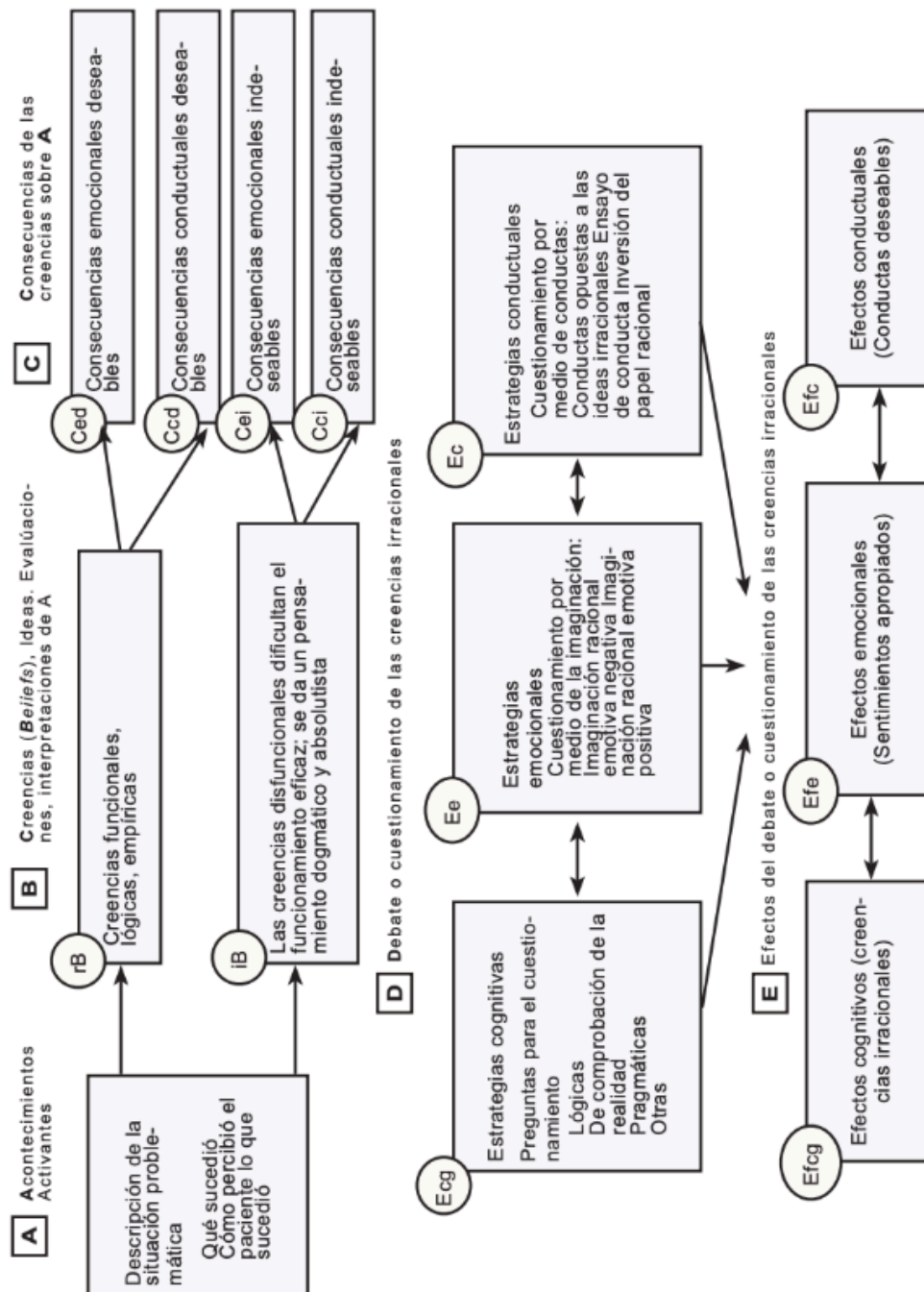
Better Outcomes Now

www.betteroutcomesnow.com

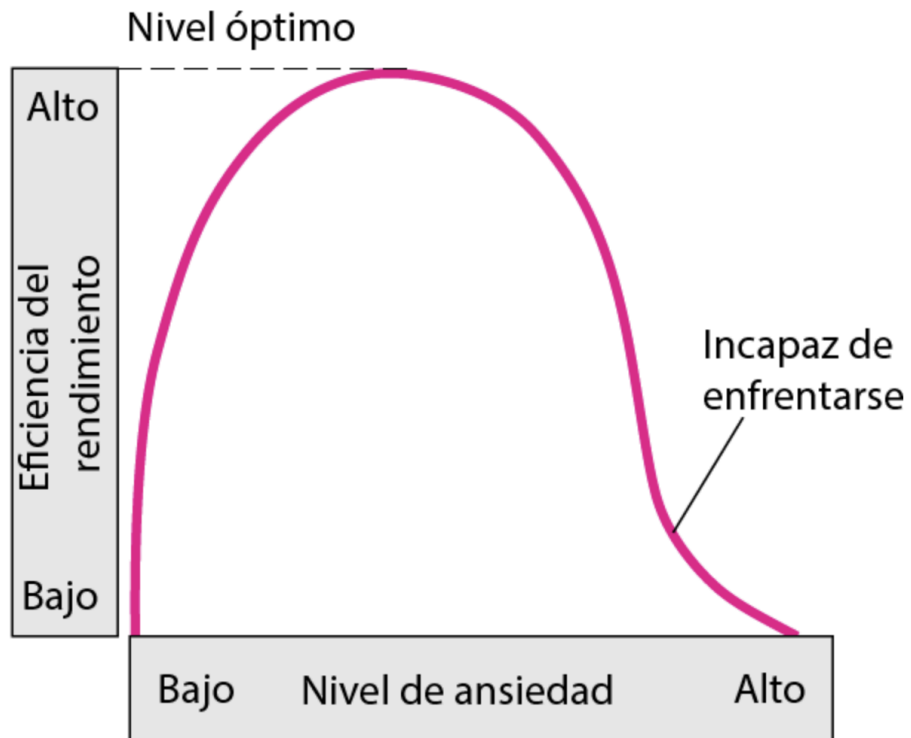
**Anexo XIII. Tabla 7. Nivel 1. Bloque 1. Sesión 3. Análisis funcional de la conducta de
agorafobia (Olivares-Olivares et al., 2016)**

Antecedentes	Respuestas	Consecuentes
	<p>- Motoras:</p> <p>- Fisiológicas:</p> <p>- Cognitivas:</p>	

Anexo XIV. Figura 1. Nivel 1. Bloque 1. Sesión 4. Modelo ABCDE de la terapia racional emotivo-conductual (Lega, Caballo y Ellis, 1997)

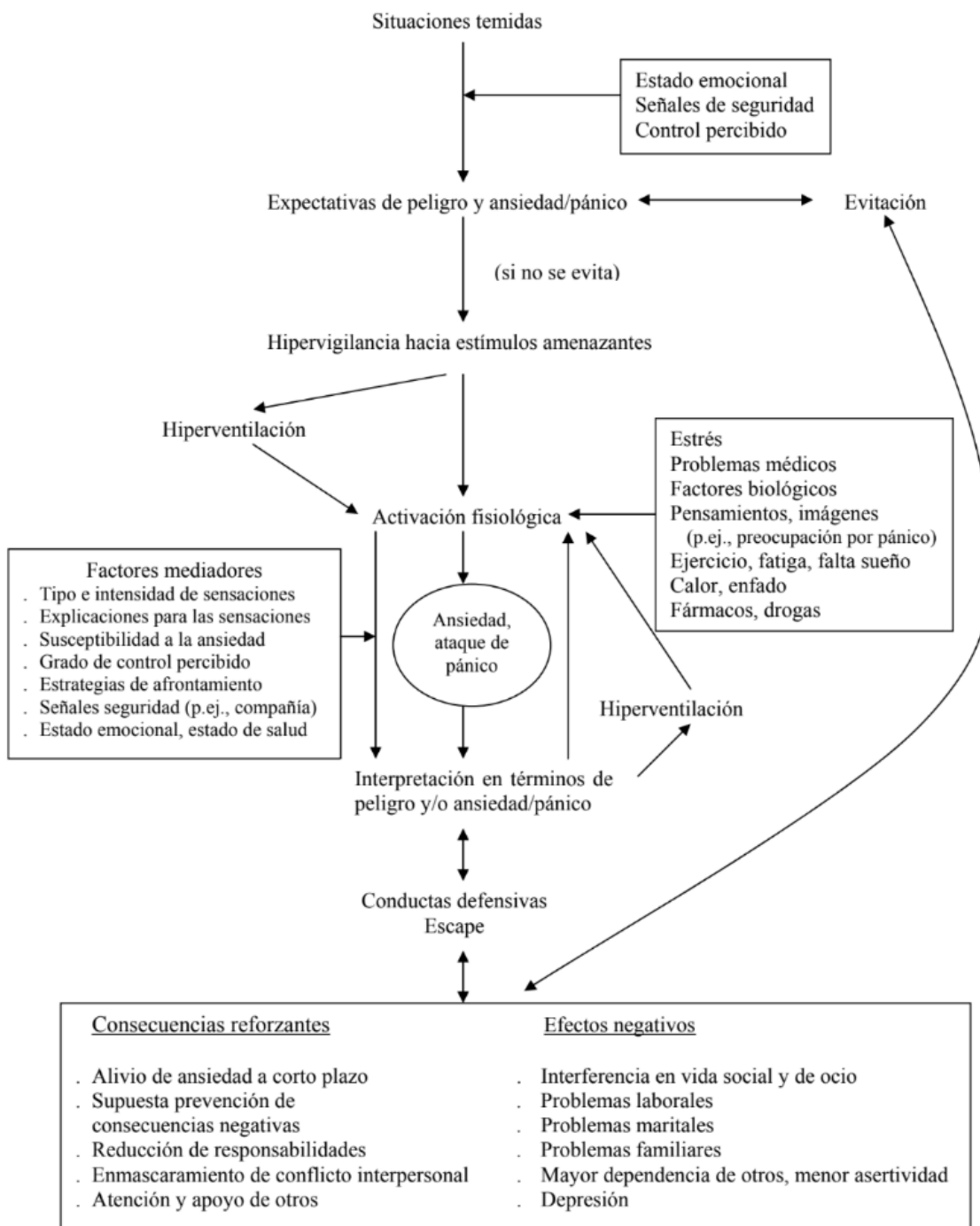


Anexo XV. Figura 2. Nivel 1. Bloque 1. Sesión 4. Curva de la ansiedad (Barnhill, 2020)

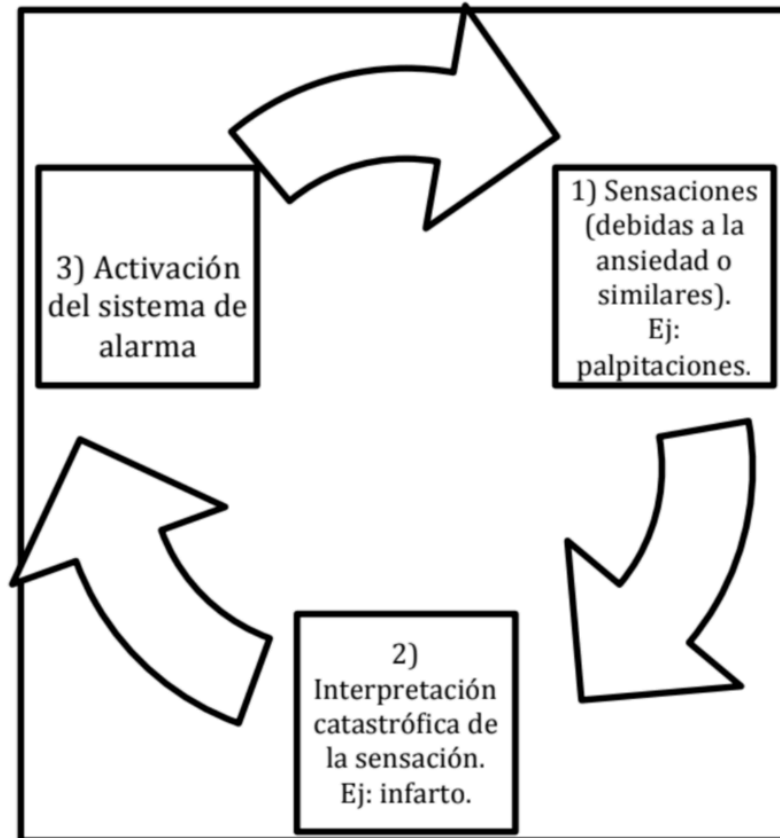


Anexo XVI. Figura 3. Nivel 1. Bloque 1. Sesión 5. Modelo explicativo de la agorafobia

(Bados, 2017)



Anexo XVII. Figura 4. Nivel 1. Bloque 1. Sesión 5. Modelo explicativo de los ataques de pánico (Roca, 2005)



**Anexo XVIII. Tabla 8. Nivel 1. Bloque 1. Sesión 5. Hoja de autorregistro de
pensamientos ABC (Caballo, 1997)**

Día y hora	Situación	Pensamiento	Emoción	Conducta

Anexo XIX. Tabla 9. Nivel 1. Bloque 1. Sesión 6. Distorsiones cognitivas, sus definiciones y ejemplos (Moreno y Martín, 2008)

Distorsión y definición	Ejemplos
<p>Inferencia arbitraria: Extraer conclusiones sin tener en cuenta la evidencia objetiva, interpretando la situación de forma arbitraria. Es la base de las distorsiones cognitivas que tiene una persona que sufre crisis de ansiedad u otros trastornos emocionales.</p>	<p>Un día te levantas algo deprimido o irritable, quizá porque no has dormido bien o porque es uno de esos días en los que uno está un poco bajo de ánimo sin motivo aparente, y te da por pensar que estás empeorando y que no tienes futuro. Hemos convertido unas sensaciones de desánimo normales y pasajeras en la evidencia que demuestra que todo va a ir a peor. Es una inferencia arbitraria porque podíamos haber concluido igualmente, o con más fundamento, que podía ser tan sólo que te has levantado con el pie izquierdo y que mañana sería otro día.</p>
<p>Pensamiento catastrófico: Es una inferencia arbitraria particular, también llamada "error del adivino". Consiste en saltar a la conclusión de que va a ocurrir algo terrible, sin tener evidencia suficiente. Este tipo de distorsión es fundamental en las personas que sufren crisis de ansiedad. Esta distorsión cognitiva es uno de los motores principales que disparan la crisis de ansiedad.</p>	<p>Sientes un pinchazo en el pecho y concluyes: "Me muero, esto es un infarto". O sientes una taquicardia y piensas "Esto acabará mal". La primera vez que se tiene una crisis de ansiedad es normal que se dé ese salto mental del síntoma a la catástrofe. Nuestra mente ansiosa tiene facilidad para saltar a conclusiones negativas y dramatizar los peligros. Con cada nueva crisis que ocurre, cada vez tenemos más evidencia de que esos síntomas no conducen a la muerte. De hecho no nos hemos muerto ninguna vez y mil veces hemos sentido que nos moriríamos. Digo morir, porque es el ejemplo que estamos tratando, pero igual vale para "volverse loco", "tener un derrame cerebral" o "perder el control". En cualquier caso, los pensamientos se anticipan demasiado a lo que significan los síntomas, resultando en interpretaciones catastróficas que no se ajustan a la realidad.</p>
<p>Lector de mentes: Es una inferencia arbitraria particular. Consiste en concluir, sin tener evidencia suficiente, que se sabe lo que está pensando otra persona.</p>	<p>Si dejo de tener crisis de ansiedad mi marido no me querrá acompañar más. Con los años vamos conociendo a las personas, pero nunca terminamos de conocernos. ¿Quién sabe si el marido de esa señora no está cansado más de la enfermedad y de la limitación que supone que de la propia pareja? La pareja no se atreve a salir sola y demanda que el marido la acompañe siempre, pero, si no tuviera las crisis de ansiedad ¿se separaría o se divorciaría el marido? Si lo más probable es que no fuera así, estaríamos ante un ejemplo de "lector de mentes".</p>
<p>Personalización: Pensar que los demás tienen una actitud negativa hacia uno mismo (cuando no disponemos de evidencia suficiente para pensar así).</p>	<p>No deseo acompañar a mi esposa a los grandes almacenes, porque me produce demasiada ansiedad, y me siento mal porque la veo seria. Pienso que esto sería porque no quiero acompañarla, pero en realidad es porque había quedado con una amiga para tomar café y se ha enterado de que han tenido que ingresar a la madre de su amiga. El mundo no siempre gira</p>

	<p>alrededor de uno y de sus problemas. No podemos atribuir el malestar de los demás siempre a nosotros mismos.</p>
<p>Abstracción selectiva: Quedarnos sólo con una parte de la información (la negativa) sobre una situación.</p>	<p>Voy a terapia para el control de las crisis de ansiedad y el psicólogo me dice que la ansiedad no se cura, que "la ansiedad se domina". Yo me quedo con que la ansiedad no se cura. Me olvido "alegremente" de que me han dicho que puedo dominar las crisis.</p>
<p>Sobregeneralización: Generalizar en exceso las conclusiones negativas debidas a un hecho concreto.</p>	<p>No me relajo el primer día que practico la relajación muscular para el dominio de las crisis de ansiedad y me angustio porque pienso que no aprenderé a relajarme, ni a respirar adecuadamente, ni a dominar los pensamientos distorsionados. Pero ¡ajo!, yo sólo había tenido problemas para relajarme el primer día. Todavía no había probado a practicar más días ni había probado el resto de técnicas de tratamiento. Estoy sobregeneralizando.</p>
<p>Magnificación: Dar mucha importancia a los aspectos negativos de una experiencia.</p>	<p>Un día voy al supermercado y comienzo a ponerme nervioso hasta el punto que me tengo que salir y marchar a casa. Me quedo deprimido toda la tarde pensando que esto es un retroceso imperdonable en mí. Me veo acabando el resto de mis días encerrado en casa sin poder salir a la calle. Desde luego que estoy magnificando las consecuencias negativas y la trascendencia de ese acontecimiento.</p>
<p>Minimización: Quitar importancia a los aspectos positivos de una experiencia.</p>	<p>Si bien un día soy incapaz de ir al supermercado, otro día sí soy capaz de ir y cuando llego a casa mi esposa me felicita por ello. Entonces yo le quito importancia al hecho y minimizo la relevancia de haber sido capaz de ir al supermercado. Un día me hundo porque no soy capaz de ir al supermercado y cuando sí voy le quito toda la importancia a ese logro. ¿Por qué a veces nos resulta tan fácil filtrar la experiencia de modo que nos quedamos con lo que más daño nos hace?</p>
<p>Pensamiento dicotómico: Ver la realidad en blanco y negro, no como una escala de grises. Calificar el mundo, las experiencias, las personas, uno mismo, etc., de forma extremista: bueno/malo, listo/tonto, mor-tal/inofensivo, etc.</p>	<p>Soy tonto si no entiendo a la primera las instrucciones para dominar la ansiedad. El café es mortal porque me produce taquicardia. Soy malo porque acaparo a mi pareja para no estar nunca solo. ¿Dónde está escrito que los psicólogos sean fáciles de entender a la primera? Seguramente si no entiendes algo a la primera es porque no hemos sabido expresarlo mejor: ¿Es "mortal" el café? Acelera el corazón algo, pero el corazón se dispara porque te asustas ante tus sensaciones corporales y las interpretas de forma catastrófica. Si yo pensara que una taquicardia es el principio de un infarto, no dudes que también tendría una crisis de ansiedad, pero calificar de "mortal" al café, como si de un veneno potente se tratara, es ir algo lejos. Parece más bien que mi pensamiento está funcionando en modo dicotómico (inofensivo/mortal). ¿Eres</p>

	<p>"malo" por acaparar a tu pareja? La pareja está, entre otras cosas, para apoyarse en ella cuando estamos enfermos. Habría que revisar hasta qué punto está confundiendo maldad con miedo que dispara la búsqueda de conductas protectoras. En la medida en que luches por salir adelante, de forma sincera, y con la ayuda de un profesional, es difícil que podamos calificarte de "malo".</p>
<p>Razonamiento emocional: Tomar nuestras emociones como evidencia para interpretar la realidad.</p>	<p>Si me da miedo, debe ser peligroso. Bueno, ¿dónde está escrito que las cosas sean peligrosas o no en función de si te dan miedo a ti? Algo es peligroso si entraña un peligro real para todos o la mayoría de los humanos. Si algo te produce miedo sin ser peligroso, objetivamente hablando, eso no lo convierte en peligroso. Un determinado síntoma, como una taquicardia o un dolor de cabeza, no puede ser peligroso, por sí mismo, cuando la probabilidad de que lo sea es baja. A veces ocurre que incluso a ti mismo ese síntoma no te asustaba antes de la primera crisis. ¿Si el dolor de cabeza no te asustaba antes, aunque fuera un dolor de cabeza real y molesto, por qué ahora va a ser más peligroso si es exactamente igual que el que tenías antes de la primera crisis, según tu propio médico?</p> <p>Veamos otro ejemplo: "Si no mejoro es porque no tengo solución". En muchas ocasiones los pacientes pierden la paciencia demasiado pronto. Tras años sufriendo crisis de ansiedad, la sensación de que no mejoran en cuestión de una o dos semanas ya se toma como una evidencia de que su caso no tiene solución. Por ahora los psicólogos no hacemos milagros y es necesario que el paciente tenga paciencia, que le dé la oportunidad al profesional de dejarle ayudar. Tus emociones pueden ser engañosas. Sentir que no tienes solución no es un razonamiento lógico, es un razonamiento emocional. Un razonamiento lógico es: "Vamos a probar durante tres o cuatro meses con el enfoque de este psicólogo, que se supone que está basado en estudios científicos sobre el tratamiento de las crisis de ansiedad." No pedimos años para que se vean los efectos. Pedimos tres o cuatro meses, unas 12 ó 15 sesiones, a veces menos</p>
<p>Afirmaciones "Debería...": Aplicar de modo rígido reglas sobre nuestras obligaciones o las de los demás.</p>	<p>"Debería mejorar porque ya sé lo que me pasa". Es probable que uno pueda sentirse culpable si no mejora, una vez que ya sabe lo que le ocurre. No obstante, el tratamiento no es tan sencillo. No vale con saber que te asustas ante los síntomas de la ansiedad y que ese susto se traduce en más ansiedad, lo que hace que se dispare la crisis de ansiedad. Es necesario ir practicando una serie de ejercicios para manejar adecuadamente los síntomas y afrontar los miedos irracionales.</p>

Anexo XX. Tabla 10. Nivel 1. Bloque 1. Sesión 6. Distorsiones cognitivas más frecuentes en las personas con agorafobia (Peñate y Pitti, 2021)

DISTORSIONES COGNITIVAS	SIGNIFICADO
Sobregeneralización	Esta distorsión aparece después de una primera crisis de ansiedad, que le lleva a pensar que ese primer incidente no es más que el debut en relación con una serie de crisis que van a seguir apareciendo.
Anticipación del futuro	Muy en relación con la anterior, va a pensar que esos síntomas físicos y fisiológicos van a seguir apareciendo en el futuro y son la señal de que algo malo les va a pasar.
Magnificación	Se magnifica la naturaleza de esos síntomas de la ansiedad, cambiando su significado de desagradable por el significado de peligroso (para perder el control o para estar en peligro vital)
Minimización	Al mismo tiempo se vive la presencia de esa sintomatología como inmanejable, incontrolable. Esta distorsión altera la confianza en sí mismo, su seguridad y su capacidad de afrontamiento.

Anexo XXI. Nivel 1. Bloque 1. Sesión 6. Pasos para realizar el diálogo socrático

(Mateo, 2018)

- **Examinar** las **pruebas** y los datos que se disponen acerca de un pensamiento negativo. Para ello se utilizarán preguntas tipo:
 - *¿Qué pruebas hay a favor de este pensamiento?*
 - *¿Ha ocurrido anteriormente esto que pienso?*
 - *¿Cómo sé que esto que pienso es así?*
 - *¿Conozco a otras personas que les ha ocurrido algo parecido?*
 - *¿Que se me haya ocurrido quiere decir que es verdad o que ocurrirá así?*
 - *¿Estoy basando mis pensamientos en estados de ánimos o emociones?*
 - *¿Estoy empleando palabras exageradas como «siempre», «nunca» o «debería de...»?*
 - *¿Son mis objetivos poco realistas o inalcanzables?*
 - *¿Estoy pensando en términos de «todo o nada»?*
 - *¿Realmente esto que ocurre depende de mí?*
- Explorar si hay opciones de **pensamientos alternativos** que expliquen mejor la situación. Aquí ayudarán preguntas tipo:
 - *¿Cuál es la probabilidad de que esté interpretando de forma adecuada esta situación?*
 - *¿Estoy pasando por alto información que es importante y que podría cambiar mi punto de vista?*
 - *¿Existe alguna explicación alternativa por descabellada que ahora me parezca?*
 - *¿Hay otro modo de enfocar esto?*
 - *¿Qué pruebas hay de que estas alternativas sean las adecuadas?*
- Valorar las **consecuencias** de mantener las creencias disfuncionales originales. Se pueden utilizar preguntas como:
 - *¿Pensar así me ayuda a estar más cerca de lo que quiero lograr o a solucionar el problema que tengo?*
 - *¿Pensar así ayuda a sentirme como me gustaría?*
 - *¿Cómo me hace sentir pensar así?*
 - *¿Pensar de esta manera me ayuda a relacionarme satisfactoriamente con los demás?*
 - *¿Tiene alguna ventaja tomarme las cosas de esta manera?*
- Plantearse **qué ocurriría** si eso tan negativo que se piensa es real y cómo actuar entonces:
 - *¿Qué ocurriría si esto que pienso acabara ocurriendo?*
 - *¿Qué es lo peor que podría suceder?*
 - *¿Hasta qué punto sería malo? ¿Sería tan malo como pienso?*
 - *¿Es tan terrible?*
 - *¿Sería realmente grave o solo un contratiempo pasajero?*
 - *Si esto le ocurriera a otro, ¿qué le diría para que pudiera afrontarlo?*
 - *¿Realmente esto es importante para mí? ¿Tan importante es en mi vida?*
- Y finalmente, extraer una **conclusión** que resuma el proceso llevado a cabo y que implique una forma alternativa y más adaptativa de enfocar la situación.

Anexo XXII. Tabla 11. Nivel 1. Bloque 1. Sesión 6. Hoja de autorregistro de pensamientos disfuncionales (Caballo, 1997)

CUADRO 17.1. Hoja de autorregistro para la identificación de pensamientos disfuncionales

Registro diario de pensamientos						
Fecha	Situación	Emoción(es)	Pensamiento(s) automático(s)	Distorsión(es) cognitiva(s)	Respuesta(s) racional(es)	Resultado(s)
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Describa brevemente el acontecimiento real que motivó la emoción desagradable, o 2. La corriente de pensamientos o el recuerdo que motivó la emoción desagradable 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Especifique triste, enfadado/a, ansioso/a, etc. 2. Evalúe la intensidad de la emoción, de 1 a 100 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anote el(los) pensamiento(s) automático*(s) que preceden o acompañan a la(s) emoción(es) 2. Evalúe el grado de creencia en el(los) pensamiento(s) automático(s). de 0 a 100 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifique la(s) distorsión(s) presente(s) en cada pensamiento automático 2. ¿De qué manera estoy personalizando, abstrayendo selectivamente, minimizando, etc.? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anote la(s) respuesta(s) racional(es) al(los) pensamiento(s) automático(s), de 0 a 100 2. Evalúe el grado de creencia en la(s) respuesta(s) racional(es), de 0 a 100 3. Especifique y evalúe de 0 a 100 las emociones que le siguen 	

**Anexo XXIII. Tabla 13. Nivel 1. Bloque 2. Sesión 7. Jerarquía de ítems para la
exposición (Olivares-Olivares et al. 2016)**

Ítem	Descripción del ítem	Valor en USAs
1		5
2		10
3		15
4		20
5		25
6		35
7		40
8		40
9		60
10		65
11		70
12		80
13		90
14		95
15		100

Anexo XXIV. Tabla 14. Nivel 1. Bloque 2. Sesión 7. Registro de tareas de exposición

(Echeburúa y Corral, 1991)

Fecha	Hora de		Tarea de exposición	Ansiedad máxima (0-100)		Solo o acompañado
	Comienzo	Fin		Antes	Después	

Anexo XXV. Nivel 1. Bloque 2. Sesión 8. Respiración diafragmática lenta (García et al., 2011)

¿Qué debe hacer para empezar a practicar este tipo de respiración?

- a) Sentarse cómodamente, cerrar suavemente los ojos y colocar una mano **sobre el abdomen**, con el dedo meñique justo encima del ombligo. El abdomen debe elevarse con cada inspiración. Al espirar, el abdomen vuelve a su posición original. Para que le sea más fácil realizar la respiración abdominal, debe intentar llevar el aire hasta la parte más baja de los pulmones. También puede serle de ayuda intentar presionar el “cinturón” con el abdomen al inspirar. Recuerde que se trata de llevar el aire hasta la zona final de los pulmones, no de coger mucha cantidad de aire.

Si no puede respirar diafragmáticamente en posición sentado, puede comenzar por una posición reclinada o tumbado boca arriba. Si le es necesario, puede colocar un pequeño libro sobre su abdomen y comprobar cómo aquél sube y baja.

- b) Inspirar por la nariz y espirar por la nariz o por la boca. Si existe algún problema que impida inhalar bien por la nariz, puede hacerse por la boca, pero sin abrirla demasiado.
- c) **Inspirar por la nariz durante 3 segundos** utilizando el diafragma, **espirar por la nariz o por la boca durante 3 segundos** y hacer una breve pausa antes de volver a inspirar. Puede ser aconsejable que se repita mentalmente y de forma lenta la palabra "calma", "relax" o "tranquilo" cada vez que espira o bien imaginar que la tensión se escapa con el aire espirado. Para mantener el ritmo, puede serle útil contar de 1 a 3 (inspiración), volver a contar de 1 a 3 (espiración), contar 1 para la pausa y volver a empezar. Hay algunas personas a las que les resulta más cómodo hacer la pausa después de inspirar. Es decir, inspiración-pausa-espiración.

Si respira más despacio, no hay problema. Si, por el contrario, el ritmo de 8 por minuto fuera demasiado lento para usted, tendría que empezar por uno más rápido de 12 por minuto (la inspiración y la espiración durarían 2 segundos cada una) o más; luego, habría que aproximarse más o menos gradualmente al ritmo de 8 por minuto. **Recuerde que las inspiraciones no deben ser demasiado profundas.**

¿Cuál es el procedimiento a seguir para realizar el entrenamiento?

El entrenamiento en respiración controlada es un aprendizaje como otro cualquiera, por ejemplo conducir, aprender un idioma o utilizar un programa de ordenador. Por tanto, es necesario practicar y seguir una serie de pasos. Empezamos por la situación más fácil y gradualmente vamos aprendiendo a utilizar la técnica en situaciones más complejas, hasta que pueda aplicarla, de forma correcta, en las situaciones reales que le provocan ansiedad. El número de pasos a seguir y la duración de los mismos puede variar de una persona a otra. Una posible secuencia podría ser la siguiente:

- . Practicar en posición de sentado o, en caso necesario, reclinado o estirado.
- . Practicar de pie en una situación tranquila sin hacer nada
- . Practicar de pie haciendo alguna actividad.
- . Practicar en situaciones en las que hiperventile o experimente las sensaciones de activación.

Anexo XXVI. Nivel 1. Bloque 2. Sesión 8. Metáfora del jardín (Wilson y Luciano, 2002, adaptado)

Imagina que tu vida es como un hermoso jardín. En este jardín, cada área representa un aspecto diferente de tu vida: tus relaciones, tu trabajo, tus pasiones, y más. Pero, a lo largo del tiempo, has permitido que algunas malas hierbas crezcan descontroladamente.

Estas malas hierbas son como los miedos y las ansiedades asociadas con la agorafobia. Pueden ser intrusivas, tomando espacio en tu jardín y dificultando el acceso a las flores más hermosas que representan tus deseos y metas.

La agorafobia ha sido como regar y alimentar esas malas hierbas, permitiéndoles crecer más y más. Cada vez que evitas una situación temida, es como darles más agua y nutrirlas y tu jardín, que debería estar lleno de colores vibrantes, se ha visto limitado por estas malas hierbas.

No se trata de arrancar las malas hierbas de raíz de un solo golpe, porque sabemos que eso puede ser abrumador y desafiante. En cambio, empezaremos a podarlas poco a poco, imagina que cada pequeño paso que das en la dirección de enfrentar tus miedos es como podar una parte de esas malas hierbas y que, al principio, puede ser difícil y la ansiedad puede aumentar, pero con el tiempo, verás que tu jardín se vuelve más limpio y accesible y habrás empezado a cuidar las flores.

Puede ser tentador querer arrancar todas las malas hierbas de inmediato, pero la aceptación es clave. Recuerda, no se trata de deshacerte por completo de la ansiedad, sino de aprender a vivir con ella y permitir que las flores de tu vida florezcan a pesar de su presencia. La terapia será tu guía y tus herramientas, pero eres tú quien tiene el poder de transformar tu propio jardín.

Anexo XXVII. Nivel 3. Bloque 2. Sesión 7. Ejemplos de experimentos conductuales para trastorno de pánico (Bados y García, 2010)

Paciente que cree que las sensaciones que experimenta durante los ataques indican la existencia de una enfermedad. Se trataría de ver si la hiperventilación deliberada u otros medios de exposición interoceptiva (sobreingesta de cafeína, ejercicio físico, movimientos que producen mareo) reproducen las sensaciones (con lo cual podrían ser atribuidas a estos) y si la respiración controlada u otras estrategias de manejo de síntomas las reducen.

Persona que cree que los pinchazos que ha comenzado a sentir en su cabeza durante la sesión indican un tumor o hemorragia cerebral. Se le pide que describa en voz alta el contenido de la habitación y luego se le pregunta por los pinchazos y se ve que han desaparecido. Si fueran debidos al tumor o hemorragia, ¿habrían desaparecido tan fácilmente? ¿No podrían ser debidos al miedo a tener un tumor?

Paciente que cree que sufre una enfermedad cardíaca; para ello, se basa en que nota su corazón más que su marido o colegas del trabajo a pesar de los análisis médicos negativos.

Se le dice que el problema puede consistir en que su creencia de que hay algo mal en su corazón le lleva a atender selectivamente a su cuerpo y a ser más consciente de su corazón. Para someter esto a prueba, se le pide que cierre los ojos y se concentre en su corazón durante 5 minutos. Comprueba con sorpresa que esto le lleva a notar su corazón en la frente, cuello, brazos, pecho y piernas, sin tocar ninguna de estas partes. Luego, se le pide que describa en voz alta los contenidos de la habitación durante 5 minutos y se ve que ella deja de ser consciente de su corazón (Clark, 1989).

Otro experimento consistiría en demostrar el papel de los pensamientos en los ataques de pánico intentando inducir uno de estos ataques mediante un método puramente cognitivo tal como a) imaginarse en una situación experimentando las sensaciones temidas y la aparición de las consecuencias catastróficas anticipadas; b) concentrarse y leer en voz alta una serie de pares de palabras en las que la primera es una sensación y la segunda una catástrofe (palpitaciones-muerte, dificultad para respirar-ahogo).

Persona que cree que corre peligro de volverse loca durante un ataque de pánico y que si esto no ha sucedido hasta ahora es porque intenta controlar sus pensamientos durante los ataques. Se le pide que produzca los síntomas temidos y que intente no controlar sus pensamientos. El paciente comprueba que los ataques de pánico no producen locura y que, de hecho, los intentos para controlar sus pensamientos reforzaban su creencia original, ya que durante tales intentos de control algunos de sus pensamientos irrumpían en su cabeza inesperadamente (Clark, 1989).

Persona que cree que al sentirse mareado en una situación temida terminará por desplomarse si no se apoya en algo. Se le pide que evite apoyarse cuando siente mareos y que observe lo que sucede.

Persona que cree que su corazón se acelera en exceso en ciertas situaciones. Se mide su ritmo cardíaco y se compara con el de otras personas en dichas situaciones (p.ej., bicicleta estática para un paciente con trastorno de pánico).

Anexo XXVIII. Nivel 3. Bloque 2. Sesión 8. Ejercicios de exposición interoceptiva.

(Moreno y Martín, 2008)

Respirar con una pajilla. Durante un minuto el paciente respira únicamente a través de una pajilla, tapándose la nariz con la mano, hasta que note sensación de ahogo o asfixia.

Respirar lentamente. El paciente respira tan lento como puede durante un minuto, hasta notar sensación de ahogo o asfixia.

Mantener fijamente la mirada. Le pedimos al paciente que abra bien los ojos y se quede mirando fijamente (y con tanta intensidad como pueda) un punto de la pared o el reflejo de su cara en un espejo durante dos minutos, hasta que note sensación de irrealidad.

Sacudir la cabeza. El paciente sacude suavemente la cabeza de lado a lado durante 30 segundos para que se produzca sensación de mareo o desorientación.

Levantar la cabeza. el paciente pone la cabeza entre sus piernas durante 30 segundos y la levanta rápidamente para producir sensación de desmayo o confusión.

Contener la respiración: el paciente aguanta la respiración tanto como puede (por lo menos 30-40 segundos) hasta que note opresión en el pecho o tenga la sensación de estar asfixiándose.

Tensar el cuerpo. el paciente tensa todo su cuerpo durante un minuto (brazos, piernas, barriga, espalda, hombros, cara...), sin llegar a hacerse daño, hasta que note tensión muscular, debilidad o temblores en ciertas partes de su cuerpo.

Girar como una peonza. el paciente da vueltas como una peonza durante un minuto hasta notar sensación de mareo. Para ello, se puede utilizar una silla giratoria de despacho (y el terapeuta u otra persona hace girar la silla) o el paciente puede quedarse de pie y ponerse a girar sobre sí mismo durante un minuto (teniendo cerca una silla o un sofá para sentarte después o por si se cae).

Con este ejercicio se pretende provocar sensación de náusea o mareo, no hacer que el paciente vomite en la consulta. Si dice vomitar con facilidad al montar en atracciones de feria o en vehículos, le pedimos que haga el ejercicio con suavidad o pasamos directamente al siguiente ejercicio. Antes de realizar el ejercicio es conveniente retirar todos los objetos o muebles que puedan ser potencialmente peligrosos para el paciente, en caso de caída. Si el paciente llega a vomitar, tampoco pasa nada, se limpia y ya está.

Hiperventilar forzosamente. Estando de pie o sentado, el paciente comienza a hiperventilar durante un minuto. Para ello, le pedimos que inhale y exhale con fuerza y tan rápido como pueda, hasta notar sensación de irrealidad, falta de aliento, cosquilleo u hormigueo, escalofríos, mareo o dolor ligero de cabeza.

Anexo XXIX. Tabla 25. Nivel 3. Bloque 2. Sesión 8. Registro de Sensaciones Corporales

(Moreno y Martín, 2008)

Registro de Sensaciones Corporales				
Ejercicio	Sensaciones producidas	Intensidad	Miedo	Parecido
Sacudir la cabeza				
Levantar la cabeza				
Contener la respiración				
Tensar el cuerpo				
Girar como una peonza				
Hiperventilar				
Respirar con una pajilla				
Respirar lento				
Fijar la mirada				
Otro:				

Anexo XXXI. Tabla 32. Presupuesto.

IMPORTE SOLICITADO			
Concepto	Referencia	Unidades	Importe
GASTOS DIRECTOS DEL PROYECTO			
Gastos de personal			
Salario (bruto)	Psicólogos/as	6	11,676
<i>Subtotal</i>		0	6
Gastos materiales asociados a la gestión directa del proyecto			
Fungible	Folios, cartulinas y bolígrafos	50	50
Materiales docentes	Pizarra	1	47,8
<i>Subtotal</i>		0	51
Material técnico-sanitario de evaluación y/o intervención			
Gafas RV	Amelia Virtual Care (AVC)	1	511
Programa de RV	AVC (VR Platinum)	1	5.628,00
Material evaluación	Entrevista ADIS-IV	1	34,6
Material evaluación	Gravedad Trastorno Pánico	1	35,72
Material evaluación	Inventario Agorafobia	1	0
Material evaluación	Escala Inadaptación	1	0
Material evaluación	ISRA	1	62,13
Material evaluación	Escala Calificación Sesiones	1	0
<i>Subtotal</i>		0	8
		Importe total	
		<i>Gastos personal (total)</i>	11.676,00
		<i>Gastos material (total)</i>	6.369,25
		TOTAL	18.045,25
		UNIDADES TOTALES	
		<i>Personal (total)</i>	6
		<i>Material (total)</i>	59

Anexo XXXII. Tabla 33. Temporalización de las sesiones.

SEMANAS/ MESES	MES 1	MES 2	MES 3	MES 4	MES 5	MES 6	MES 7	MES 8	MES 9
SEMANA 1	█								
SEMANA 2	█								
SEMANA 3	█								
SEMANA 4	█								
SEMANA 5		█							
SEMANA 6		█							
SEMANA 7		█							
SEMANA 8		█							
SEMANA 9			█						
SEMANA 10			█						
SEMANA 11			█						
SEMANA 12			█						
SEMANA 13				█					
SEMANA 14				█					
SEMANA 15				█					
SEMANA 16				█					
SEMANA 17					█				
SEMANA 18					█				
SEMANA 19					█				
SEMANA 20					█				
SEMANA 21						█			

