



**Universidad
Europea** MADRID

Intervención cognitivo conductual en un caso de agorafobia

Máster de Psicología General Sanitaria

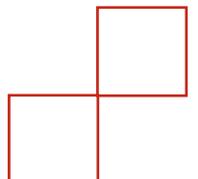
Autor/a Eva Villanueva Ipiña

Tutor/a Marta San Antolín Gil

28 de febrero de 2022

Campus Villaviciosa de Odón
Calle Tajo S/N, Villaviciosa de Odón
28670 Madrid
universidadeuropea.com

Campus Alcobendas
Avenida Fernando Alonso, 8
28108 Madrid



Agradecimientos

Quiero agradecer a mi tutora de prácticas Tauana Matías por enseñarme tanto a través de este caso clínico.

Resumen

Los trastornos de ansiedad y concretamente la agorafobia son problemas que se nos presentan habitualmente en consulta. El proceso terapéutico cognitivo conductual de este caso de agorafobia, tuvo una duración de 17 sesiones se dividió en tres fases: evaluación, tratamiento y seguimiento. La primera fase, consistió en evaluar a la paciente mediante la entrevista semi estructurada, autorregistros de malestar y cuestionarios como el BDI-II, STAI, cogniciones agorafóbicas, sensaciones fisiológicas y factores contribuyentes. Para la fase de tratamiento, siguiendo el análisis funcional de la conducta, se establecieron junto a la clienta los objetivos terapéuticos. Los cuales se intervinieron a través del empleo de las siguientes herramientas: psicoeducación, respiración diafragmática, parada de pensamiento y exposición en vivo e interoceptiva. Finalmente, en la fase de seguimiento se comprobó la eliminación de la agorafobia, así como que los resultados obtenidos se mantenían en el tiempo, además de trabajar la prevención de recaídas y repasar todas las técnicas aprendidas.

Palabras clave: Agorafobia, cognitivo conductual, estudio de caso, trastornos de ansiedad.

Abstract

Anxiety disorders and specifically agoraphobia are problems that are commonly presented to us in consultation. The cognitive-behavioral therapeutic process of this case of agoraphobia lasted 17 sessions and was divided into three phases: evaluation, treatment and follow-up. The first phase consisted of evaluating the patient by means of a semi-structured interview, self-recording of distress and questionnaires such as the BDI-II, STAI, agoraphobic cognitions, physiological sensations and contributing factors. For the treatment phase, following the functional analysis of the behavior, therapeutic objectives were established together with the client. These were intervened through the use of the following tools: psychoeducation, diaphragmatic breathing, thought stopping and live and interoceptive exposure. Finally, in the follow-up phase, the elimination of agoraphobia was verified, as well as the maintenance of the results obtained over time, in addition to working on relapse prevention and reviewing all the techniques learned.

Keywords: Agoraphobia, anxiety disorders, case study, cognitive behavioral.

Índice

1.	Introducción	6
1.1.	Conceptualización de Agorafobia.....	6
1.2.	Criterios diagnósticos del trastorno de ansiedad	6
1.3.	Etiología y modelos teóricos	8
1.4.	Epidemiología.....	9
1.5.	Comorbilidad	10
1.6.	Evaluación.....	10
1.7.	Tratamientos	10
2.	Identificación del paciente y motivo de consulta	14
3.	Estrategias de evaluación.....	15
4.	Formulación clínica del caso	20
5.	Tratamiento	26
6.	Valoración del tratamiento	35
6.1.	Objetivos	35
6.2.	Adherencia al tratamiento	36
6.3.	Autoinformes	36
6.4.	Autorregistros	38
6.5.	Dificultades	39
7.	Discusión y conclusiones	40
8.	Referencias	45
9.	Anexos	52

1. Introducción

1.1. Conceptualización de la Agorafobia.

La agorafobia (AG) es un trastorno de la ansiedad, definido en el DSM-V por la American Psychiatric Association (2013), como el miedo y el elevado nivel de ansiedad experimentado ante contextos que la persona percibe como amenazantes y que son desproporcionados a la realidad. Estas situaciones temidas se caracterizan porque el sujeto ve dificultad para escapar de dicho contexto o le resulta vergonzoso, no dispone de ayuda en caso de presentar síntomas relacionados con un ataque de pánico (como son; las palpitaciones, temblores, dificultad para respirar, mareos, desmayos, sensaciones de hormigueo, desrealización o despersonalización, miedo a “volverse loco” o el miedo a morir entre otros), causando un deterioro significativo sobre las diferentes áreas vitales del individuo.

Ante estas situaciones, las personas con AG reaccionan evitando las situaciones temidas, soportándolas con un alto grado de ansiedad si llegan a exponerse a ellas. Por otra parte, también efectúan ciertas conductas de seguridad o conductas defensivas que les proporcionan un alivio inmediato ante la situación ansiógena, como necesitar ser acompañado por otra persona, lo que afecta notablemente a la autonomía de la persona generando un creciente malestar. Estas respuestas que emiten las personas con agorafobia con el fin de aliviar el malestar que le provocan las situaciones temidas favorecen al mantenimiento de la problemática, reforzando la idea que tiene el individuo de lo peligrosas que son dichas situaciones. Llevándolos a pensar que gracias a la táctica empleada el sujeto ha sido capaz de detener la catástrofe inminente que iba a darse, fortaleciendo así esta regla y proporcionando una falsa percepción de control sobre la situación (Bados López, 2017).

1.2. Criterios diagnósticos de los trastornos de ansiedad.

Para poder determinar la agorafobia en el DSM-V se recogen los criterios para diagnosticar la agorafobia (APA, 2013).

- a. Mostrar elevada ansiedad ante dos o más de las siguientes situaciones:
 - El transporte público.
 - Los espacios abiertos.
 - Los sitios cerrados.
 - Encontrarse rodeado de una multitud o el hacer colas.

- Estar fuera de casa sin compañía.
- b. El sujeto evita estas situaciones a causa de lo difícil que piensa que es escapar de dicha situación si se presentan síntomas de pánico.
- c. Las situaciones agorafóbicas provocan en la mayoría de las ocasiones miedo o ansiedad.
- d. Las situaciones se evitan de manera activa, requiriendo de un acompañante o superándolas con un gran miedo o una ansiedad intensa.
- e. Este miedo o ansiedad son desproporcionados a los peligros reales propios del contexto de la persona.
- f. Por otra parte, este miedo, ansiedad o evitación tienen una duración de seis o más meses.
- g. Causa un malestar clínicamente significativo y el posible deterioro del resto de áreas del sujeto.
- h. Se requiere que el miedo, la ansiedad o la evitación no correspondan con los síntomas de otro trastorno mental.

Por otro lado, la Organización Mundial de la salud menciona que los criterios para cumplir el diagnóstico de agorafobia, recogidos en el CIE-10, son los siguientes: (CIE-10, 2000).

- a. Tener miedo o evitar dos o más de las siguientes situaciones:
 - Multitudes.
 - Lugares públicos.
 - Viajar solo.
 - Viajar lejos de casa.
- b. Deben de haberse presentado juntos mínimo dos síntomas de ansiedad en las situaciones consideradas como peligrosas, los síntomas se clasifican e:
 - Síntomas autonómicos (palpitaciones, sudoración, temblores y/o sequedad en la boca).
 - Síntomas en el pecho y abdomen (dificultad para respirar, sensación de ahogo, dolor en el pecho y/o náuseas).
 - Síntomas relacionados con el estado mental (sensaciones de mareo, inestabilidad, desvanecimiento o aturdimiento, desrealización o despersonalización, sensación de pérdida de control “volverse loco” y/o miedo a morir).
 - Síntomas generales (sofocos o escalofríos y/o sensación de hormigueo).

- c. Estos síntomas o la evitación provocan un malestar clínicamente significativo, reconociendo el sujeto que son desproporcionados e irracionales.
- d. Los síntomas destacan o se restringen al pensar o al estar ante las situaciones temidas.
- e. Es necesario descartar que el miedo y la evitación no se dé por otros trastornos mentales.

1.3. Etiología y estudios teóricos.

Actualmente no podemos ofrecer una única respuesta ante la pregunta de cuál es la causa de la agorafobia ya que es algo que varía según el individuo, sin embargo, las investigaciones realizadas hasta la fecha nos proponen que el origen podría estar relacionado con sucesos vitales del sujeto, como es el caso de haber sufrido previamente un ataque de pánico (Sandín et al., 2006). Es evidente que el aprendizaje que adquiere la persona influye notablemente en el desarrollo y en el mantenimiento de la problemática, ya que el individuo ante ciertos estímulos aprende a reaccionar con miedo. Por lo tanto, si ya ha padecido antes episodios de elevada ansiedad o ataques de pánico, estas situaciones pueden haber sido condicionadas con síntomas de saliente malestar y debido al fenómeno de la generalización estas sensaciones pueden haberse extrapolado a otros contextos, de tal manera que ante estas nuevas situaciones la persona anticipa la ocurrencia de un peligro real e inminente (Tortella-Feliu y Fullana, 1998). No obstante, el haber experimentado un ataque de pánico no tiene por qué señalar la aparición de la AG, ya que puede haber sido originada por el miedo o por las propias conductas de evitación que se han emitido ante las situaciones temidas, generando así el fenómeno de incubación. La teoría de la incubación propuesta por Eysenck explica el condicionamiento de las fobias a partir de las anticipaciones de peligro que tiene la persona y el incremento del miedo que experimentan. Aumentando el miedo cuando más baja sea la duración de la exposición al estímulo aversivo y cuanto más intensa sea la respuesta (Chorot, 1991). Por otra parte, es necesario tener en cuenta que la sociedad y el entorno pueden ser factores que aumentan la probabilidad de que se dé esta problemática, pero en ningún momento son la causa directa (Esteban, 2012).

Como ya hemos adelantado anteriormente, en lo que respecta al mantenimiento de la agorafobia, las respuestas operantes que la persona da frente a las situaciones aversivas tienen un papel muy importante. En el caso de la respuesta de evitación la persona anticipa la aparición del estímulo fóbico e impide encontrarse con este mismo, actuando de refuerzo negativo y haciendo más probable que el mismo

comportamiento de evitación se repita en el futuro ante una posible consecuencia negativa (Domjam, 2007). Cabe destacar que esta anticipación provoca síntomas de malestar similares a los que la persona experimentaría en caso de presentarse frente a la situación temida, activando los procesos fisiológicos pertinentes que ponen en marcha el sistema nervioso simpático, el cual se encarga de las respuestas de lucha y huida (Becerra-García et al., 2010). El mismo refuerzo negativo podemos ver cuando el sujeto emite la conducta de escape, donde la persona ya se ha encontrado frente a la situación ansiógena y lo que hace es salir de esta misma, aliviando así el malestar que experimenta (Domjam, 2007). No obstante, cuando el individuo no es capaz de evitar ni de escapar de dicha situación, se activan respuestas de hipervigilancia sobre las situaciones que nos preocupan y los síntomas que podemos percibir, aumentando la sensación subjetiva de estos mismos e incrementando el malestar (Bados López, 2017). Por otra parte, en cuanto a las conductas de seguridad como comer algo, tomar alcohol, utilizar objetos tranquilizantes, rezar, etc. proporcionan al individuo control sobre la situación, actuando como refuerzo positivo de la conducta y por lo tanto reduciendo momentáneamente el malestar (Domjam, 2007).

1.4. Epidemiología.

Por otra parte, en cuanto a la prevalencia de la agorafobia podemos apreciar como a medida que pasan los años cada vez son más las personas diagnosticadas (Espada et al., 2021). Concretamente el 1.7% de la población es diagnosticada, duplicando la cantidad del porcentaje las mujeres y el momento del desarrollo en el que suele presentarse es durante la adolescencia tardía y la adultez temprana (APA, 2013; Espada et al., 2021). El curso de ese 1.7% tiende a ser crónico, sin embargo, hay un 10% que remiten de manera espontánea y sin necesidad de tratamiento (Espada et al., 2021). Durante estos últimos años y a raíz de la pandemia del COVID-19 se ha podido observar cómo cada vez son más las personas diagnosticadas de trastornos de ansiedad y por lo tanto mayor es la prevalencia de la agorafobia en personas españolas (Lagla Toapanta y Reyes Reyes, 2022). Por lo tanto, debido a la elevada prevalencia y con el fin de continuar con la labor de divulgación, considero que presentar este estudio de caso resulta adecuado y representativo del momento en el que nos encontramos, pudiendo a su vez ayudar a las personas que se encuentren en esta misma situación.

1.5. Comorbilidad.

La AG tiene alta comorbilidad con otras problemáticas, sobre todo está relacionada con otros trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, trastornos afectivos, con otras fobias específicas y con el abuso de sustancias. A su vez, estas problemáticas hacen que la agorafobia se encuentre también con ideación suicida (Peñate et al., 2020). La comorbilidad de se debe a que la agorafobia y los síntomas de ansiedad en ocasiones anteceden al trastorno de pánico, así como la agorafobia y las conductas evitativas se encuentran estrechamente relacionadas con la ansiedad generalizada (Espada et al., 2021).

1.6. Evaluación.

En cuanto a la evaluación de la agorafobia existen diversas maneras de llevarla a cabo, la evaluación más efectiva es la cognitivo conductual y, por lo tanto, es la que se va a seguir en este estudio de caso. Esta evaluación se realiza haciendo uso de los criterios establecidos en el DSM-V y en el CIE-10 mencionados anteriormente. También es necesario durante las primeras sesiones emplear un modelo de entrevista semiestructurada para recoger toda información necesaria (Hammer y Wildavsky, 1990). Además, los cuestionarios auto aplicados son una herramienta indispensable para poder evaluar la gravedad de la problemática y el resto de áreas de la vida del sujeto, empleando cuestionarios validados para la problemática, como, por ejemplo: el STAI, el BDI-II, el cuestionario de cogniciones agorafóbicas, de sensaciones corporales y de factores contribuyentes (Resnik e Integrantes de la Asociación Argentina, 2000).

Asimismo, también disponemos de otras maneras de evaluar, por ejemplo, un estudio realizado desde el enfoque psicoanalítico nos cuenta como emplea la técnica proyectiva del test de Rorschach para evaluar la agorafobia, además de utilizarse para establecer y contrastar diversas hipótesis acerca del funcionamiento psíquico de la persona (Quesada et al., 2015). Por otra parte, para evaluar la agorafobia también se puede emplear la escala de Unidades Subjetivas de Ansiedad, en donde el cliente evalúa su nivel de ansiedad puntuándolo del 0 al 100, resulta muy útil a la hora de establecer las jerarquías de las situaciones y para apreciar la disminución del nivel de ansiedad (López, 2021).

1.7. Tratamientos.

En cuanto al tratamiento de la AG múltiples estudios corroboran la eficacia de realizar la intervención psicológica desde la orientación cognitivo conductual (Calero y Bados, 2010; Escribano, 2016;

Espada, Van der Hofstadt y Galván, 2007; Rodríguez y Camuñas Sánchez-Paulete, 2006). Esto se debe a su fundamentación en los principios del aprendizaje, entendiendo así que la agorafobia es una conducta aprendida y orientando su posterior intervención al siguiente razonamiento (Fernández, García y Crespo, 2012). Al igual que aprendemos podemos desaprender o aprender nuevas conductas más adaptativas que se ajusten a la realidad, consiguiendo que el malestar asociado a estas situaciones disminuya. Esta tarea requiere de esfuerzo siendo necesario trabajar las pautas propuestas fuera de sesión también (Fernández, García y Crespo, 2012). Por otra parte, los pensamientos tienen un papel muy relevante sobre el comportamiento de la persona, concretamente los pensamientos anticipatorios conllevan una elevada ansiedad previa ante cualquier situación que la persona considere como posiblemente peligrosa. Estos pensamientos favorecen que pueda darse una crisis de pánico, que a su vez fortalecerá la idea de lo peligrosa que resulta dicha situación y facilitará que la persona se fije en sus propios síntomas, lo cual hará más probable que pueda darse una nueva crisis y que se desencadene la agorafobia tal y como la conocemos (Puerto, García-Sancho y Soler, 2009).

En cuanto a la intervención psicológica de la AG la exposición es la técnica más estudiada, la que mejores resultados proporciona (Calero y Bados, 2010). Sin embargo, el tratamiento de la agorafobia requiere de integrar diferentes intervenciones conductuales y entre estas técnicas se encuentran: la psicoeducación sobre la ansiedad y su fisiología, la respiración dirigida diafragmáticamente, la relajación progresiva de Jacobson, la exposición a situaciones temidas con prevención de respuestas, así como la exposición interoceptiva y en vivo, la parada de pensamiento junto a auto instrucciones y con técnicas de distracción y la reestructuración cognitiva (Calero y Bados, 2010).

Concretamente, la exposición interoceptiva se utiliza para reducir la sensibilidad que la persona tiene a las sensaciones provocadas por la ansiedad creando de manera artificial dicha sensación. En el artículo publicado por Escribano (2016) nos muestra la intervención de un caso con trastorno de pánico en el que no se emplean ningún tipo de técnica de moldeamiento ni de reducción de la activación, únicamente la exposición interoceptiva y en vivo. Mostrando muy buenos resultados en cuanto a la disminución de la cantidad y magnitud de los ataques de pánico, así como la sensibilidad a las sensaciones ansiógenas, provocando que el trastorno interfiriera menos en la vida del cliente (Escribano, 2016).

En el estudio realizado por Espada, Van der Hofstadt y Galván (2007) sobre un caso de ataques de pánico con agorafobia, acompañan la exposición en vivo con técnicas de inervación vagal dirigidas a reducir la ansiedad, concretamente la respiración diafragmática, psicoeducación sobre la ansiedad, estrategias de distracción para la exposición a estímulos interoceptivos y la discusión de pensamientos irracionales. Tras completar la intervención se consiguieron los objetivos propuestos, la paciente redujo de manera significativa el temor a padecer un ataque de pánico, eliminando también las conductas de evitación y escape (Espada, Van der Hofstadt y Galván, 2007). Resultados similares se encontraron en otro estudio, donde la intervención cognitivo conductual realizada consistió en instruir al cliente sobre la fisiología de la ansiedad, ejercitar la relación muscular progresiva de Jacobson, reestructurar cognitivamente los pensamientos desajustados, trabajar el control de la ira, entrenar en autoinstrucciones, practicar la respiración diafragmática y exponerse a las situaciones temidas (Rodríguez y Camuñas Sánchez-Paulete, 2006).

Además de emplear técnicas psicológicas para tratar la AG, también se hace uso de fármacos dirigidos a calmar la ansiedad como son los ansiolíticos y los antidepresivos (Valero, Perelló y Viadel, 2011). Los resultados obtenidos en la investigación realizada por Bados (1993) mostraron que se daban relevantes mejoras en el grupo de pacientes que seguía tratamiento farmacológico acompañado de tratamiento cognitivo conductual, donde se trabajó la (auto) exposición en vivo, en comparación a los grupos a los que se les administraba un único tratamiento. Apreciando la disminución de las conductas de evitación, la ansiedad anticipatoria y generalizada, los ataques de pánico y la depresión. Adicionalmente, cabe resaltar que la intervención farmacológica demuestra una mayor adherencia al tratamiento debido al reducido coste de respuesta que supone, en comparación con el tratamiento psicológico (Bados, 1993).

Y, para finalizar con esta revisión de la literatura quiero resaltar este novedoso estudio que hace uso de la realidad virtual para llevar a cabo la técnica de exposición. Se trata del estudio realizado por Pitti et al. (2015), el cual nos muestra que el grupo que mejores resultados obtiene es al que se les aplica tratamientos farmacológicos junto a tratamientos psicológicos, además de observar mejoras relevantes en el grupo que emplea la nueva tecnología de realidad virtual (Pitti et al., 2015). Además, también podemos apreciar que desde la terapia ocupacional se han empezado a implementar este tipo de intervenciones

novedosas que han sido nombradas como Terapia de Exposición mediante Realidad Virtual (TERV) (Esmorís Canedo, 2021).

Lo que se pretende en este trabajo de fin de master es demostrar la eficacia que tiene la intervención psicológica desde el enfoque cognitivo conductual en un caso de agorafobia. Logrando que el cliente adquiera las habilidades oportunas para poder hacer frente a las situaciones ansiógenas de manera exitosa y sin malestar, controlando la activación fisiológica que produce la ansiedad y empleando conductas de afrontamiento para poder exponerse a estos estímulos aversivos gracias a las estrategias trabajadas durante y fuera de las sesiones psicológicas (López, 2001). Además, tras la pandemia provocada por el COVID este estudio de caso resulta de gran relevancia para la comunidad científica debido al aumento de los casos de ansiedad y concretamente de agorafobia, de acuerdo a la Organización Mundial de la salud (OMS).

2. Identificación del paciente y motivo de consulta.

La paciente, a la cual la llamaremos Almudena para garantizar su anonimato siguiendo la Ley Orgánica 15/1999 del 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, es mujer, tiene 24 años y es estudiante de cuarto año del grado de economía. Tiene pareja desde hace años, aunque no está casada, ni tiene hijos. Vive con sus padres en Alcorcón, municipio que pertenece a la comunidad de Madrid, tiene una situación familiar favorable con el proceso de intervención psicológica y en cuanto a su nivel sociocultural y económico podemos decir que es de clase media.

Almudena acude a consulta debido al malestar que le está provocando el miedo que tiene a sentir las sensaciones fisiológicas propias de la ansiedad, así como la evitación de determinadas situaciones asociadas a la posibilidad de tener un ataque de ansiedad, que en este caso son los restaurantes y la universidad. Por otra parte, también se observa el miedo que tiene a que las personas se piensen que “está loca”. Todo esto le afecta de manera significativa a las diversas áreas de su vida. Además, cada vez que escucha que otras personas mencionan tener ciertos síntomas refiere experimentarlos al día siguiente, a pesar de ser consciente de que es ella misma la que se provoca dichos síntomas.

A nivel clínico Almudena ha estado en tratamiento psicológico anteriormente, concretamente en la seguridad social, en donde realizó de 6 a 10 sesiones aproximadamente. Nos cuenta que las pautas que le dio la terapeuta no le funcionaron, esta le aconsejaba no pensar en ello y que se relajase, sin entrenarle en ningún tipo de relajación. Siente que al principio sí que le resultó de ayuda, pero luego le resultaba difícil no pensar en ello. Después, la psicóloga responsable dio por resuelto ese problema y empezaron a tratar otro tema. Ha intentado solucionarlo por sí misma y lo ha hecho segurizando los sitios, haciendo cosas para distraerse y dándose auto instrucciones para conseguir exponerse a las situaciones que le dan miedo. Estas estrategias a veces le funcionan y otras veces no.

Los objetivos que nos plantea Almudena en la primera sesión son los siguientes: aprender a no verlo todo negativo, no culparse tanto ni ser tan dura consigo misma y tomarse las cosas como son, sin anticipar catástrofes ni reaccionar de manera desmesurada.

3. Estrategias de Evaluación

Son múltiples las estrategias de evaluación empleadas para recoger información, siendo necesario atender a la evaluación no solo en las primeras sesiones del proceso terapéutico, si no a lo largo de este mismo y al finalizarlo, pudiendo así apreciar los cambios que conllevan alcanzar los objetivos marcados. Además, la evaluación del caso es fundamental para establecer posteriormente las pautas de intervención que más se ajusten al cliente y que más eficacia tengan. En este caso, las primeras 3 sesiones se dedicaron a la recogida exhaustiva de datos a través del contenido obtenido en las propias sesiones, los datos adquiridos a través de los cuestionarios, autorregistros y las tareas para casa pedidas a la clienta (tabla 1).

Tabla 1

Estrategias de evaluación.

Sesión 1	Entrevista psicológica semiestructurada. Autorregistro de situaciones de malestar. Historia biográfica. Cuestionario BDI-II. Cuestionario STAI.
Sesión 2	Entrevista psicológica semiestructurada. Autorregistro de situaciones de malestar. Cuestionario de cogniciones agorafóbicas. Cuestionario de sensaciones corporales. Cuestionario de factores contribuyentes.
Sesión 3	Entrevista psicológica semiestructurada. Autorregistro de situaciones de malestar. Jerarquía de sensaciones ansiógenas. Jerarquía de situaciones ansiógenas.

Pará llevar a cabo la primera aproximación a la paciente, se recogerá información en la propia sesión a través de la *entrevista semiestructurada*, en donde se emplearán un repertorio de preguntas abiertas y cerradas, que deberán adaptarse al cliente y a su discurso. En este caso se emplearon preguntas abiertas al principio de la entrevista psicológica, considerando que eran más apropiadas para recoger el motivo de consulta y conocer las variables disposicionales inherentes a la persona. Sin embargo, a medida que avanzaba la evaluación, comenzaron a emplearse preguntas más cerradas para concretar ciertos datos necesarios para concluir con la evaluación.

Al mismo tiempo que empezamos con la evaluación, es tan importante recoger información clínicamente relevante como crear una buena relación terapéutica entre cliente y terapeuta, imprescindible para avanzar con el proceso psicológico. Debido a esto no debemos olvidar las habilidades terapéuticas propias del psicólogo clínico, como las habilidades de comunicación, de observación y de escucha, el manejo de asertividad, la empatía, la capacidad para ser directivo cuando sea necesario sin llegar a ser coercitivo, etc. Adaptándonos en todo momento al cliente y promoviendo y facilitando los procesos de aprendizaje (Gómez, 2010).

En cuanto a las tareas para casa solicitadas durante estas primeras sesiones, en primer lugar, se le pide que complete un documento de *historia biográfica* (anexo_1), pudiendo así conocer cuáles son las áreas que están siendo afectadas por la problemática y otros asuntos importantes en la vida del cliente, que a su vez nos ayudan a conocerla en mayor profundidad facilitándonos a su vez la evaluación. También se le pidió que completara *autorregistros de situaciones de malestar* (anexo_2), en donde se apreciaran situaciones cotidianas donde apareciera dicha problemática para poder ver de qué manera influye a día de hoy el problema y poder determinar qué es lo que lo mantiene, para posteriormente intervenir sobre ello. En estos autorregistros, se pide a la clienta que registre el día y la hora, la situación, que es lo que hace, la emoción que sentía numerada del 1 al 10 y el pensamiento que tenía en ese momento numerando cuanto de real era del 1 al 10.

Además, los *autorregistros* están presentes a lo largo de todo el proceso terapéutico con el objetivo de cerciorarnos que las técnicas enseñadas están siendo aplicadas de manera correcta, pudiendo así

percatarnos de posibles dificultades con las que se encuentre Almudena para ponerle solución en las posteriores sesiones y también como muestra de la eficacia que tienen dichas herramientas. Por ello, se le pide que realice cada semana autorregistros sobre el entrenamiento de la respiración diafragmática y la parada de pensamiento, hasta que haya dominado la técnica. En cuanto al autorregistro de la respiración diafragmática se recogerá el día, la situación, el nivel de activación inicial, la duración de la práctica, el nivel de activación final y las dificultades que hayan surgido. Y en el registro de la parada de pensamiento se recogerá el día, la situación, el pensamiento, el nivel de malestar, la distracción empleada y si se ha conseguido frenar el pensamiento, recogiendo también el nivel de malestar final. Asimismo, también se registran ambas exposiciones durante todo el proceso terapéutico. En la exposición en vivo recogeremos el día, la situación, el nivel de ansiedad inicial, las técnicas empleadas y el nivel de ansiedad final. Y en la exposición interoceptiva recaudaremos la información del día, la sensación a la que se va a exponer, el nivel de malestar que le provoca, la similitud del ejercicio con la sensación vivida y el nivel de malestar final.

Por otra parte, en cuanto a los instrumentos que se administraron para evaluar a Almudena tenemos entre ellos el cuestionario de depresión de Beck, el cuestionario de ansiedad estado-rasgo y los cuestionarios de cogniciones agorafóbicas, sensaciones físicas y factores contribuyentes.

En lo que respecta al *inventario de depresión de Beck*, conocido como *BDI II* (anexo_3), es el instrumento empleado por excelencia para medir la depresión ya que contiene ítems específicos relacionados con los síntomas depresivos (emocionales, cognitivos y fisiológicos). Las puntuaciones que se recogen muestran que cuanto más alta es la puntuación, mayores son los síntomas depresivos. Los resultados que van de 0 a 13 presentan una mínima depresión, de 14 a 19 depresión leve, de 20 a 28 depresión moderada y de 29 a 63 indican que la persona padece de depresión grave (Beck, Steer y Brown, 1996). Además, podemos decir que en cuanto a las propiedades psicométricas del BDI-II la adaptación española contiene un buen índice de validez y fiabilidad, concretamente con un coeficiente alfa de 0,87 (Sanz, Perdigón y Vázquez, 2003).

El *cuestionario de ansiedad estado-rasgo*, (*STAI*) (anexo_4) (Spielberger, Gorsuch, Lushene y Cubero, 1999), es un test que mide la tendencia que tiene la persona a la ansiedad, entendiendo el concepto

de ansiedad como estado y como rasgo. Cuando hablamos de la ansiedad como estado nos referimos a la evaluación del momento en el que se encuentra la persona y de qué manera le afecta esto a su emocionalidad, atendiendo también a la actividad del sistema nervioso autónomo. Y, cuando hablamos de ansiedad como rasgo nos referimos a que la persona es propensa a ser ansiosa de manera relativamente estable, percibiendo así la gran mayoría de las situaciones como amenazadoras. Las puntuaciones recogidas en el STAI son diferenciadas entre varones y mujeres. En el caso de los varones, la ansiedad como estado se categoriza de la siguiente manera: las puntuaciones de 14 a 18 muestran una tendencia promedio, el resultado de 19 el promedio, de 20 a 28 por encima del promedio y de 29 a 60 como alto. Y, la ansiedad como rasgo: puntuando de 14 a 18 como tendencia promedio, en 19 el promedio, sobre el promedio de 20 a 25 y un nivel alto de los 26 a los 60. Por otra parte, los resultados de las mujeres se categorizan de la siguiente manera en lo que respecta a la ansiedad como estado: la tendencia promedio corresponde a una puntuación de 15 a 19, el promedio abarca de 20 a 22, encima del promedio de 23 a 31 y un promedio alto de 32 a 60. Y, en cuanto a la ansiedad como rasgo la tendencia promedio se encontraría de 17 a 23, el promedio de 24 a 25, sobre el promedio de 26 a 32 y una puntuación alta sería de 33 a 60 (Spielberger, et al., 1999). En lo que se refiere a la fiabilidad y a la validez, la adaptación española del STAI es fiable en personas con ansiedad con un 0,9 en la escala de ansiedad como estado y en la de ansiedad como rasgo (Riquelme, 2014).

Por otra parte, en cuanto a la evaluación de personas con agorafobia y con la finalidad de poder determinar y medir el miedo al miedo, se hicieron uso de tres instrumentos: el *cuestionario de cogniciones agorafóbicas* (anexo_5) (Chambless, et al., 1984), el *cuestionario de sensaciones corporales* (anexo_6) (Chambless, et al., 1984) y el *cuestionario de factores contribuyentes* (anexo_7) (Chambless, et al., 1984). Estos cuestionarios se encargan, respectivamente, de medir los pensamientos catastróficos de la paciente acerca de los resultados provocados por la ansiedad, de las consecuencias físicas que tiene la ansiedad y de los factores contribuyentes, refiriéndose a las circunstancias que aumentan la probabilidad de que la conducta agorafóbica se dé y se mantenga en el tiempo, estos factores contribuyentes pueden ser internos, propios del individuo, o externos, propios del ambiente en el que se relaciona el individuo (Chambless, et al., 1984). Se emplean estos cuestionarios para evaluar detalladamente el contenido de las conductas

agorafóbicas, recogiendo información fundamental sobre la manera que tiene el individuo de experimentar este trastorno de ansiedad (Guarimoni Ardito, 2020).

Además, la decisión de que la clienta realice estas tareas mencionadas para casa fuera de sesión consiste en optimizar el tiempo de la evaluación. Pudiendo revisar dichos instrumentos de evaluación fuera de sesión y preparar preguntas más concretas o aclarar cierta información que haya recogido en estos documentos. Pudiendo así preparar mejor la próxima sesión y evaluar de una manera más eficaz la información recogida.

Para finalizar, como ya se ha indicado anteriormente es fundamental continuar evaluando a lo largo de toda la terapia, es decir a lo largo de las 17 sesiones que duro en este caso el proceso terapéutico. Ya sea evaluando que tal ha ido la semana para identificar nuevos obstáculos que pueden surgir durante la intervención, añadir o modificar los objetivos propuestos, volver a realizar el análisis funcional para ver los cambios que se están dando a raíz de la intervención, ir adaptando la intervención al individuo, etc. Asimismo, durante las últimas sesiones, concretamente en la sesión 13, se volvieron a pasar los cuestionarios STAI y BDI II a modo de post test para poder apreciar de manera concreta la evolución de la paciente.

4. Formulación clínica del caso.

En cuanto a la formulación clínica de este caso, como ya ha sido mencionado anteriormente y cuyos resultados pueden apreciarse en los anexos de este mismo trabajo, se realizó con el apoyo de diversas herramientas e instrumentos, como: el análisis funcional de las conductas problema, la prueba STAI, el BDI-II, el cuestionario de cogniciones agorafóbicas, de sensaciones corporales y de factores contribuyentes.

Para empezar, los resultados obtenidos en el **BDI-II** (anexo_3) nuestra clienta obtiene una puntuación de 46, considerada como grave, lo que indica un bajo estado de ánimo (Beck, Steer y Brown, 1996). En cuanto al **STAI** (anexo_4) indican que la paciente se encuentra por encima del promedio de las mujeres en lo que respecta a la ansiedad entendida como estado y como rasgo con una puntuación de 58 y de 45 respectivamente, por lo que podemos decir que Almudena tiene un índice alto de ansiedad tanto en cuanto en situaciones concretas, como la disposición que tiene para percibir las situaciones como peligrosas o amenazantes y la tendencia a responder ante estas situaciones con ansiedad (Spielberger, et al., 1999). Por otra parte, en el **cuestionario de cogniciones agorafóbicas** (anexo_5) se pueden apreciar la frecuencia de pensamientos o ideas que surgen cuando está nerviosa o asustada, las ideas más repetidas son: “voy a volverme loca”, “perderé el control sobre mí misma” y “voy a desmayarme” (Chambless, et al., 1984). En relación al **cuestionario de sensaciones corporales** (anexo_6) cabe destacar las puntuaciones elevadas generalmente obtenidas al recoger información acerca de las sensaciones corporales que presenta en las situaciones temidas, que son el mareo y el vértigo, el sentirse desconectada o confusa y el sentirse desconectada de su propio cuerpo (Chambless, et al., 1984). Y, para finalizar, con los autoinventarios tenemos el **cuestionario de factores contribuyentes** (anexo_7) el cual nos informa de los elementos que fomentan la ansiedad producida por las sensaciones y situaciones temidas, la evitación y los ataques de pánico (Chambless, et al., 1984).

Tras haber analizado los resultados adquiridos en las pruebas de evaluación previas a la intervención podemos ver como Almudena padece un elevado estado de ansiedad, junto a un bajo estado de ánimo y conductas agorafóbicas que afectan de manera directa a su vida.

A modo de **hipótesis de origen**, el problema comienza hace un año, en una época en la cual Almudena descubre que varias personas cercanas a ella son diagnosticadas de cáncer. En ese mismo momento empieza a notar dolores en el pecho que le hacen acudir al médico para evaluar qué es lo que le pasa. Estas dos situaciones unidas hacen que empiece a pensar que si personas sanas y sin indicios de cáncer han podido padecerlo ella también puede, lo que le lleva a fijarse más en las sensaciones físicas que percibía en el pecho. Al ir al médico tubo un ataque de ansiedad por miedo a tener cáncer, eso hizo que se empezase a fijar más en las sensaciones fisiológicas, a desarrollar conductas de comprobación buscando sus síntomas en internet y a preocuparse de que la gente se pensase que estaba loca puesto que los resultados médicos descartaron la posibilidad de tener cáncer. A pesar de esto, Almudena comienza a estar alerta ante cualquier mínimo indicio de sensaciones anómalas en su cuerpo con el objetivo de anticiparse a esa posible enfermedad. Por lo tanto, podemos apreciar como las sensaciones fisiológicas se condicionan con el concepto de enfermedad, generando una emoción similar que la enfermedad como miedo y ansiedad.

En este momento los lugares o situaciones que evita se van generalizando poco a poco, cada lugar y cada señal del contexto que haya tenido esas sensaciones interpretadas por ella como de ansiedad, se asocia con dichas sensaciones. Provocándole más ansiedad y llevándola a evitar cualquier escenario en el que pueda anticipar que va a poder darse dichas sensaciones. Entre estas situaciones nos encontramos con los restaurantes en los que tuvo ansiedad, el fumar porros se generalizo por las características que alteran de manera fisiológica a fumar tabaco, beber alcohol o tomar ciertos medicamentos.

Por otra parte, para concretar cual es la hipótesis de mantenimiento debemos tener en cuenta la manera en la que Almudena se encuentra rodeada de variables personales y del entorno que afectan tanto a la adquisición de la problemática como a su mantenimiento en el tiempo. Estas variables disposicionales facilitan que se dé la problemática, pero en ningún caso son la causa directa de esta misma, en este caso nos encontramos con las siguientes variables:

- El diagnóstico de cáncer a personas cercanas a ella que eran consideradas como sanas, así como el ver en las noticias problemas médicos que les sucedían a personas presuntamente sanas.

- Las situaciones de estrés en el último año y los momentos complicados, como el aborto, el atropello de su perro, la ruptura con su novio, el estrés por los exámenes y por llevar años en la carrera, etc.
- La historia de aprendizaje previa que se dio cuando percibía las sensaciones “anómalas” en el pecho y comprobó que sí que tenía una enfermedad, condicionando las sensaciones a una respuesta de miedo, al igual que la enfermedad.
- Las búsquedas en internet de cualquier temor o asunto que no entienda.
- Que posea mucha información sobre la ansiedad y conozca las posibles sensaciones fisiológicas que puede esta derivar, una parte de dicha información puede ser verídica y válida, pero también dispone de información falsa la cual facilita el mantenimiento de la problemática.
- La información recibida por parte de su antigua terapeuta acerca de la ansiedad hizo que cambiara el pensamiento de “tengo una enfermedad” a pensar que “tengo ansiedad o un posible ataque de pánico”, condicionando enfermedad por ansiedad.
- Al fumarse un porro con su actual pareja notó como su cuerpo se paralizaba, influyendo en que aumentase el foco de atención hacia sus sensaciones fisiológicas.

En cuanto a la **hipótesis de mantenimiento**, tras haber repasado detalladamente cuales son las variables disposicionales que se encuentran relacionadas a Almudena, en este caso se han diferenciado las siguientes conductas problema.

La primera hace referencia a los nuevos ensayos de condicionamiento y al aumento de la ansiedad por la hipervigilancia. El percibir sensaciones fisiológicas “anómalas” hace que nuestra clienta se alerte y piense que algo malo le pueda estar pasando o que le pueda dar un ataque de ansiedad, lo que a su vez provoca que aumente su activación, así como su ansiedad y malestar. A su vez, esto genera un círculo vicioso ya que el incremento de la ansiedad y el aumento de activación hacen que Almudena se fije más en sus propias sensaciones fisiológicas. Y, como ya hemos dicho antes, podemos ver como concretamente aquí influye la variable dependiente del aprendizaje que realizo con la anterior terapeuta, que hizo que su pensamiento cambiara de “tengo una enfermedad” a “tengo ansiedad”.

Desde entonces ante la anticipación de estas sensaciones fisiológicas lo que hace Almudena, por una parte, es emitir conductas de seguridad y comprobación como autoobservarse, tocarse y buscar en internet para aliviar la ansiedad y reducir los pensamientos catastróficos. Esto a su vez hace que cuando encuentre algo u obtenga malas noticias de Google aumenten las verbalizaciones catastróficas, aumentando a su vez la ansiedad y el malestar que le provoca. Y, por otra parte, emite conductas de escape y evitación, escapando de la situación y evitando los determinados sitios que tiene asociados a tener un ataque de pánico, esto a corto plazo se ve reforzado por la disminución de la ansiedad y del malestar, sin embargo, a medio largo plazo el quedarse en casa, evitar salir, hacer planes y darle vueltas siempre al problema hace que aumenten los pensamientos catastróficos y a su vez la ansiedad y el malestar que siente.

Después de las 3 primeras sesiones de evaluación y con la información recogida mediante los diversos instrumentos mencionados anteriormente, se realiza el **análisis funcional de la conducta** (anexo_8) (tabla 2) con el objetivo de analizar la conducta de la persona (entendiendo conducta como interacción y no como un comportamiento específico). El análisis funcional de la conducta es una herramienta basada en los principios de aprendizaje que sirve para identificar las conductas problemas del paciente, planear la posterior intervención y dirigir la terapia en función del individuo que tengamos en consulta, de manera completamente individualizada. Además, también atiende a la influencia que ejerce el contexto sobre la problemática de la persona, analizando que es lo que hay detrás de su ocurrencia y que funcionalidad ejerce esta conducta en la vida del individuo para poder identificar qué es lo que la mantiene en el tiempo e intervenir de manera adecuada (Fernández, 2005).

Tabla 2

Análisis funcional de la conducta.

Antecedentes	Conducta	Consecuentes
<i>Lejanos.</i>	<i>Nivel cognitivo</i>	<i>Corto plazo.</i>
	Verbalizaciones catastróficas.	R (+): Falsa sensación de control
<i>Externos:</i>	Anticipar que le va a dar un ataque.	al darle vueltas al problema.

Diagnóstico de cáncer a personas cercanas a ella.	Rumia. “Van a pensar que estoy loca”.	R (+): Falsa sensación de control por hipervigilar sus sensaciones.
Situaciones de estrés estos últimos años.	“Tengo ansiedad”.	Sigue la regla de contingencia de “si atiendo a mis sensaciones fisiológicas podre identificar antes lo que me pasa”.
Información de la anterior terapeuta.	<i>Nivel fisiológico</i> Mareo.	
Fumarse un porro.	Sensación de debilidad. Respiración acelerada (hiperventilación).	R (-): Alivio o reducción del estrés al evitar/escapar de las situaciones ansiógenas.
<i>Internos:</i> Información sobre ansiedad, conocimiento de las sensaciones fisiológicas.	Dolor en el pecho. Aumento de la activación fisiológica.	R (-): Alivio del malestar causado por los pensamientos catastróficos.
Historia de aprendizaje, una vez esas sensaciones fisiológicas si que resultaron ser una enfermedad.	<i>Nivel motor</i> Evitar las situaciones ansiógenas. Segurizar las situaciones (quedarse dentro del coche). Conductas de comprobación y seguridad: buscar en internet, auto observarse, tocarse donde percibe las sensaciones.	<i>Largo plazo.</i> C (+): Tristeza, apatía, bajo estado de ánimo. C (+): Aumento de los pensamientos catastróficos. C (+): Rumia. C (-): Perdida de reforzadores y de actividades gratificantes. C (-): Aislamiento.

Objetivos. Para finalizar con la formulación clínica del caso, establecemos los objetivos de manera consensuada con la paciente y los operativizamos de tal manera que se pueda identificar claramente cuando se ha alcanzado dicho objetivo.

1. Aprender a no ver todo negativo y a no pensar únicamente en lo peor, para ello, concretamente lo que haremos será eliminar o reducir las verbalizaciones catastróficas o anticipatorias sobre que le dé un ataque de pánico o de ansiedad.
2. Manejar la ansiedad ante situaciones estresantes, controlando el nivel de activación que estas le provocan.
3. Eliminar o reducir la hipervigilancia que tiene la clienta sobre sus propias sensaciones fisiológicas.
4. Retomar las actividades que realizaba anteriormente, eliminando las conductas de evitación y de comprobación.
5. Aumentar el estado de ánimo de Almudena.
6. Dejar de culparse tanto y no ser tan dura consigo misma, es decir, reducir los pensamientos negativos sobre sí misma y sobre su conducta.

5. Tratamiento

En cuanto al tratamiento de este caso de agorafobia (tabla 3), está basado en técnicas cognitivo conductuales: la psicoeducación sobre la ansiedad, la exposición en vivo e interoceptiva, la respiración diafragmática, la parada de pensamiento, el empleo del refuerzo de aproximaciones y el moldeamiento en sesión.

Para comenzar con el tratamiento, es imprescindible realizar cierta psicoeducación sobre la ansiedad y proporcionar a la clienta documentos e información verídica a la cual pueda acceder sin ser contraproducente. A continuación, puesto que la exposición va a ser nuestra forma principal de intervención, vamos a tener que proporcionar a Almudena herramientas para bajar la activación, así como para detener los pensamientos intrusivos y anticipatorios que puedan surgirle, para ello le enseñaremos las técnicas de respiración diafragmática y parada de pensamiento. La respiración diafragmática consiste en respirar lentamente utilizando la zona abdominal, en vez del pecho que sería lo habitual, activando el nervio vago relacionado con el sistema nervioso parasimpático encargado de la relajación del organismo. Y la parada de pensamiento se basa en detener los persistentes pensamientos que generan malestar, para ello se deberá escoger una clave que utilizar cuando estos se presenten, como por ejemplo “¡STOP!”, buscando a continuación una actividad en la que focalizar la atención. Tras practicar esto repetidamente, pensar en la clave ya funcionara como parada de dichos pensamientos. Finalmente, ya estamos preparados para conocer la manera en la que vamos a proceder con la exposición en vivo, cuyo objetivo consiste en descondicionar todas las situaciones que la paciente ha generalizado, las cuales evita. Con este fin, se realizará una jerarquía de las situaciones ansiógenas a las cuales la paciente tendrá que exponerse, haciendo uso de las herramientas proporcionadas, permaneciendo en ellas hasta experimentar una reducción de la ansiedad. Por otra parte, para aproximarnos al miedo a las sensaciones corporales propias del ataque de pánico emplearemos la exposición interoceptiva que consiste en recrear de manera artificial estas sensaciones de mareo, modo barco, desmayo, falta de aire, etc. y mediante su repetición conseguiremos que estas sensaciones dejen de provocar la respuesta de malestar. Además, es imprescindible reforzar cualquier aproximación hacia la conducta meta y moldear las verbalizaciones desadaptativas en sesión para ir acercándonos a los objetivos propuestos.

Tabla 3*Tratamiento.*

Sesión 1	Evaluación. Modelo de trabajo y proceso terapéutico.
Sesión 2	Evaluación. Pruebas estandarizadas. Pauta: no exponerse a situaciones ansiógenas si va a salir de la situación con activación.
Sesión 3	Evaluación. Pauta: no buscar en internet información.
Sesión 4	Devolución del Análisis Funcional de la conducta. Establecer objetivos y motivar. Psicoeducación de la ansiedad. Respiración diafragmática.
Sesión 5	Psicoeducación de la ansiedad. Parada de pensamiento.
Sesión 6	Moldeamiento verbal en sesión. Afrontamiento de situaciones difíciles. Jerarquía de exposición. Exposición en vivo.

- Exposición interoceptiva.
- Sesión 7 Exposición en vivo.
Exposición interoceptiva.
Explicación sensibilización. Juego de sugestión “brazo pesado”.
- Sesión 8 Exposición en vivo.
Exposición interoceptiva.
- Sesión 9 Exposición en vivo.
Exposición interoceptiva.
- Sesión 10 Exposición en vivo.
Exposición interoceptiva.
Análisis funcional de la conducta.
- Sesión 11 Exposición en vivo.
Exposición interoceptiva.
Explicación habituación.
- Sesión 12 Exposición en vivo.
Exposición interoceptiva.
- Sesión 13 Exposición en vivo.
Exposición interoceptiva.
STAI.

BDI-II.

- Sesión 14 Exposición en vivo.
Exposición interoceptiva.
Situaciones difíciles.
- Sesión 15 Seguimiento.
Repasar las técnicas aprendidas.
- Sesión 16 Seguimiento.
- Sesión 17 Seguimiento.
Prevención de recaídas.
Continuar exponiéndose a situaciones nuevas.
-

Este proceso terapéutico en concreto tuvo un transcurso de 17 sesiones en total (anexo_9), cada sesión con una duración de 50 minutos y con una periodicidad semanal, exceptuando las 3 últimas sesiones que comenzaron a espaciarse en el tiempo, primero cada tres semanas y la última sesión con un mes de separación.

Las 3 primeras sesiones fueron dedicadas a recoger información de la paciente para poder llevar a cabo la evaluación y completar el análisis funcional de la conducta fundamental para la posterior intervención. En la primera sesión se recoge el motivo de consulta y se le explica el modelo de trabajo y el proceso terapéutico. Además, se le pide completar en casa el documento de la historia biográfica, un autorregistro de las situaciones que le provocan malestar y los autoinformes STAI y BDI-II. Asimismo, en la segunda sesión se le pide que vuelva a realizar el autorregistro de malestar y que complete los cuestionarios de cogniciones agorafóbicas, de sensaciones corporales y de factores contribuyentes. Por otra parte, se le

da la pauta de que si va a exponerse no se salga de la situación con ansiedad. Por último, en la tercera sesión se le pide que desarrolle un nuevo autorregistro de malestar y que complete en casa una lista ordenada de las sensaciones que le generan ansiedad y de las situaciones que le resultan ansiógenas. Pautándole que no busque en internet más información sobre la ansiedad ya que se le proporcionaría la documentación necesaria en las próximas sesiones.

Tras haber completado la fase de evaluación, en la cuarta sesión se realiza la devolución del análisis funcional del problema de la paciente, ya que está demostrado que el simple hecho de comprender el problema es meramente terapéutico, adaptando el análisis en forma de esquema para que lo revise en los momentos en los que emerjan esas sensaciones de ansiedad. A continuación, establecemos los objetivos terapéuticos junto a la paciente, anticipando las consecuencias positivas que conseguirá si lleva a cabo las pautas que se le den. En esta misma sesión se comienza con la psicoeducación sobre la ansiedad, proporcionándole lecturas a cerca de la ansiedad del libro “Agorafobia y pánico” de Bados, un documento sobre los mitos de las sensaciones de los ataques de pánico y otro que muestra el funcionamiento de la fisiología de la ansiedad. Por último, se le explica la técnica de respiración diafragmática y cómo influye sobre las bases fisiológicas de la ansiedad, se practica y moldea en sesión, indicándole como tarea para casa que lo practique cuando se encuentre tranquila y que registre el nivel de activación inicial, el nivel alcanzado tras realizar esta respiración y cualquier dificultad que le pueda surgir.

En la quinta sesión se aclaran las dudas que tiene acerca de las lecturas sobre la ansiedad, enseñándole a discriminar lo que es un ataque de pánico. Por otra parte, se trabaja la importancia que tiene el foco atencional en cuanto a la hipervigilancia reflejada en el análisis funcional, mostrándole la responsabilidad que tenemos sobre nuestras emociones. Además, se le enseña la técnica de parada de pensamiento, cuál es su función y que beneficios tiene, indicándole lo importante que es practicarla repetidamente para que tenga efecto y pidiéndole que la registre al igual que la respiración diafragmática.

A continuación, en la siguiente sesión Almudena cuenta que durante esta semana se ha expuesto por iniciativa propia a diversas situaciones, se refuerzan las autoinstrucciones que se da para no incubar y dejar que pase la curva de ansiedad. Asimismo, también se refuerza la aproximación de la verbalización “las sensaciones son molestas”, haciéndole ver el cambio ya que ya no las considera graves o peligrosas. Se

realiza la jerarquía de exposición para ir pautándole de manera ordenada las próximas exposiciones. Por otra parte, se le explica en que va a consistir la exposición interoceptiva y se le muestra el primer ejercicio que va a tener que hacer y registrar en casa, se practica varias veces en sesión y se le pide que continúe registrando y practicando la parada de pensamiento y la respiración diafragmática. Por último, se preparan las posibles situaciones difíciles que podrían suceder en su próximo viaje y como solucionarlas.

En la séptima sesión se revisa como han ido las exposiciones, las ha realizado todas de manera correcta, excepto en la oficina de correos que se marchó con un nivel de activación de 5. Se castiga esta conducta, indicándole que no puede salir de la situación si tiene un nivel de activación mayor a 3 y recordándole la importancia de no incubar. En cuanto a las sensaciones corporales se le explica el fenómeno de la sensibilización y se realiza un juego en sesión que consiste en sugestionarla para que le pese el brazo y así demostrarle otra vez la importancia de donde pone el foco de atención. Por otra parte, aunque la parada de pensamiento le sigue costando le damos la instrucción de que continúe practicándola para acabar automatizando dicha técnica, así como con la respiración diafragmática. Continúa con ambas exposiciones y con sus registros, se le indica avanzar con el siguiente ítem de la exposición interoceptiva, esta vez el ejercicio consiste en dar vueltas de pie para acercarse a otras sensaciones de mareo o vértigo.

Pasando a la octava sesión, cabe destacar lo bien que han ido las exposiciones pautadas incluyendo el conducir por Madrid y enfrentarse a la situación complicada de un atasco de hora y media, en esta situación hizo uso de la respiración diafragmática y cuando llegó a casa no se bajó del coche hasta estar completamente tranquila. Las técnicas de parada de pensamiento y respiración diafragmática cada vez le funcionan más. En cuanto a la exposición interoceptiva se repite el segundo ejercicio de la jerarquía en sesión ya que le ha costado llevarlo a cabo en casa, además se le indica que se de autoinstrucciones para parar el mareo y se sorprende del control que puede tener sobre las sensaciones. Por último, se reestructuran cognitivamente los miedos que tiene frente a los nuevos ítems de exposición, concretamente el de ir a la universidad.

Durante la novena sesión Almudena se expone a todas las situaciones sin incubar, se aprovecha este momento para reforzar los grandes avances que está consiguiendo. Se moldean las verbalizaciones durante la sesión y sin que se le enseñe la técnica de reestructuración cognitiva dice que ha empezado a

debatirse consigo misma los pensamientos que tiene, ya que le ayuda a dejar de rumiar. En este momento se le explica la técnica, dándole instrucciones para llevar a cabo el debate. En lo que respecta a la exposición interoceptiva se practica el ejercicio en sesión y se le pauta cuáles serán las próximas exposiciones, revisando las estrategias que puede utilizar ante las situaciones difíciles que pueden surgir, se le ocurre grabarse audios con autoinstrucciones para esos momentos y se refuerza dicha idea.

Acude a la décima sesión contenta porque se ha expuesto a muchas situaciones, sin embargo, ha evitado ir a una hora de clase, por lo que se revisan los miedos que se le presentan y que estrategias emplearía. Además, se condiciona la conducta de ir a clase apetitivamente, teniendo que avisar de su asistencia a secretaría el día que fuera a clase. Se le pautan nuevas exposiciones, entre ellas ir al McDonald, puesto que la semana que viene comenzará con la exposición a restaurantes, y tomarse un chupito al día, ya que tiene como objetivo salir con sus amigas de fiesta cuando le apetezca y las sensaciones del alcohol es algo a lo que también teme. En cuanto a la exposición interoceptiva consigue completarla a la perfección por lo que se le explica el siguiente ejercicio de la jerarquía, que consiste en meter la cabeza entre las piernas y levantarla muy rápido, se practica en sesión y se le pide que lo practique y registre en casa. Se vuelve a realizar el análisis funcional para volver a fijar nuevos objetivos y para que Almudena vea los avances que está teniendo.

Continuando con la sesión 11, comenta no haber realizado ninguna exposición el fin de semana puesto que lo había dejado con su novio y se le muestra cómo afecta esto en su progreso. Además, plantea la preocupación de tener que estar así el resto de su vida, se le explica que a medida que vaya exponiéndose, superando los ítems y repitiéndolos lo que está haciendo es aprender que esas situaciones no son peligrosas y le explicamos el fenómeno de habituación. Se comentan las exposiciones que, sí que había llevado a cabo, y se refuerza que se haya animado a tomarse una cerveza el sábado sin percibir ningún tipo de sensación, señalándolo como prueba de que no va a tener que luchar contra la ansiedad toda su vida. Por otra parte, se trabaja en sesión la reestructuración sobre los miedos que tiene en los restaurantes y se repasa que haría en dichas situaciones. Asimismo, se revisa la jerarquía de exposición para ver que situaciones ha dejado de percibir como peligrosas y avanzar con los siguientes. Por último, se le anticipa que ya que le está costando este nuevo ítem de la exposición interoceptiva la próxima sesión dedicaremos más tiempo a practicarlo.

En cuanto a la sesión número 12 se le pregunta cuales son las exposiciones que disfruto, con el objetivo de que se desvanezca la idea de que va a tener que estar toda la vida exponiéndose y para mostrarle que ya tiene estas situaciones descondicionadas. Mientras tanto se le recomienda que continúe practicando la respiración diafragmática y la parada de pensamiento para que no pierdan su eficacia. El resto de la sesión es dedicada a realizar la exposición interoceptiva a todas las sensaciones que anteriormente temía, excepto a la sensación de falta de aire que le pautamos que haga en casa respirando por una pajita y se le recuerda que esto se debe a la hiperventilación. Finaliza esta sesión recalando todos los avances que está teniendo.

En la sesión 13 se reestructura el miedo de volver a tener miedo recordándole todas las herramientas de las que dispone para responder ante estas situaciones y continuar exponiéndose, como lo ha hecho hasta ahora. En cuanto a la exposición interoceptiva es practicada durante la sesión y se le indica que continúe ejercitándola en casa. Asimismo, durante esta sesión se le pide que complete de nuevo los autoinformes STAI y BDI-II para poder apreciar los avances y reforzarlos. Para finalizar, se repasan los objetivos terapéuticos y se ajustan en función de los que ya se han cumplido.

Durante la sesión 14 se preparan las situaciones complicadas que pueden darse en navidades, la manera de llevarlas a cabo y se reestructura la idea de agobiarse ante personas con las que no tiene confianza, pautándole el repetir la conclusión a la que había llegado modo de autoinstrucción y como inicio a usa la parada de pensamiento.

En cuanto al seguimiento del tratamiento, las sesiones comenzaron a espaciarse en el tiempo a partir de la sesión número 14, con una separación de 3 semanas entre ambas sesiones. Durante la sesión 15 Almudena continúa exponiéndose y aplicando las técnicas aprendidas, pero ya no lo ve como un esfuerzo. Se numeran las técnicas aprendidas para que las tenga en cuenta y las continúe ejercitando. Y se revisan los últimos objetivos, que son dejar de pensar en las sensaciones y que tener un día malo pase a un segundo plano, para ello le pedimos que escriba en una hoja como llevar a cabo esto. Tras la sesión 16, en donde se le enseña la diferencia entre contratiempo y recaída, pasa un mes hasta a la sesión 17. Durante esta última sesión, se prepara con Almudena un protocolo de prevención de recaídas, en donde se comentan las situaciones complicadas ante las que se podría encontrar y se le pregunta de qué manera

actuaria y que estrategias utilizaría. Al ver cómo responde correctamente le damos el alta. Dos años después, la paciente vuelve a ponerse en contacto por un motivo de consulta diferente al de ansiedad y agorafobia.

6. Valoración del tratamiento.

Después de finalizar el proceso terapéutico y en cuanto a la efectividad y eficiencia de la intervención cognitivo conductual en este caso de agorafobia, podemos decir que los resultados obtenidos muestran una valoración favorable tras la intervención, tanto por los datos recogidos en los cuestionarios, como por la consecución de los objetivos terapéuticos previamente establecidos y ajustados junto a la clienta según avanzaban las sesiones.

6.1. Objetivos.

Los resultados que se obtuvieron a lo largo de todo el proceso terapéutico se vieron reflejados en la consecución de los objetivos terapéuticos propuestos ya mencionados:

- Se han reducido de las verbalizaciones catastróficas o anticipatorias sobre la ansiedad y los ataques de pánico.
- Se ha disminuido la hipervigilancia de las sensaciones fisiológicas.
- Han sido eliminadas las conductas de evitación y de comprobación.
- Se han reducido los pensamientos negativos sobre si misma y sobre su conducta.
- Ha aumentado su estado de ánimo.

Por una parte, gracias a la psicoeducación acerca de la ansiedad y la exposición repetida a las situaciones ansiógenas empleando como apoyo las técnicas de reducción de la activación fisiológica, Almudena alcanzó el objetivo de reducir las verbalizaciones catastróficas. Además, el comprender la influencia que ejerce la hipervigilancia a sus propias sensaciones fisiológicas y el exponerse mediante la exposición interoceptiva a dichas sensaciones, hizo que la hipervigilancia disminuyera hasta el punto de ya no percibir dichas sensaciones, consiguiendo así otro de los objetivos propuestos. La exposición también provocó que se eliminasen las conductas de evitación y de comprobación, retomando así las actividades gratificantes que había dejado de hacer. También, se redujeron los pensamientos negativos sobre sí misma, reestructurando la idea de que “está loca”. Y, por último, el haber alcanzado todos estos objetivos tubo como consecuencia el aumento de su estado de ánimo.

6.2. Adherencia al tratamiento.

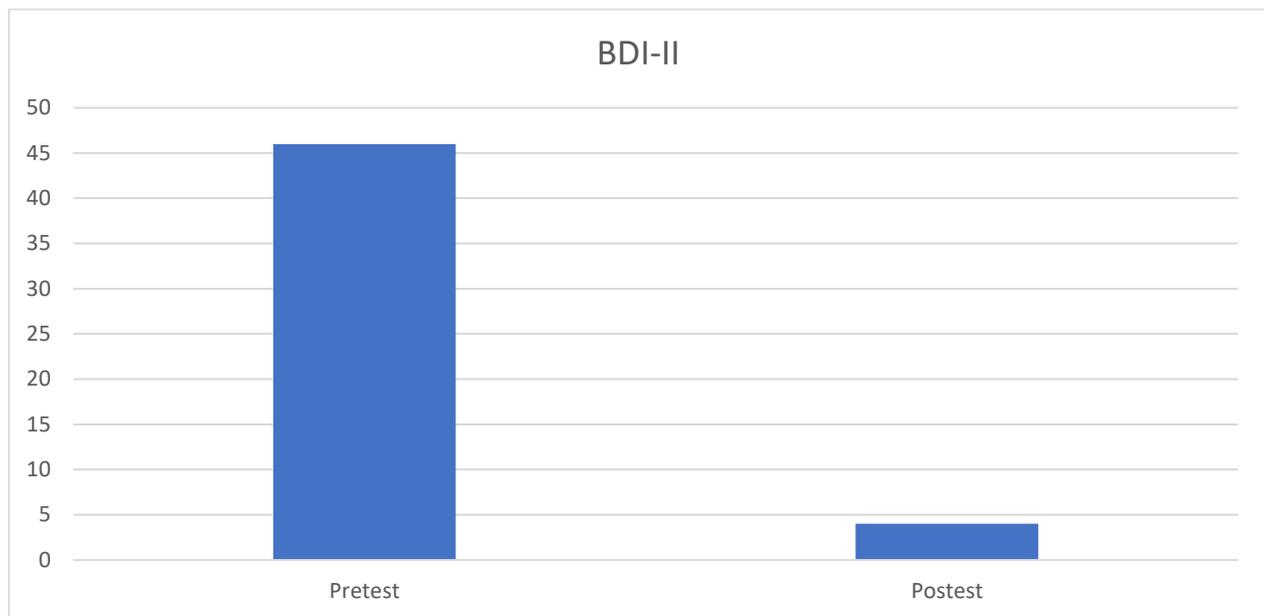
En cuanto a la adherencia al tratamiento cabe destacar la importancia que ha tenido para la eficiencia de esta intervención que la paciente siguiera completamente todas las indicaciones marcadas. En este aspecto han influido indudablemente los factores personales inherentes a Almudena, demostrando estar muy comprometida con el trabajo terapéutico, involucrándose en cumplir lo pautado e incluso tomando la iniciativa en diversas ocasiones. Esto podemos verlo reflejado con el cumplimiento de las tareas acordadas en cada sesión, así como con el registro de cada una de estas y la valoración en sesión de ellas. Además, demuestran un gran esfuerzo que favorece la terapia, las iniciativas que la paciente toma cuando, por ejemplo, decide exponerse a más situaciones y cuando comienza a debatir y a reflexionar sus propios pensamientos irracionales. Por otra parte, tenemos que tener en cuenta que también beneficia el progreso del tratamiento, la motivación y la anticipación por parte de la psicóloga en cada sesión, de todos los beneficios que proporcionan el cumplimiento de cada tarea y el motivo por el que se le solicitan, asociando así el trabajo terapéutico de manera apetitiva. Por último, cabe destacar que a partir de la quinta sesión la pareja de Almudena comienza a actuar de coterapeuta, ejerciendo un papel muy importante para la adherencia del tratamiento, recordándole las pautas que tenía que seguir y pidiéndole que realizara durante más tiempo los ejercicios de respiración diafragmática y parada de pensamiento consiguiendo así disminuir el nivel de ansiedad y que no saliese de la situación ansiógena con un nivel de activación mayor a 3.

6.3. Autoinformes.

Analizando los datos obtenidos en los autoinformes aplicados al finalizar el tratamiento podemos ver como las puntuaciones muestran resultados a favor de una clara mejoría, acorde a su vez con la consecución de los objetivos. Comenzando con los datos extraídos del postest del inventario BDI-II (anexo_3) muestran diferencias realmente significativas en relación a la puntuación previa que era de 46, ya que tras aplicar el tratamiento obtuvo una puntuación de 4 (figura 1) la cual indica que ya no hay indicios de depresión (Beck, Steer y Brown, 1996).

Figura 1

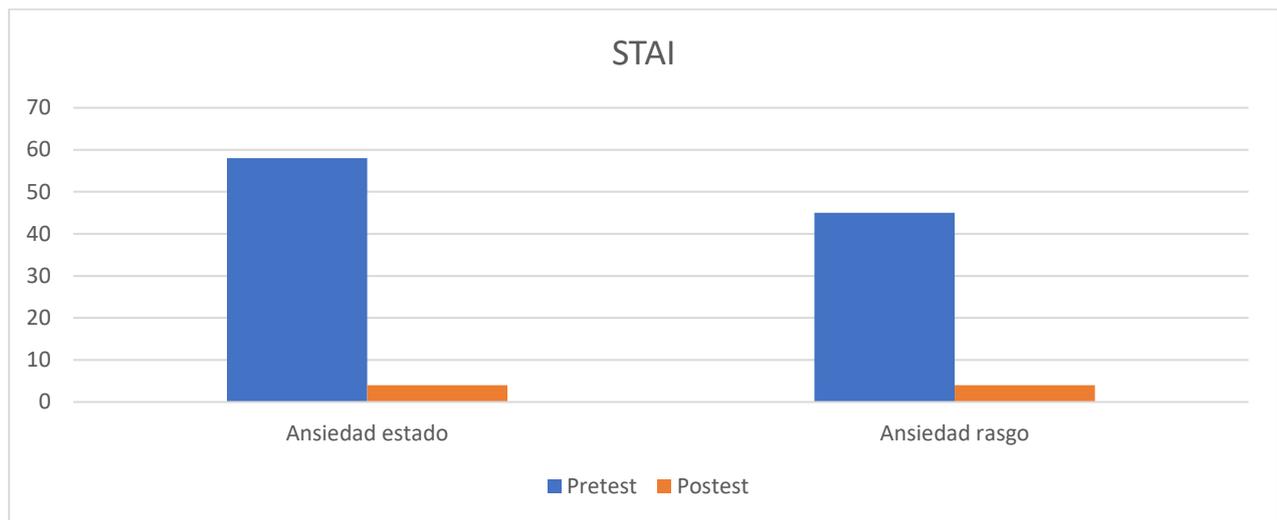
Resultados pretest y postest del BDI-II.



Adicionalmente, los resultados recogidos en el postest del inventario STAI (anexo_4) vemos cómo los resultados han cambiado reduciéndose a una puntuación de 4 y de 4 en lo que respecta a la ansiedad entendida como estado y como rasgo, cuando anteriormente disponía de unas puntuaciones de 58 y 45 (figura 2). Por lo que, gracias a los avances conseguidos mediante la psicoterapia, la clienta pasó de puntuar alto en ansiedad a puntuar bajo (Spielberger, et al., 1999). A efectos del gran avance que muestran los resultados obtenidos cabe destacar los siguientes cambios en las siguientes verbalizaciones, por ejemplo, de recoger en los pretest “estoy muy preocupada ahora por posibles desgracias futuras”, “casi nunca soy feliz” o “no tengo nada de confianza en mí misma” cambian en los postest a “no estoy nada preocupada ahora por posibles desgracias futuras”, “casi siempre soy feliz” o “tengo mucha confianza en mí misma”.

Figura 2

Resultados pretest y posttest del STAI.



Por otra parte, después de revisar en sesión con Almudena los cuestionarios completados antes de comenzar con la intervención y las respuestas que ella misma dio, podemos ver cómo se sorprende del progreso que ha tenido y así lo expresa. Estos cuestionarios no se completaron a modo de posttest de manera formal, pero se recogieron los avances obtenidos mediante preguntas en la misma sesión y se concluye que en lo que respecta al cuestionario de cogniciones agorafóbicas ya no se le presentan dichos pensamientos. En cuanto al cuestionario de sensaciones corporales podemos apreciar como la mayoría de estas sensaciones, las cuales anteriormente tenía la concepción de que vivía continuamente con ellas, ya no se le presentan y como en el caso de que se le volvieran a presentar ya no les tendría miedo (Chambless, et al., 1984).

6.4. Autorregistros.

Con lo que respecta a los autorregistros de las técnicas de respiración diafragmática y parada de pensamiento, podemos apreciar una evolución similar en cuanto al aumento de la eficacia de estas herramientas. Es decir, a medida que Almudena iba ejercitando la respiración diafragmática más conseguía disminuir su nivel de activación y requería de menos tiempo de practica para que tuviera su efecto. Por otra

parte, la parada de pensamiento con cada repetición se automatizaba cada vez más, disminuyendo la frecuencia de aparición de dichos pensamientos y dedicándoles menos tiempo en descartarlos. Asimismo, los autorregistros de las exposiciones y la revisión de las jerarquías de exposición también señalan las mejoras provocadas por el tratamiento. Demostrando como la ansiedad a exponerse a situaciones condicionadas aversivamente de manera repetida hace que disminuya la percepción del miedo de estas mismas y por lo tanto la ansiedad que Almudena sufría frente a ellas, favoreciendo también a que este aprendizaje se generalice a otras situaciones. Lo mismo observamos ante la disminución de ansiedad que muestra el autorregistro de la exposición interoceptiva a las sensaciones fisiológicas provocadas por la ansiedad.

6.5. Dificultades.

Para finalizar con la valoración del tratamiento, las dificultades que han ido surgiendo a lo largo de este proceso son las siguientes. Anteriormente se ha hablado de que en gran parte los factores personales de Almudena han facilitado a que se dé una correcta adherencia al tratamiento, sin embargo, concretamente la iniciativa que mostraba a la hora de exponerse a las situaciones sin conocer las pautas adecuadas ha llegado a resultarle perjudicial, ya que se marchó de la situación antes de esperar a que la curva de ansiedad pasase y su nivel de activación descendiera, y debido a este motivo incubó en varias situaciones. Por otra parte, los altibajos causados por su relación de pareja han influido también en la intervención en cuanto a que los días que discutían o lo dejaba con su novio y estaba de bajón no llevaba a cabo los ejercicios pautados, minimizaba los avances que había conseguido, pensando que todo lo que hacía no servía para nada y generándole preocupaciones acerca de si iba a tener que estar toda la vida exponiéndose. Esta dificultad fue trabajada en sesión, siendo ella misma la que llegó a la conclusión de que era diferente tener un día malo y estar triste por algo que había ocurrido y volver a tener ansiedad, una cosa no echaba por tierra a la otra.

Por todo lo mencionado, se considera que el tratamiento cognitivo conductual de este caso de agorafobia en concreto demuestra de diversas formas los efectos beneficiosos que acompañan a esta intervención, realizando por lo tanto una valoración positiva de dicho tratamiento.

7. Discusión y conclusiones

Actualmente los trastornos de ansiedad acompañan a diario a una gran parte de la población, contando con una alta prevalencia que aumenta con los años, probablemente debido al aumento de conciencia sobre la salud mental que va adquiriendo la sociedad (APA, 2013; Espada, et al., 2021). Por ello, en este estudio se presenta una intervención desde un enfoque cognitivo conductual de un caso clínico de agorafobia, basada en las investigaciones llevadas a cabo por Arturo Bados López y la bibliografía recogida (Bados López, 2017).

Después de finalizar por completo el trascurso del proceso terapéutico y tras alcanzar los objetivos propuestos, los hallazgos principales recogidos en este estudio pueden resumirse en los siguientes. Para empezar, en base a los resultados obtenidos queda presente que la psicoeducación sobre la problemática, en este caso sobre la ansiedad y sobre la manera en la que funcionan las herramientas y técnicas proporcionadas, favorece al correcto desarrollo de la psicoterapia. Ya que la comprensión del problema en sí mismo facilita la ejecución de las tareas terapéuticas, comenzando a generar cambios y por lo tanto influyendo de manera positiva el posterior desempeño. Además, se encuentran resultados en otras investigaciones que contrastan estas conclusiones, donde recogen que la psicoeducación es en la mayoría de las ocasiones el primer paso a dar a la hora de empezar una intervención psicológica, puesto que beneficia a los propios pacientes, así como al resto de personas de su alrededor (Godoy, et al., 2020).

Por otra parte, se confirma la correcta intervención llevada a cabo al emplear la técnica de respiración diafragmática, consiguiendo alcanzar los objetivos propuestos que consistían en reducir la activación fisiológica, en enseñarle a controlar la ansiedad en situaciones estresantes y reducir esta misma gracias a la práctica continuada de esta herramienta. Además de resultar una estrategia muy útil que ayuda a la clienta a eliminar las conductas de evitación, comprobación e hipervigilancia hacia sus sensaciones fisiológicas, confirmando por lo tanto las hipótesis planteadas sobre lo acertado que resultaría seleccionar esta técnica. Asimismo, García Moreno (2020) apoya también los resultados obtenidos en este estudio acerca de los beneficios que proporcionan los ejercicios respiratorios a la hora de controlar la ansiedad, concretamente el ejercicio respiratorio de la respiración diafragmática.

También, se recoge las consecuencias positivas que ofrece la técnica de parada de pensamiento, la cual es considerada la idónea de aplicar cuando la mayoría de conductas son mediadas a través de los pensamientos, siendo de gran ayuda para no entrar en bucle y conseguir los objetivos propuestos de eliminar las verbalizaciones catastróficas o anticipatorias sobre los ataques de pánico y la ansiedad, así como para facilitar el manejo de la ansiedad en las situaciones estresantes que se le puedan presentar a lo largo de las exposiciones (Burdíel Gutiérrez, 2019). Esta técnica, por otra parte, también se ve beneficiada por el trabajo de reestructuración llevado a cabo en sesión que consigue reducir los pensamientos negativos sobre si misma y sobre su conducta, así como facilitarle a realizar las tareas de exposición y a lidiar con pensamientos intrusivos irracionales que aumentan de manera notoria el malestar de la clienta. Llegando a las mismas conclusiones que se extraen del estudio realizado por Mallqui Ñamot (2020).

Para finalizar con la justificación de la pertinencia del uso de cada técnica y el contraste de hipótesis, se concluye que la exposición repetida, tanto de manera interoceptiva como en vivo, apoyada con el uso de las herramientas ya mencionadas anteriormente, logra eliminar las conductas de evitación y comprobación, a la vez que produce que las situaciones ansiógenas generalizadas se descondicionen. Asumiendo por lo tanto que la exposición es un tratamiento psicológico que consigue resultados empíricamente contrastados (Fonseca-Pedrero, et al., 2021). Además, el hecho de reincorporar las actividades gratificantes que había dejado de hacer debido a la problemática e incorporando otras nuevas, favoreció a que aumentara su estado de ánimo. Al igual que en el estudio llevado a cabo por Sanabria Pico (2020) que concluyó los beneficios que ofrecía la terapia de activación conductual en pacientes con depresión y ansiedad. Esta conclusión se contrasta también debido a los resultados obtenidos en los posttest, donde se muestra como disminuye la ansiedad y los síntomas depresivos.

Tras exponer los principales hallazgos revelados y con el propósito de realizar un completo análisis crítico del desarrollo de este caso, se puede apreciar que la clave del éxito de este proceso terapéutico reside en comenzar con la correcta formulación clínica del caso para posteriormente diseñar la intervención que resulte más apropiada para la clienta. A la hora de realizar la formulación clínica de este caso de agorafobia fue fundamental la recogida de todos los datos relevantes para posteriormente realizar el análisis funcional de la conducta, en donde se examinaría los factores que influyen al origen y al mantenimiento de las

conductas problemas que tanto malestar están causando a la clienta. A través de esta herramienta comprendemos la funcionalidad de las conductas y la manera de cambiarlas o modificarlas para reducir el malestar de una manera adaptativa y orientada a los objetivos demandados por la clienta. Por otra parte, el diseño de la intervención que posteriormente va a llevarse a cabo, está basado completamente en dicho análisis funcional. Ya que, gracias a este mismo, serán seleccionadas las técnicas y herramientas psicológicas más apropiadas para cada sujeto y se establecerá un plan de actuación oportuno sobre el que la clienta tendrá que trabajar siguiendo lo más rigurosamente posible las instrucciones proporcionadas por la profesional.

Todos estos resultados son corroborados a su vez por el estudio publicado por Espinar (2021) en donde se concluye que la intervención cognitivo conductual resulta la más eficaz y la más adecuada para tratar los problemas relacionados con la ansiedad y con el estado de ánimo.

En cuanto a las **limitaciones del estudio** podemos ver ciertas variables extrañas asociadas al sujeto que han podido influir a la hora de llevar a cabo la intervención de este caso. Concretamente la iniciativa que mostraba Almudena, a pesar de resultar muy positiva como ya se ha comentado anteriormente, también favoreció a que durante la primera parte de la intervención se expusiera sin seguir correctamente las pautas indicadas dificultando la adherencia al tratamiento, saliendo de la situación con ansiedad antes de que la activación fisiológica disminuyera, llegando a incubarse y provocando que se generalizaran de manera ansiógena más situaciones. Asimismo, el no poder controlar completamente las exposiciones que realizaba indicadas como tareas para casa, también dio lugar a que no dejara disminuir adecuadamente la curva de ansiedad yéndose de la situación antes de lo requerido y por lo tanto incubando.

Por parte, atendiendo al contexto, cabe destacar los problemas de pareja que tuvo durante la época en la que se llevó a cabo la intervención, los cuales provocaban en ella un sentimiento profundo de tristeza que conseguía minimizar la percepción que Almudena tenía sobre los avances que estaba logrando, minusvalorando a su vez la seguridad que iba consiguiendo a medida que llevaba a cabo el trabajo terapéutico, llevándola incluso a no exponerse en ciertas situaciones los días siguientes a discutir con su pareja.

Sin embargo, al completar la intervención y tras haber contemplado estas limitaciones que fueron surgiendo a lo largo de las sesiones, se puede concluir que a pesar de que estas variables hayan afectado al proceso terapéutico no han impedido la consecución de los objetivos propuestos ni la adherencia al tratamiento.

Además de controlar las limitaciones ya mencionadas, para garantizar que la intervención sea la más adecuada y eficaz posible para cada persona, se plantea la nueva línea de investigación que consiste en realizar la terapia de exposición vía realidad virtual. Esta propuesta nos permitiría disponer de un escenario impoluto para comenzar a realizar la intervención, consiguiendo controlar por completo las variables extrañas, impidiendo que el paciente incube la ansiedad y favoreciendo a que este ejercicio se lleve a cabo a la perfección, ya que la tarea sería supervisada en todo momento por el profesional (Pitti et al., 2015; Esmorís Canedo, 2021).

Por otra parte, resultaría importante destacar también para tener en cuenta **futuras investigaciones** las conclusiones destacadas en el estudio realizado por García (2018), en donde se recoge la evidencia de la efectividad que tiene la terapia asistida con animales a la hora de tratar los trastornos de ansiedad tanto como terapia principal como terapia de apoyo. Concretamente se concluye que los síntomas fisiológicos relacionados con la ansiedad, el malestar provocado, el bajo estado de ánimo y las escasas habilidades sociales, disminuyen debido al vínculo creado por el animal y el humano el cual resulta beneficioso en los trastornos de ansiedad ya que logra aumentar la calidad de vida de las personas. Asimismo, en esta interacción muestra liberación de oxitocina en las personas actuando como ansiolítico, contrarrestando todos estos síntomas fisiológicos, incrementando la aptitud de relajación y a su vez impidiendo las respuestas de miedo de evitación o escape y las de comprobación (Florez y Cardenas, 2016). Esta interacción entre humano y animal es considerada como un espacio seguro por la persona, sin embargo, también es necesario tener en consideración y continuar investigando que al finalizar la terapia y al romper el vínculo entre ambos los síntomas tienen una tendencia mayor a remitir (García-García, 2018).

La importancia de continuar investigando las intervenciones cognitivo conductuales empleadas para tratar los trastornos de ansiedad radica en el aumento de éstos tras la pandemia provocada por el COVID-19. Concretamente la conducta agorafóbica se ve reforzada por las medidas de seguridad añadidas

que favorecen a la hipervigilancia sobre las sensaciones fisiológicas fortaleciendo a su vez miedos acerca de la salud y favoreciendo también el aislamiento (Regalado-Chamorro, Medina-Gamero y Rosario-Pacahuala, 2021).

A modo de **conclusión**, se han conseguido los objetivos propuestos para la intervención de este caso de agorafobia, reduciendo las verbalizaciones catastróficas o anticipatorias sobre la ansiedad y los ataques de pánico, también ha disminuido la hipervigilancia a las sensaciones fisiológicas, las conductas de evitación y de comprobación han sido eliminadas, se han reducido los pensamientos negativos sobre si misma y sobre su conducta, y ha aumentado su estado de ánimo.

8. Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: Author.
- Bados López, A. (1993). Fármacos con y sin (auto) exposición en vivo para el tratamiento de la agorafobia. *Revista de Psicología de la salud*, 5(1), 37-81.
- Bados López, A. (2017). *Agorafobia y pánico: Naturaleza, evaluación y tratamiento*. Piramide.
- Becerra-García, A. M., Madalena, A. C., Estanislau, C., Rodríguez-Rico, J. L., Dias, H., Bassi, A., Chagas-bloes, D. A. y Morato, S. (2010). Ansiedad y miedo: su valor adaptativo. *Revista latinoamericana de psicología*, 39(1), 75-81.
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory Second Edition*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Burdiel Gutiérrez, M. (2019). *La regulación emocional de Gross (Emotional Regulation) (1989)*. [Trabajo de Fin de Grado de Psicología, Universidad Pontificia Comillas]. Repositorio Comillas.
<http://hdl.handle.net/11531/31945>
- Calero, E., y Bados, E. (2010). Protocolo de Intervención Clínica para los problemas de pánico y Agorafobia. *España: Universidad Autónoma de Madrid*.
- Chambless, D. L., Caputo, G.C., Bright, P., y Gallagher, R. (1984). Evaluación del miedo al miedo en agorafóbicos: el cuestionario de sensaciones corporales y el cuestionario de cogniciones agorafóbicas. *Revista de consultoría y psicología clínica*, 52(6), 1090.

- Chorot, P. (1991). Teoría de la incubación de la ansiedad: evidencia empírica. *Revista de psicología general y aplicada: Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología*, 44(4), 435-445.
- Clark, D. y Saikovskis, P. (1987). Cognitive treatment for panic attacks: therapist's manual. *Department of Psychiatry, University of Oxford*.
- Clasificación de los Trastornos Mentales del Comportamiento, CIE-10. (2000). *Madrid: Editorial Médica Panamericana*.
- Domjam, M. (2007). *Principios de aprendizaje y conducta*. Editorial Paraninfo.
- Escribano, S. A. (2016). Tratamiento del pánico mediante exposición interoceptiva y ejercicio físico. Exposición a través de un caso. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental*, 4(2), 101-114.
- Esmorís Canedo, M. (2021). *Agorafobia y realidad virtual: un proyecto de investigación desde terapia ocupacional*. [Trabajo de Fin de Grado de Terapia Ocupacional, Universidad de Coruña].
Repositorio Universidad de Coruña. <http://hdl.handle.net/2183/29470>
- Espada, J. P., Van der Hofstadt, C. J., y Galván, B. (2007). 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.
- Espada, J. P., Orgilés, M., Méndez, X., y Morales, A. (2021). Problemas relacionados con la regulación emocional: Depresión y problemas de ansiedad. *Francisco Santolaya Ochando Presidente Consejo General de la Psicología de España*, 18.

- Espinar Fellmann, I. (2021). *Intervención cognitivo-conductual en problemas de ansiedad y del estado de ánimo*. [Trabajo de Fin de Master de Psicología General Sanitaria, Universidad Pontificia Comillas]. Repositorio Comillas.
- Esteban, A. C. (2012). Agorafobia: una mirada encerrada hacia la sociedad. *Intersticios. Revista sociológica de pensamiento crítico*, 6(1).
- Fernández, M. Á. R., García, M. I. D., y Crespo, A. V. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Desclée de Brouwer.
- Fernández, V. P. (2005). *Procesos psicológicos básicos: un análisis funcional*. Pearson Educación.
- Florez, S. y Cardenas, L.F. (2016). Rol modulador de la oxitocina en la interacción social y el estrés. *Universitas psychologica*, 15, 1-15.
- Fonseca-Pedrero, E., Pérez-Álvarez, M., Al-Halabí, S., Fernández-Álvarez, J., Suso-Ribera, C., y Crespo Delgado, E. (2021). Tratamientos psicológicos empíricamente apoyados para adultos: una revisión selectiva. *Psicothema*, 33(2), 188-197.
- García-García, P. (2018). *Evidencia de la eficacia de la intervención asistida con animales en los trastornos de ansiedad*. [Trabajo de Fin de Master de Intervención Asistida con Animales, Universidad de Jaén]. TAUJA: Repositorio de Trabajos Académicos de la Universidad de Jaén.
<https://hdl.handle.net/10953.1/8048>

- García Moreno, A. (2020). Beneficios de los ejercicios respiratorios en el control de la ansiedad. Una revisión bibliográfica. [Trabajo de Fin de Grado de Fisioterapia, Universidad de Jaén]. TAUJA: Repositorio de Trabajos Académicos de la Universidad de Jaén. <http://hdl.handle.net/2183/26874>
- Godoy, D., Eberhard, A., Abarca, F., Acuña, B., y Muñoz, R. (2020). Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 169-173.
- Gómez, B. (2010). La relación terapéutica en Terapia Cognitiva. *Revista de la Asociación de Psicoterapia de la República de Argentina*, 3(1), 1-21.
- Guarinoni Ardito, L. (2020). *Abordaje de la Terapia Cognitiva para el Trastorno de pánico*. [Trabajo de Fin de Grado de Psicología, Universidad de la República]. Repositorio de la Universidad de la Republica (Uruguay). <https://hdl.handle.net/20.500.12008/29309>
- Hammer, D., y Wildavsky, A. (1990). La entrevista semi-estructurada de final abierto. Aproximación a una guía operativa. *Historia y fuente oral*, 23-61.
- Lagla Toapanta, M. L., y Reyes Reyes, P. Y. (2022). *Factores que influyen en el desarrollo de cuadros de ansiedad y depresión durante la pandemia por COVID-19 en estudiantes de primer semestre y último semestre de las carreras de psicología de la Universidad Politécnica Salesiana, en el periodo abril a julio del 2021*. [Trabajo de Fin de Grado de Psicología, Universidad Politécnica Salesiana]. Repositorio de la Universidad Politécnica Salesiana (Ecuador). <http://dspace.ups.edu.ec/handle/123456789/21580>
- López, A. B. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la agorafobia. *Psicothema*, 453-464.

- López, G. M. O. (2021). Desensibilización sistemática para la fobia a los ascensores. *Avances en Psicología*, 29(2), 253-266.
- Mallqui Ñamot, M. E. (2020). *Intervención cognitivo conductual aplicado a un adulto con ansiedad*. [Tesis de Segunda Especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Universidad Nacional Federico Villarreal. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/4399>
- Peñate, W., Dorta-Concepción, L., Álvarez-Pérez, Y., Pitti, C. T., Villaverde, M. L., y Bethencourt, J. M. (2020). Comorbilidad en una Muestra de Pacientes con Agorafobia: La Presencia de la Ideación Suicida. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-e Avaliação Psicológica*, 2(55), 173-183.
- Pitti, C. T., Peñate, W., de la Fuente, J., Bethencourt, J. M., Roca-Sánchez, M. J., Acosta, L., Villaverde, M. L., y Gracia, R. (2015). El uso combinado de la exposición a realidad virtual en el tratamiento de la agorafobia. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 43(4).
- Quesada, S., Bihar, E., Der Mardirosian, G., Hecker, M., Pérez, M. A., y Zuccolo, S. (2015). Evaluación de cambio psíquico en una paciente con ataque de pánico [conferencia]. *VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXII Jornadas de Investigación XI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*, Buenos Aires.
- Puerto, A. G., García-Sancho, J. C. M., y Soler, C. L. (2009). Tratamiento cognitivo-conductual grupal del trastorno de pánico con o sin agorafobia en un centro de salud mental público. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 14(2), 79-93.

- Regalado-Chamorro, M., Medina-Gamero, A., y Rosario-Pacahuala, E. (2021). Agorafobia en tiempos de confinamiento: ¿miedo a perder el control?. *Atención Primaria*, 53(9), 102150.
- Resnik, E. C. D. P., y integrantes de la Asociación Argentina, P. (2000). Seguimiento de pacientes con trastorno de pánico y agorafobia mediante la utilización de escalas de evaluación. *Revista Científica Anxia*, (2), 18-22.
- Riquelme, A. G. (2014). *Validación de la adaptación española del State-Trait Anxiety Inventory en diferentes muestras españolas*. [Tesis Doctoral, Universidad de Granada]. Repositorio de la Universidad de Granada. <http://hdl.handle.net/10481/34045>
- Rodríguez, P., y Camuñas Sánchez-Paulete, N. (2006). Intervención cognitivo-conductual en un caso de agorafobia con ataques de pánico. *EduPsykhé: revista de psicología y psicopedagogía*, 5(1), 109-127.
- Sanabria Pico, K. J. (2020). *Intervención psicológica mediante activación conductual en una consultante con trastorno depresivo moderado con ansiedad leve*. [Trabajo de Fin de Grado de Psicología, Universidad Pontificia Bolivariana]. Reposito Institucional de la Universidad Pontificia Bolivariana. <http://hdl.handle.net/20.500.119129169>
- Sandín, B., Rodero Fernández, B., Santed Germán, M. A., y García Campayo, J. (2006). Sucesos vitales estresantes y trastornos de pánico: relación con el inicio del trastorno, la gravedad clínica y la agorafobia. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11(3), 179-190.
- Sanz, J., Perdigón, A. L., y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y salud*, 14(3), 249-280.

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

Tortella-Feliu, M., y Fullana, M. A. R. (1998). Una revisión de los estudios retrospectivos sobre el origen de las fobias específicas. *Psicología conductual*, 6(3), 555-580.

Valero, C. M., Perelló, M. J., y Viadel, M. H. (2011). El trastorno de pánico, con o sin agorafobia, y su tratamiento. Visión actual. *Información psicológica*, (102), 63-78.

9. Anexos.

9.1. Anexo_1: Historia biográfica.



HISTORIA BIOGRÁFICA

Nº Exp: _____

Fecha: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Trata de describir con tus palabras qué dificultad o dificultades tienes y cómo afectan a tu vida.

¿Hace cuánto tiempo tienes estas dificultad/es? ¿A qué edad estimas que se iniciaron?

¿Con qué frecuencia te ocurre aproximadamente (mensual, semanal, diaria...)?

En la actualidad, ¿qué crees que puede estar causando tus dificultades?

¿Hay factores que las inician o **empeoran**?

(Describe los)

- Momentos del día
- Personas
- Lugares
- Situaciones

¿Hay factores que las amortiguan o **mejoran**?

(Describe los)

- Momentos del día
- Personas
- Lugares
- Situaciones



¿Quién te aconsejó venir?

¿Tienes algún problema de carácter médico que pueda interferir, contribuir y/o intensificar tus dificultades actuales?

- SÍ** (especifique cuál): _____
- NO**

Señala los síntomas que padeces actualmente (rodea el número):

1. Dolores de cabeza	7. Ataques de pánico	13. Ideas de suicidio
2. Dolores de estómago	8. Fatiga	14. Temblor
3. Alteración del apetito (aumento / disminución)	9. Dificultades para disfrutar	15. Pensamientos negativos /repetitivos
4. Tristeza y/o apatía	10. Tensión muscular	16. Ahogos
5. Mareos y/o desmayos	11. Pesadillas	17. Miedos
6. Alteración del sueño (aumento / disminución)	12. Dificultades de concentración	18. Tics

19. Otros: _____



REFERENCIA A TRATAMIENTOS ANTERIORES

¿Has buscado tratamiento psicológico, psiquiátrico o médico anteriormente?

- SÍ*** (especifique de qué tipo): psicológico psiquiátrico médico
 NO

*En caso de que hayas buscado tratamiento anteriormente, escribe en orden cronológico la especialidad profesional de quien te atendió (endocrinología, psiquiatría, cardiología...) y el tratamiento que te prescribió:

Fecha	Especialidad	Tratamiento
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Actualmente, ¿tomas alguna medicación?

- SÍ** (especifique cuál): _____
 NO

Especifica tu consumo, pasado y actual, de las siguientes sustancias:

- ° Alcohol: Pasado _____ Actual _____
 ° Tabaco: Pasado _____ Actual _____
 ° Marihuana/Hachís: Pasado _____ Actual _____
 ° Otras sustancias (cocaína, etc.): Pasado _____ Actual _____



EXPECTATIVAS SOBRE LA TERAPIA Y MOTIVACIONES

¿Qué interés tiene para ti seguir un tratamiento psicológico en este momento?

¿Te ha costado mucho decidirte a acudir a un/a psicólogo/a?

Después de una primera entrevista, ¿crees que la terapia te puede servir?

¿En qué crees que puede ayudarte?

¿Cuánto tiempo estimas que puede durar la terapia?

¿Qué desearías cambiar en tu vida? ¿Qué crees que puede impedirte cambiar?



DATOS FAMILIARES

Indica la edad de cada uno de tus familiares y describe el carácter y la relación con cada uno de ellos:

Edad	Descripción del carácter	Relación
Padre:		
Madre:		
Hermanos:		
Hijos:		
Otros:		

¿Cómo fue el ambiente familiar durante tu infancia?

¿Qué personas viven contigo en el hogar actualmente?

¿Piensas que el origen de tus dificultades está relacionado, en algún aspecto, con tu ambiente familiar?

- SÍ*** especifica
- NO**



RELACIÓN DE PAREJA / SEXUALIDAD

¿Tienes pareja estable?

- SÍ** (fecha de inicio de la relación): _____
- NO**

¿Convives con tu pareja?

- SÍ** (¿desde cuándo?): _____
- NO**

Indica la edad y describe el carácter y la relación con tu pareja:

¿Consideras que su vida erótica/sexual (en pareja o de forma individual) se ha visto afectada por tu problema?

- SÍ** (¿en qué?): _____
- NO**

Indica el grado de satisfacción con tus relaciones eróticas/sexuales **antes** de que se iniciase el problema que te trae a terapia:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Indica el grado de satisfacción con tus relaciones eróticas/sexuales en la **actualidad**:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**ASPECTOS SOCIALES E INTERESES**

¿Qué te gusta hacer en tus **días libres**? ¿Cómo te gusta **divertirte**?

¿Qué grado de facilidad tienes para **conocer gente y relacionarte** con los demás?

¿Tienes dificultades para **profundizar o mantener** las relaciones de amistad?

¿Hay actualmente alguna persona de tu entorno social con la que tengas problemas o **interfiera en tu vida** de alguna forma?

¿Hay alguien de tu entorno que te esté ayudando a **superar tus dificultades**? ¿De qué forma lo está haciendo?

Indica tu grado de satisfacción con tus **relaciones sociales**:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Pertenece a alguna confesión religiosa? ¿Cuál?



INFORMACIÓN ACADÉMICA

¿A qué tipo de colegio y/o instituto fuiste? ¿Cómo fueron tus resultados académicos?

¿Cómo te adaptaste a la situación escolar?

¿Cuál es tu formación después de los estudios obligatorios?

INFORMACIÓN PROFESIONAL

¿Trabajas en la actualidad? Describe tus funciones.

¿Tienes dificultades en tu entorno laboral (relaciones con compañeros, jefes, carga de trabajo...)?

¿Cuáles son los aspectos que **más** te gustan y los que **menos** de tu trabajo actual?

¿Qué aspiraciones laborales tienes?

El centro se compromete a mantener y preservar la confidencialidad de toda la información contenida en este documento, por lo que no será reproducido o divulgado bajo ningún concepto sin el consentimiento de la persona que lo cumplimente.

9.2. Anexo_2: Autorregistro de situaciones de malestar.**REGISTRO DE SITUACIONES DE MALESTAR**

DÍA	HORA	SITUACIÓN	QUÉ PIENSO	QUÉ SIENTO	QUÉ HAGO DESPUÉS	GRADO DE MALESTAR (0-10)
-----	------	-----------	------------	------------	------------------	--------------------------

9.3. Anexo_3: BDI II – Inventario de depresión de Beck.

Pretest

BDI-II¹

En este cuestionario aparecen 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos y, a continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor el modo en que se ha sentido **durante la última semana, incluido el día de hoy**. Señale con una cruz la afirmación que haya elegido. Si dentro del mismo grupo hay más de una afirmación con la que se identifique, elija la que se encuentre más adelante dentro del grupo. **Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.** Asegúrese también de no haber elegido más de una respuesta para cada grupo, particularmente en los elementos 16 y 18.

- | | |
|---|---|
| <p>1 <input type="checkbox"/> No me siento triste habitualmente.
 <input type="checkbox"/> Me siento triste gran parte del tiempo.
 <input type="checkbox"/> Me siento triste continuamente.
 <input type="checkbox"/> Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.</p> | <p>6 <input type="checkbox"/> No creo que esté siendo castigado.
 <input type="checkbox"/> Siento que puedo ser castigado.
 <input type="checkbox"/> Espero ser castigado.
 <input type="checkbox"/> Siento que estoy siendo castigado.</p> |
| <p>2 <input type="checkbox"/> No estoy desanimado sobre mi futuro.
 <input type="checkbox"/> Me siento más desanimado sobre mi futuro que antes.
 <input type="checkbox"/> No siento que las cosas mejoren.
 <input type="checkbox"/> Siento que mi futuro es desesperanzador y que las cosas solo empeorarán.</p> | <p>7 <input type="checkbox"/> Siento lo mismo que antes sobre mí mismo.
 <input type="checkbox"/> He perdido confianza en mí mismo.
 <input type="checkbox"/> Estoy decepcionado conmigo mismo.
 <input type="checkbox"/> No me gusta.</p> |
| <p>3 <input type="checkbox"/> No me siento fracasado.
 <input type="checkbox"/> He fracasado más de lo que debería.
 <input type="checkbox"/> Cuando miro hacia atrás, veo fracaso tras fracaso.
 <input type="checkbox"/> Me siento una persona totalmente fracasada.</p> | <p>8 <input type="checkbox"/> No me critico o me culpo más que antes.
 <input type="checkbox"/> Soy más crítico conmigo mismo de lo que solía ser.
 <input type="checkbox"/> Critico todos mis defectos.
 <input type="checkbox"/> Me culpo de todo lo malo que sucede.</p> |
| <p>4 <input type="checkbox"/> Disfruto de las cosas que me gustan tanto como antes.
 <input type="checkbox"/> No disfruto de las cosas tanto como antes.
 <input type="checkbox"/> Obtengo muy poco placer de las cosas con las que antes disfrutaba.
 <input type="checkbox"/> No obtengo ningún placer de las cosas con las que antes disfrutaba.</p> | <p>9 <input type="checkbox"/> No tengo ningún pensamiento de suicidio.
 <input type="checkbox"/> Tengo pensamientos de suicidio, pero no los llevaría a cabo.
 <input type="checkbox"/> Me gustaría suicidarme.
 <input type="checkbox"/> Me suicidaría si tuviese la oportunidad
 <input type="checkbox"/></p> |
| <p>5 <input type="checkbox"/> No me siento especialmente culpable.
 <input type="checkbox"/> Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho.
 <input type="checkbox"/> Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
 <input type="checkbox"/> Me siento culpable constantemente.</p> | <p>10 <input type="checkbox"/> No lloro más de lo que solía hacerlo.
 <input type="checkbox"/> Lloro más de lo que solía hacerlo.
 <input type="checkbox"/> Lloro por cualquier cosa.
 <input type="checkbox"/> Tengo ganas de llorar continuamente, pero no puedo.</p> |

- 11** No estoy más inquieto o agitado que de costumbre.
- Me siento más inquieto o agitado que de costumbre.
- Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta estar quieto.**
- Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar continuamente moviéndome o haciendo algo
- 12** No he perdido el interés por otras personas o actividades.
- Estoy menos interesado que antes por otras personas o actividades.
- He perdido la mayor parte de mi interés por los demás o por las cosas.
- Me resulta difícil interesarme en algo.**
- 13** Tomo las decisiones más o menos como siempre.
- Tomar decisiones me resulta más difícil que de costumbre.
- Tengo mucha más dificultad en tomar decisiones que de costumbre.**
- Tengo problemas para tomar cualquier decisión.
- 14** No me siento inútil.
- No me considero tan valioso y útil como solía ser.
- Me siento inútil en comparación con otras personas.
- Me siento completamente inútil.**
- 15** Tengo tanta energía como siempre.
- Tengo menos energía de la que solía tener.
- No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas.
- No tengo suficiente energía para hacer nada.**
- 16** No he experimentado ningún cambio en el patrón de sueño.
- Duermo algo más de lo habitual.
- Duermo algo menos de lo habitual.
- Duermo mucho más de lo habitual.
- Duermo mucho menos de lo habitual.**
- Duermo la mayor parte del día.
- Me levanto 1 ó 2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.
- 17** No estoy más irritable de lo habitual.
- Estoy más irritable de lo habitual.
- Estoy mucho más irritable de lo habitual.
- Estoy irritable continuamente.**
- 18** No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- Mi apetito es algo menor de lo habitual.
- Mi apetito es algo mayor de lo habitual.
- Mi apetito es mucho menor que antes.**
- Mi apetito es mucho mayor que antes.
- He perdido completamente el apetito.
- Tengo ganas de comer continuamente.
- 19** Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- No puedo concentrarme tan bien como siempre.
- Me cuesta mantenerme concentrado en algo durante mucho tiempo.
- No puedo concentrarme en nada.**
- 20** No estoy más cansado o fatigado que de costumbre.
- Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre.
- Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer muchas cosas que antes solía hacer.**
- Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer.
- 21** No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- Estoy menos interesado por el sexo de lo que solía estar.
- Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.**
- He perdido completamente el interés por el sexo.

Postest

BDI-II¹

En este cuestionario aparecen 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos y, a continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor el modo en que se ha sentido **durante la última semana, incluido el día de hoy**. Señale con una cruz la afirmación que haya elegido. Si dentro del mismo grupo hay más de una afirmación con la que se identifique, elija la que se encuentre más adelante dentro del grupo. **Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.** Asegúrese también de no haber elegido más de una respuesta para cada grupo, particularmente en los elementos 16 y 18.

- | | |
|--|--|
| <p>1 <input type="checkbox"/> No me siento triste habitualmente.</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento triste gran parte del tiempo.</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento triste continuamente.</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.</p> | <p>6 <input type="checkbox"/> No creo que esté siendo castigado.</p> <p><input type="checkbox"/> Siento que puedo ser castigado.</p> <p><input type="checkbox"/> Espero ser castigado.</p> <p><input type="checkbox"/> Siento que estoy siendo castigado.</p> |
| <p>2 <input type="checkbox"/> No estoy desanimado sobre mi futuro.</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento más desanimado sobre mi futuro que antes.</p> <p><input type="checkbox"/> No siento que las cosas mejoren.</p> <p><input type="checkbox"/> Siento que mi futuro es desesperanzador y que las cosas solo empeorarán.</p> | <p>7 <input type="checkbox"/> Siento lo mismo que antes sobre mí mismo.</p> <p><input type="checkbox"/> He perdido confianza en mí mismo.</p> <p><input type="checkbox"/> Estoy decepcionado conmigo mismo.</p> <p><input type="checkbox"/> No me gusta.</p> |
| <p>3 <input type="checkbox"/> No me siento fracasado.</p> <p><input type="checkbox"/> He fracasado más de lo que debería.</p> <p><input type="checkbox"/> Cuando miro hacia atrás, veo fracaso tras fracaso.</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento una persona totalmente fracasada.</p> | <p>8 <input type="checkbox"/> No me critico o me culpo más que antes.</p> <p><input type="checkbox"/> Soy más crítico conmigo mismo de lo que solía ser.</p> <p><input type="checkbox"/> Critico todos mis defectos.</p> <p><input type="checkbox"/> Me culpo de todo lo malo que sucede.</p> |
| <p>4 <input type="checkbox"/> Disfruto de las cosas que me gustan tanto como antes.</p> <p><input type="checkbox"/> No disfruto de las cosas tanto como antes.</p> <p><input type="checkbox"/> Obtengo muy poco placer de las cosas con las que antes disfrutaba.</p> <p><input type="checkbox"/> No obtengo ningún placer de las cosas con las que antes disfrutaba.</p> | <p>9 <input type="checkbox"/> No tengo ningún pensamiento de suicidio.</p> <p><input type="checkbox"/> Tengo pensamientos de suicidio, pero no los llevaría a cabo.</p> <p><input type="checkbox"/> Me gustaría suicidarme.</p> <p><input type="checkbox"/> Me suicidaría si tuviese la oportunidad</p> <p><input type="checkbox"/></p> |
| <p>5 <input type="checkbox"/> No me siento especialmente culpable.</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho.</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento culpable constantemente.</p> | <p>10 <input type="checkbox"/> No lloro más de lo que solía hacerlo.</p> <p><input type="checkbox"/> Lloro más de lo que solía hacerlo.</p> <p><input type="checkbox"/> Lloro por cualquier cosa.</p> <p><input type="checkbox"/> Tengo ganas de llorar continuamente, pero no puedo.</p> |

- 11** **No estoy más inquieto o agitado que de costumbre.**
- Me siento más inquieto o agitado que de costumbre.
 - Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta estar quieto.
 - Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar continuamente moviéndome o haciendo algo
- 12** **No he perdido el interés por otras personas o actividades.**
- Estoy menos interesado que antes por otras personas o actividades.
 - He perdido la mayor parte de mi interés por los demás o por las cosas.
 - Me resulta difícil interesarme en algo.
- 13** Tomo las decisiones más o menos como siempre.
- Tomar decisiones me resulta más difícil que de costumbre.**
- Tengo mucha más dificultad en tomar decisiones que de costumbre.
 - Tengo problemas para tomar cualquier decisión.
- 14** **No me siento inútil.**
- No me considero tan valioso y útil como solía ser.
 - Me siento inútil en comparación con otras personas.
 - Me siento completamente inútil.
- 15** **Tengo tanta energía como siempre.**
- Tengo menos energía de la que solía tener.
 - No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas.
 - No tengo suficiente energía para hacer nada.
- 16** No he experimentado ningún cambio en el patrón de sueño.
- Duermo algo más de lo habitual.**
- Duermo algo menos de lo habitual.
 - Duermo mucho más de lo habitual.
 - Duermo mucho menos de lo habitual.
 - Duermo la mayor parte del día.
 - Me levanto 1 ó 2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.
- 17** **No estoy más irritable de lo habitual.**
- Estoy más irritable de lo habitual.
 - Estoy mucho más irritable de lo habitual.
 - Estoy irritable continuamente.
- 18** No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- Mi apetito es algo menor de lo habitual.
 - Mi apetito es algo mayor de lo habitual.
 - Mi apetito es mucho menor que antes.
 - Mi apetito es mucho mayor que antes.
 - He perdido completamente el apetito.
 - Tengo ganas de comer continuamente.
- 19** **Puedo concentrarme tan bien como siempre.**
- No puedo concentrarme tan bien como siempre.
 - Me cuesta mantenerme concentrado en algo durante mucho tiempo.
 - No puedo concentrarme en nada.
- 20** **No estoy más cansado o fatigado que de costumbre.**
- Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre.
 - Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer muchas cosas que antes solía hacer.
 - Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer.
- 21** No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- Estoy menos interesado por el sexo de lo que solía estar.**
- Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.
 - He perdido completamente el interés por el sexo.

9.4. Anexo 4: STAI – Inventario de ansiedad estado-rasgo

Pretest

STAI

AUTOEVALUACIÓN A (E/R)

Apellidos y nombre..... Edad..... Sexo.....
Fecha.....

A/E	P.D. = 30 +	-	=	P.C.
A/R				

A/E

Instrucciones

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

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

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

Ahora, vuelva la hoja y lea las instrucciones antes de comenzar a contestar las frases.

A/R

Instrucciones

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0-3 que indique mejor cómo se **SIENTE VD. EN GENERAL**, en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

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

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

Postest

STAI

AUTOEVALUACIÓN A (E/R)

Apellidos y nombre.....Edad.....Sexo.....
Fecha.....

A/E	P.D. = 30 +	-	=	P.C.
A/R				

A/E

Instrucciones

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

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

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

Ahora, vuelva la hoja y lea las instrucciones antes de comenzar a contestar las frases.

A/R

Instrucciones

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0-3 que indique mejor cómo se ***SIENTE VD. EN GENERAL***, en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

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

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

9.5. Anexo_5: Cuestionario de cogniciones agorafóbicas.

CUESTIONARIO DE COGNICIONES

(Chambless, Caputo, Bright y Galleghe, 1984)

Más abajo verá algunos pensamientos o ideas que pueden pasar por su cabeza cuando está nervioso o asustado.

A) Indique la frecuencia de cada pensamiento cuando está nervioso, puntuando de 1 a 5 según la escala siguiente:

1. Nunca pienso esto.
2. Raramente.
3. La mitad de las veces que estoy nervioso.
4. Normalmente pienso esto.
5. Siempre pienso esto.

Voy a vomitar	4
Voy a desmayarme	5
Podría tener un tumor cerebral	2
Tendré un ataque de corazón	5
Me moriré por asfixia	5
Voy a hacer el ridículo	5
Me voy a quedar ciego	1
Perderé el control sobre mí mismo (no seré capaz de controlarme)	5
Haré daño a alguien	2
Voy a tener una apoplejía (hemorragia cerebral)	1
Voy a volverme loco	5
Voy a gritar o chillar	4
Voy a balbucear o a hablar de un modo raro	4
Quedaré paralizado por el miedo	5
Otras ideas no descritas: Descríbelas :	

B) Ahora rodee con un círculo el punto correspondiente a los tres conceptos o ideas que le acometen con más frecuencia cuando está nervioso.

TRES IDEAS MÁS REPETIDAS:

- VOY A VOLVERME LOCA
- PERDERÉ EL CONTROL SOBRE MI MISMA
- VOY A DESMAYARME

9.6. Anexo_6: Cuestionario de sensaciones corporales.

CUESTIONARIO DE SENSACIONES CORPORALES

(Chambless, Caputo, Bright y Galleghe, 1984)

A) Le presentamos más abajo una lista de sensaciones corporales que suelen darse en situaciones en que usted está nervioso o en una situación que suele temer.

Marque el grado de temor que le provocan utilizando esta escala de 5 puntos que va desde “nada preocupado” a “extremadamente asustado”. Por favor no deje ningún apartado en blanco.

1. No atemorizado o inquieta por esta sensación.
2. Algo atemorizado por esta sensación.
3. Moderadamente atemorizado por esta sensación.
4. Muy atemorizado por esta sensación.
5. Extremadamente atemorizado por esta sensación.

1. Palpitaciones cardiacas	4
2. Presión o dolor en el pecho	4
3. Entumecimiento o adormecimiento en las piernas o brazos	5
4. Entumecimiento o adormecimiento en otra parte del cuerpo	5
5. Hormigueo en los dedos o puntas	5
6. Sensación de falta de aire, dificultad para respirar	4
7. Mareo o vértigo	5***
8. Visión nublada o borrosa	5***
9. Náuseas	3
10. Tener mariposeo en el estómago	2
11. Tener un nudo en el estómago	2
12. Tener dificultades para tragar, sentir un nudo en la garganta	3
13. Piernas vacilantes o débiles (flojera en las piernas)	4
14. Sudoración	3
15. Garganta seca	2
16. Sentirse desorientado o confundido	5***
17. Sentirse desconectado del cuerpo: sólo parcialmente presente	5***
18. Otras:	

B) Una vez contestado el apartado A, vuelva sobre la lista de sensaciones y rodee con un círculo el número correspondiente a las tres sensaciones que considera más difíciles de aguantar en su vida

→ MAREO Y VÉRTIGO; SENTIRME DESORIENTADA/CONFUNDIDA ; SENTIRME DESCONECTADA DEL CUERPO

C) Y ahora, subraye las tres que se le han presentado con mayor frecuencia en los últimos meses.

→ MISMAS QUE EL APARTADO ANTERIOR

9.7. Anexo_7: Cuestionario de factores contribuyentes.

CUESTIONARIO DE FACTORES CONTRIBUYENTES:

(Chambless, Caputo, Bright y Galleghe, 1984)

Señale con una X los factores que contribuyen a aumentar:

- La ansiedad que le producen las sensaciones y situaciones temidas
- La evitación de dichas situaciones
- Los ataques de pánico

X	Gran número de gente presente
X	Lugares no conocidos
X	Dificultad en poder salir de un lugar
	Tráfico denso
	Estar solo
X	Ser el centro de atención
X	Situaciones sociales en las que se nota fácilmente si uno se va
	Pensar en los propios problemas
	Estar deprimido
X	Estar ansioso o inquieto
X	Los días antes de la regla
X	Las enfermedades o problemas médicos
	Tomar café, té, coca-cola, chocolate u otros productos con cafeína
X	Tomar alcohol
	Tomar medicamentos. ¿Cuáles?
X	Tomar drogas. ¿Cuáles? CUALQUIERA
	Las luces intensas o las luces fluorescentes
X	El calor
X	Los ambientes cargados
	El tiempo húmedo o lluvioso
	La época del año. ¿Cuál?
	El momento o la hora del día. ¿Cuál?
	El día de la semana. ¿Cuál?
X	Hacer ejercicio
	Dejar de tomar alcohol, medicamentos o drogas. ¿Cuáles?
X	Atender a las propias sensaciones corporales
X	Problemas familiares (con la pareja, los hijos, lo padres, etc.)
X	Problemas o conflictos con otras personas
	Estrés laboral o problemas en el trabajo/estudio
	Separación de personas queridas
X	Enfermedad o muerte de una persona querida o conocida
	Otros (especifíquelos):

9.8. Anexo_8: Análisis funcional de la conducta.

Variables disposicionales.

- Enfermedades de personas cercanas.
- Último año con situaciones de estrés y momentos complicados: aborto, atropello de su perro, ruptura con el novio, estrés por los exámenes y la carrera...
- Cuando tuvo sensaciones “anómalas” en el pecho, comprobó que tenía una enfermedad. Historia de aprendizaje previa de condicionamiento enfermedad – sensaciones (EC₁ - EC₂) → miedo (RC).
- Posee mucha información sobre ansiedad y todas las posibles sensaciones fisiológicas derivadas: tanto información verídica y valida, como falsa.
- Ver noticias de cosas que les pasa a personas sanas.
- La información recibida por parte de su antigua terapeuta acerca de la ansiedad hizo que cambiara el pensamiento de tener una enfermedad a tener ansiedad o un posible ataque de pánico, lo que facilita que se fije en las sensaciones fisiológicas propias de la ansiedad.
- El fumarse un porro con su actual pareja y fijarse en sus sensaciones fisiológicas.

Hipótesis de origen.

EC₁ ----- RC

Enfermedad miedo, ansiedad.

(EN) Sensaciones fisiológicas

EC₂ ----- RC

Sensaciones miedo, ansiedad.

Hipótesis de mantenimiento.

- a. Nuevos ensayos de condicionamiento + aumento de ansiedad por hipervigilancia.

EC ----- RC

Discriminar sensaciones fisiológicas “anómalas” Verbalizaciones de alerta: pensamientos de que algo malo le puede estar pasando /de enfermedad (*antiguamente*)

Actualmente: anticipar que le va a dar un ataque.

EC ----- RC

Aumento de activación, ansiedad, malestar.

Circulo vicioso:

Variable disposicional: El cambio entre pensar que “tengo una enfermedad” a pensar que “tengo ansiedad o un posible ataque de pánico” se dio debido a la información recibida por parte de la terapeuta anterior, con lo cual paso de condicionar enfermedad por ansiedad.

Ansiedad / ataque de pánico – sensaciones (EC₁-EC₂) → Ansiedad, miedo a un ataque (RC)

b. Conducta de seguridad y comprobación.

Variable disposicional: información recibida de la antigua terapeuta sobre la ansiedad + la historia de aprendizaje de búsqueda en internet de cualquier temor o asunto que no entienda.

ED ----- R.op ----- C

Ante sensaciones,	Conductas comprobatorias:	R – alivio ansiedad y
anticipaciones,	- Autoobservarse / tocarse.	pensamientos catastróficos.
ponerse nerviosa.	- Búsqueda en Google.	

EC ----- RC

- Encontrarse algo. Aumento de verbalizaciones catastróficas.
- Malas noticias en Google.

EC ----- RC

Aumenta ansiedad, malestar.

c. Conducta de escape y evitación.

ED ----- R.op ----- C

Ante sensaciones	- Escapa de la situación.	R – disminución ansiedad
fisiológicas,	- Evita salir a determinados sitios	y malestar.
anticipaciones	que tiene asociados al ataque.	

EC ----- RC

Quedarse en casa

aumenta pensamientos –

EC ----- RC

Aumenta malestar.

A medio largo plazo el quedarse en casa, evitar salir, hacer planes y darle vueltas siempre al problema → disminuye el estado de ánimo.

Generalización. Los lugares o situaciones que evita se van generalizando poco a poco: cada lugar (señales del contexto) que haya tenido esas sensaciones que ella interpreta como ansiedad, se asocia con dichas sensaciones, generándole más ansiedad y por tanto pasando a evitar. Por ejemplo: los restaurantes donde tuvo ansiedad, fumar porros (se generalizó por las características similares a fumar tabaco y tomar medicamentos), etc.

9.9. Anexo_9: Proceso terapéutico sesión a sesión.

Sesión 1	<p><i>Evaluación.</i></p> <p>Modelo de trabajo y proceso terapéutico.</p> <p>Tareas para casa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - AR malestar - HB. - STAI. - BDI-II
Sesión 2	<p><i>Evaluación.</i></p> <p>Tareas para casa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - AR malestar. - Cuestionario cogniciones agorafóbicas. - Cuestionario sensaciones corporales. - Cuestionario factores contribuyentes. <p>Pauta: que no se exponga a situaciones que le generen ansiedad si va a salir de la situación con activación.</p>
Sesión 3	<p><i>Evaluación.</i></p> <p>Tareas para casa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jerarquía sensaciones ansiógenas. - Jerarquía situaciones ansiógenas. <p>Pauta: no buscar más información en internet.</p>
Sesión 4	<p><i>Intervención.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Devolución del AF. - Objetivos. Motivación consecuencias +. - Psicoeducación ansiedad. - Respiración diafragmática. <p>Tareas para casa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lecturas sobre la ansiedad: <ul style="list-style-type: none"> o “Agorafobia y pánico”. Bados. o Mitos sobre las sensaciones de los ataques de pánico. Bados. o Fisiología de la ansiedad. Bados. - AR respiración diafragmática.
Sesión 5	<p><i>Intervención.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducación: discriminar ataque de ansiedad + resolver dudas de las lecturas sobre ansiedad. - Importancia del foco de atencional en su AF de hipervigilancia. Distracción solución. - Responsables de nuestras emociones. <p>Tareas para casa:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - AR respiración diafragmática. - AR parada de pensamiento.
Sesión 6	<p><i>Intervención.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Reforzar aproximaciones: pensamiento “las sensaciones son molestas” + instrucciones que se da para exponerse. - Preparar afrontamiento a situaciones difíciles (viaje a Valencia). - Exposición interoceptiva explicación. - Jerarquía de exposición. - Exposición en vivo (iniciativa propia) – Se refuerza. <ul style="list-style-type: none"> o Parque (madre). o Bar (padre). o Cena casa de amiga + volver andando sola. o Finca abuelos. o Aeropuerto (madre). o Campo (sola). <p>Tareas para casa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Respiración diafragmática. - AR para de pensamiento. - AR exposición interoceptiva: mover la cabeza de lado a lado.
Sesión 7	<p><i>Intervención.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Exposición en vivo. <ul style="list-style-type: none"> o Bazar + Mcauto (sola). o Paseo parque + cena casa amigos. o Compra (madre). o Reunión familiar. o Correos. o Gasolinera. - Exposición interoceptiva: Sacudir la cabeza, 7 días. - Juego de sugestión “brazo pesado” para explicar el foco atencional. <p>Tareas para casa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Parada de pensamiento. - Respiración diafragmática. - AR exposición interoceptiva: dar vueltas de pie. - AR exposición en vivo: <ul style="list-style-type: none"> o Apuntarse al gym. o Apuntarse a clase zumba. o Conducir por Madrid. o Volver a correos. o Ir a la plaza mayor de la universidad autónoma (Tauna).
Sesión 8	<i>Intervención.</i>

	<ul style="list-style-type: none"> - Exposición en vivo: <ul style="list-style-type: none"> o 2 días a la universidad. o Paseo (novio). o Conducir por Madrid. - Exposición interoceptiva: dar vueltas de pie. <p>Parada de pensamiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Respiración diafragmática. <p>Tareas para casa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - AR exposición en vivo: <ul style="list-style-type: none"> o Universidad: plaza mayor, edificio idiomas, dar un paseo por su facultado. o Conducir por Madrid dos veces más. o Volver a correos. o Ir a la gasolinera. o Ir a andar con su amiga. o Ir al cine. - AR exposición interoceptiva: dar vueltas de pie. - Respiración diafragmática. - Parada de pensamiento.
Sesión 9	<p><i>Intervención.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Exposición interoceptiva: dar vueltas de pie. - Exposición en vivo: <ul style="list-style-type: none"> o Paseo 1h 30 (amiga). o Gasolinera. o Cine. o Correos. o Universidad. o Conducir por Madrid. <p>Tareas para casa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - AR exposición en vivo: <ul style="list-style-type: none"> o Pasear campo o parque sola. o Seguir andando con su amiga. o Ir a la plaza norte 2 veces. o Conducir por Madrid (sábado x gran vía) o Volver a la gasolinera. o Ir al McDonald. o Volver a su facultad y hacer gestiones de cambiar matricula con la de secretaria. o Ir a una hora de clase de la universidad. - AR exposición interoceptiva: dar vueltas de pie.

<p>Sesión 10</p>	<p><i>Intervención.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Exposición interoceptiva: Poner la cabeza entre las piernas en cuclillas y levantar la cabeza rápidamente. - Exposición en vivo: <ul style="list-style-type: none"> o 5 veces ir a Plaza Norte. o Ir al campo. o Ir a tiendas de ropa. o Conducir por Madrid a la gran vía 2 veces. o Paseos con su amiga. o Paseos sola. o Ir al banco. o Universidad gestiones. <p>Otras cosas:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Ir a la guardería a por su sobrina. o A casa de una amiga. o Al desguace. o A la tienda de móviles. o Bazar a comprar cosas de casa. <p>Tareas para casa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - AR exposición interoceptiva: Poner la cabeza entre las piernas en cuclillas y levantar la cabeza rápidamente. - AR exposición en vivo: <ul style="list-style-type: none"> o McDonald. o Ir a una clase de la universidad.
<p>Sesión 11</p>	<p><i>Intervención.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mostrarle como le afectan los problemas con su pareja en su progreso. - Resolver preocupación “¿voy a tener que exponerme durante toda la vida?”. Explicación habituación. - Exposición en vivo: <ul style="list-style-type: none"> o 2 veces facultad a clase. o Chupito todos los días. o 4 días paseo. o Gasolinera. o Ir a hacer compra. o Ir al Starbucks. o Cine y restaurante. <p>Tareas para casa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - AR exposición en vivo: <ul style="list-style-type: none"> o Continuar = o Biblioteca.

	<ul style="list-style-type: none"> - AR exposición interoceptiva: Poner la cabeza entre las piernas en cuclillas y levantar la cabeza rápidamente.
Sesión 12	<p><i>Intervención.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Exposición en vivo: <ul style="list-style-type: none"> ○ Cine con sus amigas. ○ Ceno 2 días en McDonald's, dentro. ○ Centro comercial. ○ 3 cervezas con sus amigas. ○ Café. ○ Medico ○ Guardería ○ Quedar con amigos ○ Gasolinera ○ Tiendas que no sean el corte inglés. ○ Paseo con sus padres al Escorial. - Exposición interoceptiva: en sesión. <ul style="list-style-type: none"> ○ Sacudir la cabeza (1 min) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vértigo 7. ▪ Similitud a la realidad 9. ▪ Ansiedad 1. ○ Girar en el sillón de la psicóloga (1,30 min) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mareo y vértigo con intensidad 9. ▪ Similitud 10. ▪ Ansiedad 0. ○ Provocarse vértigo en imaginación (2,30 min) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sensaciones vértigo con intensidad 9. ▪ Similitud 9/10. ▪ Ansiedad 0. ○ Vueltas de pie: el ejercicio que más odia, (1,25 min) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mareo y sensación de calor frio intensidad 10. ▪ Similitud 10. ▪ Ansiedad final 0. <p>Tareas para casa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - AR exposición en vivo: continuar. - AR exposición interoceptiva: respirar con una pajita para hiperventilar.
Sesión 13	<p><i>Intervención.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Exposición en vivo: <ul style="list-style-type: none"> ○ Ha vuelto a la universidad, ha hecho un examen y lo ha aprobado. ○ Puerta del sol, sábado por la mañana con bastante gente. ○ Restaurante con amigas.

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Acompaño a una amiga al médico. ○ Leroy merlín ○ Otro centro comercial ○ Gasolinera ○ Botella de vino ○ Mercadona ○ Banco ○ Renfe ○ Biblioteca <ul style="list-style-type: none"> - Exposición interoceptiva: respirar con una pajita. (En sesión). - STAI y BDI-II. <p>Tareas para casa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Continuar con la exposición en vivo. - Exposición interoceptiva: respirar con una pajita.
Sesión 14	<p><i>Intervención.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Exposición en vivo: <ul style="list-style-type: none"> ○ Restaurante, cena de navidad y después se atrevió a entrar en un pub. ○ Fue a votar, estaba muy lleno con mucha gente y tubo que esperar 40 minutos de cola. ○ Exposición en clase. ○ Renfe. - Situaciones difíciles navidad.
Sesión 15	<p><i>Seguimiento - 3 semanas después...</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Exposición en vivo. - Recordar técnicas aprendidas. - Ajustar los dos últimos objetivos. <p>Tarea para casa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Que escriba en una hoja como llevar a cabo los objetivos de no fijarse en las sensaciones y dejar en un segundo plano el tener un día malo.
Sesión 16	<p><i>Seguimiento - 3 semanas después...</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Diferencia entre contratiempo y recaída. <p>Tareas para casa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Situaciones difíciles.
Sesión 17	<p><i>Seguimiento y alta - Un mes después...</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Prevención de recaídas. - Continuar exponiéndose a situaciones nuevas.

9.10. Anexo_10: Respiración diafragmática.

Respiración diafragmática

La respiración diafragmática es un procedimiento que nos ayuda a reducir la ansiedad y a **lograr un estado de calma y relajación**.

Esta técnica consiste en respirar de modo lento, **empleando la zona abdominal** en lugar de respirar predominantemente con el pecho (que es lo que solemos hacer). De este modo, logramos activar un nervio (el nervio vago) relacionado con un sistema que se encarga de la relajación del organismo: el sistema nervioso parasimpático.

Para entrenarte en esta técnica tienes que seguir los siguientes **pasos**:

1. Coloca una mano en el pecho y otra en tu abdomen, con el dedo meñique encima del ombligo.
2. Cierra los ojos y concéntrate en tu respiración. Observa cómo se desplazan tus manos al coger aire.
3. A continuación, **concéntrate en inspirar por la nariz y espirar por la boca**, apretando los labios como si estuvieras soplando una vela.
4. **Trata de que se hinche la zona de la tripa** y, por tanto, que se desplace más la mano colocada sobre ésta. Imagina que tu tripa es un globo que tienes que hinchar. Imagina cómo el aire entra en tus pulmones y llena esa zona.
5. Una vez seas capaz de llevar el aire a esa zona, será el momento de controlar la respiración:
 - **Inspira contando 3 segundos.**
 - **Haz una breve pausa y retén el aire durante un segundo.**
 - **Espira (recuerda, apretando los labios como si soplaras una vela) contando otros 3-4 segundos.**
 - **Repite este patrón de 3 segundos de inspiración, 1 segundo de retención y 3-4 segundos de espiración hasta que te encuentres mejor.**

Practica este patrón primero en situaciones tranquilas y estando sentado/a durante 10 minutos dos veces al día. Cuando veas que empiezas a dominar la técnica, podrás practicarla en otras situaciones, por ejemplo mientras vas en transporte público, en la oficina,... Y una vez puedas hacerlo en estas situaciones entonces estarás preparado/a para emplearlo en situaciones que te generen ansiedad.

9.11. Anexo_11: Parada de pensamiento.

PARADA DE PENSAMIENTO.

La técnica de detención o parada del pensamiento es un tipo de ejercicio que se aplica cuando se tienen pensamientos rumiativos (rumiación), es decir, cuando le damos vueltas a las cosas sin llegar a sacar conclusiones, solo repasando detalladamente lo que nos preocupa de forma totalmente disfuncional (ya que no obtenemos soluciones, solo “pensamos” en una especie de círculo vicioso).

En otras palabras, los pensamientos rumiativos son **pensamientos no deseados que se repiten continuamente en nuestra cabeza y que llevan a sensaciones desagradables**; llegando a afectar nuestro estado anímico.

El objetivo será utilizar un estímulo incompatible con el pensamiento desagradable, esto funciona ya que una vez centramos la atención en estos estímulos incompatibles hacen más difícil la aparición de los pensamientos que hemos cortado.

La tarea distractora reduce el malestar lo que se pretende con esta técnica es que la clave se asocie apetitivamente y así la clave al final cumplirá la función de alivio y a la vez discriminativa de hacer la tarea incompatible.

Para que se entienda el papel que cumplen los pensamientos en como nos sentimos, podemos poner el ejemplo de cuando estamos en una playa paradisíaca de vacaciones, tomando el sol, disfrutando de la arena, de nuestra bebida... . y preguntar como nos sentimos. Posiblemente la respuesta sea que tranquilos, calmado... . una vez respondan se le añade algún pensamiento rumiativo que tengan a la misma situación narrada. y se le vuelve a preguntar cómo se siente. Así se le hace ver que los pensamientos están relacionados con como nos sentimos.

También hay que explicar que cuanto más tiempo rumiando y prestando atención a estos pensamientos, peor nos van a hacer sentir.

1. Se debe llevar a cabo una **evaluación** que permita concretar cuáles y cómo son los **pensamientos perturbadores y las emociones que se disparan de ellos**.
2. Podemos hacer una **lista** de todos los **pensamientos perturbadores** que de alguna manera se presentan de forma intrusiva y sobre los que parece que no tengamos control. Estos pensamientos debemos apuntarlos **tal y como se presentan habitualmente**.
3. Es importante la elección de un **estímulo de parada** que podamos producir voluntariamente (una palmada, un golpe contra un objeto que produzca un ruido fuerte, tirar de una goma elástica de la muñeca y simultáneamente utilizar palabras como ¡stop! ¡basta!). Una vez escogido el estímulo de corte es **conveniente utilizar siempre el mismo** para poder condicionarlo con la respuesta asociada.
4. Tras haber utilizado nuestro estímulo de parada, debemos buscar una **actividad en la que focalizar nuestra atención**, podemos hacer una lista de las actividades

o pensamientos incompatibles que podemos hacer para evitar estos pensamientos negativos.

5. Tras **practicar y repetir varias veces esta dinámica**, podremos **generar mentalmente el estímulo de parada** para poder aplicar esta técnica en cualquier situación y así evitarnos explicaciones de por qué gritamos ¡STOP! En la oficina, en el metro o en el cine.

Para el entrenamiento de esta técnica primero lo haremos con pensamientos neutros por ejemplo una lista de la compra, tendrá que dedicar tiempo a pensar en la lista de la compra, después en voz alta dirá o hará la clave y llevará a cabo la tarea distractora, esta tarea distractora tendrá que hacerla durante un mínimo de 5 minutos.

Después una vez entrenado con pensamientos neutros, tendrá que hacerlo con pensamientos agradables, posteriormente con pensamientos negativos autogenerados en un entorno controlado y por último ya los pensamientos reales de rumia.

Es importante que la parada se realiza una vez identificada el pensamiento, ya que cuanto antes lleve a cabo la parada de pensamiento será más efectiva.

Habrà que anticipar las dificultades, será normal que vuelvan a aparecer los pensamientos que hemos cortado, pero para ello hay que ser sistemático y seguir con el entrenamiento.