



**Universidad
Europea** MADRID

Trastorno de Pánico con Agorafobia:
una problemática muy actual

Estudio de caso

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria
2020/2022

Trabajo de Fin de Máster

Autor: José María Muñoz Baena

Tutora: Lidia Budziszewska

Centro: INSPIRA Psicología, Granada

Índice

Resumen	4
MARCO TEÓRICO	
1. Introducción	6
1.1. Conceptualización del Trastorno de Pánico, Agorafobia, de la ansiedad y del estrés.....	6
1.2. Criterios diagnósticos del Trastorno de Pánico y de la Agorafobia acorde al DSM-5.	8
1.3. Prevalencia	9
1.4. Tratamiento y técnicas	11
1.4.1. Tratamiento farmacológico.....	11
1.4.2. Tratamiento psicológico	13
CASO CLÍNICO	
2. Identificación del paciente y motivo de consulta.	14
3. Estrategias de Evaluación	15
3.1. Resultados tras la Evaluación	16
3.1.1. Entrevista Clínica Semiestructurada/Entrevista de Evaluación del Pánico ADIS-IV.....	16
3.1.2. Autorregistro episodios de ataques de pánico.	17
3.1.3. Cuestionario de Personalidad MMPI-2-RF (Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 Reestructurado).	18
4. Formulación clínica del caso y objetivos	21
5. Tratamiento.....	29
5.1. Organización de las sesiones	29
6. Resultados y valoración del tratamiento	36
6.1. Resultados.....	36
6.2. Valoración del tratamiento.	39
7. Discusión y conclusiones	41

8. Conclusión personal	45
9. Referencias bibliográficas	48
10. Tablas	
Tabla 1. Criterios diagnósticos para el TP según el DSM-V	54
Tabla 3. Criterios diagnósticos para la agorafobia según DSM-V	55
Tabla 3. Lista de Jerarquía de Situaciones Temidas	57
Tabla 4. Programa de exposición semanal	57
Tabla 5. Programa de exposición semanal 2	60
11. Figuras	
Figura 1. Frecuencia de Ataques de Pánico por semana	37
Figura 2. Grado de Control Percibido durante las exposiciones	37
Figura 3. Grado de ansiedad percibido durante las exposiciones	38
Figura 4. Malestar percibido a lo largo del tratamiento	39

Resumen

El Trastorno de Pánico y la Agorafobia constituyen dos de los trastornos más comunes e incapacitantes de los Trastornos de Ansiedad. El presente Trabajo de Fin de Máster, consiste en un Caso Único donde se analiza la Intervención Individualizada a una paciente con Trastorno de Pánico con Agorafobia. El objetivo principal de la intervención fue reestructurar el patrón evitativo a cualquier situación fóbica. Se llevó a cabo un tratamiento de corte integrativo, usando el modelo de terapia cognitivo-conductual como base y utilizando técnicas de terapia de tercera generación. El tratamiento consistió en 16 sesiones y durante ese periodo se aplicó *Desensibilización Sistemática, exposición en vivo, técnicas de atención a la respiración, atención plena basada en Mindfulness, entrenamiento autógeno, reestructuración cognitiva y valores nucleares*. La efectividad del tratamiento se basó en tres criterios: el *grado de control percibido* de la paciente, el *nivel de ansiedad* durante exposiciones a situaciones temidas y el *nivel de malestar* de la paciente tomando como medidas objetivas el cumplimiento o no de los criterios diagnósticos del DSM-5. Los resultados avalan la efectividad del tratamiento ya que los síntomas se revirtieron y la paciente fue capaz de volver a exponerse a situaciones antes evitadas.

Palabras clave: Agorafobia, ansiedad, Ataque de Pánico, cognitivo-conductual, exposición, terapia integrativa, Trastornos de Ansiedad, Trastorno de Pánico.

Abstract

Panic Disorder and Agoraphobia are two of the most common and disabling Anxiety Disorders. This Master's thesis consists of a single case study in which the individualised intervention of a patient with Panic Disorder and Agoraphobia is analysed. The main objective of the intervention was to restructure the avoidant pattern to any phobic situation. An integrative treatment was carried out, using the cognitive-behavioural

therapy model as a basis and using third generation therapy techniques. The treatment consisted of 16 sessions and during this period, Systematic Desensitisation, live exposure, breathing attention techniques, Mindfulness, autogenic training, cognitive restructuring and core values were applied. The effectiveness of the treatment was based on three criteria: the patient's perceived degree of control, the level of anxiety during exposure to feared situations and the patient's level of discomfort, taking as objective measures whether or not they met the DSM-5 diagnostic criteria. The results support the effectiveness of the treatment, as the symptoms were reversed and the patient was able to re-expose herself to previously avoided situations.

Key words: Agoraphobia, anxiety, Anxiety Disorders, cognitive-behavioural, exposure, Integrative Therapy, Panic Attack, Panic Disorder.

MARCO TEÓRICO

1. Introducción

1.1. Conceptualización del Trastorno de Pánico, Agorafobia, de la ansiedad y del estrés.

De manera general, los Trastornos de Ansiedad se consideran como uno de los trastornos más incapacitantes en salud mental, así como una de las mayores demandas en psicoterapia junto con la depresión. El Trastorno de Pánico y la Agorafobia se encuentran en el grupo de trastornos psicológicos específicos clasificados como Trastornos de Ansiedad, recogidos en el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - 5 (DSM-5).

Debido a que los Trastornos de Ansiedad recogen varios trastornos, es importante en la práctica clínica clarificar y diferenciar el término *ansiedad* ya que es común a todos esos trastornos. Otro término relacionado con los Trastornos de Ansiedad es el *estrés*, pues genera confusión y tiene aspectos comunes a la ansiedad. Por ello, aclarar y entender qué diferencias hay entre estos dos términos podría ayudar en la práctica clínica.

La ansiedad se define según Marks (1986) (citado por Yagüe et al., 2016) como:

Combinación de distintas manifestaciones físicas y mentales que no son atribuibles a peligros reales, manifestados en forma de crisis o bien como un estado persistente y difuso, pudiendo llegar al pánico, se relaciona con la anticipación de peligros futuros, indefinibles e imprevisibles.

También se podría definir la ansiedad como “la anticipación a una amenaza futura que surge de la percepción de estímulos generales potencialmente dañinos, evocando un estado de inquietud, agitación, preocupación e hipervigilancia” (Macías-Carballo et al., 2019)

Encontrar un concepto global de ansiedad puede ser difícil ya que, a lo largo de los años, cada escuela psicológica ha abordado este constructo con su propio método y marco teórico (Díaz & De la Iglesia, 2019). Pero si algo tenían en común las diferentes escuelas, era poner el foco de atención en las experiencias emocionales estrechamente relacionadas con el medio, la angustia y el estrés (Sierra et al., 2003).

Cuando se lleva a cabo un tratamiento específico para un TA, es importante que el paciente sepa entender y diferenciar el concepto de estrés. En opinión de Soriano et al. (2019) “el estrés se ve caracterizado por ser un proceso adaptativo y de emergencia que brinda la supervivencia del sujeto”. Al igual que con la ansiedad, es importante que el paciente aprenda a gestionar ese malestar inducido por la respuesta de estrés a través del entrenamiento en estrategias de afrontamiento, siguiendo de referencia el clásico modelo Lazarus y Folkman (Obbarius et al., 2021)

En diversas ocasiones la persona tiene la idea de que padece una enfermedad, y que esa enfermedad es un TA. Dicha idea le lleva a experimentar sensaciones corporales asociadas a la ansiedad o el miedo, provocando malestar en la persona (Reiss y McNally, 1985; citado por Yagüe et al., 2016). Esa anticipación centrada en el miedo a padecer la propia sintomatología del TA es la que en numerosas ocasiones lleva a que el paciente exprese malestar, mostrando en estas ocasiones una alta *Sensibilidad a la Ansiedad* (Yagüe et al., 2016).

Como señalan Lizeretti & Rodríguez (2012), de manera más específica, el Trastorno de Pánico con Agorafobia se caracteriza por un miedo patológico (desproporcionado, irracional y fuera de control voluntario) a un conjunto de situaciones diferentes. Es importante aclarar que el Trastorno de Pánico (TP) y la Agorafobia son dos trastornos específicos diferentes (DSM-V) que se pueden dar de manera separada o conjunta, pero alrededor de dos tercios de las personas con TP desarrollan también

agorafobia (Monterde & Casado, 2015). Estos trastornos suponen dos de los trastornos específicos de ansiedad con mayor prevalencia y demanda en la clínica (Lizeretti & Rodríguez, 2012).

Un criterio común del Trastorno de Pánico con Agorafobia es destacar el alto grado de incapacidad y malestar que este trastorno genera en la persona (Monterde & Casado, 2015; Olivares-Olivares et al., 2016; Rodríguez, 2020).

Dentro del trastorno, los ataques o episodios de pánico son un componente clave para el tratamiento, por lo que su definición podría ayudar en el proceso de psicoterapia. Estos ataques o episodios se pueden entender como periodos concretos de intenso miedo y malestar, acompañados de, al menos, cuatro síntomas de ansiedad físicos o psicológicos (Garriga et al., 2009).

1.2. Criterios diagnósticos del Trastorno de Pánico y de la Agorafobia acorde al DSM-5.

Para realizar una mejor intervención, es aconsejable seguir los criterios diagnósticos de los manuales de referencia, normalmente el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - 5 (DSM-5) y la Clasificación Internacional de Enfermedades - 11.^a Revisión (CIE-11). En este trabajo en concreto, los criterios diagnósticos se basaron en el DSM-5.

En el DSM-5 el TP y la Agorafobia se encuentran en un apartado específico denominado Trastornos de Ansiedad. En dicho apartado aparecen 11 trastornos independientes, los cuales serían:

Trastorno de ansiedad por separación; Mutismo selectivo; Fobia específica; Trastorno de ansiedad social (fobia social); Trastorno de pánico; Agorafobia; Trastorno de ansiedad generalizada; Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos;

Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica; otro trastorno de ansiedad especificado; otro trastorno de ansiedad no especificado.

Es importante clarificar que cada trastorno ha de cumplir una serie de criterios diagnósticos bien especificados ya que, aun siendo independientes, pueden presentar comorbilidad, como ocurre en el caso de Valiente. En la Tabla 1 y en la Tabla 2, se puede observar de manera esquemática los criterios diagnósticos del TP y la Agorafobia respectivamente.

1.3. Prevalencia

Los TA, junto con la Depresión Mayor, constituyen el mayor porcentaje de demanda de tratamiento psicológico, siendo en adultos más común (Macías-Carballo et al., 2019). Según la investigación llevada a cabo por The ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators (2004) el 13,6% de la población de seis países europeos (Bélgica, Francia, Alemania, Italia, Los Países Bajos y España) presentan algún trastorno relacionado a la ansiedad.

Tras la Pandemia del COVID-19 se ha incrementado tres veces más la prevalencia en ansiedad y de depresión en la población en Estados Unidos de América, según las muestras probabilísticas nacionales administradas por la Oficina del Censo (Twenge, & Joiner, 2020). Siguiendo con los datos ofrecidos por COVID-19 Mental Disorders Collaborators (2021) en 2020 por cada 100.000 habitantes 2824,9 presentaban Trastornos de Ansiedad, lo que equivaldría a 298 millones de personas. Con el COVID-19, la prevalencia de TA aumentó al 4802,4 por cada 100.000 habitantes, lo que equivaldría a 374 millones de personas. De manera que se estimó un aumento adicional de 76,2 millones de casos de ansiedad, lo que supone el incremento del 25,6% global de casos.

Con respecto a la población infantojuvenil, con edades comprendidas entre 6 y 18 años, la tasa de prevalencia de TA es del 6,5%, situándose por encima de los Trastornos Disruptivos con un 5,7% (Canals et al., 2019).

Los hallazgos ofrecidos por Wittchen & Jacobi (citado en Bandelow & Michaelis, 2015) mostraron que la prevalencia de los TA en 16 países europeos era muy heterogénea, mostrando una diferencia del 0.6 y 7.9% para el Trastorno de Ansiedad Social y una diferencia entre el 0.2 al 4.3% para el Trastorno de Ansiedad Generalizada.

Dentro de los TA, según Cabañas et al. (2018) en Europa, la fobia específica está catalogada como el trastorno más frecuente de los TA y es el diagnóstico más frecuente en comparación a otros trastornos psicológicos catalogados en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V). En referencia al TP con Agorafobia, dicho diagnóstico se sitúa entre los trastornos de ansiedad con mayor prevalencia siendo el más incapacitante de los TA, tanto o más que otros trastornos mentales. En el 75% de los casos, ambos trastornos se presentan de manera conjunta (Lizeretti & Rodríguez, 2012).

Con respecto a la población española, según Bados (2006) (citado por Calero & Bados, 2010), en la práctica clínica, los problemas de pánico y agorafobia son los más frecuentes. Además, dichos problemas constituyen alrededor del 50-60% de los casos de fobia en la práctica clínica en España (Bados, 2009). Cabe destacar que aproximadamente un 10% de la población general adulta española ha experimentado una crisis de pánico (Rodríguez, 2020) y que anualmente, alrededor de un 1,8% de la población en España padece el trastorno (Goodwin et al., 2005). Más datos aportados por Cano et al. (2011) enfatizan el alto número de casos de ansiedad en España en comparación con otros países europeos, situando la media casi dos puntos por encima.

A nivel internacional, los datos obtenidos por un estudio realizado en seis países europeos (entre ellos España) estiman una prevalencia a lo largo de la vida de 2,1% para el TP y de 0,9% para la agorafobia (Alonso et al., 2004; citado por Monterde & Casado, 2015, p, 3).

En referencia al momento evolutivo en que aparecen por primera vez los ataques de pánico, la edad media en la que sitúa la aparición del TP oscila alrededor de la veintena. Botella Arbona (2001) establece la edad de inicio de los Trastornos de Pánico en torno a los 20 años, y según el estudio de Bandelow & Michaelis (2015) la edad media son los 24 años para el TP y los 20 años para la agorafobia.

Respecto a las diferencias según el género, diversas fuentes de datos que establecen un mayor riesgo de padecer el trastorno por parte de las mujeres que de los varones, situando dicho riesgo dos veces más probable (Bandelow & Michaelis, 2015; Olivares-Olivares, 2016; Weissman et al, 1997; citado por Botella Arbona, 2001), observando que el TP está asociado a morbilidad psiquiátrica significativa, situando dicha comorbilidad con otros TA entre al 65% y 88% de pacientes con TP.

1.4. Tratamiento y técnicas

Existen dos vertientes bien fundamentadas y establecidas para el tratamiento del TP con Agorafobia, el *tratamiento farmacológico* y el *tratamiento psicológico*, que generalmente coexisten realizando un tratamiento conjunto.

1.4.1. Tratamiento farmacológico

La administración de antidepresivos como la paroxetina y ansiolíticos como el lexaftín suponen la primera, y en muchas ocasiones, la única línea de acción en el proceso de recuperación de estos pacientes cuando acuden a su médico de atención primaria. Durante años el uso de la climipramina, un Antidepresivo tricíclico basado en su potente

acción serotoninérgica se consideró el fármaco de elección (Ferrerres et al., 2011; Martínez et al., 2011).

De manera más específica los antidepresivos más comunes actualmente son:

- Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) que incluyen antidepresivos como la Fluoxetina o el Citalopram.
- Inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (IRSN) siendo la venlafaxina y la duloxetina los fármacos más comunes.

Respecto a los ansiolíticos de preferencia se encuentran las Benzodiacepinas, cuyo efecto analgésico produce un efecto de relajación y alivio de la tensión física y cognitiva en la persona. De manera general el Diazepam, Lorazepam o el Bromazepam, conocido generalmente como Lexatín o Zolpidem, son los ansiolíticos de elección en el tratamiento farmacológico. El tratamiento farmacológico supone una línea de tratamiento eficaz para la sintomatología física de los TA. Sin embargo, este tratamiento ofrece una problemática en los pacientes con TA, ya que estos presentan una alta vulnerabilidad a desarrollar otras patologías comórbidas. La comorbilidad en los TA con trastornos por abuso de sustancias oscila entre el 18 y el 37% (Sáiz et al., 2014). Por lo tanto, basar el tratamiento de cualquier TA en la farmacología supone un riesgo, y más teniendo en cuenta la “automedicación” y el alto riesgo de dependencia que suponen los psicofármacos, y concretamente las benzodiacepinas.

Debido al riesgo que el tratamiento farmacológico supone y debido a que tan solo ataja una parte de la problemática en los TA, es necesario llevar a cabo un tratamiento basado en la psicoterapia.

1.4.2. Tratamiento psicológico

Dos tratamientos psicológicos bien establecidos para el TP son el *Programa de Tratamiento del Control de Pánico (TCP)* del grupo de Barlow y el *Programa de Terapia Cognitiva (TC)* del grupo de Clark (Botella, 2001).

En el presente estudio, se optó por un tratamiento integrativo cuya base se fundamentaba en el tratamiento cognitivo-conductual ya que ofrece el mayor número de estudios y datos relativos a su efectividad (Prats et al., 2014; Sáiz et al., 2014), en relación al tratamiento individualizado del TP con o sin agorafobia.

Garay et al. (2011) recogen los datos del clásico estudio de Barlow et al., en el año 2000. En dicho estudio se comparó la efectividad en el tratamiento cognitivo-conductual frente a otros tratamientos que fueron: tratamiento cognitivo-conductual con placebo, tratamiento solo de placebo y tratamiento farmacológico conjunto al tratamiento cognitivo-conductual. La efectividad más elevada a lo largo del proceso terapéutico se correlaciona con el tratamiento-cognitivo conductual aislado.

Prats et al. (2014) también avalan la efectividad del tratamiento cognitivo-conductual para el TP con agorafobia, concluyendo que en la práctica clínica dicho tratamiento produce beneficios en la sintomatología asociada a dicho trastorno, afirmando además que resulta efectivo en el entorno clínico.

Es habitual que el paciente llegue a la consulta de psicología con un tratamiento farmacológico recetado en atención primaria. En muchas ocasiones los dos tratamientos tendrán que coexistir y habrá que llevar a cabo un tratamiento conjunto, como ocurrió en el caso del presente Trabajo de Fin de Máster.

En este caso único la paciente se estaba sometiendo a un tratamiento farmacológico, por lo que se tuvo que seguir un tratamiento psicológico conjunto. En este

caso se realizó una Intervención Individualizada basado en un tratamiento psicológico integrativo, fundamentado en *terapia cognitivo-conductual* y *técnicas* basadas en terapia de *tercera generación*, junto con el tratamiento farmacológico que la paciente seguía por prescripción médica. Las técnicas de tercera generación utilizadas se basaron en *atención plena de Mindfulness*, *atención a la respiración* y *entrenamiento autógeno*, y la base cognitiva-conductual se centró en la *Desensibilización Sistemática*, *exposición en vivo*, *reestructuración cognitiva* y *entrenamiento en valores*. La intervención tenía como objetivo la **exposición** a situaciones evitadas por la paciente, entrenando en conductas incompatibles al aumento de malestar asociado a la ansiedad, proporcionando así estrategias de afrontamiento de la ansiedad y gestión de la sintomatología del AP, aumentando el *grado de control percibido*. Con la exposición y aumento de control percibido, se procedería a reestructurar ideas irracionales asociadas a la sintomatología de ansiedad y la búsqueda experiencial, extinguiendo la respuesta evitativa fóbica.

CASO CLÍNICO

2. Identificación del paciente y motivo de consulta.

El caso que en este Trabajo de Fin de Máster se va a abordar, hace referencia a una Intervención Individualizada, basada en una paciente tratada en el año 2016 en el Centro INSPIRA Psicología situado en la ciudad de Granada, en concreto por el Psicólogo General Sanitario y Profesor tutor de la UNED Juan Manuel Guiote.

Cabe señalar que todos los datos en referente al caso fueron facilitados y cedidos por el centro en cuestión.

El sobrenombre que INSPIRA Psicología ofrece de la paciente es “Valiente”, y hace referencia a una mujer, cuyo motivo de consulta fue el siguiente:

“La paciente refiere sentir miedo de todo, ya no se siente segura en ningún momento y sufre ataques de pánico recurrentes. *Nota: primer AP hace 4 años conduciendo.”

Los datos de anamnesis corresponderían con los siguientes:

- Mujer de 39 años.
- Profesión: profesora, refiere sufrir “moobing” durante años.
- Familia: relación cercana materna. Padre con Trastorno Bipolar, con el cual tenía fuertes enfrentamientos, ya fallecido. Dos hermanos, un hermano con el cual mantiene una relación estrecha, y una hermana con la cual mantiene una relación cordial. Sin hijos.
- Pareja: soltera. Refiere haber sufrido mucho con su expareja.
- Intentos de solución: acudió a salud mental y en dos ocasiones acudió a atención privada (psiquiatra y psicólogo).
- Medicación: Paroxetina (antidepresivo) y lexatín (ansiolítico) desde hace 3 años. *Nota: siempre lleva en el bolso lexatín.
- Domicilio: residente en Granada capital. Comenta vivir en el mismo edificio de su madre, con la cual tiene una relación muy estrecha, incluso de dependencia según la propia paciente.
- Infancia: desarrollo y aprendizaje dentro de lo normal, no comenta haber sufrido ninguna enfermedad durante la infancia.

3. Estrategias de Evaluación

La evaluación que se llevó a cabo con Valiente fue la siguiente:

- Entrevista
- Entrevista de Evaluación del pánico ADIS-IV

- Autorregistro de la frecuencia de Ataques de Pánico
- Cuestionario de Personalidad MMPI-2-RF (Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 Reestructurado)

3.1. Resultados tras la Evaluación

3.1.1. Entrevista Clínica Semiestructurada/Entrevista de Evaluación del Pánico ADIS-IV.

En 1964, Bleger sitúa a la entrevista como el instrumento o técnica fundamental del método clínico. Durante este proceso, entra en juego el factor de la *alianza terapéutica*. El constructo alianza terapéutica tiene su origen en el modelo psicoanalítico (González, 2005), y como se aporta en ese mismo artículo González (2005) le da a la alianza terapéutica una importancia indudable para el desarrollo del proceso psicoterapéutico y para los resultados que se obtengan.

Los datos de la entrevista facilitados por INSPIRA Psicología, refieren que *la paciente todos los días sentía miedo a sufrir otro AP*. Respecto al sueño y descanso, refería no dormir bien, sufría de somnolencia y atracones de comida a medianoche. La sintomatología que presentaba en referente a los ataques de pánico era: sensaciones físicas de angustia, intenso malestar, palpitaciones, sudoración, náuseas, mareos y sacudidas (Ver Tabla 1. *Criterios diagnósticos para el TP según el DSM-V*). Además, cumplía otro de los criterios, ya que sentía un **miedo constante a volverse loca**.

Referente a los lugares donde los episodios de AP tenían lugar, refería que no había un lugar determinado, que los episodios aparecían en cualquier lugar, sin importar las personas con las que se encontrase ni la hora a la que sucedía.

Con el objetivo de cuantificar su malestar y tratar de darle un valor numérico a su problemática, Valiente valoró su problema en un 9, dentro de la escala tipo Likert del 1 al 10, siendo 1 el valor numérico más bajo de malestar y 10 el más alto.

Siguiendo con los datos aportados en la entrevista, Valiente comentó que la última vez que sufrió un AP fue en un fin de semana que estaba con unos amigos en su piso de la playa. Relata que el piso estaba oscuro, había alcohol y mucha fiesta. Ella no se sentía a gusto con ese ambiente, pero tampoco quería dejar a sus amigos sin fiesta. Finalmente, tras encontrarse fatal, hizo que todos bajaran a la calle, insistió en que se sentía fatal e intentó gestionar de alguna manera lo que le estaba sucediendo, pero enseguida aparecieron síntomas típicos del AP (palpitaciones, mareos, intenso malestar, etc.). Sentía mucho miedo, estaba sola cuando el AP le sobrevino y temía estar en soledad.

El momento con el que vivió más intensamente un AP fue callejeando por el Albaicín (Granada). Iba paseando con su familia y de pronto empezó a creer que se desmayaba (apareció sintomatología, vista nublada, falta de aire, escalofríos, etc.).

La paciente evitaba transitar por lugares donde pensaba que podría sufrir otro ataque de pánico o donde pensaba que la probabilidad de recibir ayuda era escasa. De esa manera, su vida diaria, incluyendo el ámbito social, se fue deteriorando (familia, tiempo libre, etc.).

3.1.2. Autorregistro episodios de ataques de pánico.

Valiente mostraba un patrón evitativo destacable, ya que ante cualquier tipo de situación en las que la paciente tuviera la creencia de difícil escapatoria o fuese complicado buscar ayuda, evitaba exponerse a esa situación. En su día a día la presencia del miedo a sufrir otro ataque de pánico (AP) era recurrente, al igual que la constante rumiación respecto a la sintomatología asociada con el pánico.

Para ser más concretos y exhaustivos en la búsqueda de situaciones concretas de evitación, se recogieron varios escenarios y conductas que Valiente evitaba. El orden de presentación hace referencia al orden de malestar y gravedad, yendo de menos a más:

1. Callejear por lugares estrechos, con muchas personas o con muy pocas personas.
2. Estar sola en diferentes lugares (calles estrechas, playa, piso, dormir sola, etc.).
3. Coger el coche sola para trasladarse en carretera.
4. Coger el transporte público donde suele haber mucha gente (autobuses, trenes, etc.).

Durante el proceso de tratamiento, en cada sesión se registraban el número de AP que la paciente había sufrido durante la semana, de manera que se fuese tomando una perspectiva de la evolución en función de la frecuencia de aparición de AP, siempre basándose en el autorregistro semanal llevado a cabo por la paciente.

3.1.3. Cuestionario de Personalidad MMPI-2-RF (Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 Reestructurado).

El MMPI-2-RF es una versión revisada del MMPI-2, este inventario ha sido diseñado para evaluar de forma exhaustiva y eficiente las variables clínicamente relevantes (Ben-Porath & Tellegen, 2015). Dicho instrumento está orientado a la evaluación de las características psicopatológicas globales y específicas del individuo (escalas clínicas reestructuradas), trastornos psicósomáticos, intereses y personalidad psicopatológica, así como diferentes aspectos de sinceridad en las respuestas individuales.

Las puntuaciones obtenidas tras la administración del inventario a Valiente fueron las siguientes:

- En referencia a la *validez del protocolo*, la puntuación típica (puntuación T) de Valiente fue mayor de 100. Cuando la puntuación T es mayor de 100 ($T > 100$) la

validez de las escalas somáticas queda invalidadas según el criterio de interpretación del manual. Haciendo mención a la puntuación del *Sesgo de Respuesta (RBS)*, la puntuación fue T=90, lo que hacía entender una posible exageración de síntomas, basándose en los criterios de corrección del manual.

- En cuanto a las *escalas clínicas reestructuradas (RC)*, los datos aportados y destacados por INSPIRA se centran en las subescalas:
 - *Desmoralización (RCd)*, mostrando una T=71. Una puntuación T entre 65-79, según la interpretación del manual, sitúa al sujeto como “triste e infeliz, insatisfecho con las circunstancias actuales de la vida
 - *Quejas somáticas (RC1)*, la puntuación fue T=81. Una T>80 indica “un patrón difuso de quejas somáticas de varios órganos corporales que probablemente incluyen dolor de cabeza y síntomas neurológicos y gastrointestinales”.
 - *Escasez de emociones positivas (RC2)*, la puntuación fue T=66, y según el manual una T≥65 significa “ausencia de experiencias emocionales positivas; anhedonia significativa; falta de interés”.
- En lo que respecta a las *escalas somáticas y cognitivas*, Valiente obtiene puntuaciones clínicamente relevantes en todas y cada una de las subescalas con un intervalo de puntuaciones T entre el 67-81. De manera específica la puntuación por subescala fue:
 - *Malestar general (MLS)*, puntuación T=75, cuando la puntuación T se sitúa entre 65-79 según el manual, el sujeto “afirma tener una mala salud y sentirse débil o cansado”. En este caso Valiente comentaba sufrir sensación general de debilitamiento físico y estado de salud delicado.

- *Quejas gastrointestinales (GIC)*, puntuación T=75, si la puntuación T se sitúa entre 65-79, significa que el sujeto “informa de diversas quejas gastrointestinales”. Correlaciona con las quejas sobre náuseas, molestias estomacales recurrentes y falta de apetito que Valiente comentó.
- *Quejas de dolor de cabeza (HPC)*, con una puntuación de T=67, y cuando la puntuación T se situaba entre 65-79, el sujeto “afirma tener dolores de cabeza”.
- *Quejas neurológicas (NUC)*, con una puntuación T=79, si la puntuación T se situaba entre 65-89, el sujeto “informa de distintas quejas neurológicas vagas”. Valiente en concreto presentaba quejas sobre mareos, debilidad, parálisis y falta de equilibrio.
- *Quejas cognitivas (COG)*, la puntuación que presentó fue T=81, de manera que si $T \geq 80$ el sujeto “informa de un patrón difuso de dificultades cognitivas, que incluye problemas de memoria, dificultades para concentrarse, limitaciones intelectuales y confusión”.
- En las **escalas de internalización** destacan las subescalas:
 - *Ansiedad (AXY)*, siendo T=83, de manera que al ser $T \geq 80$ el sujeto “informa sentir ansiedad constantemente, tener la sensación frecuente de que algo horrible está a punto de pasar, sentir temor por algo cada día y tener a menudo pesadillas”.
 - *Miedos incapacitantes (BRF)* fue de T=70, de manera que una puntuación de T entre 65-79 en esta escala significa “tener miedos múltiples que restringen significativamente las actividades normales dentro y fuera del hogar”.

- En *escalas de externalización*, se destaca la subescala *abuso de sustancias (SUB)* con una puntuación T=68, de manera que si la puntuación T se sitúa entre 65-80 el sujeto “informa de un abuso de sustancias significativo en el pasado y presente”.

Se estableció una *Jerarquía de Situaciones Temidas*, clasificando así una serie de situaciones ansiógenas para Valiente. La lista se recoge en la Tabla 3.

Además de las anotaciones de los AP para evaluar su frecuencia de aparición, a lo largo del tratamiento se le fueron dando indicaciones sobre otros autorregistros en los momentos de exposición, donde debía anotar el grado de control percibido y el nivel de ansiedad durante las exposiciones, diferenciando los momentos previos a la exposición y los momentos posteriores a haberse expuesto.

4. Formulación clínica del caso y objetivos

El caso de Valiente encaja dentro de un cuadro de TP con Agorafobia, tal y como se valoró en INSPIRA Psicología, y la sintomatología expresada correspondía a *sensaciones físicas de angustia, intenso malestar, palpitaciones, sudoración, náuseas, miedo constante a volverse loca, mareos y sacudidas*. Como se puede ver en la Tabla 1, cumplía el **criterio A** del DSM-V ya que se producían cuatro (o más) síntomas. Además, Valiente expresó que la sintomatología podía aparecer de manera repentina y sin estar en un lugar concreto.

En referente al **criterio B** del DSM-5, se cumplían ambos hechos:

1. Inquietud o preocupación continua acerca de otro AP
2. Cambio significativo de mala adaptación en el comportamiento relacionado con los ataques.

Por último, se descartaban los **criterios C y D** del manual (ver Tabla 1.)

Haciendo mención a los criterios diagnósticos para agorafobia (ver Tabla 2 para mayor detalle), Valiente también cumplía los criterios del **apartado A**, ya que en la *Jerarquía de Situaciones Temidas* descrita anteriormente aparecen miedos al uso de transporte público (metro y autobús), miedo a estar sola fuera (caminar sola) y miedos a espacios cerrados (ir al El Corte Inglés), de manera que Valiente padecía un miedo o ansiedad intensa acerca de dos (o más) situaciones (ver Tabla 2.). También cumplía los **apartados B, C, D, F y G**, ya que la evitación y malestar era algo continuo en su día a día.

El primer episodio de AP se produjo cuatro años antes de que Valiente acudiese a INSPIRA Psicología, concretamente cuando iba conduciendo.

Entre las demandas y preocupaciones que Valiente expresó, fue tenerle miedo a todo y no sentirse segura en ningún momento, además de los AP recurrentes. El tratamiento se centró en su malestar relacionado con la ansiedad y en extinguir el patrón evitativo de Valiente. Eventos del pasado como el “moobing” por parte de sus compañeros de trabajo, “haber sufrido mucho con su expareja”, citado textualmente de las transcripciones y las situaciones conflictivas con el padre que le llevaba a “fuertes enfrentamientos”, no fueron elementos principales del tratamiento. Al final el tratamiento se orquestó para solventar la demanda principal de la paciente.

Para tratar de dar una perspectiva del problema que Valiente vivió, considero oportuno realizar el siguiente *análisis funcional*:

- **Antecedentes:**

Como posibles antecedentes lejanos que puedan haber influido en el comportamiento de Valiente, cabe destacar su relación disruptiva con su padre con el cual tenía fuertes episodios de tensión que acababan en enfrentamientos el uno con el otro, donde los

reproches y palabras malsonantes fueron mermando su relación padre-hija. Además, destaca que haya sufrido “moobing” en el trabajo.

Respecto al primer AP, ocurrió cuatro años antes de acudir a Inspira Psicología. A raíz del episodio, la paciente realizó diversos intentos de solución como acudir a salud mental por el Sistema Nacional de Salud y acudir a centros privados, pero que no dieron resultados positivos. La estrategia de afrontamiento que adquirió se fundamentaba y consolidaba a través de la ingesta de medicamentos *Paroxetina* y *Lexatín* desde hacía 3 años, y al fortalecimiento de una conducta evitativa basada en la sensación de alivio momentánea al no exponerse al elemento ansiógeno (ejemplo de refuerzo negativo).

- **Conducta**

- A nivel cognitivo: tiene pensamientos recurrentes de sufrir otro AP e ideas catastrofistas, lo que le ocasiona un malestar constante y de intranquilidad continua. Esa intranquilidad le afectaba a la hora de mantener la atención de manera prolongada, y le dificultaba relajarse, potenciándose esa dificultad en el momento de intentar dormirse. Esa dificultad para concentrarse le generaba un alto nivel de malestar percibido. También presenta escasez de emociones positivas, ya tenía dificultad para cambiar su foco atención de una idea negativa a otra positiva, lo que también le generaba malestar percibido.
- A nivel fisiológico: refiere tener constantes sensaciones de malestar acarreadas por el miedo al AP. Refiere debilitamiento físico, quejas gastrointestinales, quejas neurológicas (mareos, debilidad...). El malestar percibido a nivel fisiológico era muy pronunciado, pero no buscaba ninguna alternativa ni se centraba en corregir ese malestar.

- A nivel motor: siente el cuerpo debilitado y no es capaz de poder actuar y enfrentarse a la situación que le genera malestar. Su conducta se limita a la evitación, la búsqueda experiencial parecía haber desaparecido de su repertorio conductual.
- **Consecuentes**
 - A corto plazo: a corto plazo, Valiente recurre a la evitación conductual, lo cual le genera una sensación positiva en ese momento. Prefiere no exponerse al malestar, lo que en el momento le genera cierto alivio, siendo un ejemplo de refuerzo negativo, ya que el malestar durante ese periodo se disipa. La conducta que le aporta mayor bienestar es realizar actividades acompañada (como salir a caminar o estar en su casa) y llevar consigo siempre medicamentos en el bolso (en concreto Lexatín), estas conductas suponen para Valiente una dependencia estimular, ya que, para poder realizar unas actividades, precisa de la compañía de una persona o de llevar consigo un medicamento.
 - A largo plazo: a largo plazo esa conducta evitativa aprendida que se fue alimentando y haciéndose cada vez más protagonista en su vida a lo largo de los años, le ha llevado a un deterioro significativo en la riqueza y calidad de vida en Valiente. Para Valiente su calidad de vida giraba en torno a la realización de actividades, expresa que era una persona social y amigable, pero con el paso de los años, su vida se fue limitando y empequeñeciendo con el paso de los años. El bienestar biopsicosocial de Valiente se ha visto comprometido, ya que ha dejado de realizar diversas actividades que para ella eran placenteras, pero que a raíz del miedo a sufrir otro AP se fueron reduciendo hasta prácticamente desaparecer.

Además, Valiente ha ido manteniendo y desarrollando una dependencia hacia terceros, ya que sin la compañía de sus figuras de confianza no se expone y no realiza la actividad que ella quería realizar, de manera que su búsqueda puede verse truncada por otras personas. Otro factor de dependencia es el relacionado con los medicamentos, que además de dependencia por asociación del estímulo como refuerzo positivo, puede derivar en una dependencia inducida por el efecto farmacológico, desarrollando incluso una adicción medicamentosa.

- **Aprendizaje de estímulos y consecuencias:** Valiente ha desarrollado miedo a multitud de situaciones, entre ellas salir sola a la calle, conducir o montar en transporte público. Desde un punto de vista conductual, se podrían establecer las siguientes asociaciones.

Ante el primer episodio de AP, Valiente aún no tenía asociada la conducta de conducir como un estímulo negativo, que tampoco tenía asociado unas consecuencias negativas para ella.

Sin embargo, cuando ocurrió el primer episodio de pánico, esa asociación se tornó, pasando de ser un Estímulo Incondicionado (EI) a un Estímulo Condicionado (EC). De manera que el nuevo EC provocó en ella una Respuesta Condicionada (RC) de miedo/malestar. La cadena sería la siguiente:

- Para la *asociación por estímulos* a raíz del primer episodio de AP en el coche sería:
 - EI (episodio de AP en el coche) → RI (miedo a las sensaciones físicas sufridas y/o miedo a accidente o dañar la integridad física)
 - El EC (coger el coche) → EI (episodio de AP en el coche)

- EC (coger el coche) → RC (malestar, náuseas, etc. Sintomatología AP)
- Para la *asociación por consecuencias* a raíz del primer episodio de AP en el coche sería:
 - Valiente ha asociado coger el coche con peligro, de manera que la asociación que en un principio no era problemática, ahora sí lo es, llevando a unas Respuestas Operantes (Rop) de **evitación**.
 - Rop (miedo a sufrir otro AP en el coche) → Conducta (evita coger el coche)

Al igual que pasó con el miedo a sufrir otro AP en el coche debido a su asociación, esa misma asociación se fue extendiendo en numerosas situaciones, como evitar ciertas calles o evitar actividades.

El problema no está en el miedo a las situaciones en sí, el problema está en la asociación que Valiente estableció por el condicionante del miedo a volver a sufrir otro AP. Con este trastorno, cuando el paciente empieza a notar el más mínimo síntoma de AP, como se comentó en la introducción con el término Sensibilidad a la Ansiedad, notar un ritmo cardíaco más elevado, sensación de entumecimiento, mareos o cualquier sensación física o cognitiva, la respuesta va a ser dejar de hacer y evitar esa actividad para que el malestar se disipe, ya sea a través de algún Reforzador Negativo del malestar ya que disminuye, o a través de algún Reforzador Positivo asociado a alivio. Algunos ejemplos de cadena funcional serían:

- EC (ver una calle asociada al AP) → RC (malestar) → Rop (evitar tirar por esa calle) → Consecuente positivo a corto plazo (Refuerzo negativo al disminuir malestar) → Consecuente negativo a largo plazo ya que no tirar por esa calle en concreto puede ocasionar no llegar al destino que ella quería (por ejemplo)

- EC (percibir un ritmo cardíaco acelerador por estar haciendo deporte) → Rop (deja de hacer deporte y se toma una pastilla) → Consecuente positivo a corto plazo (Refuerzo positivo al percibir alivio) → Consecuente negativo a largo plazo que deja de realizar el deporte que le gustaba y le proporcionaba bienestar (como por ejemplo el pádel).

Son diversas las conductas que encajan en este patrón de evitación conductual y experiencial por asociación al miedo a sufrir otro AP desencadenado por sentir algún malestar físico asociado a la sintomatología.

Tras el procedimiento de evaluación llevado a cabo por INSPIRA Psicología, la conclusión que allí sacaron fue la siguiente:

Los ataques de pánico recurrentes se deben a una gran cantidad de pensamientos irracionales acerca de volver a sufrir otro AP, evitando situaciones demandantes de ansiedad, miedo, angustia o soledad y generando un refuerzo negativo hacia esta conducta de evitación.

Ante esa conclusión, la recomendación e hipótesis de tratamiento que siguieron para Valiente fue:

Se recomienda un tratamiento donde el componente central sea la **exposición** a los lugares que teme con un plan de entrenamiento detallado. El uso de técnicas como reestructuración cognitiva, respiración abdominal, atención a la respiración basada en Mindfulness, entrenamiento autógeno y entrenamiento en valores, tiene como objetivo principal el aumento del **grado de control percibido**, **disminución de la ansiedad percibida** y la disminución del **malestar percibido a la exposición**.

Los objetivos que se marcaron tenían unas técnicas concretas asociadas:

- La gestión de la ansiedad se trató a través de ejercicios de respiración abdominal, atención a la respiración centrados en el Mindfulness y entrenamiento autógeno.
- La reestructuración de ideas irracionales sobre la posibilidad de sufrir un episodio de pánico si se exponía a ciertas actividades y si sentía algún síntoma relacionado con el pánico a través de reestructuración cognitiva.
- Que la paciente se expusiese a aquello que le provocaba malestar, modificando su comportamiento y rompiendo con el patrón evitativo a través de Desensibilización Sistemática y Exposición en Vivo.

La hipótesis de trabajo que se siguió y en la que se basaron los objetivos se basaba en lo siguiente:

- Si Valiente vuelve a exponerse a aquello que anteriormente le generaba bienestar percibido, ese miedo asociado a la ansiedad se reducirá hasta el punto de que no suponga un impedimento en su día a día aumentando además su grado de control percibido de cara a sentir que “vuelve” a gestionar y controlar su vida. A través de las técnicas de exposición, reestructuración cognitiva y gestión de la ansiedad, la paciente conseguirá adquirir herramientas para poder enfrentarse a las situaciones generadoras de ansiedad y en un futuro a otras posibles situaciones nuevas también generadoras de ansiedad y malestar.

5. Tratamiento

El tratamiento de elección para el caso de Valiente se basó en intervención integrativa, fundamentada en terapia cognitivo-conductual con técnicas de terapias de tercera generación.

El tratamiento se desarrolló a lo largo de 16 sesiones de 60 minutos de duración. El espacio entre sesión y sesión fue semanal desde la sesión 1 a la 10, cada dos semanas de la sesión 1 a la

Cabe destacar que durante cada sesión se anotó el número de AP de la semana, en función del *autorregistro de frecuencia de AP* (ver Figura 1) llevado a cabo por la paciente. Además del autorregistro de frecuencia, se llevó a cabo el registro de dos variantes más, el *grado de control percibido durante exposiciones* (ver Figura 2) y el *grado de ansiedad percibido durante las exposiciones* (ver Figura 3), también basándose en autorregistros de la paciente. A continuación, se detalla el proceso terapéutico de cada sesión.

5.1. Organización de las sesiones

- **Sesiones 1 a 4**

Estas cuatro sesiones estuvieron centradas en evaluar el grado de malestar y de ansiedad percibido de la paciente.

En las dos primeras sesiones se recogieron datos empíricos a través de la administración de las pruebas de evaluación ya mencionadas anteriormente. Las dos siguientes se centraron en la evaluación mediante la entrevista, donde se analizaron situaciones más específicas generadoras de ansiedad. Durante estas dos últimas sesiones, se desarrolló la *Jerarquía de Situaciones Temidas*.

Además, durante las dos primeras sesiones se realizó *atención a la respiración* y en las dos siguientes se entrenó en *atención plena basada en Mindfulness* y *entrenamiento autógeno*. Además, durante estas sesiones se le pidió rellenar un autorregistro para medir el nivel de ansiedad y las situaciones donde se daba con mayor intensidad, así como analizar el comportamiento de la paciente.

- **Sesiones 5 y 6**

Tras un mes de tratamiento, donde se entrenaron comportamientos incompatibles a la respuesta de ansiedad, se procedió a realizar la *Desensibilización Sistemática*. Se realizó la técnica para dos situaciones concretas, uso de transporte público y deambular sola por una calle que a ella le generase malestar. Se siguió con el protocolo establecido, pautando diferentes pasos, de manera que el nivel de ansiedad no fuese 1, siendo 1 la puntuación mínima en la escala tipo Likert del 1 al 10, no se avanzaría al siguiente escalón. En la sesión 5 se trabajó la desensibilización para el uso de transporte público, entrenando primero en imaginación y posteriormente mostrando imágenes y vídeos de situaciones reales, sacadas de YouTube y Google. En la sesión 6 se trabajó en deambular sola por una calle, siguiendo el mismo ejemplo, primero imaginación y posteriormente imágenes y vídeos sacados también sacados de YouTube y Google.

Además, en estas dos sesiones se anticipó el programa de exposición que iba a implantar. Era necesario que la paciente se dejase las tardes libres durante una semana para poder realizar las exposiciones.

- **Sesión 7**

En este momento del tratamiento, Valiente mostraba una mejoría respecto a la gestión de la ansiedad, de manera que se organizó una *exposición en vivo*. Se orquestó un **programa de exposición semanal** (ver Tabla 4) consensuado con las demandas de la paciente. Cabe

destacar que, en el momento de preparar el programa, la paciente expresó un intenso malestar. El primer programa debía recoger hasta el más mínimo detalle para evitar que la paciente tuviese dudas en el momento de la exposición. El programa duraba una semana, y para poder llevarlo a cabo Valiente tuvo que dejar libre la semana para poder invertir tiempo en realizar cada una de las actividades, como ya se le explicó desde la sesión 5.

Además, se estructuraron *actividades de reserva*, que consistían en:

- Ir al centro de la ciudad a probarse ropa.
- Ir a teatro, conciertos o espectáculos que tuviesen un número de personas concurrido.
- Quedar con amigos e ir a una discoteca.
- Excursión con amigos o sola. Un buen destino sería Sierra Nevada.
- Miedos al que quisiera enfrentarse y que ella misma eligiese, informando al terapeuta de antemano.

Las figuras implicadas en el programa fueron:

- **Terapeuta**: además del contacto que se establecía en sesión presencial, a través de llamadas telefónica se mantuvo un contacto frecuente (diario). Mediante las llamadas telefónicas, se ofrecía ayuda en la exposición de eventos, si previamente se dio un fracaso. La llamada se realizaba todos los días en un horario preestablecido, las 21:30h, y tenía una duración de 5 minutos.
- **Paciente**: con Valiente se estableció un compromiso en el proceso terapéutico, cuya función principal era la búsqueda de la exposición tanto física, emocional y cognitivamente. Se estableció la norma de que no podía

haber distracción durante las actividades, y a pesar de que pareciesen emociones asociadas a malestar de la paciente, como llanto, inquietud o ansiedad, Valiente debía mantenerse firme y adquirir el valor de hacerlas y mantener su compromiso para acabarlas.

- **Coterapeuta**: el papel de esta figura se basaba principalmente en supervisar que se hubiesen realizado todas y cada una de las actividades pautadas.

Se pautaron una serie de actividades llamadas *actividades de control*, que hacían referencia a:

- No realizar las actividades bajo la influencia de alcohol, fármacos, ventolín, etc.
- El uso del teléfono quedaba restringido durante las actividades salvo llamada pactada con el terapeuta de antemano. Una vez finalizadas las actividades pautadas y estructuradas, por supuesto se podía usar el móvil y se podían comentar los logros con familiares y amigos.

El centro le argumentó a Valiente el programa con la siguiente finalidad:

“Recuperar el control de acontecimientos que perturban tu estado psíquico y ponerte en disposición de alcanzar salud mental. La mejor forma de afrontar los miedos es enfrentándonos a ellos y aunque no lo creas, eres capaz de realizar todas las actividades que te propongo con éxito, solo te pido voluntad. Durante esta semana todo lo que no sean las actividades del programa tiene un papel secundario. Te solicito un COMPROMISO TOTAL con el mismo”.

- **Sesión 8**

La exposición supuso un momento clave en el tratamiento. El malestar post exposición bajó hasta casi desaparecer, y el grado de bienestar percibido aumentó por encima de 8, además, la frecuencia de AP disminuyó exponencialmente. Un evento clave fue la decisión de Valiente de empezar a disminuir la dosis de medicamentos para eliminar la farmacología del tratamiento. Durante esta sesión se analizaron situaciones vividas por la paciente durante la exposición, y se reestructuraron ideas irracionales previas a la exposición. Además, en esta sesión se volvió a estructurar un programa de exposición en vivo, aunque no tan estructurado como el anterior. Se cogieron situaciones ya estructuradas en el programa anterior para generar uno nuevo (ver Tabla 5).

Se volvieron a estructurar *actividades de reserva*, que consistían en:

- Ir al centro de la ciudad a comer sola.
- Ir a teatro, conciertos o espectáculos que tuviesen un número de personas concurrido.
- Quedar con amigos e ir a una discoteca.
- Excursión con amigos o sola. Se cambiaría Sierra Nevada por la playa de Motril.
- Miedos al que quisiera enfrentarse y que ella misma eligiese, informando al terapeuta de antemano.
- Apuntarse al gimnasio y/o a pádel.

- **Sesión 9**

Valiente cada vez se exponía a un mayor número de situaciones. Paralelamente seguía practicando los ejercicios de relajación y atención. Su nivel gestión de la ansiedad era ya

muy avanzado, y a partir de esta sesión se entraba en detalles más personales como sus Valores. En esta semana ya no se organizó un programa semanal, la idea era que Valiente se organizase sola. No obstante, se organizó una exposición centrada en conducir sola. Hasta ahora Valiente seguía evitando coger el coche por ello se organizó lo siguiente:

- Valiente debía ir con una amiga a una zona despejada y grande donde poder conducir tranquila. Se decidió que, en el fin de semana iría con una amiga a algún polígono industrial cercano a la ciudad. Debían ir en el coche personal de Valiente, primero llevaría el coche la amiga hasta el polígono. Allí Valiente tenía que conducir durante 15 minutos con la amiga de copiloto. Una vez pasados esos minutos, debía conducir otros 15 minutos sola. Pasado ese tiempo, la amiga se volvería a montar y debían abandonar el polígono e ir a algún pueblo situado a mínimo 40 km del polígono. En el pueblo tenían comer, pasear y hacer tiempo hasta que empezase a oscurecer. En ese momento tenían que volver a Granada, dejar a la amiga en su casa y volver a su casa conduciendo sola.

- **Sesiones 10 a 14**

A partir de la sesión 10 se empezó a citar a Valiente cada dos semanas, debido a la notable mejoría de la paciente. Estas sesiones se centraron en los Valores Nucleares de Valiente, además de seguir pautando situaciones concretas de exposición. En ese momento del tratamiento Valiente llevaba una vida rica en cuanto al bienestar biopsicosocial, un dato importante era que ya no tomaba ningún medicamento y no llevaba encima el Lexatín, algo impensable unas semanas atrás. En la sesión 14 se decidió citar a Valiente tres semanas después, alargando así el periodo entre sesiones.

- **Sesión 15**

Valiente había dejado de evitar y ya no tomaba medicamentos. Su nivel de bienestar biopsicosocial era muy elevado. En esta sesión Valiente comentó que deseaba cambiar de trabajo y cambiar de residencia. Hasta entonces vivía en un piso en la planta de abajo a la casa de su madre, lo cual en el pasado le generaba alivio frente a la ansiedad, pero que también le había generado dependencia. Además, como comentó en la evaluación, había sufrido moobing en el trabajo. Durante esta sesión se trabajó en pasos para alcanzar esa meta. Se citó a Valiente para un mes tras esta sesión.

- **Sesión 16**

En esta sesión se realizó el cierre del proceso de psicoterapia, dándole así la alta terapéutica.

- **Seguimiento**

Tras el alta, se llevó un seguimiento mensual que se basaba en una llamada de no más de 10 minutos donde se abordaban temas destacables, como eventos generadores de ansiedad y se valora la línea de actuación de Valiente. El seguimiento duró cuatro meses, tras la última llamada se dio por concluida la intervención.

Paralelamente a las actividades trabajadas en cada sesión, desde el primer día se le pidió a Valiente disponer de un *cuaderno de bitácora* donde por la noche debía apuntar diversos detalles pautados con el terapeuta. Las indicaciones que Valiente recibió fueron las siguientes:

- Por la noche en el diario, todos los días debía hacer una catarsis de todo lo que sentía a lo largo del proceso, dificultades encontradas, emociones y, sobre todo, anotar qué había aprendido y como se sentía una vez que se

había enfrentado a los miedos. Era importante que se reforzase por todo lo que había hecho bien y fuese anotando frases de ánimo, frases de ayuda, estrategias que le habían funcionado, así como anexando ticket, fotos e información sobre estas particulares experiencias.

También se hizo hincapié en la importancia de realizar *actividades placenteras* en el tiempo libre de Valiente. A través de la práctica de ejercicios de relajación, meditación y actividades agradables favoritas, como baile, pádel o lecturas. Todas esas actividades complementarias debían anotarlas y llevar un autorregistro de ellas.

Tres años después del tratamiento (año 2019), Valiente lleva una vida plena y rica, donde la evitación ha dejado de formar parte de su vida. Desde que dejó los fármacos no ha vuelto a necesitar la administración de farmacología para el malestar asociado a la ansiedad. Cambió de trabajo y de residencia, y comenta que ahora es “feliz”, palabras textuales de las notas del centro.

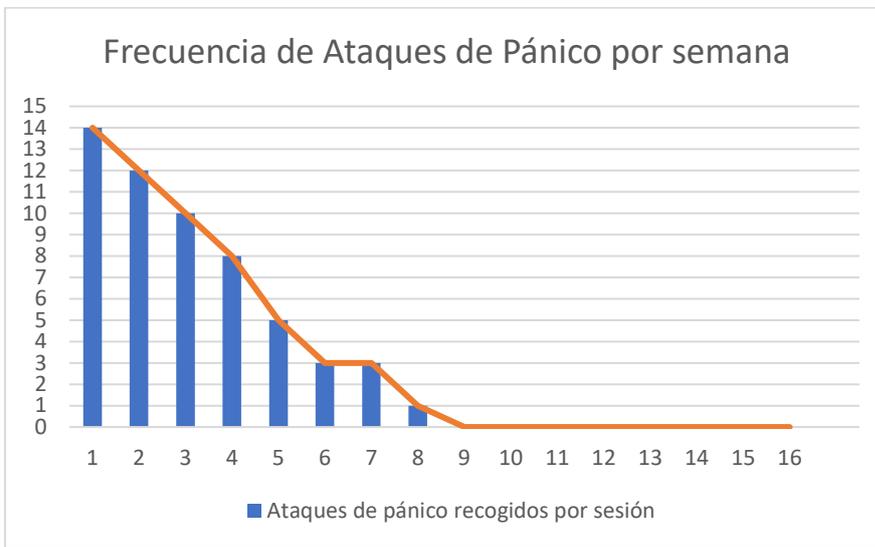
6. Resultados y valoración del tratamiento

6.1. Resultados

Los resultados hacen evidente cómo se produjo una mejoría general a partir de la sesión 8, cuando la paciente realizó el primer programa de exposición. Esta tendencia de mejora se observa en todos los aspectos del tratamiento, basados en el criterio de **frecuencia de AP** por semana, el **grado de control percibido** y **nivel de ansiedad** en el momento previo a la exposición y una vez se ha expuesto, y por último el grado de **malestar** auto percibido a lo largo del tratamiento.

Figura 1

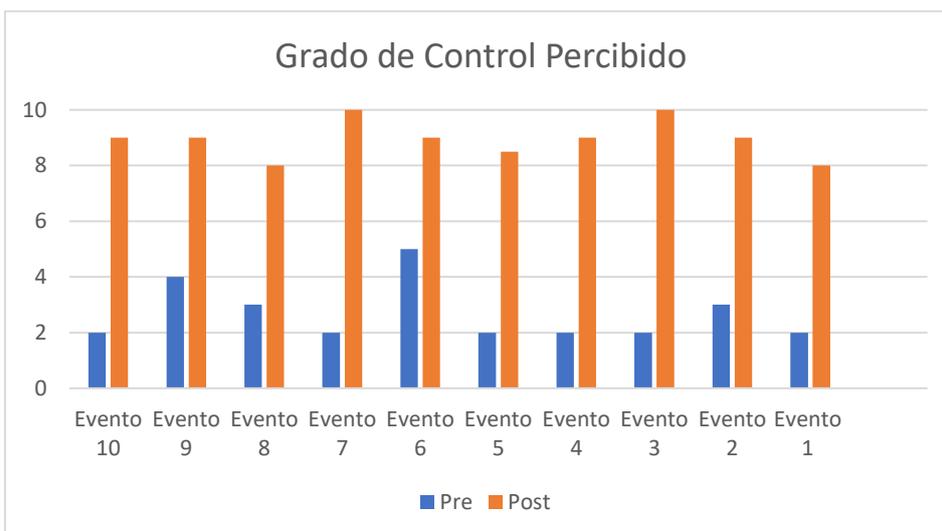
Frecuencia de Ataques de Pánico por semana



Nota. El eje X hace referencia a cada sesión terapéutica y el eje Y hace referencia al número de ataques por semana recogidos en el autorregistro cumplimentado por Valiente. Hubo sesiones en las que pasaron varias semanas, por lo que se optó en realizar una media aritmética. Gráfica de elaboración personal.

Figura 2

Grado de Control Percibido durante las exposiciones

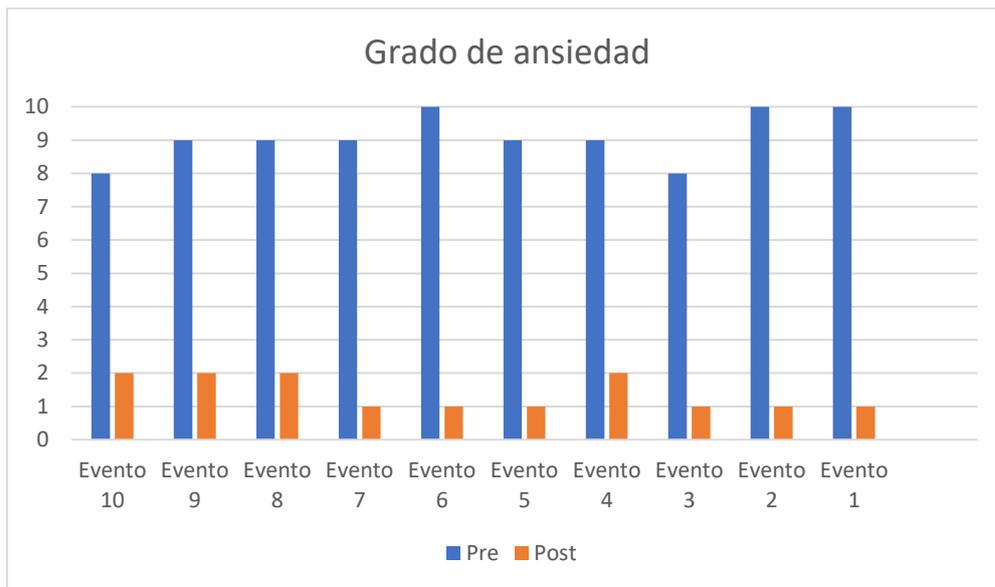


Nota. En el eje Y se recoge el control percibido de Valiente tomando como referencia la escala tipo Likert de 1 a 10, siendo 1 el valor mínimo y 10 el valor máximo. Se analiza el

control percibido previo a cada exposición y el control percibido tras la exposición. El eje X hace referencia a cada evento de la lista de Jerarquía de Situaciones Temidas (ver Tabla 3). Gráfico de elaboración propia.

Figura 3

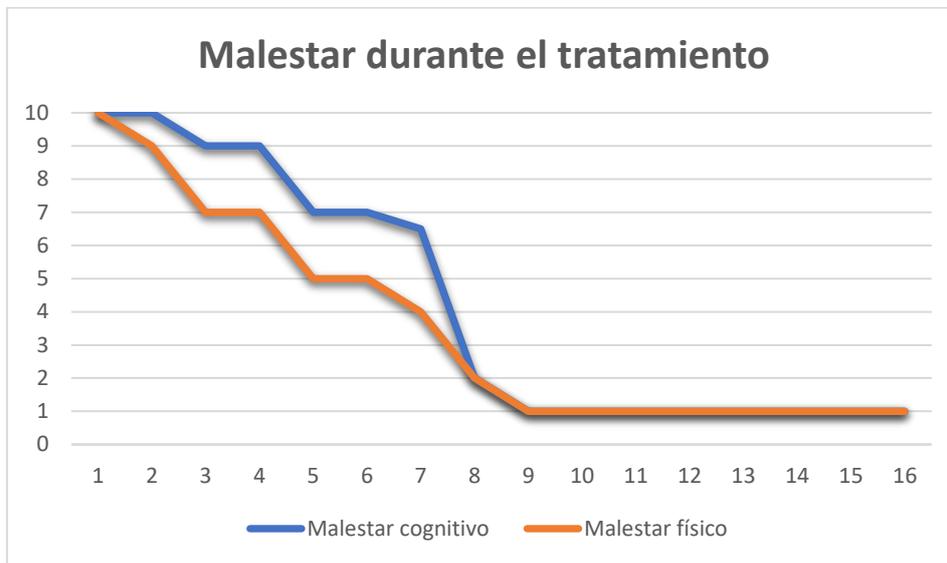
Grado de ansiedad percibido durante las exposiciones



Nota. En el eje Y recoge la ansiedad percibida autorregistrada por Valiente tomando como referencia la escala tipo Likert de 1 a 10, siendo 1 el valor mínimo y 10 el valor máximo. Se analiza la ansiedad previa a cada exposición y la ansiedad tras la exposición. El eje X corresponde con las situaciones de la lista de Jerarquía de Situaciones Temidas recogidas (ver Tabla 3). Gráfico de elaboración propia.

Figura 4

Malestar percibido a lo largo del tratamiento



Nota. En el eje Y se recoge el nivel de malestar percibido autorregistrado por Valiente tomando como medida de referencia la escala tipo Likert de 1 a 10, siendo 1 el valor mínimo y 10 el valor máximo. El eje X corresponde con cada sesión del tratamiento. Se realiza una división de malestar cognitivo y malestar físico.

6.2. Valoración del tratamiento.

El tratamiento llevado a cabo con Valiente parece ser el adecuado para un caso de TP con Agorafobia. La elección de terapia cognitivo-conductual se adapta a las líneas de investigación y a los datos de fiabilidad encontrados en la literatura. El objetivo principal era que Valiente recuperase el control de su vida, no dejándose llevar por la evitación y adquiriendo un patrón comportamental de exposición. Los resultados presentados por INSPIRA Psicología muestran como Valiente fue exponiéndose cada vez más, de manera que realizó cada una de las exposiciones de la lista de Jerarquía de Situaciones Temidas.

Además de conseguir exponerse, cabe destacar el hecho de que lo hiciera mostrando una gestión de la ansiedad elevada. Para ello, uno de los pilares fundamentales fue el entrenamiento de conductas incompatibles al aumento del grado de ansiedad percibida. Desde el primer día con Valiente se entrenó la *atención a la respiración*, la

atención plena basado en el Mindfulness y en el *entrenamiento autógeno*. Siguiendo con la conclusión de Yagüe et al. (2016) las técnicas de Mindfulness resultan efectivas tanto por sí solas como incluidas dentro de un paquete terapéutico. Respecto al entrenamiento autógeno, investigaciones previas muestran que es una técnica de entrenamiento efectiva para regular el estrés y la ansiedad (Guiote et al., 2021). Estas técnicas atencionales y meditativas cuentan con un amplio apoyo de la comunidad científica, demostrando en diversos estudios que son herramientas eficaces para el proceso de psicoterapia y concretamente en TA (Barragán et al., 2003).

Como ocurrió en la intervención con Valiente, es importante abordar la exposición de manera gradual y paulatina, empezando por exposición en imaginación y en un ambiente controlado de terapia con la *Desensibilización Sistemática (DS)*, para acabar con la *exposición en vivo*. La Figura 2 muestra como el *grado de control percibido* aumentó en cada una de las exposiciones y la Figura 3 muestra como el *grado de ansiedad percibido* disminuye después de cada una de las exposiciones. Estos datos dan indicios de que el tratamiento y técnicas escogidas fueron efectivas para el trastorno en cuestión.

Como postula Ruiz et al. (2012) (citado por Obregón, G. M., 2021) para poder aplicar esta técnica, “es necesario entrenar primero en relajación, establecer una jerarquía con las situaciones ansiógenas, entrenar en imaginación mediante una exposición gradual de las situaciones ansiógenas y por último una exposición directa a las situaciones desagradables”. En la intervención llevada a cabo por INSPIRA Psicología la dinámica fue la recomendada y la correcta, ya que se siguieron las pautas de exposición paulatina y exponencial.

A través de la *reestructuración cognitiva* se consiguió que Valiente fuese capaz de reorganizar las asociaciones que se había ido estableciendo en su día a día, reestableciendo su patrón evitativo que citando a César et al. (2006) “le llevaba al

aislamiento, tratando de no afrontar dicho malestar”. Cada vez que Valiente aprendía a gestionar su malestar percibido asociado a la ansiedad, se iban produciendo modificaciones constantes respecto a sus ideas irracionales. Los momentos de exposición en vivo fueron claves para que ella misma rompiera con asociaciones catastrofistas e irracionales.

Cuando la paciente había recuperado esa capacidad de exponerse, se centró la intervención al tratamiento *orientado a valores nucleares* abordando los valores, objetivos y metas de Valiente. Centrar parte del tratamiento en valores es algo esencial para que el paciente tenga claro cuales son sus metas en la vida, de manera que tenga un motivo por el que seguir adelante.

El hecho de que la paciente aceptase ir exponiéndose a las actividades pautadas demostró la buena adherencia y motivación al tratamiento por parte de la paciente. Según los datos del centro, Valiente nunca faltó a una sesión y era firme en la realización de actividades y pautas que debía practicar en su casa.

7. Discusión y conclusiones

Los TA suponen una demanda constante en la práctica clínica y en el sistema de salud mental. El alto número de síntomas y manifestaciones físicas y mentales convierten a los TA en uno de los trastornos más problemáticos para las personas. La continua preocupación asociada a ideas catastrofistas que ponen en riesgo la integridad de la persona y de los que le rodean, así como padecer episodios de pánico, son una de las mayores demandas de los pacientes en el ámbito clínico. Dentro de los TA, el TP con Agorafobia es uno de los más incapacitantes, ya que el paciente adquiere un patrón de comportamiento basado en la evitación y huida, ya que ante el miedo de sufrir episodios de pánico elige no enfrentarse a las situaciones temidas. De esta manera, la vida de los

pacientes cada vez se va reduciendo y su bienestar biopsicosocial se ve alterado drásticamente.

El caso de Valiente es un ejemplo ilustrativo de la sintomatología del trastorno específico de pánico con Agorafobia. Valiente desarrolló una preocupación y miedo excesivo ante la idea de sufrir un AP, de manera que empezó a evitar cualquier situación que asociase con el ataque en sí, o con el hecho de sentir el más mínimo síntoma asociado a este.

El objetivo principal que se estableció en este caso fue llevar a cabo *exposiciones* progresivas a situaciones ansiógenas, así como aumentar el *grado de control percibido* de la paciente. Esa búsqueda experiencial fue algo premeditado y se basaba en aquellas actividades que suponían un incremento de bienestar percibido personal para ella, ya que en algún sentido mejoraba su calidad de vida, ya fuese a nivel laboral, familiar o de ocio.

Para valorar la eficacia del tratamiento, se siguieron tres criterios principales: el *grado control percibido*, la *frecuencia de aparición de AP* y el *grado de ansiedad percibido*. Además, se hizo mucho hincapié en el nivel de *malestar percibido* a lo largo del tratamiento, y para poder darle un enfoque objetivo, ese *malestar percibido* se basaba en el cumplimiento o no de los criterios diagnósticos del trastorno, usando el DSM-5 como referencia.

Se puede observar en la Figura 2 y en la Figura 3 cómo la paciente durante la intervención se expuso a cada una de las situaciones temidas, generadoras de malestar y ansiedad. Los resultados recogidos en las gráficas muestran cómo a partir de la sesión 8 la paciente mostró una notable mejoría a nivel de malestar percibido (ver Figura 4). Ese momento clave de la terapia corresponde con la exposición en vivo a los eventos generadores de ansiedad. En la Figura 2 se aprecia cómo el grado de control de ansiedad

percibido antes de la exposición era muy bajo, pero tras enfrentarse a la situación, dicho nivel de control aumentó de manera exponencial en cada uno de los eventos. En la Figura 3 ocurre algo similar con la ansiedad previa a la exposición, que en todos los casos era muy elevada, pero que, tras exponerse, dicha ansiedad desaparece casi por completo en cada uno de los eventos.

En referente a la frecuencia de AP por semana, en la Figura 1 se aprecia un descenso, volviendo a observar como a partir de la exposición la frecuencia desaparece por completo.

En este caso se confirma la hipótesis, ya que al exponer a las situaciones conflictivas la paciente adquirió la capacidad de modificar su patrón de evitar y huir de las situaciones temidas, reestructurando las ideas irracionales catastrofistas asociadas y adquiriendo la capacidad de gestionar los síntomas físicos y cognitivos asociados a la ansiedad.

Los resultados obtenidos avalan la efectividad del tratamiento, ya que la paciente dejó de presentar sintomatología asociada al malestar físico y mental correspondientes a los criterios diagnósticos del DSM-5. Además, se expuso a todas y cada una de las situaciones generadoras de ansiedad, mostrando un alto grado de control y una baja ansiedad asociada a la exposición.

Los datos analizados en el caso de Valiente se asemejan con los resultados de otros estudios como el de Botella (2001) que refleja que el 87% de los pacientes con TP estaban libres de pánico tras el tratamiento basado en la terapia cognitiva-conductual. En otro estudio basado en la exposición en vivo y la terapia cognitivo-conductual, Espada et al. (2006) establecen que el tratamiento fue eficaz en un caso de TP, disminuyendo el malestar en la paciente hasta desaparecer por completo. Siguiendo con la línea de los

trabajos y estudios de las últimas décadas, Barbosa et al. (2003) prueban la eficacia de un tratamiento en una paciente con TP con Agorafobia, ofreciendo un porcentaje de mejoría global del 80,87% con el tratamiento de exposición en vivo. En cuando a resultados más específicos, en el mismo estudio de 2003, Barbosa et al. concluyen que a largo plazo el nivel de éxito puede alcanzar el 90,57%, y que a nivel cognitivo la mejoría puede oscilar entre el 81,48%, a nivel conductual o motor alrededor del 93,27% y a nivel fisiológico alrededor del 96,96%. Al igual que ocurre en el estudio de Barbosa et al. (2003) Valiente expresó una mejoría respecto a las sensaciones físicas y respecto a su gestión comportamental.

Garriaga et al. (2009) avalan la efectividad de la terapia de control del pánico de Barlow y Cerny (1988) obteniendo resultados que reportan el alto grado de bienestar asociado al tratamiento por parte de los pacientes. En consonancia con el tratamiento aplicado a Valiente, las técnicas orientadas a la exposición mejoraron el bienestar comportamental asociado a volver a realizar actividades y tareas que Valiente empezó a evitar. Además, a través de técnicas de Mindfulness, entrenamiento autógeno y atención a la respiración, la paciente presentó una mejoría respecto a sensaciones corporales.

En referente a las limitaciones, la principal que se presenta es la falta de datos empíricos tras el tratamiento. Los criterios que marcan la efectividad del tratamiento se basan en criterios subjetivos de la paciente recogidos en autorregistros que además no se presentan. Esta falta de datos post tratamiento ponen en duda la validez y fiabilidad de los resultados del presente estudio.

Otra limitación para la realización del Trabajo de Fin de Máster es el hecho de que el tratamiento fuese integrativo y no se basase en un tratamiento estandarizado y consensuado científicamente, como el anteriormente mencionado *Programa de Tratamiento del Control de Pánico (TCP)* del grupo de Barlow y el *Programa de Terapia*

Cognitiva (TC) del grupo de Clark. El tratamiento que se siguió se basaba en técnicas que sí están avaladas y consensuadas a nivel científico en cuanto a su uso en TA, pero que, a nivel global, no suponen un tratamiento específico estandarizado. Hay que entender que el objetivo del centro INSPIRA Psicología con el caso de Valiente se centró en resultados de psicología aplicada y práctica, y no en resultados académicos.

Un límite más a la hora de entender el caso, poder realizar un análisis funcional completo e hipotetizar respecto al origen y establecimiento de patrones de conductas, es la escasez de datos de anamnesis. En la anamnesis presentada aparecen datos como “enfrentamientos con el padre de Valiente”, el “caso de moobing” y la relación “conflictiva con la expareja”. Todos son datos que destacan y que podrían haber sido relevantes para analizar el caso, pero que no son desarrollados ni analizados por parte del centro. Habría que valorar si durante el proceso de terapia esa información sí se analizó y se tomó como elementos claves del tratamiento pero que no fueron aportados en los archivos facilitados para realizar el Trabajo de Fin de Máster, o si la falta de información se debe a que no se abordó ni trabajó en terapia. Además, no se aportan informes de la atención que previamente recibió la paciente ni se entra en detalle del tratamiento farmacológico que la paciente recibió de manera paralela al tratamiento psicológico, lo cual también supone una limitación.

8. Conclusión personal

Los TA suponen un reto diario para los profesionales de la salud y específicamente para los profesionales de salud mental. Eventos como pandemias o desastres naturales, no suponen la “causa” del aumento de demanda de ansiedad, pero sí son factores que desestabilizan el bienestar biopsicosocial en las personas.

Con el estallido de la pandemia, el aislamiento, miedo al contagio, pérdida de puestos de trabajos o fallecimiento de familiares y enfermedad, son claros ejemplos de factores de riesgo y promotores de estados ansiosos. El término *coronafobia* presente en el *Journal of Anxiety Disorders* 76 (2020) presenta una nueva fobia específica, que pese a ser común a otras fobias, presenta un miedo específico, el COVID-19.

Ya sea cumpliendo todos los criterios diagnósticos o padeciendo parte de la sintomatología, la ansiedad supone una problemática desagradable e incapacitante en los pacientes. Los datos reflejan la alta prevalencia de los TA, y sorprende como la primera línea de actuación es la atención primaria.

Cuesta creer que desde atención primaria se pueda ofrecer un tratamiento psicológico de calidad, teniendo en cuenta el ínfimo número de psicólogos clínicos en los hospitales y centros de salud. Se calcula que el número de Psicólogos Internos Residentes (PIR) en el Sistema Nacional de Salud (SNS) es de 2615 profesionales de la psicología clínica, lo que supone un 5,58 profesionales/100.000 habitantes (Fernández-García, 2021).

Teniendo en cuenta la alta prevalencia, no llegar a 6 profesionales psicólogos para 100.000 habitantes supone un impedimento en el momento de realizar una intervención psicológica desde la salud pública, de manera que un alto porcentaje de pacientes tan solo reciben un tratamiento farmacológico.

Ante la falta de profesionales de la psicología en la atención primaria, una gran mayoría tan solo reciben tratamiento farmacológico. Recibir únicamente este tratamiento no es suficiente debido a que no se aprende a gestionar la ansiedad percibida y el malestar asociado a la ansiedad. Además de no ser suficiente y efectivo a la hora de tratar los TA,

el tratamiento farmacológico supone un peligro debido al alto grado de adicción asociado a la medicación.

Un alto porcentaje de pacientes consiguen recibir un tratamiento psicológico de calidad en las consultas privadas, pero la realidad es que no toda la población puede hacer frente al alto coste que supone ir a un Psicólogo/a General Sanitario/a.

Opino que la línea de actuación para frenar el incremento de la prevalencia se debe basar en la base, ofreciendo programas de gestión y afrontamiento de la ansiedad, así como programas de inteligencia emocional. Estos programas deberían impartirse en los colegios desde edades tempranas, así como en empresas y ámbitos privados. De esta manera, si desde pequeños se entrena en la gestión, se puede prevenir la aparición de ansiedad como problema para el funcionamiento diario de la persona. En consonancia con esa necesidad de la educación en inteligencia emocional, los resultados obtenidos por Lizeretti & Rodríguez Ruiz (2012) confirman que los pacientes que padecen TP con agorafobia presentan niveles más bajos de Inteligencia Emocional en comparación con la población general. La Intervención analizada en este Trabajo de Fin de Máster avala el impacto que tiene la exposición en los patrones de conducta evitativos.

9. Referencias bibliográficas

1. Asmundson, G. J. G. & Taylor, S. (2020). Coronaphobia revisited: A state-of-the-art on pandemic-related fear, anxiety, and stress. *Journal of Anxiety Disorders*, 76, <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102326>
2. Asociación Americana de Psiquiatría, *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013
3. Asociación Americana de Psiquiatría, *Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*, 5ª Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014
4. Bados, A. (2006). *Tratando pánico y agorafobia*. Madrid: Ediciones Pirámide.
5. Bandelow, B. & Michaelis, S. (2015). Epidemiology of anxiety disorders in the 12th century. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(3), 327-335
6. Ballesteros-Cabrera, M. P. & Sarmiento-López, J. (2013). Trastornos de ansiedad en niños y adolescentes: comparación entre tratamientos farmacológicos y terapias psicológicas. *Revista Vanguardia Psicológica*, 3(2), 184-195
ISSN 2216-0701
7. Barbosa, E., Borda, M. & Sánchez, C. (2003). Eficacia de la exposición cognitiva y la exposición a las sensaciones interoceptivas en una paciente con trastorno de pánico con agorafobia. *Análisis y Modificación de Conducta*, 29(127), 739-792
8. Barragán, B., Parra, C., Contreras, M. & Pulido, P. (2003). Manejo de la ansiedad mediante la combinación de desensibilización sistemática con relajación muscular, relajación autógena y biorretroalimentación. *Suma Psicología*, 10(2), 135-152, ISSN 0121-4381

9. Ben-Porath, Y.S. y Tellegen, A. (2015). MMPI-2-RF®. Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 Reestructurado® (P. Santamaría, adaptador). Madrid: TEA Ediciones.
10. Bleger, J. (1964). La entrevista psicológica. Su empleo en el diagnóstico y la investigación. *Academia*,
11. Botella, C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno de pánico. *Psicothema*, 13(3), 465-478, ISSN 0214-9915
12. Canals, J., Voltas, N., Hernández-Martínez, C., Cosi, S. & Arija, V. (2019). Prevalence of DSM-5 anxiety disorders, comorbidity, and persistence of symptoms in Spanish early adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 28, 131-143, <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1207-z>
13. Cano, A., Mae, C., Dongil, E. & Latorre, J. M. (2011). El Trastorno de Pánico en Atención Primaria. *Papeles del Psicólogo*, 32(3), 265-273 <http://www.cop.es/papeles>
14. César, J. A., García-López, L. J., Yela, J. R., Gómez Gómez, M. A., Salgado, A., Delgado, C. & Urchaga, J. D. (2006). Eficacia de la exposición y reestructuración cognitiva en jóvenes adultos con trastorno de ansiedad social. *Psicología Conductual*, 14(2), 183-200,
15. 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. *Lancet*, 398, <https://doi.org/10.1016/>

16. Díaz Kuaik, I. & De la Iglesia, G. (2019). Ansiedad: Revisión y Delimitación Conceptual. *Summa Psicología UST*, 16(1), 42-50, doi: 10.18774/0719448x.2019.16.1.393
17. Espada, J. P., Van der Hofstadt, C. J. & Galván, B. (2006). Exposición en vivo y técnicas cognitivo-comportamentales en un caso de ataques de pánico con agorafobia. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(1), 217-232, ISSN 1697-2600
18. Ferreres, V., Pena-Garrigo, P., Ballester, M., Edo, S., Sanjurjo, I. & Ysern, L. (2011). ¿Psicoterapia, farmacología o tratamiento combinado? Influencia de diferentes variables clínicas en la elección del tratamiento. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, (114), 271-286 doi: 10.4321/S0211-57352012000200005
19. González, N. A. (2005). La alianza terapéutica. *Clínica y Salud*, 16(1), 9-29, ISSN 1135-0806
20. Garay, C. J., Fabrissin, J. H., Korman, G. P., Etenberg, M., Hornes, A., D'Alessandro, F. & Etchevers, M. J. (2011). Combinación de tratamientos y complementariedad terapéutica en los trastornos de ansiedad. *Investigaciones en Psicología*, 16(2), 63-79
21. Guiote, J. M., Lozano, V., Vallejo, M. A. & Mas, B. (2021). Un marco para promover la salud mental y la regulación intencional en niños: entrenamiento en meditación autógena. Ensayo controlado aleatorio. *Revista de Psicodidáctica*, <https://doi.org/10.1016/j.psicod.2021.08.001>
22. Lizeretti, N. P. & Rodríguez Ruiz, A. (2012). Inteligencia emocional percibida en pacientes diagnosticados de Trastorno de Pánico con Agorafobia. *Ansiedad y Estrés*, 18(1), 43-53, ISSN 1134-7937

23. Macías-Carballo, M., Pérez-Estudillo, C., López-Meraz, L., Beltrán-Parrazal, L. & Morgado-Valle, C. (2019). Trastornos de Ansiedad: revisión bibliográfica de la perspectiva actual. *Revista eNeurobiología*, 10(24), 1-11
24. Martín, C., Parelló, M. J. & Hernández, M. (2011). El trastorno de pánico, con o sin agorafobia, y su tratamiento. Visión actual. *Informació psicológica*, 102, 63-78
25. Martínez, C., Perelló del Río, M. J. & Hernández, M. (2011). El trastorno de pánico, con o sin agorafobia, y su tratamiento. Visión actual. *Información psicológica*, 102, 63-78
26. Miró, M. T., Perestelo-Pérez, L., Pérez, J., Rivero, A., González, M., De la Fuente, J. & Serrano, P. (2011). Eficacia de los tratamientos basados en *mindfulness* para los trastornos de ansiedad y depresión: una revisión sistemática. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16(1), 1-14, ISSN 1136-5420/11
27. Molero, M. M., Pérez-Fuentes, M. C., Soriano, J. G., Oropesa, N. F., Simón, M. M., Sisto, M. & Gázquez, J. J. (2020). Factores psicológicos en situaciones de cuarentena: una revisión sistemática. *European Journal of Health Research*, 6(1), 109-120, doi: 10.30552/ejhr.v6i1.206
28. Monterde, N. & Casado, M. I. (2015). Tratamiento cognitivo conductual de un caso de trastorno de pánico con agorafobia en un paciente con dolor crónico. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental*, 1(1), 1-17
29. Prats, E., Domínguez, E., Rosado, S., Pailhez, G., Bulbena, A. & Fullana, M. A. (2014). Efectividad de la terapia cognitivoconductual grupal para el

- trastorno de pánico en una unidad especializada. *Actas Esp Psiquiatr*, 42(4), 176-184
30. Obbarius, N., Fischer, F., Liegl, G., Obbarius, A. & Rose, M. (2021). A Modified Version of the Transactional Stress Concept According to Lazarus and Folkman Was Confirmed in a Psychosomatic Inpatient Sample. *Frontiers in Psychology*, 12, 1-12 doi: 10.3389/fpsyg.2021.584333
31. Obregón López, G. M. (2006). Desensibilización sistemática para la fobia a los ascensores. *Avances en Psicología*, 29 (2), 253-266, e-ISSN 2708-5007 <https://doi.org/10.33539/avpsicol.2021.v29n2.2412>
32. Olivares-Olivares, P.J., Costa, F. J. & Olivares, J. (2015). Evaluación y tratamiento de un caso de agorafobia sin trastorno de pánico. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental*, 1(1), 1-13
33. Sierra, J. C., Ortega, V. & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar E Subjetividade*, 3(1), 10-59, ISSN 1518-6148.
34. Sáiz, P. A., Treviño, L. J., Díaz, E. M., García-Portilla, M. P., González, P. M., Szerman, N., Bobes, J. & Ruiz, P. (2014). Patología dual en trastornos de ansiedad: recomendaciones en el tratamiento farmacológico. *Adicciones*, 26(3), 254-274 ISSN: 0214-4840
35. Soriano, J. G., Pérez-Fuentes, M. C., Molero, M. M., Tortosa, B. M. & González, A. (2019). Beneficios de las intervenciones psicológicas en relación al estrés y ansiedad: Revisión sistemática y metaanálisis. *European Journal of Education and Psychology*, 12(2), 191-206, doi: 10.30552/ejep.v12i2.283

36. The ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project. *Acta Psychiatr Scand*, 109, 21-27
37. Twenge, J. M. & Joiner, T. E. (2020). U.S. Census Bureau-assessed prevalence of anxiety and depressive symptoms in 2019 and during the 2020 COVID-19 pandemic. *Anxiety and Depression Association of America*, 37, 954-956, doi: 10.1002/da.23077
38. Yagiie, L., Sánchez-Rodríguez, A. I., Mañas, I., Gómez-Becerra, I. & Franco, C. (2016). Reducción de los síntomas de ansiedad y sensibilidad a la ansiedad mediante una aplicación de un programa de meditación mindfulness. *Psychology, Society & Education*, 8(1), 23-37, ISSN 2171-2085 (print) / ISSN 1989-709X (online)

10. Tablas

Tabla 1.

Criterios diagnósticos para el TP según el DSM-V

- Trastorno de pánico 300.01 (F41.0)

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:

Nota: La aparición súbita se puede producir desde un estado de calma o desde un estado de ansiedad.

1. Palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardiaca.

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 despersonalización (separarse de uno mismo).

12. Miedo a perder el control o de “volverse loco.”

13. Miedo a morir.

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.

B. Al menos a uno de los ataques le ha seguido un mes (o más) de uno o los dos hechos siguientes:

1. Inquietud o preocupación continua acerca de otros ataques de pánico o de sus consecuencias (p. ej., pérdida de control, tener un ataque de 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).

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).

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 postraumático; o en respuesta a la separación de figuras de apego, como en el trastorno de ansiedad por separación).

Nota: Información tomada de la Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5, 2014.

Tabla 2.

Criterios diagnósticos para la agorafobia según DSM-V

- **Agorafobia 300.22 (F40.00)**

A. Miedo o ansiedad intensa acerca de dos (o más) de las cinco situaciones siguientes:

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 causa 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, a la situación; 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.

Nota: Información tomada de la Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5, 2014.

Tabla 3

Lista de Jerarquía de Situaciones Temidas

1. Conducir sola por carretera hasta la playa.

2. Seguir caminando fuera de la zona de control.

3. Hacer viajes en autobús.

4. Coger el metro.

5. Subir a la última planta de centros comerciales como el Corte Inglés.

6. Hacer excursiones en bici.

7. Coger un autobús urbano.

8. Ir sola.

9. Subir y bajar la cuesta de los chinos (Granada).

10. Ir al cine. Otras: Estar sola en casa sin que su madre este arriba; ir a un supermercado céntrico.

Nota: Cada situación corresponde a un evento ansiógeno para la paciente. El orden es inverso, siendo el evento 10 el que menos ansiedad le genera y el 1 el que más ansiedad le genera. Los datos fueron aportados por el centro, pero la tabla es de elaboración propia.

Tabla 4

Programa de exposición semanal

Viernes, sábado y domingo: durante el fin de semana, se estructuró un viaje a Madrid, ya que Valiente demandó que era algo que tenía muchas ganas de hacer, pero que evitaba hacer debido al malestar que le provocaba exponerse. Se pautó que viajaría en transporte

público, de manera que se tendría que exponer a una de las situaciones que aparecían en su lista de miedos. El viaje debía ser para la ida y para la vuelta. La estancia la tenía que realizar en casa de familiares o en un hotel

**Retos adicionales:*

Coger metro

Visitar con sus sobrinos el Parque Warner o similar permaneciendo con ellos de forma exclusiva al menos tres horas, aunque luego se quede con familiares.

Visitar un museo (que hubiese sido elegido de antemano)

Visitar la Plaza Mayor, ya que era un lugar que le encantaba visitar.

Lunes y martes: correspondían a días laborales, por lo que la estructura no podía ser muy exhaustiva. No obstante, al salir del trabajo, se le pedía que se expusiese a alguna situación que normalmente evitase. Era importante que anotase y registrase en su autorregistro la actividad y sus sensaciones.

Miércoles: ese día se marcó como actividad pasear. De 17:00 a 17:30 se estableció una ruta la cual llevaba tiempo sin realizar y para Valiente suponía una rutina agradable hasta que dejó de exponerse. Valiente vivía en Granada, y la ruta consistía en que desde su casa debía ir caminando hacia El Corte Inglés, una vez allí debía subir a la última planta (algo que evitaba a toda costa) y una vez allí, tenía que tomar consciencia espacial de cómo estaban distribuidas las secciones, cuales eran y tenía que hacer un pequeño mapa. Además, se estableció como actividad explorar bien esa planta, y una vez acabada la actividad, bajaba el resto de plantas una a una e iba a las secciones que fuesen de interés para ella, hasta llegar a la planta baja. Una vez abandonado El Corte Inglés, la ruta llevaba a Valiente hacia la Plaza Bib-Rambla y allí tenía que detenerse en un banco y podía fumar

un cigarro, sin prisas y observando la plaza, a la gente, los árboles con atención plena. Al finalizar ese momento, seguía su ruta hacia la Catedral y hacía alguna foto externa y tomaba nota de los grafitis que hay. Si era posible entrar a la Catedral lo hacía. A continuación, tenía que coger el autobús urbano en Gran Vía y se detenía en los Jardines del Triunfo, uno de los lugares preferidos de Valiente. Tenía que permanecer allí un cuarto de hora visitando el parque y practicando 5 min de atención a la respiración. Posteriormente volvía a coger el autobús en dirección al Parque Federico García Lorca. Lo recorría a ritmo lento, captando todo lo que le llamase la atención y anotando las pequeñas variaciones que haya detectado desde que no visitaba. A continuación, debía ir al cine del Centro Comercial Neptuno (Valiente era muy cinéfila, pero dejó de ir por su problemática), habiendo consultado previamente las películas y su hora de emisión y veía la película sola. Después de todas las actividades, podía quedar con amigos para realizar alguna actividad placentera, volver a su casa caminando.

Sábado o domingo: se preparó una actividad sorpresa llevaba a cabo por el coterapeuta. A una hora acordada se llevó a Valiente a un pueblo que de antemano no sabía, se le vendaron los ojos y se le quitó el móvil a Valiente. El coterapeuta dejó a Valiente en el centro del pueblo y se le indicó que quedarían de nuevo en el mismo punto en dos horas y media. Las actividades que Valiente debía realizar en el pueblo fueron:

Preguntar el pueblo en el que estaba.

Número de habitantes del pueblo.

Patrón de las fiestas.

Calle donde se encontraba el Ayuntamiento y foto testimonial.

Número de colegios y foto testimonial de al menos uno de ellos.

Nota: Esta tabla muestra las exposiciones que la paciente debía llevar a cabo durante una semana. Tabla de elaboración propia extrayendo los datos del centro INSPIRA Psicología

Tabla 5

Programa de exposición semanal 2

-
- **Viernes, sábado y domingo:** durante el fin de semana, se volvió a estructurar otro viaje, en este caso a Sevilla, ya que Valiente comentó que era una ciudad que le encantaba. Se pactó que volvería a viajar en transporte público, y se decidió que sería en autobús. A diferencia de Madrid, Valiente viajó con una amiga de elección.

**Retos adicionales:*

-
- Coger metro.

 - Hacer una ruta por la Catedral de Sevilla y por el Alcázar.

 - Realizar un tour por el barrio de Santa Cruz por la noche, debido a que es un barrio de callejones oscuros y estrechos.
-
- **Lunes y martes:** estos días son “libres” de manera que hagas algo de tu elección.

 - **Miércoles:** ese día se marcó de nuevo la actividad de pasear. Se seguiría otra vez la estructura del miércoles pasado, aunque se cambiaron detalles. Otra vez, la ruta consistía en que desde su casa debía ir caminando hacia El Corte Inglés, una vez allí debía subir a la última planta (algo que evitaba a toda costa) y una vez allí, tenía que tomar consciencia espacial de cómo estaban distribuidas las secciones, cuales eran y tenía que hacer un pequeño mapa y sentarse en la cafetería a tomarse algo que le apeteciese. Además, se estableció como actividad explorar bien las plantas y dedicar un tiempo a probarse y comprar ropa, algo que comentaba que hacía tiempo que no hacía. Una vez abandonado El Corte Inglés, la ruta llevaba a

Valiente hacia la Plaza Bib-Rambla y allí tenía que detenerse en un banco y podía fumar un cigarro, sin prisas y observando la plaza, a la gente, los árboles con atención plena. Al finalizar ese momento, seguía su ruta hacia la Catedral y debía entrar en un museo que hay cerca. A continuación, tenía que coger el autobús urbano en Gran Vía y se detenía en los Jardines del Triunfo, uno de los lugares preferidos de Valiente. A partir de este momento, decide qué te apetece hacer para ganar autonomía.

-
- **Sábado o domingo:** para alguno de estos días, tienes que organizar una quedada con varios amigos en tu casa, con todo lo que ello conlleva, como ir a comprar, cocinar, avisar a cada uno, etc.
-

Nota: Esta tabla muestra las exposiciones que la paciente debía llevar a cabo durante una semana. Tabla de elaboración propia extrayendo los datos del centro INSPIRA Psicología.