



**Universidad
Europea** MADRID

INTERVENCIÓN EN UN CASO DE TRASTORNO DE PÁNICO

Máster de Psicología General Sanitaria

Autora: Ana María Díez Cordero

Tutor: Pablo Roca Morales

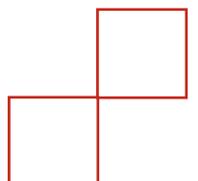
Curso 2021-2022

Campus Villaviciosa de Odón Campus Alcobendas

Calle Tajo S/N, Villaviciosa de Odón Avenida Fernando Alonso, 8

28670 Madrid 28108 Madrid

universidadeuropea.com



INDICE

RESUMEN/ABSTRACT	4
1. INTRODUCCIÓN.....	5
2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE Y MOTIVO DE CONSULTA.....	8
3. ESTRATEGIAS DE EVALUACIÓN UTILIZADAS.....	10
4. RESULTADOS OBTENIDOS.....	12
4.1. Descripción operativa y listado de problemas.....	12
4.2. Resultados de las pruebas de evaluación.....	13
4.3. Formulación del caso.....	14
4.3.1. Variables disposicionales.....	14
4.3.2. Hipótesis de origen.....	14
4.3.3. Hipótesis de mantenimiento.....	15
4.3.4. Conclusiones y orientación diagnóstica.....	17
5. DISEÑO DEL TRATAMIENTO.....	17
5.1. Objetivos y técnicas utilizadas.....	18
5.2. Descripción de las técnicas y las sesiones.....	18
6. VALORACIÓN DEL TRATAMIENTO.....	21
7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	25
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	26

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Criterios Diagnósticos para el TP según el DSM-5	5
Tabla 2 Autorregistro de ataques de pánico	11
Tabla 3 Objetivos y técnicas	18
Tabla 4 Autorregistro de creencias irracionales	20

INDICE DE FIGURAS

Figura 1 Genograma familiar	9
Figura 2 Hipótesis de origen	15
Figura 3 Hipótesis de mantenimiento	16
Figura 4 Hipótesis de mantenimiento	16
Figura 5 Hipótesis de mantenimiento	17
Figura 6 Puntuación general en OASIS	23
Figura 7 Puntuaciones por parámetros en OASIS	23
Figura 8. Resultados obtenidos en el WAI-S por componentes.	24

RESUMEN

En el presente trabajo se presenta el estudio de un caso clínico con ataques de pánico. El paciente acude a terapia psicológica derivado por su médico de cabecera, tras descartar que los fuertes dolores de pecho y estomacales se deban a un problema médico. El paciente presenta crisis de pánico inesperadas y recurrentes, vinculadas principalmente al contexto laboral. En el momento de comenzar la terapia se encuentra de baja médica debido a que su nivel de ansiedad está interfiriendo de forma significativa en su trabajo. Para el diseño del tratamiento se combinaron técnicas de Terapia Cognitivo Conductual y Terapias de Tercera Generación, concretamente la terapia de Aceptación y Compromiso. Además, Actualmente el tratamiento se encuentra en curso, concretamente en la sesión 9, con una buena evolución. Los niveles de ansiedad se van reduciendo, tanto en frecuencia como intensidad, y la interferencia de las crisis de angustia en la vida laboral y social del paciente es cada vez menor. Así mismo, las conductas de escape o evitación están reduciéndose de forma significativa.

Palabras clave

Ansiedad, intervención Cognitivo Conductual, Terapia de Aceptación y Compromiso, Trastorno de Pánico.

ABSTRACT

In the present work the study of the clinical case with panic attacks is presented. The patient goes to psychological therapy referred by his family doctor, after ruling out that the severe chest and stomach pains are due to a medical problem. The patient presents unexpected and recurrent panic attacks, mainly linked to the work context. At the time of starting therapy he is on medical leave because his level of anxiety is significantly interfering with his work. For the design of the treatment, Cognitive Behavioral Therapy techniques and Third Generation Therapies were combined, specifically the Acceptance and Commitment therapy. In addition, the treatment is currently underway, specifically in session 9, with a good evolution. Anxiety levels are being reduced both in frequency and intensity, and the interference of panic attacks in the patient's work and social life is less and less. Likewise, escape or avoidance behaviors are being significantly reduced.

Keywords

Acceptance and Commitment Therapy, Anxiety, Cognitive Behavioral Intervention, Panic Disorder.

1. INTRODUCCIÓN.

El Trastorno de Pánico (TP) se caracteriza por la aparición recurrente e inesperada de una serie de sensaciones físicas características que son interpretadas como una señal de peligro inminente, provocando una necesidad de escape o huida (Labrador, 2011). Estos ataques de pánico tienen como consecuencia la preocupación constante sobre futuros ataques, generando en la mayoría de los casos cambios desadaptativos en la conducta de la persona, con el objetivo de evitar que vuelvan a aparecer nuevos ataques (APA, 2014). Estas conductas de evitación afectan gravemente al funcionamiento social, familiar y laboral de la persona.

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5; APA, 2014), los ataques de pánico pueden aparecer tanto en estado de calma como de ansiedad, alcanzando su máxima expresión en minutos, y se acompañan de una serie de síntomas físicos y cognitivos como taquicardias, sensación de ahogo, inestabilidad, miedo a morir, o miedo a perder el control, entre otros. Además, el ataque de pánico no puede atribuirse a los efectos fisiológicos de otras sustancias o afección médica, y no se explica mejor por otro trastorno mental (APA, 2014). En la tabla número 1 se especifican los criterios diagnósticos para el TP según el DSM-5 (APA, 2014).

Tabla 1

Criterios Diagnósticos para el TP según el DSM-5 (APA, 2014)

<p>A. Ataques de pánico imprevistos recurrentes. Un ataque de pánico es la aparición súbita de miedo intenso o de malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos y durante este tiempo se producen cuatro (o más) de los síntomas siguientes:</p> <p>Nota: La aparición súbita se puede producir desde un estado de calma o desde un estado de ansiedad.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardíaca. 2. Sudoración. 3. Temblor o sacudidas. 4. Sensación de dificultad para respirar o de asfixia. 5. Sensación de ahogo. 6. Dolor o molestias en el tórax. 7. Náuseas o malestar abdominal. 8. Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo. 9. Escalofríos o sensación de calor. 10. Parestesias (sensación de entumecimiento o de hormigueo). 11. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersionalización (separarse de uno mismo). 12. Miedo a perder el control o de "volverse loco". 13. Miedo a morir. <p>Nota: Se pueden observar síntomas específicos de la cultura (p. ej., acúfenos, dolor de cuello, dolor de cabeza, gritos o llanto incontrolable). Estos síntomas no cuentan como uno de los cuatro síntomas requeridos.</p> <p>B. Al menos a uno de los ataques le ha seguido al mes (o más) uno o los dos hechos siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Inquietud o preocupación continua acerca de otros ataques de pánico o de sus consecuencias (p. ej., pérdida de control, tener un ataque al corazón, "volverse loco"). 2. Un cambio significativo de mala adaptación en el comportamiento relacionado con los ataques (p. ej., comportamientos destinados a evitar los ataques de pánico, como evitación del ejercicio o de las situaciones no familiares). <p>C. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo, trastornos cardiopulmonares).</p> <p>D. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., los ataques de pánico no se producen únicamente en respuesta a situaciones sociales temidas, como en el trastorno de ansiedad social; en respuesta a objetos o situaciones fóbicas concretos, como en la fobia específica; en respuesta a obsesiones, como en el trastorno obsesivo-compulsivo; en respuesta a recuerdos de sucesos traumáticos, como en el trastorno de estrés posttraumático; o en respuesta a la separación de figuras de apego, como en el trastorno de ansiedad por separación)</p>
--

En relación a la prevalencia, se está observando un aumento considerable a raíz de la pandemia por la COVID 19. Aunque aún es pronto para disponer de resultados concluyentes sobre el efecto de la pandemia en la prevalencia de determinados trastornos, a nivel general se ha visto un incremento de los problemas de ansiedad en general, y de los ataques de pánico en particular. Si tenemos en cuenta los datos anteriores al 2019, la prevalencia en la población mundial se situaba en torno a un 2-3% (APA, 2014). Sin embargo, según los datos obtenidos en la última Encuesta de Salud Mental del CIS en España (CIS, 2021), un 15,8% de la población informó haber experimentado ataques de pánico durante el último año (9,4% hombres y 22% mujeres).

Debido a que el TP comparte gran parte de su sintomatología con otros problemas orgánicos como arritmias cardíacas, asma, hipertiroidismo o el síndrome del intestino irritable, la mayoría de personas acuden en primer lugar a atención primaria, siendo una de las principales causas de derivación a salud mental (Escribano, 2013). Esto provoca que en muchas ocasiones el TP se diagnostique de forma incorrecta, confundiéndolo con otras afecciones físicas, lo que dificulta el tratamiento y favorece la cronificación del trastorno (APA, 2014). Además, es frecuente que el TP curse con otros trastornos mentales debido a la alta comorbilidad con otros trastornos de ansiedad (principalmente agorafobia), depresión mayor, trastorno bipolar o con trastornos por consumo de alcohol y otras sustancias, en cuyos casos el pronóstico empeora, considerándose un marcador de gravedad si aparece después de la enfermedad comórbida (APA, 2014).

Actualmente, los modelos explicativos que tienen mayor consenso sobre el origen y el mantenimiento del TP son los que se basan en una perspectiva biopsicosocial (Caballo et al., 2014), destacando el Modelo Integral de Barlow (2003) y el Modelo Integrador Cognitivo para los Ataques de Pánico de Casei, Oei y Newcombe (2004).

El Modelo Integrador de Barlow (2003) explica la respuesta de ansiedad y el desarrollo del TP mediante una interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales. Lo que determina que una persona desarrolle un trastorno de pánico, tras sufrir un ataque de pánico inesperado, es la vulnerabilidad psicológica. Dicha vulnerabilidad supone una asociación entre los síntomas físicos de ansiedad y el ataque de pánico, debido a una predisposición del individuo al nerviosismo (promovida por factores genéticos), y a su forma de afrontar las situaciones de estrés. Estas personas perciben que los ataques son incontrolables e impredecibles, por lo que llevan a cabo conductas de hipervigilancia para intentar predecir cuándo tendrá lugar el próximo ataque. Este modelo también describe varios tipos de “alarmas”, que se clasifican entre “verdaderas” y “falsas” en función de si la situación es o no potencialmente peligrosa o dañina, y se convierten en “alarmas aprendidas” cuando se asocian a estímulos internos o externos. Así pues, las “falsas alarmas” son las que se dispararían ante situaciones en las que no hay nada que temer y por tanto aparecen de repente, pudiéndose condicionar con estímulos internos y generar un “condicionamiento interoceptivo” (Caballo et al., 2014).

El modelo de Casey, Oei y Nexcombe (2004) toma como base el modelo cognitivo de Clarck (1986), en el que la interpretación catastrofista de las sensaciones físicas provoca el ataque de pánico y la evitación del mismo, añadiendo a este modelo la percepción de autoeficacia sobre el pánico. Así pues, el tratamiento se centra en los factores cognitivos, ya que según este modelo son los aspectos psicológicos los más relevantes en la aparición, desarrollo y mantenimiento del TP (Caballo et al., 2014).

En la evaluación del TP es importante que los instrumentos utilizados nos den información sobre la frecuencia, duración e intensidad de los ataques de pánico, así como si éstos son limitados o completos (Bados, 2017). Además, deben aportar información sobre la ansiedad anticipatoria, los síntomas fóbicos (tanto del miedo a la situación fóbica como la evitación de la misma), el miedo a las reacciones somáticas de ansiedad y los pensamientos catastrofistas, el deterioro funcional, el uso de los servicios médicos, el consumo de alcohol y otras sustancias, la comorbilidad actual y pasada, así como de la gravedad global del trastorno. Por otro lado, existen importantes diferencias individuales y culturales en la manifestación de los síntomas, por lo que es necesario llevar a cabo una evaluación multimodal combinando entrevistas clínicas estructuradas, cuestionarios, autorregistros y test de evitación conductual (Caballo et al., 2014). De este modo, se conseguirá un diagnóstico preciso que aporte información valiosa para el diseño personalizado del tratamiento.

Teniendo en cuenta los criterios establecidos por la American Psychological Association (Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures, 1998) y la guía clínica elaborada por este mismo organismo sobre el tratamiento de pacientes para el TP (Practice Guideline for the Treatment of Patients With Panic Disorder, 2009) la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) es el tratamiento con mayor evidencia empírica para el TP. En concreto, son dos los programas que se toman como referencia para elaborar la estructura del tratamiento (Caballo et al., 2014): el programa de Tratamiento del Control del Pánico (TCP), diseñado por el grupo de Barlow y el Programa de Terapia Cognitiva (TC) formulado por el grupo de Clark (Caballo et al., 2014). La estructura y objetivos de ambos programas son muy similares, y únicamente difieren en que el programa de Barlow pone más énfasis en la exposición interoceptiva, y el programa de Clark en la importancia del componente cognitivo (Arbona, 2001). Así pues, la estructura para el tratamiento del TP sería la siguiente: 1) Psicoeducación sobre el TP; 2) reestructuración cognitiva; 3) técnicas para el manejo de los síntomas; 4) exposición tanto en vivo como interoceptiva. En cuanto a la aplicación, se establece una duración de entre 10 y 15 sesiones.

Por otro lado, la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) también ha demostrado ser eficaz para el tratamiento del TP (Bados, 2017). Desde el punto de vista de la ACT, el TP se considera un Trastorno de Evitación Experiencial (TEE), donde la evitación de los eventos provocadores de malestar es la causa de la aparición y el mantenimiento del problema. Así pues, la ACT no busca la eliminación, modificación o control de los eventos privados, sino que se centra en la funcionalidad

que tienen de alejarnos de lo que es importante para nosotros. También busca aumentar la flexibilidad psicológica de la persona para que sus acciones estén dirigidas por sus valores y no por los eventos privados (Hayes, 2004). Para ello, la ACT utiliza el Mindfulness como herramienta principal para trabajar la aceptación y la atención plena, con el objetivo de reducir la probabilidad de emitir conductas evitativas y conseguir movilizar al paciente para que viva una vida orientada por sus valores.

En cuanto al tratamiento farmacológico para el TP, los fármacos más utilizados son las benzodiacepinas, los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) y los antidepresivos tricíclicos (Bados, 2017). Diversos estudios ponen de manifiesto que el tratamiento farmacológico ofrece buenos resultados en la fase aguda del trastorno si se combina con TCC, sin embargo, cuando se utiliza el tratamiento farmacológico, bien como monoterapia bien combinado con TCC, aumentan la tasa de recaída y el abandono (Furukawa et al., 2007; Mitte, 2005). Los beneficios de la TCC continúan a corto, medio y largo plazo mientras que las mejoras adicionales al combinarla con medicación desaparecen al dejar de tomar el fármaco (Bados, 2017). Debido a que la mayoría de los pacientes acuden inicialmente a los servicios de atención primaria a consecuencia de la sintomatología somática que produce el TP (Escribano, 2013), el tratamiento farmacológico es bastante frecuente en esta patología. Por ello, la mayoría de los pacientes que acuden a terapia es posible que estén tomando algún tipo de medicación, en cuyo caso lo más recomendable es combinar la medicación con la psicoterapia hasta que pueda ir retirándose la medicación de forma gradual, conforme el paciente vaya consiguiendo resultados durante las sesiones (Bados, 2017).

El interés mostrado en el presente caso se apoya en la tendencia en aumento del número de casos con TP en pacientes que acuden a atención primaria con sintomatología somática (Simon y Vonkorff, 1991). Dada la cronicidad del trastorno, es fundamental mejorar la detección e intervención precoz con el fin de aplicar intervenciones eficaces que ayuden a reducir el sufrimiento del pacientes y la saturación de las consultas de atención primaria (Escribano, 2013). Así mismo, debido a la alta comorbilidad con otros trastornos también es necesario diseñar nuevos abordajes que permitan llevar a cabo una intervención que permita trabajar toda la sintomatología de forma unitaria, adaptándose a las características individuales de cada paciente.

Por todo lo anterior, en el presente trabajo se presenta un caso de TP en el que el paciente atribuye su sintomatología a problemas médicos, a pesar de que su médico de cabecera ha descartado causas orgánicas desde atención primaria, dudando de la pertinencia de la terapia psicológica.

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE Y MOTIVO DE CONSULTA.

Se presenta el caso de C. un varón de 30 años de origen español y familia americana residente en España, que desde hace tres años trabaja en Dinamarca como ingeniero dónde vive solo en un apartamento. Actualmente se encuentra en España, porque ha pedido una baja laboral debido a los fuertes dolores de pecho y estomacales que lleva padeciendo desde hace un tiempo. Acude a consulta

El paciente, indica que sufre fuertes dolores de estómago y pecho acompañados de otras sensaciones físicas como mareo, visión borrosa, sudoración y temblor de piernas, entre otras. Aparecen principalmente en el contexto laboral durante las reuniones de proyecto con sus jefes y la directiva de la empresa. Indica que ya había tenido algunos mareos en alguna reunión previa, pero no habían sido tan fuertes como en las últimas semanas. En esas ocasiones iba al baño, se refrescaba y volvía a entrar a la reunión pensando que sería un malestar físico puntual o una bajada de azúcar. Posteriormente, estos síntomas aparecieron también en casa de forma repentina o cuando habla con su familia. Sin embargo, indica que en estos casos la sintomatología es más leve y desaparece cuando respira profundo, se tumba en la cama o se toma la medicación que tiene recetada para el insomnio.

Atribuye estas molestias físicas a su última operación de hernia, ya que según indica “la operación no salió del todo bien”. Como solución ha comenzado una dieta con un nutricionista que se basa principalmente en la reducción de azúcares saturados, hidratos de carbono refinados, ultrapocesados, bebidas azucaradas y alcohólicas (sobre todo la cerveza). Desde que sigue la dieta ha notado mejoría, aunque no de forma significativa, indicando que “soy un vago y cuando incumplo la dieta lo pago”.

Debido a estos episodios que viene sufriendo, evita tener reuniones laborales o las realiza vía zoom porque le generan menos ansiedad. Ha cambiado su forma de hacer deporte y ha reducido sus actividades de ocio, sobre todo las que suponen salir a tomar algo fuera de casa para no incumplir la dieta. Además, ha aumentado la frecuencia de viajes a España porque es el único sitio donde dice sentirse mejor.

Manifiesta que está muy preocupado por que aparezcan nuevos ataques en el trabajo, sobre todo por las repercusiones que estos ataques puedan tener en su trayectoria profesional. Teme que se den cuenta de que le ocurre algo y piensen que “es un blando y que no le tengan en cuenta para puestos de responsabilidad y promociones futuras”. Para C. lo más importante ahora es ascender en su empresa y considera “que tanto la disciplina como la imagen son muy importantes a nivel profesional”.

El motivo de consulta de C. es comprender por qué le ocurren estos ataques, si tienen un origen médico o psicológico, y en última instancia aprender a manejarlos para que no interfieran con su desempeño laboral.

3. ESTRATEGIAS DE EVALUACIÓN UTILIZADAS.

Para la evaluación inicial del caso se utilizó una entrevista clínica, se pidió al paciente que llevara a cabo un autorregistro de situaciones de pánico, así como una serie de cuestionarios que complementaron y añadieron información objetiva a lo explorado en la entrevista. Dichos cuestionarios también serán aplicados al finalizar el tratamiento para valorar la eficacia del mismo.

Además, se realizaron mediciones entre sesiones para evaluar los cambios en estado de ánimo y ansiedad, así como la alianza terapéutica en mitad de la intervención.

En la entrevista inicial se evaluó la historia personal y clínica, la situación personal, laboral y familiar, estresores, situaciones en las que se producen los ataques de pánico, antecedentes, consecuentes, y parámetros de conducta. También se llevaron a cabo preguntas orientadas a evaluarla comorbilidad con otros trastornos mentales y uso de sustancias. Al venir derivado del médico de cabecera, no se consideró necesario evaluar comorbilidad con trastornos orgánicos.

Se le proporcionó al paciente un autorregistro para los ataques de pánico, de elaboración propia, donde se le pedía que facilitara información sobre la fecha (día y hora) en la que se producía el ataque, la situación generadora de malestar, sensaciones físicas, pensamientos, emociones y la conducta que lleva a cabo, así como el nivel de malestar (en una escala del 0 al 10) tanto de cuando se presentaba la situación, como al llevar a cabo la conducta. En la tabla 2 se muestra el modelo de autorregistro que se le facilitó al paciente.

Tabla 2

Autorregistro de ataques de pánico

AUTORREGISTRO ATAQUES DE PÁNICO							
Nombre y apellidos:				Fecha:			
Edad:				Género: Masculino <input type="checkbox"/>		Femenino <input type="checkbox"/>	
Fecha: Día y hora	Situación	Nivel de malestar (0-10)	Sensaciones físicas	Pensamientos	Emociones	¿Qué hago?	Nivel de Malestar (0-10)

Al detectarse en la entrevista indicios de tristeza, al informar el paciente de un episodio depresivo hace algunos años, y teniendo en cuenta que el TP tiene una alta comorbilidad con la sintomatología depresiva, se consideró necesario evaluar la sintomatología depresiva actual del paciente. Para ello se utilizó el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II; Beck et al., 1996; adaptación española de Sanz, Navarro y Vázquez, 2011). Esta medida de autoinforme consta de 21 ítems y su puntuación oscila entre 0 y 63 puntos. Sus propiedades psicométricas son buenas, siendo su índice de fiabilidad alfa de Cronbach de 0.87.

Para medir la presencia y la gravedad de la sintomatología ansiosa se utilizó el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI; Beck et al., 1988; adaptación española de Sanz, 2011). Esta escala auto-informada además aporta una alta discriminación entre la sintomatología ansiosa y depresiva (Sanz, 2014). Su puntuación oscila entre 0 y 63 puntos. Ofrece buenos índices psicométricos, con una

fiabilidad de consistencia interna alta, cuyo coeficiente alfa de Cronbach en adultos de población general es de 0.92

Además, se utilizó el Índice de Susceptibilidad a la Ansiedad (ASI-3; Taylor et al., 2007; adaptación española de Sandín et al., 2007) para evaluar los miedos a las reacciones y consecuencias de los ataques de pánico. El ASI-3 se trata de una escala de 18 ítems que ofrece información sobre tres dimensiones (física, cognitiva y social), cuyas puntuaciones oscilan entre 0 y 24 puntos, y una puntuación total que oscila entre 0 y 72 puntos. Tiene unas propiedades psicométricas excelentes, tanto en el de la escala total ($\alpha = 0.91$) como el referido a las tres subescalas (física: $\alpha = 0.84$; cognitiva: $\alpha = 0,87$; social: $\alpha=0.83$).

Por último, se utilizó la Escala de Gravedad para el Trastorno de Pánico (PDSS; Houck et al., 2002; versión española en Caballo, 2005) para obtener información sobre la gravedad de los ataques de pánico, así como de sus principales características (i.e., frecuencia, angustia que generan, ansiedad anticipatoria, miedo/evitación agorafóbica e interoceptiva, y deterioro laboral y social). Esta medida de autoinforme consta de 7 ítems y las puntuaciones oscilan entre 0 y 28 puntos. La escala ofrece muy buenas propiedades psicométricas con una alta consistencia interna ($\alpha = 0.92$).

Para llevar a cabo un seguimiento entre sesiones se utilizó la Escala de Ansiedad Global de Severidad y Disfuncional de la Ansiedad (OASIS; Norman et al 2006; versión española de Osman et al. 2019). Esta medida es una escala breve de 5 ítems en formato tipo Likert que proporciona información sobre la frecuencia y gravedad de los síntomas de ansiedad, facilitando también información sobre la evitación así como del deterioro que los síntomas de ansiedad producen en la vida profesional y social del paciente. Este instrumento ofrece buenas propiedades psicométricas ($\alpha = 0.80$). Para no sobrecargar al paciente con la evaluación inter sesiones, la monitorización de los cambios en su estado de ánimo y tristeza se realizó mediante preguntas al inicio de sesión.

Además, se consideró importante evaluar la alianza terapéutica en mitad del proceso. Para ello, se utilizó El Inventario de Alianza Terapéutica en su formato reducido (WAIS-S; Tracey y Kokotvic, 1989; adaptación española de Corbella y Botella 2004), que ofrece información sobre la alianza terapéutica durante la terapia en cuanto al acuerdo en los objetivos y en las tareas y el vínculo emocional. Este instrumento se compone de 12 ítems en escala tipo Likert y tiene una buena consistencia interna ($\alpha = 0.93$).

4. RESULTADOS OBTENIDOS.

4.1. Descripción operativa y listado de problemas.

El paciente presenta altos niveles de ansiedad y un miedo intenso a la sintomatología fisiológica, sobre todo por las repercusiones que esta pueda tener a nivel social y laboral. Sus rasgos de personalidad y su estilo de pensamiento provocan que tenga una gran necesidad de control de los síntomas somáticos para que no sean percibidos por terceros, con interpretaciones catastrofistas sobre

las consecuencias que podrían tener los síntomas (tanto a nivel de salud como social). De esta forma, se genera un círculo vicioso que refuerza los síntomas y aumenta las sensaciones de frustración e incontrolabilidad. Por ello, el paciente lleva a cabo una serie de conductas de escape y evitación que dan una falsa sensación de control sobre los síntomas y que conllevan una modificación desadaptativa de su comportamiento.

4.2. Resultados de las pruebas de evaluación.

La información obtenida durante la entrevista y el autorregistro indicó que la frecuencia de los ataques de pánico del paciente era entre 1 y 2 ataques a la semana, con una intensidad de moderada a grave (en el autorregistro se indica que el grado de malestar de las situaciones temidas oscila entre 7 y 9), y ocurrían principalmente en el entorno laboral. El paciente informó que no llevaba a cabo ningún consumo de sustancias.

Durante la entrevista se descartó comorbilidad con otros trastornos como agorafobia (AG), depresión, trastorno obsesivo compulsivo (TOC) y uso de sustancias. Para evaluar la comorbilidad con AG se preguntó sobre la evitación de determinados espacios como metro, autobuses o sitios al aire libre concurridos, en cuyo caso el paciente indicó que seguía frecuentando dichos lugares sin experimentar ningún malestar. Así mismo, el estilo de pensamiento rígido, determinados rasgos de personalidad del paciente como el perfeccionismo, y la realización de ciertas rutinas durante las horas previas a las reuniones, hicieron pensar en la posibilidad de comorbilidad con un TOC. Sin embargo, se descartó al determinar en la entrevista que el objetivo para utilizar dichas conductas era ser más eficaz en su trabajo, descartándose la presencia de obsesiones y compulsiones.

En referencia a la depresión, la puntuación directa del paciente en el BDI-II fue de 14 puntos, que es la puntuación mínima del baremo que indica depresión leve. El análisis de los ítems nos indica que la puntuación más alta se obtuvo en el ítem que se refiere a la disconformidad con uno mismo, lo que es coherente con la sintomatología cognitiva reflejada en el autorregistro cuando se producen los ataques de pánico. En el caso de C. existe una percepción de poca valía y eficacia en el entorno laboral debido a los ataques de pánico y su elevado nivel de autoexigencia. Se hipotetiza que esta sintomatología depresiva disminuirá a medida que se reduzcan los ataques de pánico en el entorno laboral, por lo que se trabajará de forma transversal.

En cuanto a la ansiedad, la puntuación directa obtenida por el paciente en el BAI fue de 38 puntos. Esto indica una ansiedad grave, en la que predominan los síntomas cognitivos propios de la ansiedad generalizada, como la expectación aprensiva y la dificultad para controlar la preocupación (Sanz, 2014), y sintomatología somática propia de las crisis de angustia como temblor de piernas, taquicardia, sensación de ahogo y problemas digestivos.

Los resultados obtenidos en el ASI-3 indican una alta sensibilidad a la ansiedad con puntuaciones por encima del percentil 95 en el factor somático y social, y en el percentil 90 en el

factor cognitivo. Así pues, se refleja que existe un miedo intenso a los síntomas de ansiedad, especialmente a los síntomas somáticos y a los observables socialmente.

Por último, en el PDSS la puntuación directa obtenida por el paciente fue de 16, indicando una sintomatología de pánico grave referida principalmente al nivel de angustia que generan dichos ataques y a la interferencia en su funcionamiento laboral.

4.3. Formulación del caso.

4.3.1. Variables disposicionales.

Existen una serie de factores predisponentes como el estilo de pensamiento del paciente, rígido y autoexigente, posiblemente como consecuencia de una educación disciplinada derivada del estilo educativo parental (su padre es militar del ejército). Este estilo de pensamiento junto con rasgos de personalidad controladores y obsesivos, generan una serie de esquemas cognitivos disfuncionales orientados a alcanzar la excelencia en relación a una serie de creencias disfuncionales: “Hay que dar una imagen en el trabajo impecable para que te tengan en cuenta”, “no se deben cometer errores”; “tener un problema psicológico es ser un flojo”, o “si notan lo que me pasa van a pensar que soy un raro”. Así pues, el paciente reúsa de sus emociones, probablemente provocado por la creencia de que mostrar emociones es síntoma de ser “flojo” y vulnerable.

Por otro lado, se detectaron una serie de variables precipitantes que funcionan como estresores y disparadores. En primer lugar, la reciente operación de hernia, la que el paciente considera causante de sus síntomas. En segundo lugar, destaca la mudanza del paciente a su vivienda actual, la cual adquirió mediante una subasta. Una situación que para el paciente fue bastante estresante dado que había otro comprador con muchas posibilidades de quedarse con la vivienda. En tercer lugar, destaca la situación laboral actual, en la que se va a publicar una promoción interna en la que C. está muy interesado, ya que para él es muy importante el posicionamiento en el mundo laboral, la búsqueda de estabilidad económica y la progresión profesional.

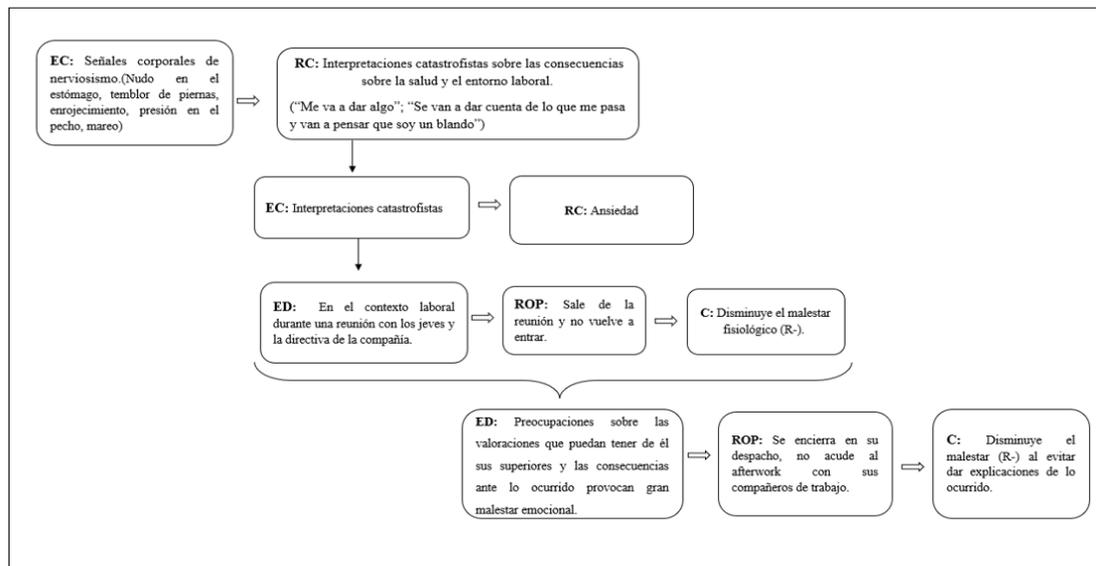
4.3.2. Hipótesis de origen.

Según C., el primer ataque de pánico sucedió en el contexto laboral durante la presentación de un proyecto ante los jefes y la directiva de la compañía. Era la primera vez que presentaba un proyecto de tal envergadura y quería dar una imagen impecable. Indica que durante la semana anterior tuvo bastante estrés y no durmió bien. Cuando se produjo la activación fisiológica durante la presentación (Estímulo Condicionado - EC), añadida a la falta de sueño y al estrés mantenido durante esos días, aparecieron una serie de interpretaciones catastrofistas sobre los síntomas. Dichas interpretaciones son la Respuesta Condicionada (RC), que provocaron un miedo intenso generando una respuesta de ansiedad, con el correspondiente ataque de pánico. En este caso, las interpretaciones catastrofistas funcionan también como estímulo condicionado (EC) de la respuesta de ansiedad (RC), apareciendo así una cadena funcional. Ante esta situación, se produjo una respuesta de escape

(Respuesta Operante - ROP), que consistió en irse al baño y tomar el aire excusándose como si estuviera enfermo y dejando que otro miembro de su equipo terminara de explicar el proyecto por él. Esta ROP disminuyó la sintomatología somática a corto plazo (Refuerzo Negativo - R-). Tras la reducción de la respuesta somática, y como consecuencia del estilo de pensamiento rígido y perfeccionista del paciente, se activaron creencias de autoexigencia y autocrítica que le provocaron un gran malestar y culpa por la imagen que pudo haber dado a sus superiores tras dicho episodio y las consecuencias profesionales derivadas (Estímulo Discriminativo - ED). Esto provocó conductas de evitación y un mayor aislamiento como un modo de evitar el malestar al tener que dar explicaciones de lo ocurrido y mostrarse vulnerable ante los demás (R-). Apareció así una segunda secuencia funcional derivada de la primera (ver Figura 1). Esta segunda secuencia funcional es clave para el mantenimiento del problema.

Figura 2

Hipótesis de origen

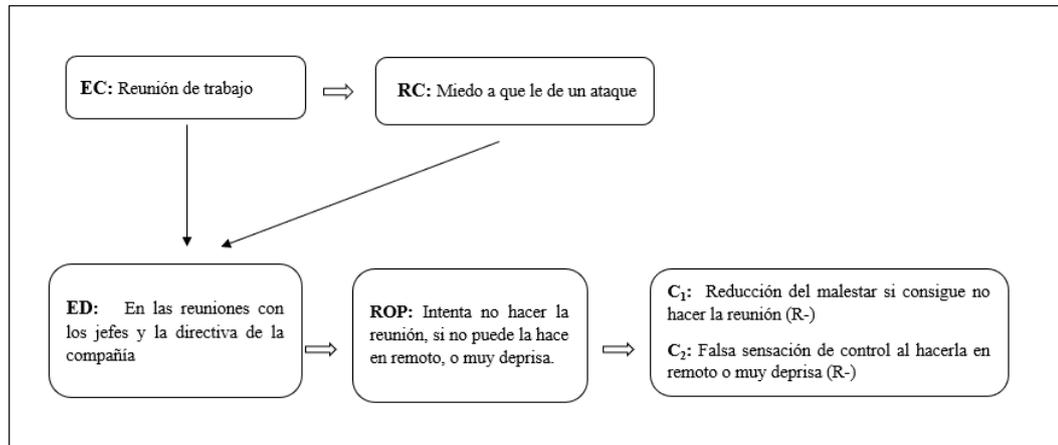


4.3.3. Hipótesis de mantenimiento.

A raíz del primer episodio descrito, el paciente comenzó a evitar las reuniones laborales o realizarlas vía zoom, lo que le genera una falsa sensación de control sobre la situación. Las reuniones de trabajo se convierten así en un EC que provocan una respuesta de miedo (RC) ante la posibilidad de que vuelva a ocurrir la situación temida. Esto a su vez deriva en respuestas de escape o evitación (no realizar la reunión), así como algunas conductas de seguridad (ej. realizar la reunión de prisa y online), que reducen el malestar a corto plazo pero que incrementan y mantienen la sintomatología a largo plazo (ver Figura 3).

Figura 3

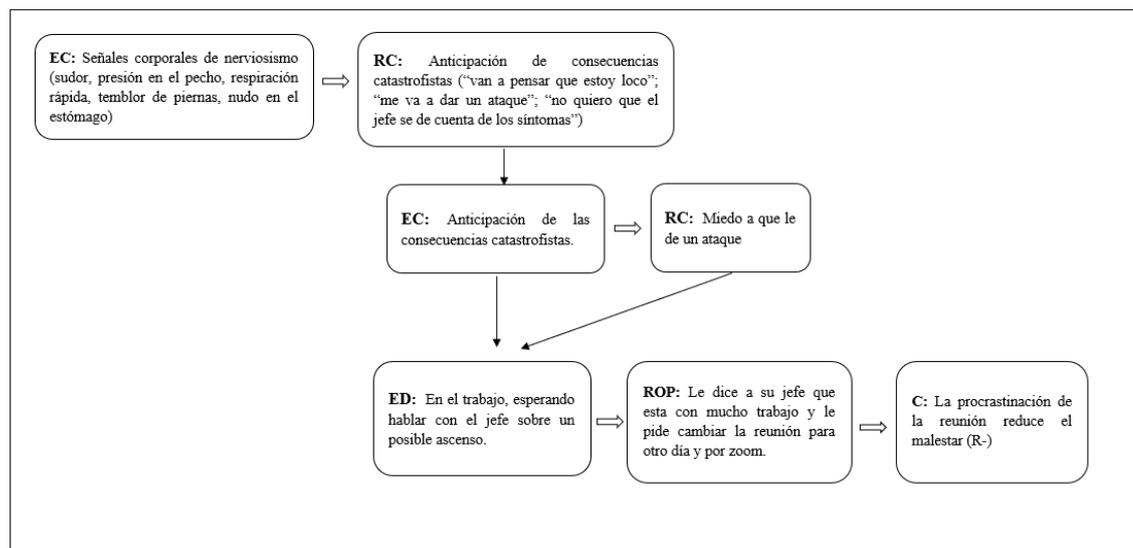
Hipótesis de mantenimiento



Se van manteniendo así las conductas de evitación por los beneficios a corto plazo que ofrecen y se producen procesos de anticipación que hace que se evite la situación antes de que esta ocurra (ver Figura 4).

Figura 4

Hipótesis de mantenimiento



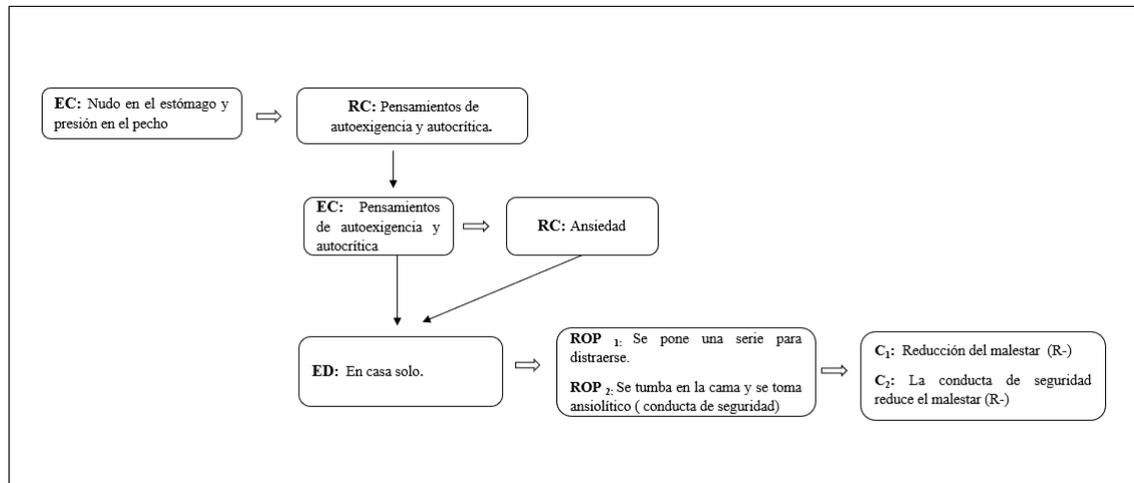
En este caso, al igual que ocurría en la hipótesis de origen, la RC de las señales fisiológicas propias de estar nervioso funcionan también como EC de la respuesta de miedo a que le dé un nuevo ataque (RC).

De este modo, se fueron condicionando determinadas sensaciones físicas con la respuesta de ansiedad o miedo, lo que dio a lugar a un condicionamiento interoceptivo (ver Figura 5) y a una percepción cada vez mayor de falta de control ante el aumento de los ataques de pánico inesperados,

lo que produjo a su vez un incremento de la preocupación por la aparición de futuros ataques de pánico futuros en las situaciones temidas.

Figura 5

Hipótesis de mantenimiento



Ante esta situación, el paciente fue abandonando cada vez más actividades importantes para él, reduciéndose así algunas actividades gratificantes (ej. after-work con los amigos del trabajo) y dificultando la consecución de sus metas en el trabajo, afectando a su autoestima y percepción de autoeficacia.

4.3.4. Conclusiones y orientación diagnóstica.

Teniendo en cuenta los resultados de la entrevista clínica y las pruebas aplicadas, se concluye que el paciente presenta sintomatología de pánico vinculada principalmente al contexto laboral, dónde predomina la preocupación por la ocurrencia de futuros ataques debido a las consecuencias que pudieran tener en su trayectoria profesional. No hay indicios de que exista comorbilidad con otros trastornos asociados como agorafobia, trastorno obsesivo compulsivo, depresión, problemas orgánicos o abuso de sustancias.

5. DISEÑO DEL TRATAMIENTO.

Se llevó a cabo un tratamiento cognitivo conductual tomando como referencia principal la guía APA para el tratamiento de los pacientes con trastorno de pánico (2009), enriquecido con técnicas de la terapia de aceptación y compromiso (ACT) para trabajar los aspectos emocionales. La duración estimada del tratamiento es de 16 sesiones de una hora de duración, con una periodicidad semanal, y se propone un seguimiento de 8 sesiones más repartidas a lo largo de 6 meses. El tratamiento fue implementado por el tutor de este TFM en una clínica privada en Madrid.

5.1. Objetivos y técnicas utilizadas.

Los objetivos principales del tratamiento fueron la reducción de los ataques de pánico y la preocupación por futuros ataques, así como la hipervigilancia de sensaciones físicas y los pensamientos catastrofistas. Así mismo, se pretende que el paciente aprenda a tolerar la ansiedad y recupere actividades gratificantes, reduciendo las conductas de evitación y de seguridad. En la Tabla 3 se presentan los objetivos y las técnicas de tratamiento utilizadas.

Tabla 3

Objetivos y técnicas

Objetivos	Técnicas
1. Mejorar la motivación para el tratamiento. 2. Educación sobre el pánico.	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación sobre el pánico. • Discusión de la formulación del caso.
3. Mejorar la tolerancia a las sensaciones corporales de la ansiedad y eliminación del control de sensaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Entrenamiento en respiración lenta. • Exposición interoceptiva gradual y progresiva con prevención de respuesta. • Entrenamiento en aceptación: contraste aceptación vs control.
4. Modificar las interpretaciones catastrofistas por otras más adaptativas, reducir el miedo a sufrir futuros ataques, y la hipervigilancia.	<ul style="list-style-type: none"> • Reestructuración cognitiva.
5. Reducir la intensidad de las emociones disfuncionales (miedo) y mejorar la gestión adaptativa de las mismas.	<ul style="list-style-type: none"> • Entrenamiento en regulación emocional y aceptación: Normalización y aceptación de emociones difíciles.
6. Reducción de las conductas de evitación, y de seguridad en el trabajo.	<ul style="list-style-type: none"> • Exposición gradual y progresiva a estímulos externos.
7. Reanudar actividades de ocio y de la vida diaria que se han modificado o eliminado.	<ul style="list-style-type: none"> • Estructuración de horarios y asignación gradual de tareas.
8. Prevención de recaídas.	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación sobre recaída vs caída. • Seguimiento

5.2. Descripción de las técnicas y las sesiones.

En cuanto al desarrollo y organización de las sesiones, se trabajó con la siguiente estructura:

Sesión 1, 2 y 3. Estas primeras sesiones se emplearán para el proceso de evaluación, informar sobre el marco teórico y firma el consentimiento informado (sesión 1).

Sesión 4. Devolución de información y propuesta de tratamiento.

Se propone realizar una sesión de devolución de información donde se le comunicará al paciente los principales resultados del proceso de evaluación, se le explicará el diseño del plan de

tratamiento, así como los objetivos y técnicas seleccionadas y la importancia de su implicación en el mismo.

La formulación del caso se utilizará para comenzar la psicoeducación sobre el pánico, explicando al paciente qué es el pánico, porqué se produce y la función que cumple, así como las sensaciones que produce y las atribuciones erróneas a las mismas. También se explicará cómo las conductas de evitación que lleva a cabo están manteniendo y agravando el problema, repercutiendo en su actividad personal y profesional y reduciendo algunas actividades agradables, lo que termina afectando a su estado de ánimo.

En esta sesión también sería conveniente trabajar la motivación del paciente hacia el tratamiento, ya que duda de la pertinencia del mismo al pensar que se trataban de síntomas médicos y problemas alimenticios.

Sesión 5, 6, 7 y 8. Entrenamiento en técnicas para reducir los síntomas fisiológicos, y en aceptación de los mismos.

Explicar al paciente cómo la respiración acelerada que tiene lugar durante los ataques de pánico influye en el aumento de la tasa cardíaca y la sensación de falta de aire, provocando sensación de ahogo, y que con un control correcto de la respiración puede disminuir esas sensaciones. Se propone utilizar el entrenamiento en respiración lenta no como una forma de controlar las sensaciones de ansiedad, sino como una forma de que el paciente entienda que no suponen un peligro (Bados, 2017).

Así mismo, se expondrá al paciente de forma progresiva y en un entorno seguro (la consulta) a las sensaciones corporales generadoras de malestar sin llevar a cabo las conductas de evitación a las que está acostumbrado, con el objetivo de desconectar las sensaciones fisiológicas de los ataques de pánico (Labrador, 2011). Junto con el paciente se identificarán los ejercicios que producen las sensaciones temidas y se elaborará una jerarquía de exposición interoceptiva, para posteriormente pedirle que realice una conducta generadora de la sensación que queramos provocar. Por ejemplo, si queremos provocar taquicardia pediremos a C. que realice pequeños saltos continuados en la misma posición y después identificaremos los pensamientos automáticos que aparecen ante dichas sensaciones somáticas, aprovechando la exposición para reestructurar creencias irracionales sobre los síntomas corporales.

Tras la sesión, se invitará al paciente a que realice una serie de conductas acordadas previamente y jerarquizadas fuera de la consulta para que pueda poner en práctica lo aprendido en el contexto real. En el caso de C., también se le propondrá que retome el ejercicio físico que había dejado de realizar por temor a la aparición de sintomatología somática. En las sesiones siguientes se llevará a cabo una revisión de la exposición interoceptiva en situaciones naturales.

Durante estas sesiones se trabajará también la aceptación de dichas sensaciones fisiológicas de ansiedad, haciendo ver al paciente que no suponen un peligro para él. Esto se llevará a cabo mediante ejercicios de contraste entre intentar controlar los síntomas vs aceptarlos, con el objetivo de que aumente la aceptación y disminuya el control sobre los síntomas somáticos.

Sesión 9, y 10. Reestructuración Cognitiva.

Se propone llevar a cabo una psicoeducación al paciente sobre cómo sus pensamientos disfuncionales están afectando a su problema, centrándonos en el papel que desempeñan tres grandes tipos de creencias:

- Creencias sobre la imagen que debe dar a los demás en el mundo laboral: “Tengo que dar una imagen impecable para que me tengan en cuenta”; “Tiene que estar todo perfecto”.
- Creencias sobre la utilidad de las emociones y la percepción de vulnerabilidad: “Van a pensar que soy un flojo”; “No quiero que el jefe se dé cuenta de mis síntomas”, “Van a pensar que soy un raro”.
- Creencias relacionadas con la incompetencia y perfeccionismo: “No estoy dando el nivel que me gustaría en el proyecto”; “No me van a elegir a mi para el nuevo puesto”.

Estas creencias se llevarán a debate mediante el diálogo socrático, con el fin de cuestionar los pensamientos irracionales. Así mismo, se facilitará al paciente un autorregistro de creencias irracionales (ver Tabla 4) con el objetivo de afianzar el aprendizaje realizado en las sesiones, en el que indique la situación en la que aparecen las creencias disfuncionales, anotando las creencias que aparecían y sus consecuencias, para después modificarlas por otras más adaptativas, así como el efecto que eso tiene a nivel emocional y conductual. Con este autorregistro el paciente puede practicar cómo modificar los pensamientos y como esto afecta a su estado de ánimo. Se le pedirá que lleve a cabo la tarea fuera de la consulta durante su día a día.

Tabla 4

Autorregistro de creencias irracionales

Día y hora	Situación	¿Qué pienso?	¿Cómo me siento y qué hago?	Alternativa de creencia racional y eficaz	¿Qué siento y qué hago con la nueva creencia?

Sesión 11 y 12. Entrenamiento en aceptación de emociones difíciles.

Se llevará a cabo una psicoeducación sobre emociones con el objetivo de conseguir normalizarlas. Se propone utilizar la metáfora de las dos montañas del malestar y la metáfora de la fórmula del sufrimiento para que C. comprenda que el control sobre sus emociones difíciles le aleja

de lo que es importante para él, y que el sufrimiento es universal, no podemos controlarlo ni evitarlo, pero podemos continuar con nuestra vida a pesar de ese sufrimiento. También se utilizarán en estas sesiones técnicas de mindfulness para mejorar la apertura a las emociones, la atención emocional en el presente y la aceptación, intentando no juzgar ni controlar lo que siente.

Sesión 13,14 y 15. Exposición exteroceptiva con prevención de respuesta.

En primer lugar, se llevará a cabo una jerarquía de estímulos temidos y evitados y se pedirá al paciente que lleve a cabo de forma gradual y progresiva una autoexposición siguiendo la jerarquía establecida y empezando por la situación o estímulo que menor grado de malestar le genere, sin realizar las conductas de evitación (prevención de respuesta). Se le pedirá que, cuando sea posible, realice un autorregistro de la exposición a dichas situaciones, cuyo formato será el mismo al facilitado en la fase de evaluación para registrar los episodios de ataque de pánico (ver Tabla 2).

Durante las sesiones se trabajará con el paciente sobre los autorregistros, reforzándole sobre los progresos realizados y analizando las dificultades y dudas que hayan podido aparecer. También se le pedirá que retome actividades de ocio que había dejado de realizar por miedo a la aparición de los síntomas, como salir a tomar una cerveza, salir a comer o a cenar, etc. En cada una de las siguientes sesiones se llevará a cabo una revisión de la exposición a estímulos externos.

Sesión 16. Cierre.

Durante esta sesión se realizará una recopilación de todo lo aprendido, así como una evaluación del progreso durante el tratamiento. Se llevará a cabo una revisión de las situaciones que está afrontando el paciente, valorando los logros y resultados obtenidos y trabajando sobre las dificultades encontradas. Además, se le explicará al paciente la diferencia entre recaída y caída, ofreciéndole estrategias en el caso que ocurrieran.

Seguimiento. Tras estas 16 sesiones, se propone un seguimiento para comprobar el mantenimiento de los resultados a largo plazo y trabajar en las recaídas en el caso de que aparezcan. Se propone un plan de seguimiento de seis meses de duración. Los primeros dos meses las sesiones de seguimiento serán cada dos semanas, siendo una al mes a partir del tercer mes.

6. VALORACIÓN DEL TRATAMIENTO.

El tratamiento se encuentra actualmente a la mitad del proceso, con muy buena progresión, aunque aún quedan cosas por trabajar. En la primera sesión de psicoeducación, C. pidió material audiovisual para mejorar sus conocimientos sobre la ansiedad y el pánico, por lo que se le facilitó bibliografía sobre medicina psicosomática, así como podcasts seleccionados que podían ser de su interés. Su alto nivel cultural y ganas de mejorar son fortalezas claves para el progreso del tratamiento. La propuesta de tratamiento se ajustó a las necesidades y ritmo del paciente, por lo que la temporalización y el número de sesiones propuestas para cada objetivo y técnica de tratamiento se han modificados ligeramente en la práctica.

Como la ansiedad basal y los síntomas somáticos eran bastante intensos al inicio del tratamiento, se comenzó la intervención trabajando la parte somática con ejercicios de respiración. Como el paciente no tenía conocimientos previos sobre ejercicios de respiración (ej. relajación, yoga, etc.), se llevó a cabo una psicoeducación sobre la respiración, para que C. entendiera cómo influye sobre la sintomatología somática, y posteriormente se llevó a cabo el entrenamiento en respiración. Primero se le entrenó en respiración diafragmática y se le pidió que lo llevara a cabo fuera de las sesiones durante 10 minutos, una vez por la mañana y otra por la tarde, sólo durante los momentos tranquilos para desarrollar la habilidad. C. notó los beneficios de la respiración desde la primera semana, mostrándose bastante sorprendido al respecto, lo que hizo que aumentara su motivación y disposición hacia el tratamiento. Posteriormente se llevó a cabo un entrenamiento de respiración con conteo (4-4-8), introduciendo periodos de apnea para ralentizar la respiración.

A medida que C. fue dominando las técnicas de respiración, se comenzó con el entrenamiento en mindfulness, con el objetivo de mejorar su capacidad de atender sus síntomas en el momento presente sin evitarlos ni tratar de controlarlos, con una actitud de aceptación y no juicio. Esto se llevó a cabo mediante dos ejercicios: 1) atención focal a la respiración, en la que utilizando como ancla la respiración se trabaja la no emisión de juicios y el no control de los síntomas; y 2) el escáner corporal, donde se atienden con una actitud de aceptación las sensaciones que aparecen en las distintas partes del cuerpo. Para ello, se facilitaron audios desarrollados por el profesional, y a petición del paciente, se utilizó la aplicación Headspace de forma complementaria y paralela al tratamiento, llevándose a cabo una supervisión de los programas y herramientas que iba empleando.

Las técnicas fisiológicas ocuparon más sesiones de lo esperado (un total de 5 sesiones), sobre todo porque el propio paciente conectó muy bien con estas técnicas y le aportaron grandes beneficios en las primeras etapas del tratamiento. C. encontró en la práctica de mindfulness un gran aliado para mejorar sus sesgos atencionales, reducir sus pensamientos catastrofistas y reducir sus niveles de ansiedad.

Debido a que el paciente no reside en España y parte de las sesiones se llevaron a cabo en remoto, se aprovechó un viaje del paciente a Madrid, para visitar a su familia, para hacer los primeros ejercicios de exposición interoceptiva en consulta en un ambiente seguro, para posteriormente pedirle que pusiera en práctica esos ejercicios de vuelta a Dinamarca en las sesiones online. De esta forma se intentó reducir el riesgo de que, al comenzar la exposición interoceptiva en remoto, el paciente pudiera sufrir un mareo durante la sesión estando sólo en su apartamento. La exposición interoceptiva se comenzó a trabajar en la sesión 6, una vez había reducido su nivel de ansiedad social y disponía de las herramientas que le ofrecía la práctica de mindfulness.

De forma paralela, sobre todo durante las sesiones 5 y 6, se llevó a cabo una reestructuración de hábitos, con la idea de que el paciente recuperara el deporte y las actividades de ocio que había dejado de hacer, lo que mejoraría a su vez su estado de ánimo. Así mismo, se tiene previsto realizar reestructuración cognitiva durante las sesiones de exposición.

Una vez concluida la exposición interoceptiva, se comenzó con la exposición exteroceptiva (a partir de la sesión 9), que es dónde se encuentra el tratamiento actualmente. Se está elaborando junto con el paciente el listado gradual y progresivo de ítems de la exposición, incluyendo las reuniones laborales en formato presencial.

Los resultados obtenidos hasta el momento, reflejan cómo se ha ido reduciendo la ansiedad, en concreto los parámetros de intensidad y de interferencia de los síntomas en la vida laboral y social del paciente. Es interesante destacar, cómo entre la semana 3 y la 6, que es cuando se llevó a cabo el entrenamiento en aceptación, se redujeron de forma notoria la sintomatología ansiosa, y en concreto las conductas de escape o evitación y disminuye la frecuencia e intensidad de los síntomas. Esto pone de manifiesto cómo la necesidad de control del paciente era una variable clave que estaba afectando directamente a la aparición y el mantenimiento del problema, y cómo el entrenamiento en aceptación reduce esa necesidad de control. Por otro lado, se observa que cuando se lleva a cabo la exposición interoceptiva hay una reducción de los síntomas de ansiedad en la vida laboral y social del paciente. Esto se fue observando a lo largo de las sesiones, y se utilizó la escala OASIS como medida objetiva cada tres semanas. Los resultados obtenidos se muestran en la tabla 6 y 7.

Figura 6

Puntuación general en OASIS

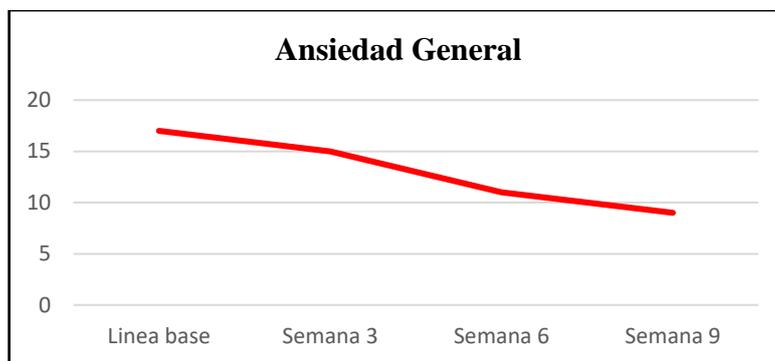
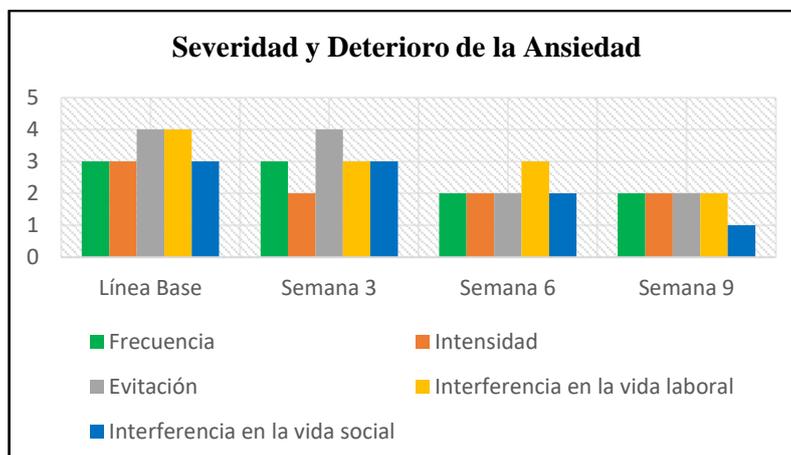


Figura 7

Puntuaciones por parámetros en OASIS

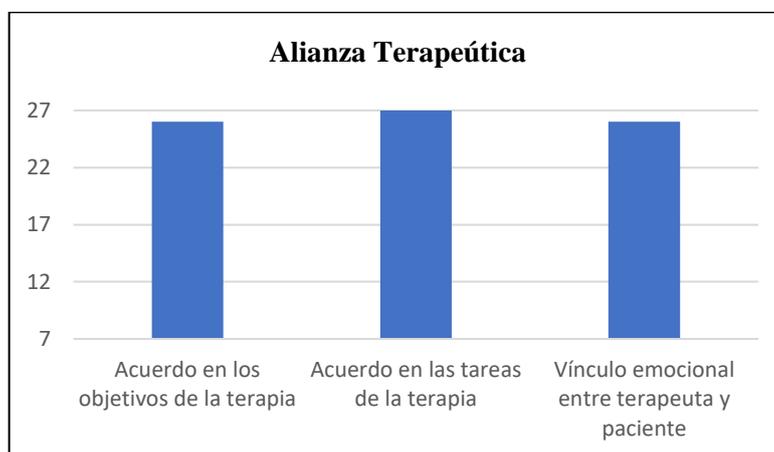


En cuanto a la sintomatología depresiva, tal y como se hipotetizó tras la evaluación, fue reduciéndose a lo largo del tratamiento de manera gradual, ya que el paciente aumentó sus actividades de ocio a través de una reestructuración de hábitos y como consecuencia de la reducción de la sintomatología ansiosa. Esto se evaluó con preguntas en sesión y a través de la observación, ya que a medida que avanzaba el tratamiento el paciente se mostraba más animado, realizando actividades gratificantes que al inicio del tratamiento no llevaba a cabo.

Además, de las fortalezas del paciente, cabe destacar la alianza terapéutica como un factor fundamental para la consecución de los objetivos terapéuticos. En un caso como en el que nos ocupa, dónde el paciente tiene sus reservas sobre la pertinencia del tratamiento psicológico, la alianza terapéutica juega un papel esencial en las primeras fases del tratamiento. Por ello se ha considerado importante llevar a cabo una medición de la misma a mitad del tratamiento. Los resultados muestran muy buenas puntuaciones en los tres componentes de la alianza terapéutica medidos en el WAI-S (alianza terapéutica durante la terapia, acuerdo entre los objetivos y tareas y el vínculo emocional). La puntuación de alianza global en esta medida, es de 84 puntos y el paciente ha obtenido 79, mientras que las puntuaciones máximas en cada componente son de 28 puntos, acercándose las puntuaciones del paciente mucho a esta puntuación en los tres factores. En la figura 8 se muestran las puntuaciones obtenidas en la medida según cada componente evaluado.

Figura 8.

Resultados obtenidos en el WAI-S por componentes.



A día de hoy, parece que hay una evolución positiva de cara a la consecución de objetivos terapéuticos. La implicación del paciente, el trabajo realizado fuera de las sesiones, así como su nivel cultural alto y el compromiso con el tratamiento están influyendo favorablemente en la consecución de buenos resultados.

7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

Este caso representa uno de los trastornos mentales más frecuentes en la población, que provoca una incapacidad importante en la vida de las personas que lo sufren. Además, puesto que la sintomatología somática se comparte con otro tipo de trastornos orgánicos, es frecuente que estas personas no lleguen a recibir un tratamiento psicológico adecuado, lo que favorece la cronificación de los síntomas. El caso de C. es un ejemplo de cómo el TP se confunde con patologías de origen orgánico debido al protagonismo de la sintomatología somática y de cómo estos pacientes pasan mucho tiempo en atención primaria hasta que son derivados a los servicios de salud mental.

Por otro lado, a lo largo de la intervención se ha visto cómo determinadas variables del paciente que han sido claves en la aparición y mantenimiento del problema, se han convertido en fortalezas que han influido en la evolución positiva del tratamiento. El rasgo de personalidad del paciente de ser disciplinado ha funcionado como variable predisponente y también como fortaleza de cara al tratamiento en cuanto a la realización de las tareas para casa y su alto grado de implicación. Como terapeutas debemos tener en cuenta que determinadas características del paciente no tienen por qué tener siempre la misma función y que, aunque en un determinado momento funcionen agravando el problema, es posible redirigir esas cualidades en pro de la recuperación del paciente.

Cabe destacar que en este caso se refleja la existencia de una influencia multimodal biopsicosocial en el desarrollo y el mantenimiento del problema, dónde los factores que iniciaron el problema no son los mismos que lo mantienen. El problema se origina por la aparición de determinadas sensaciones físicas (factor fisiológico) y las interpretaciones de C. sobre las mismas (factor cognitivo), mientras que en el mantenimiento del problema está explicado por el miedo anticipatorio a sufrir futuros ataques (factor emocional) y las conductas de escape y evitación (factor conductual). Por tanto, es importante tener en cuenta la interrelación entre diferentes variables, y que el tratamiento debe orientarse a trabajarlas todas de forma conjunta y, a ser posible, de una manera transversal a lo largo de las sesiones, independientemente de que se de protagonismo a unas u a otras en determinados momentos del tratamiento. En este caso, la primera parte del tratamiento se centra en el trabajo sobre las sensaciones físicas ya que es lo que más predomina y se trabaja también el factor emocional y el cognitivo de forma paralela y conjunta, aunque más adelante se dediquen sesiones específicas a ello.

Este caso es un ejemplo de la relevancia que están tomando las nuevas tecnologías de la información (TICS) en los tratamientos psicológicos, ya que desde el principio se han estado utilizando desde podcast hasta aplicaciones como HeadSpace que han facilitado la aplicación de determinadas técnicas y dando la opción al paciente de llevar a cabo un trabajo autónomo fuera de las sesiones. Una de las herramientas que se está teniendo cada vez más en cuenta de cara a facilitar las técnicas de exposición y que en este caso no se ha utilizado pero sería interesante tenerlo en cuenta para futuros tratamientos, es la Terapia de Realidad Virtual (TERV), que ofrece la posibilidad de

llevar a cabo en la consulta exposiciones situacionales e interoceptivas a la vez, tal y como ocurre en el ambiente natural, demostrando muy buenos resultados en varios estudios realizados, obteniendo la misma eficacia que la exposición en vivo y manteniéndose los beneficios a largo plazo (Botella et al.,2006). En la TERV la persona puede afrontar las situaciones temidas a su propio ritmo ya que hay un mayor control sobre la experiencia que se presenta en el mundo virtual, no es necesario esperar a que ocurra la situación para que la persona pueda enfrentarse a ella, y al poder enfrentar las situaciones temidas en la consulta existe una mayor confidencialidad y privacidad (Caballo et al.,2014). Sin embargo, la falta de estandarización de protocolos a consecuencia del elevado coste que supone llevar a cabo los ensayos clínicos de investigación repercute en que no sea una herramienta frecuente en las consultas de psicología.

Por último, indicar que el plan de tratamiento es útil como una guía de intervención, pero debe ser flexible y adaptado al ritmo y a las necesidades del paciente. En este caso, hubo que aumentar las sesiones dedicadas a trabajar la sintomatología somática y se trabajó mindfulness en sesiones previas a lo propuesto en el plan de tratamiento. Así mismo, se trabajaron objetivos de forma transversal. Por ejemplo, la reestructuración cognitiva, lejos de trabajarla únicamente en sesiones aisladas, se realiza de manera transversal a las sesiones de control de la activación y exposición.

Este caso refleja la importancia de una perspectiva integradora, tanto en la evaluación como en el tratamiento, utilizando los protocolos estandarizados como guía, pero teniendo en cuenta otras herramientas empíricamente eficaces para mejorar y facilitar el trabajo terapéutico. También es imprescindible tener en cuenta que las características propias del paciente van a influir en su motivación y en la implicación en el tratamiento, y que la alianza terapéutica es un factor fundamental en pro de las mismas, por lo que las habilidades terapéuticas suponen una gran influencia en la eficacia del tratamiento.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. (5th ed.). Editorial Médica Panamericana.

American Psychological Association Task Force on Psychological Intervention Guidelines (1998). *Template for developing guidelines: Interventions for mental disorders and psychological aspects of physical disorders*, American Psychological Association.

American Psychiatric Association (2009). *Practice Guideline for the Treatment of Patients With Panic Disorder* (2nd ed. pp. 12-13) American Journal of Psychiatry. https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/panicdisorder.pdf

- Botella Arbona, C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno de pánico. *Psicothema*, 13 (3), 465-478. <https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/7900>.
- Bados López, A. (2017). Agorafobia y pánico: Naturaleza, evaluación y tratamiento. Universitat de Barcelona. <http://hdl.handle.net/2445/115723>
- Botella, C., García-Palacios, A., Quero, S., Baños, R. M., & Bretón-López, J. M. (2006). Realidad virtual y tratamientos psicológicos: una revisión. *Psicología Conductual*, 3, 491-510.
- Botella, L., & Corbella, S. (2011). Alianza terapéutica evaluada por el paciente y mejora sintomática a lo largo del proceso terapéutico. *Boletín de psicología*, 101(1), 21-33.
- Caballo Manrique, V. E., Salazar, I. C., & Carrobbles, J. A. (2014). *Manual de Psicopatología y Trastornos Psicológicos* (2ª ed., pp. 218-239). Pirámide.
- Calero, E., & Bados, E. (2010). *Protocolo de Intervención Clínica para los problemas de pánico y Agorafobia*. Universidad Autónoma de Madrid. <https://docplayer.es/12084253-Ana-calero-elvira-1-y-arturo-bados-lopez-2.html>
- Escribano, S. A. (2013). De la teoría a la práctica en la superación del pánico. A propósito de un caso. *Clínica Contemporánea*, 4(3), 9.
- Furukawa TA, Watanabe N, Churchill R. Psicoterapia combinada más antidepresivos para el trastorno de pánico con o sin agorafobia. *Cochrane de Revisiones Sistemáticas* (1). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004364.pub2>
- Hayes, S.C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Mitte, K. (2005). A meta-analysis of the efficacy of psycho-and pharmacotherapy in panic disorder with and without agoraphobia. *Journal of affective disorders*, 88(1), 27-45.
- Norman, SB, Hami Cissell, S., Means-Christensen, AJ y Stein, MB (2006). Desarrollo y validación de una escala global de gravedad y deterioro de la ansiedad (OASIS). *Depresión y ansiedad*, 23(4), 245-249.
- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R. M., Germán, M. A. S., & Lostao, L. (2004). Dimensiones de la sensibilidad a la ansiedad: evidencia confirmatoria de la estructura jerárquica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 9(1), 19-33. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.9.num.1.2004.3965>
- Salkovskis, P. M., Clark, D. M., & Hackmann, A. (1991). Treatment of panic attacks using cognitive therapy without exposure or breathing retraining. *Behaviour Research and Therapy*, 29(2), 161-166.

Sanz, J. (2014). Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del inventario de ansiedad de Beck (BAI) en la práctica clínica. *Clínica y salud*,25(1), 39-48.
<https://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v25n1/original4.pdf>

Labrador, F. (2011) Manual de Técnicas de Modificación de Conduita. Psicología Pirámide.

Zanón, I., Matías, T., Luque, A., Moreno, D., Aranda, E., Morales, C...& Márquez, M. (2016). Guía para la Elaboración de un análisis funcional del comportamiento humano. Universidad Autónoma de Madrid.