



**Universidad
Europea** MADRID

Evaluación e intervención en un caso de fobia específica con trastorno de pánico y agorafobia.

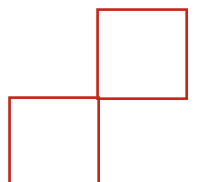
Máster de Psicología General Sanitaria

Autor/a Sara Martín Bravo

Tutor/a Santos Solanos Nortes

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

Campus Alcobendas
Avenida Fernando Alonso, 8
28108 Madrid



Índice

Resumen /Abstract

Marco teórico

1. INTRODUCCIÓN.....	7
1.1 Fobia específica.....	6-7
1.1.1 Características diagnósticas de la fobia específica.....	7-11
1.1.2 Epidemiología, curso y cormobilidad.....	11-12
1.2 Trastorno de pánico con agorafobia.....	13-14
1.2.1 Características diagnósticas de trastorno de pánico con agorafobia.....	14-19
1.2.2 Epidemiología, curso y cormobilidad.....	19-21
1.3 Evaluación y tratamiento.....	21
1.3.1 Evaluación.....	21-23
1.3.2 Tratamiento.....	23-25

Caso clínico

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE Y MOTIVO DE LA CONSULTA.....	26
2.1 Datos personales.....	26
2.2 Descripción del problema.....	26
2.3 Evaluación del problema.....	27-28
3. ESTRATEGIAS DE EVALUACIÓN.....	28
3.1 Instrumentos de evaluación.....	28-31
4. FORMULACION DEL CASO.....	31
4.1 Análisis psicológico de la conducta problema.....	31-34
4.2 Análisis funcional.....	35-36
4.3 Resultados de instrumentos.....	36-39
4.4 Diagnóstico diferencial.....	39
5. TRATAMIENTO.....	39
5.1 Objetivos y técnicas del tratamiento.....	39-40
5.2 Tratamiento aplicado.....	40-48
5.3 Pronostico de tratamiento.....	48-49
6. VALORACIÓN DEL TRATAMIENTO.....	49
6.1 Aherencia al tratamiento.....	49
6.2 Consecución de los objetivos.....	49
7. CONCLUSIONES Y VALORACIÓN PERSONAL.....	50-51
8. BIBLIOGRAFIA.....	52

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Autorregistro sobre la identificación de las emociones.....	32
Tabla 2. Autorregistro sobre la identificación del pensamiento distorsionado.....	33-43
Tabla 3. Análisis funcional de la conducta problema	43
Tabla 4. Objetivos y técnicas terapéuticas.....	48
Tabla 5. Cronograma terapéutico.....	49
Tabla 6. Cronograma del pronóstico de tratamiento.....	57

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Criterios diagnósticos propuestos por el DSM-5 para la fobia específica. (APA,2014).....	8
Figura 2. CIE-10 (OMS, 1992) para la fobia específica.....	11
Figura 3 Trastorno de angustia DSM-IV-TR (APA,2002).....	14
Figura 4. Trastorno de pánico. Según el DSM-5 (APA,2014).....	15
Figura 5. Pautas para el diagnóstico de trastorno de pánico y agorafobia.....	16
Figura 6. Agorafobia DSM-IV-TR (APA,2014).....	17
Figura 7. Agorafobia DSM – 5 (APA, 2014).....	18
Figura 8. Pautas diagnósticas de agorafobia en el CIE-10 (OMS, 1992).....	19
Figura 9. Esquema de hipótesis de origen.....	34
Figura 10. Esquema de mantenimiento de la conducta problema.....	36
Figura 11. Gráfica de corrección del SCL-90-R.....	38
Figura 12. Línea de vida.....	42
Figura 13. Circuito de un ataque de pánico.....	45

Resumen

En el presente caso clínico, se expone el caso de una paciente con sintomatología compatible de fobia específica (vómito) con trastorno de pánico y agorafobia. La paciente acudió a consulta con bastante inseguridad ya que provenía de estar en terapia 3 años atrás y no sintió grandes resultados. La sintomatología que presentaba eran tristeza, baja autoestima, rasgos obsesivos, necesidad de control, conductas evitativas, hipervigilancia focalizada en la atención del síntoma.

Nos cuenta como su vida a ido cambiando y ajustándose desde que sufrió el primer ataque de pánico, ha dejado de salir, de comer todo aquello que le apetecía, de ir de compras, de utilizar transporte público e incluso de hacer largas distancias en un coche.

Una vez realizada la evaluación, utilizando distintas técnicas desde el Modelo cognitivo conductual, como autorregistros, batería de tests, se procedió a la elaboración de plan de tratamiento ajustado a las necesidades de la paciente, el cual se llevó a cabo mediante, psicoeducación de la sintomatología que presentaba, técnicas de relajación (respiración diafragmática) y reestructuración cognitiva.

Se puede observar con facilidad como después de 11 sesiones, cada una de una hora de duración, la paciente ha mejorado a un buen ritmo.

Actualmente la paciente sigue trabajando con su sintomatología, al tratarse de una terapia larga, se incluye un pronóstico de tratamiento sobre las futuras sesiones en las que se incluirá la exposición y seguimiento posterior.

Palabras clave

Agorafobia, estudio de caso, exposición, fobia específica, modelo cognitivo- conductual, trastorno de pánico

Abstract

In the present clinical case, the case of a patient with symptoms compatible with specific phobia (vomiting) with panic disorder and agoraphobia is presented. The patient came to the consultation with a lot of insecurity since she had been in therapy 3 years ago and did not feel great results. The symptoms he presented were obsessive traits, need for control, avoidance behaviors, hypervigilance focused on symptom attention.

He tells us how his life has been changing and adjusting since he suffered the first panic attack, he has stopped going out, eating everything he wanted, going shopping, using public transport and even traveling long distances in a car.

Once the evaluation had been carried out, using different techniques during the sessions, such as self-registrations, a battery of tests (BAI, SCL-90 and BDI), a treatment plan adjusted to the needs of the patient was drawn up, which was carried out through psychoeducation of the symptoms presented, relaxation techniques (diaphragmatic breathing) and gradual exposure measuring the USAS.

It can be easily seen that after 11 sessions, each lasting one hour, the patient has improved at a good rate. Currently the patient continues to work with her symptoms, since it is a long therapy, a treatment prognosis is included on future sessions in which exposure and subsequent follow-up will be included.

Keywords

Agoraphobia, case study, cognitive-behavioral model specific phobia, panic disorder, cognitive-behavioral model, exposure

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Las fobias específicas

Consisten en un miedo marcado, persistente y excesivo o poco razonable a una situación específica. La exposición a la situación temida suele desencadenar una reacción de miedo intensa e inmediata (como un ataque de pánico). Esta respuesta de alarma se acompaña de un fuerte deseo de huir del objeto o la situación y puede ir acompañada de un debilitamiento significativo y estrés por el miedo. Las personas que sufren fobias específicas suelen organizarse para evitar en lo posible, futuros encuentros con el objeto temido y hacen grandes esfuerzos para conseguirlo. Sin embargo, en general, reconocen que su miedo es exagerado o poco razonable. No obstante, ese conocimiento no tiene ningún efecto sobre la necesidad de escapar para evitar los objetos temidos, ni sobre la capacidad para controlar las respuestas fisiológicas y subjetivas que tienen lugar (Bados, 2017).

Las fobias específicas junto con los trastornos de ansiedad se definen generalmente, durante los cambios que tienen lugar en tres “sistemas de respuesta” conectados directamente (Eifert y Wilson 1991):

- Comportamiento motor: evitación o escape.
- Incremento de la actividad fisiológica: aumento de la presión cardíaca, dilatación de pupilas, sensación de aumento de la temperatura, molestias en el estómago, problemas en la incontinencia urinaria, hiperventilación, tensión muscular.
- Actividad verbal cognitiva: informes de angustia y temor que preceden acompañadas de la ansiedad.

Algunas fobias específicas son situacionales: los espacios cerrados, alturas o aviones, mientras otras se relacionan con los entornos naturales: tormentas, heridas, sangre. Las fobias específicas son bastante frecuentes en la población general, son los trastornos de ansiedad más comunes que podemos presenciar actualmente, presentan una prevalencia vital estimada de un 3% a un 15%, mostrando un número alto con bajas tasa de remisión espontánea (Eaton, 2018).

Las fobias más comunes son el miedo a volar, a la sangre, los animales, a las alturas, a las tormentas y relámpagos.

A pesar de su alta preeminencia, en general la mayoría de las personas que lo sufren, no frecuentan, el buscar ayuda psicológica. Antony y Barlow (2002) hay que informar de que en sus centros de tratamiento de la ansiedad solo entre el 5 y 6 por ciento de los pacientes presentan una fobia específica como problema principal. Sin embargo, el 26% de la gente que acude por otros trastornos de ansiedad sufre también alguna fobia específica como problema secundario.

La mayoría de la gente con fobias específicas no buscan tratamiento para sus miedos, en parte porque ya tienen suficiente habilidad para evitar los objetos que teme o porque el contacto con tales objetos temidos no representa ningún problema en su vida cotidiana. Dicha evitación se hace posible porque el estímulo provocador del miedo es claramente conocido y distinguible. Aun a pesar de que tal evitación “afortunada”, a veces, sea costosa de un alto precio social o personal (Lied, 2016).

Muchos miedos específicos pueden tener función evolutiva. Los investigadores han observado que los miedos más frecuentes tienen a implicar estímulos que están asociados con el daño y que por lo tanto suponen una amenaza para la supervivencia. Con el tiempo, no hemos adaptado biológicamente, para reaccionar de manera hipervigilante y temerosa esos estímulos para asegurarnos de la supervivencia (Seligman, 1971).

1.1.1 Características diagnósticas de la fobia específica

El DSM considera que hay tres clases de fobias:

- a) Agorafobia
- b) Fobia específica
- c) Fobia social

Es importante aquí recordar las características consideradas básicas para las fobias planteadas por Marks, 2001:

1. Consisten en miedos desproporcionados con la conexión entre el objeto o la situación temida.
2. Recurren directamente a la evitación y escape de la situación temida. Aunque en términos escritos se considera necesaria la evitación para hablar de fobia, se asume que no es necesaria la evitación siempre y cuando el sujeto permanezca ante la situación/ objeto temido con elevado malestar.
3. Son irracionales, la persona se da cuenta de lo ilógico que son sus pensamientos.
4. Producen una sensación de malestar o sufrimiento.

Las fobias específicas realmente son las menos incapacitantes de todos los trastornos de ansiedad puesto que utilizan la evitación para no enfrentarse a la situación u objeto temido y de esta manera no se exponen a dicho miedo. El problema de esta técnica es que para poder establecer un diagnóstico la persona tiene que sentir una alta sensación de malestar e incapacidad (Capafons, 2001).

En la población es bastante alta la prevalencia, pero muchas de las fobias son de gravedad media o baja y aluden a situaciones que es improbable que se presenten, aun así se considera uno de los trastornos de ansiedad más frecuentes en la población (Bados, 2012).

Según podemos ver, en el DSM IV y DSM -V TR, en las fobias específicas se crea un miedo constante y exagerado debido a la presencia del estímulo u objeto, situaciones específicas o bien por la anticipación de todo ello, por ejemplo, ver una gran cantidad de sangre, animales (arañas, cucarachas, perros, gatos) o bien miedo a la oscuridad, soledad, conducir, lugares con gran cantidad de agua (mares, pantanos, piscinas). Como resultado de exponerse a estas situaciones aumenta el grado de sentir miedo, inseguridad, ansiedad e incluso en algunas situaciones llegando a sentir un ataque de pánico. En general, la persona suele ser consciente, que todos estos pensamientos que tiene hacia el objeto o la situación temida son exagerado e irracionales.

Ante la presencia de las situaciones fóbicas, la persona suele crear sus estrategias de control, para no tener que enfrentarse a dichas situaciones, estas estrategias le general a la persona control y seguridad, que serían por ejemplo evitar conducir e ir en transporte público, controlar las calorías que uno come, reasegurar constantemente, de manera general la intención es distraerse.

“Para poder hablar de un diagnóstico de fobia específica según el DSM IV y DSM IV -TR los síntomas deben causar un malestar clínicamente significativo o interferir en las áreas importantes de una persona, tal como la social, familiar, académica o laboral. Por último, los síntomas no deben poder ser explicados, mejor, por otros trastornos (Swinson,2002)”.

Figura 1. Criterios diagnósticos propuestos por el DSM-5 para la fobia específica. (APA,2014)

- A. Miedo o ansiedad intensa por un objeto o situación específica (p. ej., volar, alturas, animales, administración de una inyección, ver sangre). Nota: En los niños, el miedo o la ansiedad se puede expresar con llanto, rabietas, quedarse paralizados o aferrarse.
- B. El objeto o la situación fóbica casi siempre provoca miedo o ansiedad inmediata.
- C. El objeto o la situación fóbica se evita o resiste activamente con miedo o ansiedad intensa.
- D. El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantea el objeto o situación específica y al contexto sociocultural.
- E. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.
- F. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- G. La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el miedo, la ansiedad y la evitación de situaciones asociadas a síntomas tipo pánico u otros síntomas incapacitantes (como en la agorafobia); objetos o situaciones relacionadas con obsesiones (como en el trastorno obsesivo-compulsivo); recuerdo de sucesos traumáticos (como en el trastorno de estrés posttraumático); dejar el hogar o separación de las figuras de apego (como en el trastorno de ansiedad por separación); o situaciones sociales (como en el trastorno de ansiedad social).
- Especificar si:
- Codificar basándose en el estímulo fóbico:
- 300.29 (F40.218) animal (p. ej., arañas, insectos, perros).
- 300.29 (F40.228) Entorno natural (p. ej., alturas, tormentas, agua).
- 300.29 (F40.23x) Sangre-inyección-herida (p. ej., agujas, procedimientos médicos invasivos).
- 300.29 (F40.248) Situacional (p. ej., avión, ascensor, sitios cerrados).
- 300.29 (F40.298) Otra (p. ej., situaciones que pueden derivar en ahogo o vómitos; en niños, p. ej., sonidos ruidosos o personajes disfrazados).

Se puede señalar que dependiendo del miedo que la persona experimente la vivencia la situación fóbica, la sensación de intensidad puede variar, por ejemplo, la distancia que puede haber entre la persona y el estímulo. Pero, por otro lado, la imaginación en las anticipaciones del estímulo fóbico puede incrementar la intensidad del malestar de la persona.

En relación con el DSM -IV y DSM IV-TR, clasificó las fobias específicas en cinco clases:

- Animal
- Ambiental
- Sangre/inyecciones/ heridas
- Situacional
- Otros tipos.

Esta diferenciación se realizó, porque los estudios señalaban que existían diferencias en cuanto el tipo de edad, de género, de reacción y el estilo de vida (Barreto,2009).

Las fobias a los animales (perro, gatos, cucarachas, arañas, reptiles)suelen comenzar en una edad temprana, fundamentalmente en la infancia, siendo más comunes en las mujeres. Algunas de estas clasificaciones al resultar ser cada vez más corrientes, adquieren nombres propios, por ejemplo, las fobias a los animales se ha denominado zoofobias y más específicamente cinofobias cuando se trata de perros y ailurofobias cuando se trata de gatos (Antony y Barlow,1997).

Las fobias ambientales (altura, situaciones meteorológicas, agua, fuego, oscuridad, son fobias habituales y entre los hombres son mas frecuentes. Suele empezar en la infancia. Suelen darse mas frecuentemente en mujeres que hombres salvo en la fobia a las alturas que se ha encontrados tasas similares en hombre y mujeres. Este ultimo dato junto con un inicio más tardío, hace que algunos autores planteen características diferentes de la acrofobia (fobia a las alturas) como una fobia no representativa de las de tipo situaciones naturales.

Las fobias a la sangre-inyecciones-daño (SID) suele empezar durante la infancia o inicios de la adolescencia y se produce de la orma casi similar en ambos sexos. Son el tipo de fobia especifica que mas atención ha obtenido, porque en algunos casos presentan una respuesta bifásica que la diferencia del tipo de respuesta vasovagal. Esta respuesta bifásica comienza en primer lugar con el aumento de la activación, posteriormente se siente una bajada del ritmo cardiaco, por lo que puede llegar a producirnos mareos e incluso llegar a desmayarse.

Las fobias situacionales (lugares cerrados, conducir, ascensores, aviones), incluyen algunas situaciones que son compartidas por los individuos que presentan agorafobia. Suelen iniciarse de forma más tardía que los tipos anteriores. Suelen darse más casos en mujeres que en hombres.

Las personas con fobias específicas pueden sentir miedo de sufrir una desgracia como puede ser un corte, una caída, un accidente, pero por otro lado también puede aparecer la sensación de tener miedo a sus propias reacciones como puede ser perder el conocimiento, el aumento de la tasa cardiaca, la sensación de ahogo, pérdida de control.

El DSM 5 mantiene la misma base de criterios diagnósticos y de subtipos para la fobia específica que su edición anterior. Los dos cambios más significativos aparecen en el criterio sobre el carácter desproporcionado del miedo y en criterio de duración de los síntomas.

Las principales novedades en el DSM-5 son que, en la actualidad para proveer el diagnóstico diferencial de agorafobia en comparación a otros subtipos de ansiedad, fobia específica, el miedo o bien el escape o evitación se deben manifestar en 2 o más de entre 5 situaciones agorafóbicas para poder establecer dicho diagnóstico. De esta forma por ejemplo si aparecen fobia a los espacios cerrados y fobia a los transportes públicos, en lugar de emitir dos tipos de fobia específica, lo agruparíamos directamente en el diagnóstico de agorafobia.

Además, se incluye, que la persona que este realizando el diagnóstico, sea quien estipule si esa ansiedad se considera desproporcionada en la relación a la situación temida, considerando el contexto y eliminando así la necesidad de que reconozcan su miedo como excesivo o irracional, aquellas personas mayores de 18 años.

Respecto al criterio temporal, se indica en el DSM V debe durar al menos 6 meses, mientras que en el DSM IV-TR solo indica que se consideraba fobia específica cuando las personas tenían menos de 18 años (Tortella-Feliu, 2014). Si aparecen ataques de pánico junto con la fobia específica, debería de especificarse como fobia específica con ataque de pánico (Bados, 2015).

En el CIE 10 se categoriza este tipo de problemas como fobias específicas “aisladas”, y se requiere que las características de ansiedad se determinan por la situación temida, o la visión de, la misma, para establecer el diagnóstico de fobia específica. En este sistema de clasificación propone que tiene que estar presente un miedo marcado hacia una situación u objeto específicos no ligados a la agorafobia o fobia social. Las respuestas sobre la ansiedad ante la situación temida, en principio, debe manifestarse en el momento en que en el que la fobia aparece, ya que esa ansiedad, es la que va a marcar el estado emocional de la persona otorgándole un valor, y utilizándola para poder reconocer que se trata de un miedo excesivo e irracional.

Figura 2. CIE-10 (OMS, 1992) para la fobia específica

Criterios diagnósticos

A. Los síntomas, psicológicos o vegetativos, son manifestaciones primarias de la ansiedad y no secundarias a otros síntomas como, por ejemplo, ideas delirantes u obsesivas.

B. Esta ansiedad se limita a la presencia de objetos o situaciones fóbicas específicos.

C. Estas situaciones son evitadas en la medida de lo posible.

Incluye:

- Zoofobias.
- Claustrofobia.
- Acrofobia.
- Fobia a los exámenes.
- Fobia simple.

En la reciente CIE- 11, las fobias específicas quedan descritas de forma similar, tanto en los criterios como en los subtipos propuestos en el DSM 5 (Emmelkamp,2012), habiendo quedado recogidas en la categoría de <<trastornos de ansiedad o relacionados con el miedo>>(OMS, 2020).

1.1.2 Epidemiología, curso y comorbilidad

Epidemiología

Los datos de prevalencia para las fobias específicas son muy variables en función de los estudios. Apareciendo desde el 3% hasta el 15%. Por este motivo es considerado como uno de los trastornos de ansiedad que más destaca en la población general.(Eaton,2018).

En el DSM 5 se calcula que, en Estados Unidos, que la proporción de personas que se enfrentan a una fobia específica es de entre un 7 y 9% aproximadamente. Las cifras de proporción países europeos son similares a las de Estados Unidos, entorno a un 6%, sin embargo, si hablamos de otras poblaciones como América Latina, África o Asia, las cifras que nos encontramos son bastante más bajas, comprendidas entre un 2-4% (Bados, 2015).

Sin embargo, en otros trabajos epidemiológicos las fobias ambientales las superan ligeramente. Por Ejemplos los datos de prevalencia vida que proporciona Vallejo (2016) son: *“ambiente natural (5,9%), situacional 5,2%, animal (4,7%) y SID (4%). Mas detalladamente: alturas 4,5%, lugares cerrados 3,2%, volar (2,9%) , estar dentro o sobre el agua (2,4%) ver sangre i recibir una inyección (2,1%), visitar un hospital o estar en el mismo (1,4%), tormentas, rayos o relámpagos (2%), estar en una muchedumbre (1,6%) y viajar en autobús, coche o tren (0,7%)”*.

En algunos casos se da elevada incidencia familiar como las fobias animales, situaciones y sobre todo, en el miedo a la sangre (Bienvenu y Eaton,1998)

En general este tipo de trastornos, podemos referir, que nos encontramos con más casos de mujeres afectadas en comparación con los hombres, aunque es cierto, que puede variar según del tipo de fobia específica que nos encontremos, por ejemplo, si hablamos de fobias situacionales, de animales o ambientales, son más habituales en las mujeres que en los hombres, pero si nos referimos a la fobia específica de sangre, inyecciones o daños, podemos encontrar una igualdad en los resultados.

Curso

En algunas situaciones la fobia específica, se desarrolla tras haber sufrido un acontecimiento traumático, por ejemplo, vivir un atentado en el metro, quedarse encerrado en el ascensor, tener un accidente en una piscina) o viven cuando observan situaciones de otras personas que les toca sentenciar momentos traumáticos por ejemplo que les diagnostiquen una enfermedad con complicaciones en el diagnóstico. Y, por otro lado, encontrarse con una situación que los lleva a un ataque de pánico, el mero hecho de volver a vivir otro ataque de pánico ya se convertirá en una situación temida.

Sin embargo, la mayoría de las personas que tiene algún tipo de fobia específica, no recuerda el motivo por el que comenzó su fobia. Las fobias específicas pueden tener aparición en cualquier momento de la vida de una persona, pero es cierto que los estudios muestran que suele ocurrir entre los 7 y 11 años, a esta edad es cuando empiezan a tener miedo de las cosas que podrían ocurrirles, con una edad media de 10 años (Sosa y Capafons, 2014)

Cuando, una fobia específica aparecen sus raíces, en la infancia o durante la adolescencia, normalmente se suele controlar, aunque puede variar según la intensidad, sin embargo, si fobia continúa durante la edad adulta esta es raro que desaparezca sin ayuda terapéutica.

Comorbilidad

La fobia específica no se suele ver acompañada de diagnósticos médicos, sin embargo, si se suele ver en relación con diagnósticos de la salud mental. Dentro de los diagnósticos asociados a la fobia específica podemos ver, trastorno de pánico, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de ansiedad generalizada trastornos depresivos y bipolares, trastornos por dolor y trastornos alimentarios (Lieb et al. 2016).

1.2. Trastorno de pánico con agorafobia

El trastorno de pánico se identifica, por ataques de pánico repetidos, miedo a las sensaciones físicas que son desencadenadas por el sistema autónomo que controla las acciones involuntarias como nuestro latido cardíaco y la ansiedad que genera la posibilidad de enfrentarse a futuros ataques de pánico. Los criterios de diagnóstico actuales del trastorno de pánico requieren que el sujeto sufra ataques inesperados y repetitivos. Por lo menos, uno de los ataques debe ir seguido como mínimo, durante un mes de preocupaciones constantes sobre futuros ataques, preocupaciones por las consecuencias de los ataques o una modificación de conducta ocasionada por los ataques (la evitación) (Echeburua, 1990).

En el centro del trastorno de pánico existe un miedo a la vivencia del miedo, de modo que la gente, literalmente, tiene miedo de los ataques de pánico y de las consecuencias potenciales de tales ataques.

La evitación agorafóbica tiene lugar cuando la gente evita lugares (por ejemplo: centros comerciales, supermercados, cine, teatros) en los que podría sufrir un ataque de pánico y del cual resultaría difícil salir en caso de tuviera un nuevo ataque.

La agorafobia es, esencialmente, un miedo de tener un ataque de pánico en determinados lugares, no se trata del miedo a ciertos lugares. Consecuentemente, la agorafobia puede considerarse, mejor, como una complicación del trastorno de pánico en la que la gente intenta evitar futuros ataques de pánico permaneciendo en lugares “seguros” y evitando los estímulos y lugares que previamente se asociaron con el pánico. Prácticamente cualquiera que desarrolle una agorafobia lo hace tras la primera experiencia de ataque de pánico (Bados, 2002).

La agorafobia, por tanto, no se trata de un mero conjunto de fobias específicas, sino de un conglomerado de temores que se aglutinan en torno al miedo a lugares públicos y que pueden darse conjuntamente.

El surgimiento del ataque de pánico ocurre, generalmente, hacia los veinte años. Suelen preceder a la aparición del trastorno algunos acontecimientos vitales estresantes. Ahora bien, la frecuencia absoluta de hechos vitales no diferencia de un modo fiable a las personas con trastorno de pánico, sin embargo, afirman experimentar hechos vitales negativos más estresantes que los demás. También informan de un alto grado de preocupación por su estado de salud, especialmente en relación con los cambios que se asocian con su estado corporal. Sin una intervención profesional, el curso del trastorno de pánico suele hacerse crónico, con un incremento del número e intensidad de los ataques de pánico que tienen lugar durante los periodos de estrés. El ataque de pánico es más habitual en mujeres que en hombres, esta disimilitud de género se encuentra de manera constante en estudios hechos en todo el mundo y se debe, fundamentalmente, a factores culturales que afectan a la vivencia y expresión de las emociones de manera diferente en los hombres y en las mujeres (Craske, 2003).

Por ejemplo, resulta más aceptable por la sociedad que las mujeres respondan al miedo adoptando una conducta de evitación agorafóbica, mientras que los hombres puedan intentar soportar el miedo con ayuda del alcohol y otras sustancias.

1.2.1 Características diagnósticas del trastorno de pánico con agorafobia

Trastorno de pánico

En el DSM III- R, para poder hablar de un diagnóstico sobre un ataque de pánico exigía que se contemplaran al menos 4 de los subtipos indicados, en un periodo de duración de 4 semanas, en cambio, en el DSM IV-TR se reduce a tener presente al menos 2 criterios sin ser necesario contabilizar el número de ataques de pánico que vive el paciente.

En el DSM IV y DSM IV-TR este trastorno se denomina trastorno de angustia y su diagnóstico exige establecer la relación entre el trastorno y la agorafobia.

Figura 3. Trastorno de angustia DSM-IV-TR (APA,2002)

A. Se cumplen (1) y (2): (1) crisis de angustia inesperadas recidivantes.

(2) al menos una de las crisis se ha seguido durante 1 mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas:

(a) inquietud persistente ante la posibilidad de tener más crisis

(b) preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias (ej. perder el control, sufrir un infarto de miocardio, «volverse loco»)

(c) cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis

B. Ausencia / Presencia de agorafobia.(*)

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

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

Barow, 2001, afirma que cuando se vivencia el primer ataque de pánico es inesperado, una gran parte de las personas que lo sufren, no recuerdan cual ha sido el condicionante de haber sufrido el ataque de pánico.

De manera general, lo que mantiene a este trastorno es el miedo a volver a presenciar un nuevo ataque de pánico, solo el mero hecho de recordar todos los síntomas que sintió y podría volver a sentir, crea en la persona sentimientos de miedo y angustia continuos, ya que todas estas anticipaciones están unidas a esos pensamientos que le recuerda de manera constante como fue el primer ataque de pánico. Por ello la persona comienza a utilizar estrategias, para evitar todas aquellas situaciones que pudieran derivarle a un nuevo ataque de pánico, si se trata de una evitación leve o moderada hablaríamos de trastorno de pánico sin agorafobia, sin embargo, si la paciente utiliza la evitación como estilo de vida, es decir que la evitación le esté condicionando su vida diaria incluiríamos en el diagnóstico trastorno de pánico con agorafobia.

Cuando el ataque de pánico, al parecer, sin agorafobia, la percepción es que vive de una manera más leve, no creando limitaciones en su vida diaria, sin embargo, cuando se incluye la agorafobia, el paciente se encuentra con varios inconvenientes que le incapacitan a tener una sensación de normalidad, comparada con antes de sufrir el ataque de pánico, por ejemplo dejar de realizar desplazamientos habituales (conducir, contar en transporte público), o bien dejar de acudir a hospitales, centros comerciales, para poder sentirse mejor el paciente crea estrategias que siente que le ayudan a no pasarlo tan mal y tener controlada la situación en todo momento.

En el DSM- 5 este trastorno se denomina trastorno de pánico y en campo más significativo en los criterios respecto a la versión predecesora del DSM consiste en que su diagnóstico es independiente de la agorafobia.

Figura 4. Trastorno de pánico. Según el DSM-5 (APA,2014)

- A. Ataques de pánico imprevistos recurrentes. Un ataque de pánico es la aparición súbita de miedo intenso o de malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos y durante este tiempo se producen cuatro (o más) de los síntomas siguientes:

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

1. Palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardíaca.
2. Sudoración.
3. Temblor o sacudidas.
4. Sensación de dificultad para respirar o de asfixia.
5. Sensación de ahogo.
6. Dolor o molestias en el tórax.
7. Náuseas o malestar abdominal.
8. Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo.
9. Escalofríos o sensación de calor.
10. Parestesias (sensación de entumecimiento o de hormiguelo).
11. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (separarse de uno mismo).
12. Miedo a perder el control o de “volverse loco.” Miedo a morir.

Nota: Se pueden observar síntomas específicos de la cultura (p. ej., acúfenos, dolor de cuello, dolor de cabeza, gritos o llanto incontrolable). Estos síntomas no cuentan como uno de los cuatro síntomas requeridos.

- B. Al menos a uno de los ataques le ha seguido un mes (o más) de uno o los dos hechos siguientes:
- a. Inquietud o preocupación continua acerca de otros ataques de pánico o de sus consecuencias (p. ej., pérdida de control, tener un ataque de corazón, “volverse loco”).
 - b. Un cambio significativo de mala adaptación en el comportamiento relacionado con los ataques (p. ej., comportamientos destinados a evitar los ataques de pánico, como evitación del ejercicio o de las situaciones no familiares).
- C. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo, trastornos cardiopulmonares).
- D. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., los ataques de pánico no se producen únicamente en respuesta a situaciones sociales temidas, como en el trastorno de ansiedad social; en respuesta a objetos o situaciones fóbicas concretos, como en la fobia específica; en respuesta a obsesiones, como en el trastorno obsesivo-compulsivo; en respuesta a recuerdos de sucesos traumáticos, como en el trastorno de estrés postraumático; o en respuesta a la separación de figuras de apego, como en el trastorno de ansiedad por separación).

Como podemos ver en la siguiente figura, en el DSM-5 se define el ataque de pánico como la sensación de malestar intenso, que se va incrementando y cuando alcanza el nivel máximo de nivel de activación deben aparecer al menos 4 de los 13 síntomas descritos anteriormente.

El CIE-10, en cambio, tan solo es necesario que aparezca en el momento de activación fisiológica, uno de los síntomas descritos en la siguiente figura. La duración de este tipo de trastorno se contabilizará cuando tenga sintomatología de los ataques de pánico de manera frecuente durante un mes. El CIE-10 no hace hincapié sobre los trastornos de pánico en conjunto con la agorafobia, como si podíamos verlo en el DSM IV-TR.

Figura 5. Pautas para el diagnóstico de trastorno de pánico en CIE- 10 (OMS,1992)

Su característica esencia es la presencia de crisis recurrentes de ansiedad grave (pánico) no limitadas a ninguna situación o conjunto de circunstancias particulares. Son por tanto imprevisibles. Como en otros trastornos de ansiedad los síntomas predominantes varían de un caso a otro, pero es frecuente la aparición repentina de palpitaciones, sensación de asfixia, mareo o vértigo y sensación de irrealidad (despersonalización o desrealización). Casi constante hay un temor secundario a morir, perder el control o a enloquecer. Cada crisis suele durar solo unos minutos, pero también puede persistir más tiempo. Tanto la frecuencia como el curso del trastorno, que predomina en mujeres, son bastante variables. A menudo el miedo y los síntomas vegetativos del ataque van creciendo de tal manera que los que padecen terminan por salir, escapar, de donde se encuentran. Si esto tiene lugar en una situación concreta, por ejemplo, en un autobús o una multitud, como consecuencia el paciente puede en el futuro tratar de evitar esa situación. Del mismo modo, frecuentes e imprevisibles ataques de pánico llevan a tener miedo a estar solo o a ir a sitios públicos. Un ataque de pánico a menudo se sigue de un miedo persistente a tener otro ataque de pánico.

Las crisis de pánico que se presentan en una situación fóbica consolidada se consideran expresión de la gravedad de la fobia y esta tiene preferencia para el diagnóstico. El trastorno de pánico es el diagnóstico principal solo en ausencia de cualquiera de las fobias descritas en la clasificación.

Para un diagnóstico definitivo deben de presentarse varios ataques graves de ansiedad vegetativa al menos durante el periodo de un mes:

- 1) En circunstancias en las que no hay un peligro objetivo
- 2) No deben presentarse solo en situaciones conocidas o previsibles
- 3) En el periodo entre las crisis el individuo debe además estar relativamente libre de ansiedad aunque es frecuente la ansiedad anticipatoria leve.

En el momento del ataque de pánico hay que identificar que mucha de la sintomatología que el paciente presenta o describe, puede estar presente en otros acontecimientos, como por ejemplo en el ejercicio físico o en algún tipo de enfermedad médica.

Por ello hacer ver al paciente que es normal que se sienta cansado y agotado tras sufrir un ataque de pánico, puesto que si lo compara a cuando realiza ejercicio físico, la sintomatología que vivencia es la misma o similar, a pesar de esta sensación de malestar y del tiempo máximo que suele durar el ataque de pánico en su máxima actividad es de 30 minutos aproximadamente, cuando se encuentra en la cresta, aunque en alguna ocasión puede incrementarse entre 1 y 2 horas o incluso más (Belloch, 2008).

En los estudios más recientes se hace referencia a que la sintomatología que se sufre durante un episodio de un ataque de pánico la podemos ver también en otros trastornos de ansiedad, por lo que no podemos hacer hincapié en que estos síntomas son solo referentes a un ataque de pánico.

Agorafobia

En el DSM-IV-TR no se considera la agorafobia como un trastorno independiente sino como un síndrome clínico que solo puede diagnosticarse a partir de su conexión con el trastorno de pánico. Excepcionalmente se puede diagnosticar agorafobia sin historia de trastorno de pánico, si se dan los siguientes criterios:

Figura 6. Agorafobia DSM-IV-TR (APA,2014)

A. Aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso) o donde, en el caso de aparecer una crisis de angustia inesperada o más o menos relacionada con una situación, o bien síntomas similares a la angustia, puede no disponerse de ayuda. Los temores agorafóbica suelen estar relacionados con un conjunto de situaciones características, entre las que se incluyen estar solo fuera de casa; mezclarse con la gente o hacer cola; pasar por un puente, o viajar en autobús, tren o automóvil. Nota: Considerar el diagnóstico de fobia específica si el comportamiento de evitación se limita a una o pocas situaciones específicas, o de fobia social si tan sólo se relaciona con acontecimientos de carácter social.

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

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

La conceptualización sobre la agorafobia y su relación con el trastorno de pánico es controvertida, lo que ha llevado a introducir cambios situacionales en su definición a lo largo de las clasificaciones diagnósticas. Como se ha comentado el DSM -IV y DSM -IV-TR priorizaban el diagnóstico del trastorno de pánico que podía complicarse o no con el desarrollo de la agorafobia de forma secundaria. Para ello se centraban en la necesidad de evitación (es decir, el temor de ser incapaz de escapar o quedarse indefenso por un ataque de pánico o por la sintomatología parecida a los del pánico). Esta afirmación es un reflejo de que la agorafobia se conceptualiza como una complicación de la crisis de pánico, una observación elaborada primero por Freud en 1926.

Sin embargo, anteriormente el DSM -III y la CIE-10 definen la agorafobia basándose en una cantidad y/o tipos de situaciones que se evitan. En consecuencia, la agorafobia se conceptualiza en función de la necesidad de que existieran un grupo de fobias diversas (agorafobia = multifobia), en lugar de considerar que la razón por la cual el paciente evitaba estas situaciones fuera el temor ha parecer un ataque de pánico.

Desde esta perspectiva se prioriza el diagnóstico de agorafobia, que en los casos más graves podría complicarse con la aparición de ataques de pánico

El DSM-5 introduce un cambio significativo respecto a la relación entre el trastorno de pánico y la agorafobia, al considerar que son dos colectivos nosológicos diferentes ya que es un hecho constatado la existencia de agorafobia como una combinación de las dos conceptualizaciones anteriores (agorafobia = multifobia + fobofobia).

Figura 7. Agorafobia DSM – 5 (APA, 2014)

- A. Miedo o ansiedad intensa acerca de dos (o más) de las cinco situaciones siguientes:
1. Uso del transporte público (p. ej., automóviles, autobuses, trenes, barcos, aviones).
 2. Estar en espacios abiertos (p. ej., zonas de estacionamiento, mercados, puentes).
 3. Estar en sitios cerrados (p. ej., tiendas, teatros, cines).
 4. Hacer cola o estar en medio de una multitud.
 5. Estar fuera de casa solo.
- B. El individuo teme o evita situaciones debido a la idea de que escapar podría ser difícil o podría no disponer de ayuda si aparecen síntomas tipo pánico u otros síntomas incapacitantes o embarazosos (p. ej., miedo a caerse en las personas de edad avanzada; miedo a la incontinencia).
- C. Las situaciones agorafóbicas casi siempre provocan miedo o ansiedad.
- D. Las situaciones agorafóbicas se evitan activamente, requieren la presencia de un acompañante o se resisten con miedo o ansiedad intensa.
- E. El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantean las situaciones agorafóbicas y al contexto sociocultural.
- F. El miedo, la ansiedad o la evitación es continuo, y dura típicamente seis o más meses.
- G. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- H. Si existe otra afección médica (p. ej., enfermedad intestinal inflamatoria, enfermedad de Parkinson), el miedo, la ansiedad o la evitación es claramente excesiva.
- I. El miedo, la ansiedad o la evitación no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental—por ejemplo, los síntomas no se limitan a la fobia específica, a la situación; no implican únicamente situaciones sociales (como en el trastorno de ansiedad social); y no están exclusivamente relacionados con las obsesiones (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), defectos o imperfecciones percibidos en el aspecto físico (como en el trastorno dismórfico corporal), recuerdo de sucesos traumáticos (como en el trastorno de estrés posttraumático) o miedo a la separación (como en el trastorno de ansiedad por separación).

Nota: Se diagnostica agorafobia independientemente de la presencia de trastorno de pánico. Si la presentación en un individuo cumple los criterios para el trastorno de pánico y agorafobia, se asignarán ambos diagnósticos.

De este modo el criterio A del DSM- 5 para la agorafobia requiere que aparezcan diversas fobias simultáneamente, mientras que en el criterio B exige que el individuo tema dichas situaciones ya que no contempla, que pueda encontrar una vía de escape con facilidad.

Como se ha señalado, en el DSM -IV y DSM IV-TR se da prioridad al trastorno de pánico frente a la agorafobia, en el caso de la CIE-10 es precisamente al revés. Se da prioridad a la agorafobia encontrándonos con la posibilidad de diagnosticar tanto la agorafobia con trastorno de pánico o sin el, dando importancia de mayor gravedad si nos encontramos con agorafobia.

Figura 8. Pautas diagnósticas de agorafobia en el CIE-10 (OMS, 1992)

El término agorafobia abarca un conjunto de fobias relacionadas entre sí, a veces solapadas; entre ellas temores a salir del hogar, a entrar en tiendas o almacenes, las multitudes, a los lugares públicos y a viajar solo en trenes, autobuses o aviones. Aunque la gravedad de la ansiedad y la intensidad de la conducta de evitación son variables este es el más incapacitante de los trastornos fóbicos y algunos individuos llegan a quedar completamente confinados en sus casas. A muchos enfermos les aterra pensar en la posibilidad de poder desmayarse o quedarse solos, sin ayuda, en público. La vivencia de la falta de una salida inmediata es uno de los rasgos clave de muchas de las situaciones que inducen la agorafobia.

Pautas para el diagnóstico:

1. Los síntomas psicológicos o vegetativos son manifestaciones primarias de ansiedad y no secundarias a otros síntomas, como por ejemplo ideas delirantes u obsesivas.
2. Esta ansiedad se limita o predomina en al menos dos de las siguientes situaciones: multitudes, lugares públicos viajar lejos de casa o viajar solo.
3. La evitación de la situación fóbica es o ha sido una característica destacada

Se puede codificar dos subtipos de agorafobia en función de la presencia o ausencia de trastorno de pánico en la situación que induce la agorafobia:

1. Sin trastorno de pánico
2. Con trastorno de pánico

En la reciente CIE- 11, la agorafobia y el trastorno de pánico, quedan descritas con forma similar, tanto en los criterios como en los subtipos propuestos en el DSM 5 (Emmelkamp,2012), habiendo quedado recogidas en la categoría de -trastornos de ansiedad o relacionados con el miedo- (OMS, 2020).

1.2.2 Epidemiología, curso y comorbilidad

Epidemiología

En el trastorno de pánico se muestra una prevalencia anual en torno 2-3%. Entre los casos que nos podemos encontrar sobre ataques de pánico, según los últimos estudios realizados por Bados en el 2015, nos hablara de que entre un 30 y 50% de los pacientes que se enfrentan a este tipo de trastorno esta unido también con la agorafobia. Se frecuentan más casos de mujeres que de hombres.

El trastorno de pánico presenta una distribución bimodal, que quiere decir que los mayores casos los encontramos en los últimos años de la adolescencia o a comienzos de la edad adulta, alrededor de los 20 años. Con estos datos se observa que la media de edad en el comienzo de los síntomas es de 20 a los 14

años (Silove, 1996). En investigaciones epidemiológicas la agorafobia sin pánico es más frecuente que con pánico, en algunos estudios con población general hasta el 70% de los agorafóbicos no tenían historia de ataques de pánico. En cambio, en la población clínica la situación es inversa, el 95% de agorafóbicos muestran pánico (Drobny, 2002).

Estos resultados han permitido dos hipótesis, la primera alude a una sobreestimación de la agorafobia sin pánico por la utilización de instrumentos diagnósticos poco apropiados. La segunda vendría a reivindicar la autonomía de la agorafobia como trastorno.

El DSM-5 informa de que la agorafobia presente una prevalencia anual de 1,7%. Vallejo (2016) señala que la proporción de individuos que presentan, a lo largo de la vida para este trastorno se estima en el 6,7%. En relación, al sexo es más frecuente en mujeres, de ha conexionado este hecho por los valores educativos y culturales que indicarían en una mayor subordinación en la mujer.

Curso

En lo que respecta al camino de la enfermedad, suele evolucionar crónicamente con subidas y bajadas. De manera general se ha podido observar que, durante el primer año, que el paciente vivió el ataque de pánico, es cuando suele presentarse la agorafobia.

La agorafobia adquiere frecuencia e intensidad, dependiendo de las veces revivan los ataques de pánico, es decir si son bastante repetitivos, la ansiedad y las anticipaciones, van tomando más valor y significado para el paciente, por lo que el paciente necesita aumentar su sensación de control y por ello se refiere que aparece la agorafobia, que podemos decir que se trata de uno de los trastornos más incapacitantes ya que la persona ve afectada su vida cotidiana.

A diferencia de otras fobias, la agorafobia es rara que se de durante la infancia. Hay dos periodos claves para el comienzo que son:

- Se dan más tarde que en el resto de las fobias
- Comienzan al final de la adolescencia y entorno a los 20-30 años.

Pero suelen acudir a consulta en torno a 5-10 años después del inicio del trastorno (Taylor, 2000). No remite espontáneamente con el paso del tiempo. Su evolución es variable y fluctuante, con agravamientos y remisiones parciales. Dichas variaciones pueden depender de la aparición de sucesos estresantes.

Comorbilidad

Muchos de los pacientes, coinciden además del trastorno de pánico con un trastorno depresivo precedente. Con frecuencia, otros trastornos de la ansiedad se manifiestan, como la fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo (Vallejo, 2016).

Se suele llegar a asociar por norma general con el trastorno de ansiedad por separación, a pesar de no haber una relación exclusiva. El trastorno de ansiedad por separación se puede relacionar tanto con agorafobia como con trastorno de pánico.

Un gran número de pacientes, que padecen agorafobia, también pueden presentar otros trastornos. Suelen darse con frecuencia otros trastornos de ansiedad que son consecuencia de la aparición de la agorafobia como son por ejemplo las fobias específicas, trastorno de pánico, trastorno de estrés postraumático y trastorno por consumo de alcohol, los trastornos por consumo de sustancias, el trastorno depresivo y el trastorno depresivo mayor. (Chappa, 1996).

1. 3 Evaluación y tratamiento

1.3. 1 Evaluación

En la evaluación sobre la fobia específica, a nivel general podemos ver los siguientes instrumentos, como los más relevantes según (Bados, 2017):

- La entrevista
- La observación
- Los autorregistros
- Los cuestionarios.

La entrevista estructurada, se utiliza con el fin de investigar la presencia de temores asociados con situaciones u objetos específicos, tanto para niños, adolescentes o adultos. Entre las características a explorar durante la entrevista podemos incluir:

- Nivel cognitivo
 - Emocional
 - Conductual
- Frecuencia, duración e intensidad
 - Condiciones que agravan o reducen el problema
 - Situación: Familiar, laboral o estudiantil, pareja, amigos
 - Historia del problema
 - Expectativas y objetivos del paciente
 - Información del tratamiento farmacológico

Otra de las medidas conductuales más aplicadas para los trastornos de ansiedad son las que se recogen por observación directa. Analiza la distancia, los obstáculos y las excusas que propone el paciente para no enfrentarse a la situación o al objeto temido. Se miden las reacciones que tiene la persona cuando se expone a dicho miedo (Antony y Swinson 2009). La observación no puede ir orientando del grado de ansiedad que le produce al paciente esta situación.

Los cuestionarios o autoinformes se recoge información relevante y mas detallada sobre el miedo específico del paciente. La información que se recoge esta relacionada con la conducta motora, sobre manifestaciones fisiológicas y sobre las cogniciones que presentan los individuos. Para ello se han generado un amplio numero de pruebas generales y específicas de miedo.

Se distinguen varios tipos de autoinformes, por un lado, los autoinformes generales, que evalúan mediante listados amplios de situaciones, el grado de malestar, ansiedad, temor, etc., o el grado de evitación que provocan los estímulos. Por otra partes los autoinformes específicos elaborados para cada subtipo , también se recogen respuestas conductuales, fisiológicas y cognitivas de los individuos ante los estímulos y situaciones que se presentan, pudiendo para ello responder ante las mismas según el grado de frecuencia de aparición, es decir el numero de veces que aparece el problema , ocurrencia de cierta respuesta, y por ultimo, el grado de ansiedad subjetiva que produce lo que se describe en el autoinforme o bien en que medida evita y escapa.

Por ejemplo:

- **Inventario de temores de Wolpe (FSS-III):** consta de 122 items que aluden a distintas situaciones susceptibles de ser temidas. Se evalúa la intensidad del miedo ante cada situación.
- **Cuestionario de miedos (FQ)** (Marks y Mathews, 1979): este cuestionario evalúa el grado con que se evita la situación fóbica mas importante para, el paciente, asi como quince restantes que se especifican. Permite medir la ansiedad y depresión conjuntamente, asi como ofrecer una valoración de la incapacidad producida por la fobia. Adecuado para valorar también la agorafobia, el miedo a las heridas y a las situaciones sociales.
- **Cuestionario de cogniciones Agorafóbicas y cuestionario de Sensaciones corporales (ACQ,BSQ)** (Chambles y cols. 1984). Son dos cuestionarios utilizados para medir el miedo al miedo. El primero está compuesto de 14 items y mide la frecuencia con la que el paciente tiene pensamientos catastróficos sobre las consecuencias de la ansiedad. El segundo consta de 27 items y mide el grado en el que paciente tiene miedo a diversas sensaciones corporales asociadas a la ansiedad.
- **Cuestionario de ataques de pánico** (Bados, 2000). Evalúa la intensidad, frecuencia y tipo de los ataques de pánico y el miedo/ preocupación sobre ataques de pánico futuros.

Otra medida de evaluación son los autorregistros, en los cuales, el paciente ha de observar y registrar aspectos importantes del miedo, durante cierto tiempo. Entre los parámetros que se registran se encuentran: la frecuencia, intensidad, contexto situacional o desencadenantes, respuestas fisiológicas, cogniciones y conductas de evitación o escape (Muris, 2019). Este tipo de registros favorece a obtener información detallada sobre variables que afectan al miedo, las cuales pueden ser de utilidad para la planificación del tratamiento.

Los problemas, de la fobia específica, ataques de pánico y agorafobia también pueden evaluarse a través de otras personas significativas para el paciente, como pueden ser la pareja, familiares, profesores, etc. ya

que pueden aportar información relevante. Este tipo de evaluación puede emplearse con niños, adolescentes y adultos (Sattler y Hoge, 2010).

1.3.2 Intervención

Principalmente, en la intervención en fobia específica y el trastorno de pánico con agorafobia lo que se ha utilizado ha sido técnicas del modelo cognitivo conductual, técnicas de relajación (Respiración diafragmática o respiración abdominal), exposición gradual, desensibilización sistemática, exposición interoceptiva modelado participante, reconstrucción cognitiva.

Sin embargo, debido a la evidencia empírica, muestran que la técnica que ha obtenido mejores resultados a la hora de utilizarse es la exposición en vivo.

Todos los tratamientos que utilizan la exposición, bien directa o de alguna manera, tiene su base de actuación en la extinción de las respuestas condicionadas por la ansiedad, es decir la presentación repetida de los estímulos condicionados, sin que aparezca nunca el estímulo incondicionado, lo que produce la extinción o disminución progresiva de la respuesta condicionada (Pavlov, 1997).

Entrenamiento en respiración abdominal y entrenamiento en respiración diafragmática: para ello, en primer lugar, el terapeuta explica al paciente los pasos de la técnica, y después se realizan varios ciclos (inspirado- apnea- espiración) de ensayos, antes de comenzar con la exposición. La duración de las sesiones oscila entre 50 y 60 min aproximadamente.

La exposición se trata una técnica, que se utiliza exponiendo al paciente a uno o varios estímulos ansiosos específicos de su problemática que le genera ansiedad y miedo y le provoca una inhibición en la respuesta, es decir, el paciente tiene que intentar no poner en práctica las conductas de evitación o escape. La exposición ayuda al paciente a poder ser consciente de como se enfrenta a la situación y le ayudará a que los niveles de ansiedad puedan ir reduciéndose de manera progresiva. Según Sosa y Capafóns, 2003, las fuentes de la exposición:

- **Habitación:** El paciente se habitúa a la situación temida cuando se enfrenta de manera directa al estímulo, haciendo que la ansiedad se reduzca de manera paulatina.
- **Extinción:** Una vez que la ansiedad no este presente cuando se presentan los estímulos temidos, quiere decir que se han extinguido las respuestas condicionadas por la ansiedad. Cuando aparece la extinción el paciente se da cuenta que las conductas de evitación que utilizaba no eran útiles, si no que la finalidad que tenían, eran de agravar el problema.
- **Cambio cognitivo:** Cuando el sujeto es expuesto a la situación y es capaz de confirmar que la catastrofización o la sobreestimación es consciente de que la sensación de peligro que anticipaba era exagerada, con la realidad. Por ello se reducen todas las interpretaciones que el paciente intuía ya que comprueba que no sucede lo que se esperaba.

- **Procesamiento emocional:** es el cambio que se produce cuando la habituación crea información incoherente con el miedo, como resultado disminuyendo los niveles del miedo, aquí sería el momento en el que se acepta el miedo como emoción, se comprende y a su vez se reduce su intensidad.

Los tratamientos de exposición abarcan estrategias como la inundación, exposición progresiva o gradual, desensibilización sistemática, exposición en imaginación y también otras técnicas psicológicas que pueden considerarse que tiene una base importante en la extinción.

- **Inundación o implosión:** la técnica de inundación implica exponerse al estímulo temido de forma masiva (bien sea en imaginación, en la realidad o en ambos) en toda su extensión y de forma prolongada. Este procedimiento plantea mantener al paciente experimentando su fobia con toda la intensidad que sea posible hasta que finalmente llega a ser tolerable, limitando la capacidad de escape o evitación (prevención de respuesta) para que se produzca el efecto de extinción de la conducta ansiosa. Para ello el terapeuta debe procurar bloquear el posible escape del paciente de la situación temida ya sea en la realidad como en imaginación, con el objetivo de producir la reducción del miedo y la ansiedad.
- **Desensibilización sistemática:** es una técnica, en la cual se entrena al paciente a relajar los músculos, empleando, por ejemplo, relajación muscular progresiva (Jacobson, 1934) mientras que se imagina el estímulo que le provocaba temor. Esta intervención tiene a su vez varios componentes. Durante el procedimiento, en primer lugar, se realiza un entrenamiento en relajación muscular progresiva, después se construye una jerarquía de miedos que determinara el orden de presentación verbal de los estímulos ansiógenos y finalmente, la desensibilización como tal que consiste en ir, elemento por elemento, realizando una exposición mediante las instrucciones verbales del terapeuta para producir la estimulación en imaginación, al tiempo que el individuo se relaja, cuando aparece la ansiedad, y así se va incrementando gradualmente la intensidad de los estímulos recorriendo esa jerarquía. De esta forma se le pide al paciente que imagine cada estímulo y al tiempo se va relajando con la ayuda de la terapeuta, hasta que disminuya la ansiedad en cada ensayo (Wolitzky et al., 2010).
- **Exposición progresiva o gradual:** supone el mismo proceso de extinción utilizando estímulos reales o situaciones aversivas relacionadas con el problema específico de que se trata. Supone tipificar las diferentes estimulaciones en baja, media y alta ansiedad para la persona, y durante el procedimiento se va trabajando la exposición, primero con los estímulos reales que producen baja ansiedad, hasta que esta desaparece, posteriormente se pasará a ensayos que representen una ansiedad media y cuando disminuyan, finalizará con ensayos de alta ansiedad. Este avance está supeditado al miedo que el paciente este en disposición de tolerar, a sus condiciones psicológicas, del tiempo de que se disponga y de la propia velocidad de habituación de la persona (Bados, 2012), la exposición es un procedimiento “bien establecido” para los problemas de ansiedad, fobias específicas, ataques de pánico y también para trastornos obsesivos compulsivos (Abramowitz, 2019). En general, la exposición gradual es la más factible tolerable, y puede además ser útil con

pacientes que se muestran reticentes a realizar la exposición por inundación o tienen una línea base alta de ansiedad (Katzman, 2014). en esta técnica van dándose pasos progresivos en el afrontamiento de los estímulos temidos, y la velocidad de aproximación esta consensuada entre el paciente y terapeuta. Es interesante señalar que la graduación de la exposición no sea graduada en exceso, dado que puede enlentecer el progreso y provocar desanimo en el paciente. Por tanto, sería bueno considerar una graduación tan rápida como el paciente pueda tolerar (Bados, 2012).

- **Exposición en imaginación:** es una técnica similar a la utilizada en la desensibilización sistemática. aunque únicamente se utiliza el componente de exposición. El terapeuta da instrucciones para que el paciente se imagine la estimulación aversiva lo mas vívidamente posible, dando lugar a la extinción, y progresando después a través de los distintos estímulos ansiogenos. La exposición en imaginación puede ser acompañada también de otros procedimientos y técnicas tales como tensión aplicada, relajación en diferentes variantes, el uso de autoinstrucciones, etc. (Bados, 2015).

Una de las herramientas fundamentales en la intervención es la psicoeducación como parte esencial de la intervención. La psicoeducación significa dar una explicación completa y detallada de la sintomatología de la paciente, como se origina y porque se mantiene en el tiempo, generando malestar y complicaciones en nuestro día a día. La psicoeducación permite al paciente que entienda como se ha producido su sitomatología. Por otro lado, gracias a la Psicoeducación la paciente no solo comprende los significados de lo que esta sintiendo, sino también se le muestra, como se va a trabajar durante todo el proceso, para que ella se sienta cómoda e informada.

Por otro lado, a parte de las otras técnicas explicadas anteriormente, se han utilizado otras técnicas cognitivas que se basan en la reestructuración cognitiva, ayudando a la paciente a ser capaz de racionalizar su propio pensamiento, con entrenamiento previo, como por ejemplo los autorregistros, explicados al comienzo del trabajo. Gracias a la reestructuración el pensamiento pierde la credibilidad.

CASO CLÍNICO

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE Y MOTIVO DE CONSULTA

2.1 Datos personales

S. es una paciente de 24 años, actualmente reside en Madrid junto a sus padres y su perrita, existe un buen ambiente familiar, donde se encuentra a gusto y segura. Tiene dos hermanos mayores que ella, que ya no viven en su domicilio, a pesar de la gran diferencia de edad entre ellos, siente que tiene una gran relación. S. hace unos meses acabo la carrera de económicas, que cursaba en una Universidad Rey Juan Carlos y actualmente se encuentra trabajando de ello, su trabajo es online pues no tiene que desplazarse si no quiere de su vivienda, tiene un contrato en prácticas, pero siente la esperanza que en un tiempo progrese y le mejoren las condiciones.

Actualmente no tiene pareja, ya que no si siente con ganas de comenzar una nueva relación, pero si cuenta con un gran numero de amistades, desde hace muchos años.

2.2 Descripción del caso

S. en septiembre del 2021 acude a consulta porque siente una gran preocupación de como esta gestionando su fobia al vomito.

La paciente ha estado en tratamiento durante 3 años y siente que su problema sigue estando presente en su vida, incluso puede añadir que siente que ha aumentado. Por ello decide cambiar de terapeuta a pesar de la desconfianza que siente, de que los tratamientos no sean efectivos para ella, ya que lleva 3 años en la misma situación si sentir una mejoría.

Cuando era más pequeña, cuenta que tuvo también fobia a la sangre y a las tormentas. También nos argumenta que siente que su abuela ha influido mucho en sus miedos, ya que a cualquier actividad que se plantease hacer, como por ejemplo montar a caballo, su abuela siempre la decía “ten cuidado de que mucha gente se ha quedado en silla de ruedas por culpa de un caballo” o cuando se ponía enferma “ vamos corriendo al hospital a ver si te vas a morir”, la paciente S. siente que muchos de estos comentarios le han influido en sus conductas y aumento de miedos.

S. cuenta también que hace 7 años sus padres se divorciaron durante un año y luego volvieron, para ella este reajuste o cambio, siente que amplio su inseguridad.

Actualmente es consciente que su fobia, le cohibe de realizar una vida normal de una persona de su edad. El tratamiento que le administro el psiquiatra es lexatin en cápsulas de 3 mgr cada 12 horas, que le ayuda a corto plazo a disminuir los pensamientos automáticos negativos.

La decisión de ir a consulta fue el ataque de pánico que le dio hace 3 años (2018), mientras se encontraba en un centro comercial con un amigo.

S. de repente comenzó a sentirse muy mal, le dolía mucho el estomago, y sus pensamientos de que en cualquier momento iba a vomitar, la iban a ver, iban a pensar falta de ella...la empezaron a dominar la mente, llevándola a un ataque de pánico, sensación que estaba perdiendo el control de la situación, ya que se desubicó, no sabia donde estaba el baño, comenzó a sentir como el corazón se le aceleraba. Desde ese momento siente mucho miedo, a que se repita.

Desde ese momento la paciente ha decidido tomar el control acerca de su alimentación, las horas en las que tiene que ingerir, donde puede salir y si sale donde debe colocarse.

S. vive en autentico control e hipervigilancia, donde su mayor refuerzo es la evitación que a corto plazo siente que la mantiene segura.

2.3. Evaluación del problema

A partir de la información que recogimos, durante las primeras sesiones de la paciente, se observan un número de conductas problemas, que afectan en su vida diaria, dichas conductas que se encuentran limitando la vida de la paciente son debidas al mantenimiento de dicho problema, que han facilitado a que S. aumente la necesidad de control y abandone ciertas actividades que realizaba.

Una de las principales conductas problemas que encontramos es la fobia al vómito, la paciente nos cuenta como poco a poco esta conducta le esta limitando en su día a día.

Comenzó con una dieta muy estricta (solo un filete de pollo), calculada para comer horas antes si iba a salir de casa, sus desayunos y resto de comidas siempre eran las misma ya que le daba seguridad de que no le iba a sentar mal y por lo tanto no vomitaría.

Ha dejado de utilizar el transporte publico por miedo a vomitar. A penas sale de su zona de su población, por necesidad de tener cerca su casa.

Cuando sale de casa necesita tener controlado donde tiene el baño, por si necesita tener que ir corriendo a vomitar.

No es capaz de comer comida basura (hamburguesas, pizzas, perritos...) actualmente come algo mas en comparación a hace unos meses que solo era capaz de comer un cacho de pollo, siempre en casa y con tiempo de sobra, si posteriormente va a salir de casa. Pensaba que unas tiras de pollo es lo único que le sentaría bien y no terminaría vomitando. Actualmente va mejorando la alimentación, pero sigue manteniendo la conducta de comer unas horas antes de salir de casa.

Evita ingerir cualquier tipo de alcohol, que la pueda sentar mal.

No es capaz tampoco de ir a cenar ni a comer fuera de su casa, ya que si es así esta hipervigilando continuamente si algo le va a sentar mal y va a tener que vomitar, por lo que prefiere evitar esta situación. Tampoco es capaz de montar en transporte publico, que pueda marearse o incluso ir en coche a largas distancias puesto que piensa que va a obtener el mismo resultado "vomitar".

Por ello ha decidido en multitud de ocasiones quedarse en casa, no salir, y dejar de sentir ese miedo por volver a sufrir un ataque de pánico y a su vez siente que rebaja su ansiedad de controla su fobia al vomito.

Todas estas situaciones de evitación van aumentando en su día a día, por lo que no le permite desencadenar su vida como ella en el fondo realmente quiere, incluso llegando a aislarse en muchas ocasiones.

Pero ella es consciente que el tratamiento recibido le ayudará a continuar con su vida tal y como era antes de sufrir el ataque de pánico, por ello quiere volver a intentarlo. Sin embargo, se ha de tener en cuenta que el estilo de vida que ha mantenido durante estos 3 años no han sido muy beneficiosos, puesto que, a largo plazo, ha ido incrementando la situación problemática, afectando negativamente a la paciente.

Le cuesta mucho tomar decisiones, pues siente una gran inseguridad a la hora de decidir, creando un aumento de su ansiedad, por si alguna de sus decisiones la pueden llevar a una conducta negativa hacia ella.

3. ESTRATEGIAS DE EVALUACIÓN

3.1 Instrumentos de evaluación

Las primeras sesiones fueron evaluativas, en las cuales como primer paso fue la unión y el vínculo entre el paciente y el terapeuta, parte fundamental de la terapia, para que en un futuro pueda resultar exitosa y más viniendo de una paciente que ya tiene antecedentes de otras terapias que no ha percibido mejoría. En estas sesiones ambos se han dado a conocer, a la paciente le ayuda a sentir ese espacio seguro y comenzar a confiar en la terapeuta para así poder desenvolverse con total naturalidad. Y a la terapeuta esta unión le ayudara hacer una mejor evaluación y tratamiento para la paciente.

En primer lugar, se trabajó con la entrevista semiestructurada elaborada, para la evaluación específica, donde se exploran otros aspectos genéricos como la historia del problema, los tratamientos anteriores que recibió la paciente, alteraciones en la vida cotidiana y tipos de afrontamiento de la conducta problema. La entrevista semiestructurada elaborada, que se le realizó a la paciente, ayudó a ver cuáles eran las limitaciones de su fobia, como ha ido restringiendo conductas, que hace tres años realizaba sin problema y que actualmente no se las podía plantear.

A continuación, se le pidió al paciente que nos realizara una línea de vida en la cual la paciente anotará los momentos más significativos que ha tenido a lo largo de su vida, ya sean positivos o negativos, y de esta forma también poder observar que vivencias de futuro puede proyectar. La línea de vida se trata de una recapitulación de nuestro pasado, en la que el paciente va a revivir situaciones y emociones que pueden darle un sentido que no habían visto y recibir un aprendizaje de cada una de esas situaciones.

Autorregistro: los autorregistros que se utilizaron fueron dos, el primero de ellos para poder identificar los pensamientos automáticos negativos, las emociones que le generaba a la paciente y por último, como reaccionaba.

Tabla 1. Autorregistro sobre la identificación de las emociones.

Situación ¿qué paso? Descríbela	Pensamiento ¿Qué pensé? Describe como son estos pensamientos: Si estoy anticipando, si son demasiado radicales, si son creados por mí o están basados en hechos reales...	Emoción ¿Qué sentí?	Respuesta ¿Qué hice?

El pensamiento es una capacidad que solo tiene el ser humano, pensamos por el lóbulo frontal, el pensamiento no aumenta la probabilidad de que algo ocurra (por mucho que yo piense que voy a vivir hasta los 100 años, no significa que vaya a ocurrir) tenemos la creencia de que el pensamiento negativo si lo pienso si que va a ocurrir.

- **Elaborado:** pensamiento dirigido a una acción, (*algo que vamos a hacer*) nos sirve para planificar, para organizar o para predecir o para prevenir una situación, es un pensamiento bastante optimo tenerlo.
- **Automático:** puede ser positivo, negativo o neutro, se suele adquirir más o menos a los 5 años. Anterior los niños tiene un pensamiento explicito (a través del lenguaje) cuando vamos adquiriendo mayor desarrollo cognitivo vamos aumentando en edad el lenguaje se vuelve un lenguaje interno (Por ejemplo: entrar en un sitio y pensar que me da vergüenza haber si me dicen algo, esto es un pensamiento interno, en cambio un niño lo verbaliza, lo que ocurre es que baja la velocidad de pensamiento).

Cuando la paciente aprende a saber identificar el pensamiento y ya saber que hay determinadas situaciones en las que va, aparecer con una mayor frecuencia, que es antes de poder hacer todas esas situaciones que les generen ansiedad, por que el pensamiento es muy rápido, puede aparecer porque vea un cartel, por que vea una imagen de..., porque le aparezca un recuerdo de... y eso elabora una cadena de pensamientos. Velocidad de pensamiento entre 80 y 100 (Kail & Salthouse, 1994).

Cadena de pensamiento negativo:

- “ Esto es terrible”
- “ No puedo respirar”
- “ Me esta sentando fatal”
- “ No debería sentirme de este modo”
- “ Esto indica que me va a pasar algo”
- “ No voy a poder manejar esto”
- “ ¿Por qué me tiene que suceder esto?”
- “ Todo es horrible”
- “ Nunca voy a mejorar”
- “ No puedo hacerlo”

- *“ Seguro que me van a preguntar cosas y no voy a saber que decir”*
- *“ Parezco tonta e incompetente”*
- *“ Estoy a punto de perder el control”*
- *“ Espero que no me salga fatal”*

Por otro lado, se utilizó otro autorregistro que introdujo los pensamientos distorsionados, para que la paciente pudiera identificarlos en las distintas situaciones que se le presentaron y de esta manera comenzar a racionalizar el pensamiento.

Tabla 2. Autorregistro sobre la identificación del pensamiento distorsionado.

Situación ¿qué paso? Descríbela	Pensamiento ¿Qué pensé? Describe como son estos pensamientos: Si estoy anticipando, si son demasiado radicales, si son creados por mí o están basados en hechos reales...	Emoción ¿Qué sentí?	Distorsión cognitiva. Identificarlo	Pensamiento alternativo. Reestructuración

Los pensamientos distorsionados, surgen de nuestro diálogo interno, se trata de una conversación que mantenemos con nosotros mismos y que en muchas ocasiones no, nos damos cuenta, de las interpretaciones que estamos haciendo a esa conversación. Hasta el punto de que aumentando tanto el grado de credibilidad del pensamiento, que nos lo creemos como cierto, sin saber si ha ocurrido.

Tipos de pensamientos distorsionados: pensamiento dicotómico (el extremo), sobregeneralización (afirmar una situación que como ya ha ocurrido, tiendo a pensar que volverá a ocurrir, abstracción selectiva (nivel laboral o salud) , incidencia arbitraria (adivinación de futuro y lectura de pensamiento), los deberías (pueden ir contra uno mismo “culpa” o pueden ir hacia los demás “enfado o ira”, etiquetación (acabarse juzgando como persona).

Si el pensamiento que tengo lo puedo encajar dentro de una distorsión cognitiva es un pensamiento que es falso, no tiene ningún sentido, por que estamos intentado pensar con aspectos relacionado con el futuro.

Cuestionarios que se le pasó a la paciente fueron tres:

- **BAI:** *“Se construyó con la intención de disponer de una medida de ansiedad clínica que a su vez permitiera discriminar la ansiedad de la depresión”* (Beck y Steer, 1993). Este compuesto, por 21 ítems. Última validación en castellano fue de Magán, Sanz y García-Vera (2008).
- **BDII:** *“Valorar la presencia de síntomas depresivos y su gravedad. Se construyó como “un instrumento de evaluación de la gravedad de la depresión en pacientes adultos y adolescentes con diagnóstico psiquiátrico” Esta compuesto, por 21 ítems”,* (Beck, 1996). El análisis de su validez de contenido en castellano fue realizado por Sanz, Izquierdo y García-Vera (2010).
- **SCL-90:** *“Este inventario ha sido desarrollado para evaluar patrones de síntomas presentes en individuos y puede ser utilizado tanto en tareas comunitarias como de diagnóstico clínico). Este compuesto, por 90 ítems”.* (Derogastys, 1994). Adaptación en español (Caparros-Caparros, et al., 2007; De las Cuevas, et al., 1991; González de Rivera, De las Cuevas, Rodríguez & Rodríguez, 2002, Martínez-Azumendi, Fernández-Gómez & Betia-Fernández, 2001; Robles, Andreu & Peña, 2002).

4. FORMULACIÓN DEL CASO

4.1 Análisis psicológico del problema

Hipótesis de Origen.

Los miedos durante la infancia, la información anticipatoria negativa que le daba su abuela y el divorcio con la reconciliación de sus padres la crearon un estado de indefensión constante que lo que hacía era que cualquier situación que generase miedo e inseguridad.

Por ello genero las estrategias de control e hipervigilancia, que le ayudaban a no tener que exponerse a situaciones que pudiera pensar que le podían generar ansiedad.

Estas estrategias de evitación que S. pone en marcha, no son nada saludables para ella pero en muchos momentos para la paciente siente que es bueno porque evita el malestar, evita tener conflictos con el resto, pero muy a largo plazo suele pasar factura, no hace dudar más, la seguridad nos baja, la autoestima también, y los niveles de frustración con ella misma también, porque aparece el “y por que no le dicho...” y si le hubiera dicho...”, “ porque tengo que hacer esto si yo no lo quiero...” en el medio plazo casi siempre suele pasar factura.

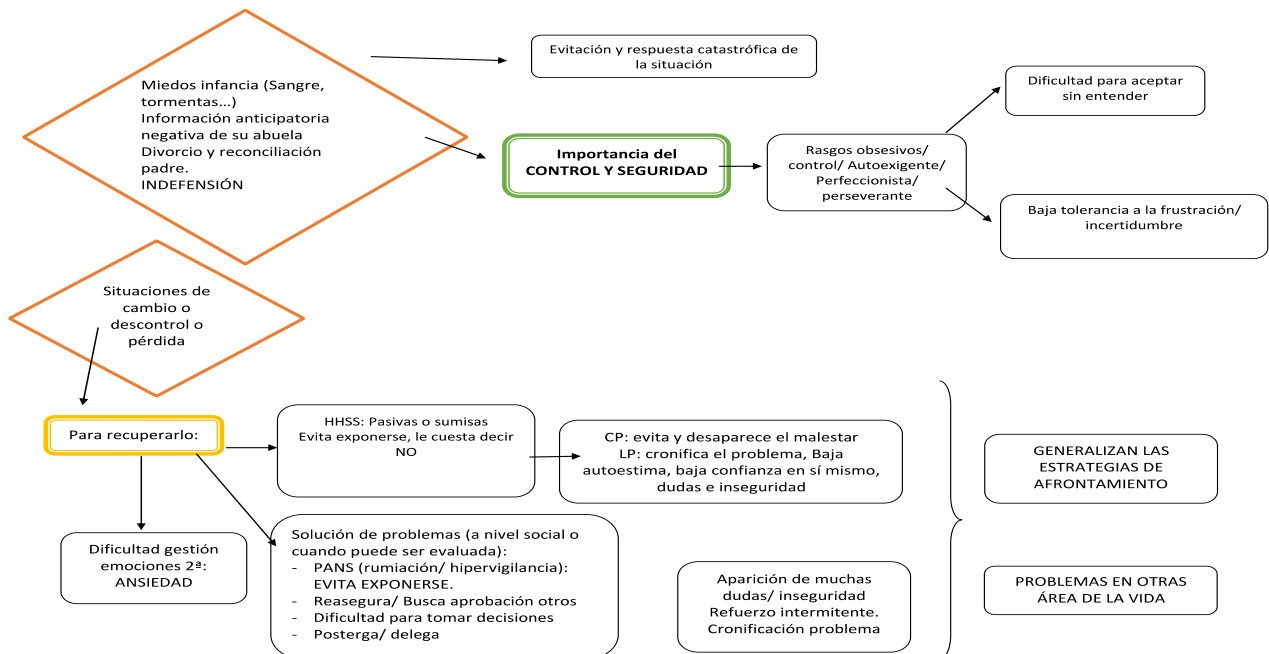
Otra de las estrategias que utiliza, la solución de problemas, en problemas que no controla, o en situaciones que no depende de la paciente, se vuelve muy rumiativa y muy hipervigilante y evita si o si exponerse, anticipa determinados problemas, esta anticipación va ligada con la necesidad del control, por que la anticipación es una de las primeras estrategias que el ser humano utiliza para prevenir diferentes situaciones problemáticas, *¿Cuál es el problema?* Que a veces nos pasamos con nosotros mismos. S. utiliza una cantidad de recursos para tener el control de su situación, que es agotador, pero lo continúa haciendo porque le gusta anticipar y sentirse segura.

Reaseguación buscar aprobación de los demás, buscar la tranquilidad a veces en nosotros, por eso a veces preguntamos, tiene tanto apoyo en su madre, en lo que ella le diga, porque es verdad que busca en ella que la tranquilice, la reaseguración tiene la función ansiolítica, entonces la tiende a utilizar porque a corto plazo le ayuda. Evita enfrentarse a determinadas situaciones, en las que percibe que no va a ver la consecuencia final de lo que va a ocurrir esto hace que dude mas, por lo que hace que le cueste mas tomar decisiones y en algunas situaciones las posterga, llega a evitar en el corto plazo tanto que la postergación se hace continua, esto a corto plazo hace la misma función que antes, evita el malestar, evita enfrentarse, pero en el medio y largo plazo a parecen muchas dudas, inseguridades se cronifica el problema y acaba perdiendo muchas otras cosas.

A nivel de gestión emocional, lo realiza de una manera correcta, identifica muy bien la tristeza, cuando esta bien, y es capaz de generar un pensamiento positivo, pero a parece mucha emoción secundaria, esta emoción secundaria es la ansiedad y la ansiedad viene de la importancia que le da al control y a la seguridad. A lo largo de la vida le han funcionado, porque generalmente estas estrategias a corto plazo funcionan, pero el problema esta en cuando se es capaz de generalizarla a otro tipo de situaciones como estrategia de afrontamiento y comienzan a general dificultades en otras áreas de nuestra vida.

¿Con todo esto porque ocurre o porque se da? Porque a corto plazo funciona, se desahogaba emocionalmente, la ansiedad se reducía, tenia mas control, explicaciones a lo que ocurría, tenia mas alivio, evitaba exponerse y a las consecuencias negativas que pudiera traer cuando viene el problema, Cuando aparecen las consecuencias a medio y a largo plazo, aumenta la ansiedad, la tristeza, los pensamientos, la baja autoestima, la seguridad, el aislamiento.

Figura 9. Esquema de hipótesis de origen.



Mantenimiento

En el 2018, primer ataque de pánico, inicio de la fobia al vomito. La fobia comienza, cuando comienza a evitar, empieza a sentir que algo le es desagradable, pero cuando de manera continuada utiliza la evitación, es cuando se puede decir que se establece la fobia, en el momento en que dejo de salir, de ir a los centros comerciales, quedar con los amigos, ir a los bares, montarse en un coche...aquí es cuando empieza el problema.

Esto se da por dos variables:

Es por todo lo que trae del pasado y que en el momento actual hay situaciones que se disparan:

Situaciones que no controla:

- Coches
- Centros comerciales
- Transporte publico
- Hospitales
- Situaciones que están fuera de su zona de confort
- Situaciones con niños
- Situaciones en la que puede prever esa situación tan temida, aumente la probabilidad de darse
- Pensamiento automaticos negativos (Anticipaciones)

Cognitiva: forma de interpretar y de entender el mundo

- Anticipaciones de futuro: “ y si...” “ Me va a...” este el factor determinante para identifica la anticipación y a veces la lectura de pensamiento (lo que los otros pueden pensar acerca de mi).
- Los debería: esto puede general o culpa o frustración.
- Hipervigilancia: va mas pendiente que otras personas a todo su entorno y una atención focalizada a todos sus síntomas. Esta hipervigilancia hace que tenga fallos en la atención, fallos en la concentración, le cueste mas trabajo relacionarse con los demás, disfrutar de cualquier momento De esta atención focalizada aparece una:
 - Interpretación catastrófica del síntoma “ No lo voy a poder soportar...” “Que asco...” “ me va a dar un ataque de pánico...” “ Me van a tener que llevar al hospital...” toda la interpretación es muy excesiva y esto lo que hace es incrementar los niveles de ansiedad.
- Pensamientos rumiativos: es capaz de darle muchas vueltas a la cabeza sobre algo y a veces también la parte autocritica y esto lo que hace es que este directamente influenciado con un bajo estado de animo.

Emocional

Ansiedad a corto plazo y frustración

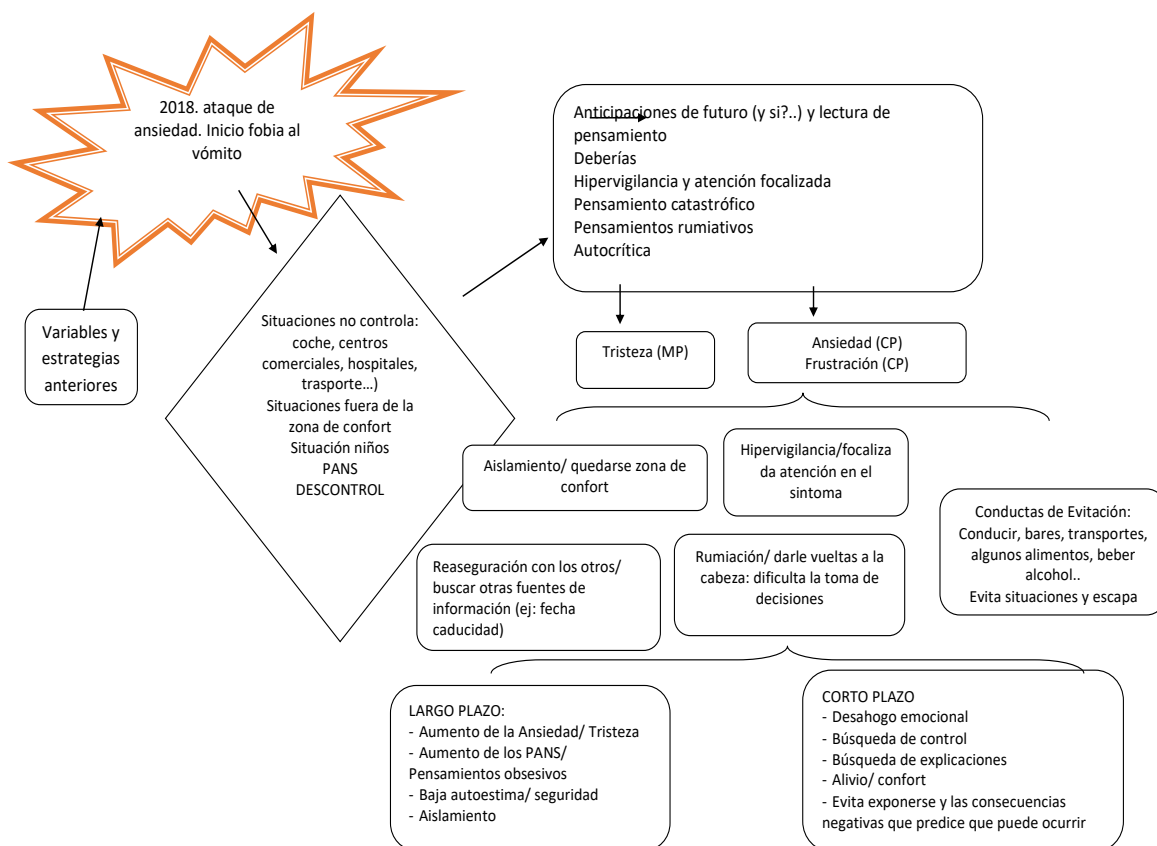
Medio y largo plazo crea una sensación de bajo estado de animo → tristeza, de no encontrarse bien, de darse cuenta de que, su vida no es la que tenia y tampoco es la que le gusta.

Conductual

Tiene diferentes estrategias:

- Mantenerse en su zona de confort → Aislamiento
- La hipervigilancia o la atención focalizada en el síntoma, por ello puede palpase, mirar en internet, puede preguntar, porque quiere reasegurar que esta bien, que no va a tener ansiedad o no va a vomitar.
- Conductas de evitación: conducir, ir a los bares, el transporte, comer algunos alimentos, el alcohol y puede evitar diferentes situaciones o escapar cuando se encuentra en ellas.

Figura 10. Esquema de mantenimiento de la conducta problema.



4.2 Análisis funcional

Tabla 3. Análisis funcional de la conducta problema. Alto niveles de evitación e hipervigilancia, necesidad de control y reaseguración.

ANTECEDENTES	CONDUCTA	CONSECUENTES
<p>Lejanos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Miedos en la infancia: sangre y tormentas - Información anticipatoria negativa de su abuela - Divorcio y reconciliación de sus padres <p>Desencadenantes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Episodio de un ataque de ansiedad en el 2018. - Inicio de la fobia al vomito <p style="text-align: center;">Próximos</p> <p>Externos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Situaciones que no controla - Buscar aprobación en los demás <p>Interno</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pensamientos anticipatorios de que va a vomitar - Sentir que no va a poder controlar la ansiedad - Angustia de que alguien la vea vomitar - Pensamientos anticipatorios de que algo le va a sentar mal - Sentir seguridad - Tomar decisiones <p>Estímulos Delta</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aislamiento 	<p>Nivel cognitivo</p> <p><u>Anticipaciones de futuro:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - “Y si vomito” - “Y si alguien me ve” - “Y si me da a dar un ataque de pánico” - “Y si me sienta mal” <p><u>Los debería</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - “Debería quedarme en casa” - “No debería comer esto” - “No debería ir tan lejos” - “Debería comer unas horas antes de salir” - “No debería tomarme esa copa de vino” <p><u>Hipervigilancia</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - El nivel de ansiedad - “Si los otros me miran” - Atención focaliza en el síntoma - Mirar en internet - Mirar las fechas de caducidad de los productos <p><u>Pensamiento dicotómico o catastrófico</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - “No voy a poder soportarlo” - “Me va a dar un ataque de pánico” - “¡Qué asco!” - “Me van a tener que llevar al hospital” <p><u>Pensamientos rumiativos</u></p>	<p>Corto plazo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mantenerse en su zona de confort. (R+) - Búsqueda de control (R+) - Evitar exponerse al estímulo o la situación temida (R-) - Evitar exponerse a las interpretaciones negativa que anticipa que van a ocurrir (R-) - Reaseguración con su familia(-) - Reducción de la ansiedad (R-) <p>Largo plazo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aumento de los pensamientos automáticos negativos - Aumento de la ansiedad - Aumento de la sensación de tristeza y culpa - Aumento de pensamientos obsesivos - Baja autoestima - Aumento de la inseguridad - Aislamiento

<ul style="list-style-type: none"> - Reaseguración con sus padres - Parada de pensamiento 	<ul style="list-style-type: none"> - “Me van a ver vomitar y les voy a dar mucho asco” <p>Nivel fisiológico</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dolor de estomago, malestar, sensación de mareo, ahogo, nauseas, presión en el pecho. <p>Nivel motor</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conductas evitativas - Reaseguración - Aislamiento <p>Nivel emocional</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sensación de tristeza, angustia, frustración, miedo, inseguridad, preocupación, y culpa. 	
---	---	--

4.3 Resultados obtenidos de los tests

- **BAI**

S. presenta un nivel de ansiedad grave con una puntuación de 30, según los criterios de interpretación del test (Beck y Steer, 1990).

- Los ítems que marca con mayor con mayor puntuación (3) son:

- “ Miedo a que suceda lo peor”
- “ Mareos o vértigos”
- “ Nerviosismo”
- “ Miedo a perder el control”
- “ Estar asustado”
- “ Ingestión o molestias en el abdomen”
- “ Sudoración (no debida al calor)”

Se decidió pasarle esta prueba ya que la paciente presentaba sintomatología ansiosa, taquicardias, sudoración, mareos, dolor de estomago, presión en el pecho, sensación de falta de aire, miedo a enfrentarse al estímulo temido, frustración.

Por ello junto con la evaluación que se le ha realizado a S., podemos confirmar el alto nivel de ansiedad, dotando de importancia, a todos los síntomas que se le presentaron cuando vivenció el ataque de pánico, y el miedo que tiene actualmente de que le vuelva a ocurrir. Por otro lado, sus respuestas también nos remarcar su ansiedad fóbica a la hora de interpretar sus síntomas, dándole una mayor interpretación de lo que siente.

- **BDI-II**

S. presenta un nivel de depresión leve con una puntuación de 11, según los criterios de interpretación del test. Con lleva una interpretación, que indica, que la paciente se enfrenta a episodios de tristeza, pero no de formar excesiva.

Unos de los ítems que marcó con mayor puntuación fue:

- Con una puntuación de (2):
Tristeza: “Me siento triste continuamente”
Auto-critica: “Critico todos mis defectos”

Se decidió pasarle esta prueba ya que durante la entrevista expresaba emociones de tristeza, estrés, soledad, angustia, culpa y desesperación por el miedo que siente al pensar en el ataque de pánico, ya que se trata de un pensamiento continuo del cual se siente estancada y no puede avanzar o salir del problema.

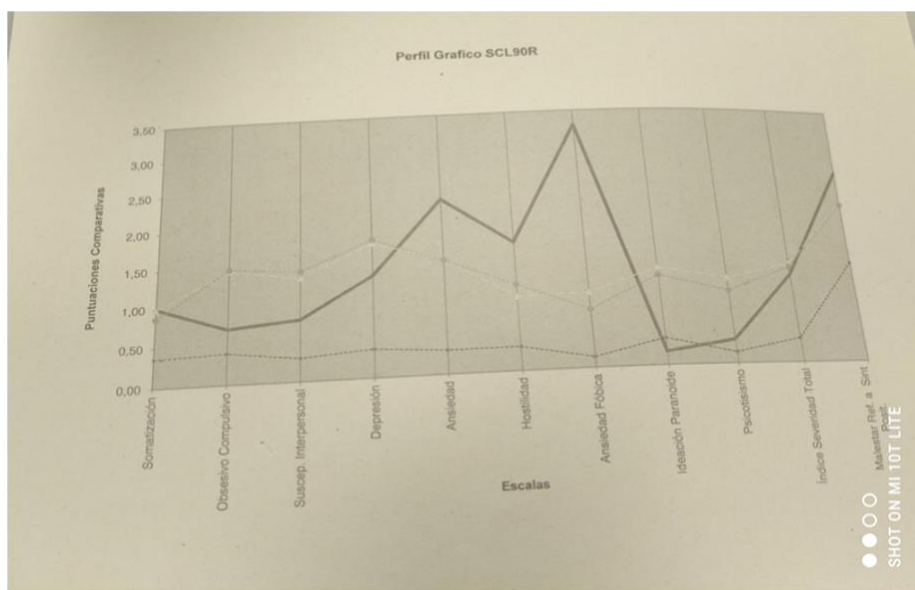
- **SCL-90R**

Los ítems más significativos que encontramos en la paciente con una puntuación de 4 son:

- “ Pensamientos desagradables que se repiten sin abandonar su mente”
- “ Sentimientos críticos hacia los demás”
- “ Sentirse fácilmente irritado o enfadado”
- “ Tener miedo a salir de casa”
- “ Nauseas o molestias en el estomago”
- “ Palpitaciones o taquicardias”
- “ Dificultades para tomar decisiones”
- “ Miedo a viajar en autobús, metro o tres”
- “ Tener que evitar ciertas cosas, lugares o actividades porque le asustan”
- “ Tener momentos de terror o pánico”
- “ Sentimiento de culpa”

A continuación, se muestra la gráfica con los resultados de la paciente obtenidos, tras la corrección del test, aplicado:

Figura 11. Gráfica de corrección del SCL-90-R



- A nivel de somatización lo que identifica es que hay veces que presenta diferentes molestias físicas que bien no son realmente tan intensas, tan agudas, o no son tan duraderas pero que, con la hipervigilancia y la atención focalizada, hace que le presente mucha más atención y hace que dejes de hacer cosas con esta sintomatología que está teniendo o bien que preste más atención de la que debería.
- Rasgo obsesivo compulsivo: esto nos indica hasta qué punto nosotros somos rígidos en nuestras creencias y nuestros hábitos. Y lo que muestra es que sí, es decir que puede tener una creencia bastante rígida, bastante perseverante, pero nada fuera de común.
- Suspición interpersonal: relacionado con las habilidades sociales, la creencia de que los demás pueden pensar e interpretar cosas negativas sobre uno mismo. Las puede tener puntualmente pero no en exceso, donde se le dispara en la ansiedad fobia.

- La ansiedad fóbica es tan elevada por la evitación, finalmente lo que hace es corroborar y dar mas peso a esta idea. Esto hace que su estado de animo no sea tan positivo como le gustaría y lo que si despierta es en los picos de ansiedad.
- Ansiedad y hostilidad: esto no significa que sea hostil, que sea borde, o que este irritable con los demás, pero si identifica que este consigo mismo, que no le gusta, que no esta conforme consigo misma, que le gustaría cambiar, pero ese pico es tan elevado que no se lo permite.
- Ideación paranoide y psicoticismo: hasta que punto valoramos la credibilidad, ella puede tener un pensamiento, pero lo que identifica muy bien es que es capaz de quitarle y valorarle la racionalidad del pensamiento.
- Índice de severidad total y malestar referente a la sintomatología : Hasta que punto todos estos síntomas o todo este que ocurre genera interferencia en otros ámbitos de nuestra vida, y la respuesta es que si porque evita muchísimo, y contra mas evite menos estamos en el mundo real, mas cosas nos perdemos y por ello a la paciente le limita, pierde irse de vacaciones con los amigos, pierde irse a tomar una copa, pierde ir a los valores, se pierde conversaciones y cada vez le cuenta más hacerlo, porque en el fondo aprendido que estar en su casa, en la su zona de confort o ir a comer con sus padres a un bar cerca de casa o con un amiga donde haya podido controlar la situación, se va a sentir mejor, pero aunque ella racionalmente lo piense no lo hace, porque tiene la concepción de que cuanto más lejos, mas probabilidad tiene de que vomite.

4.4 Diagnostico diferencial

A partir de la información obtenida tras realizar la evaluación psicológica, la sintomatología que S. presenta coincide una fobia específica, debido a la posible repetición de vomitar, al cumplir los criterios diagnósticos establecidos por el DSM-5 (APA, 2014).

También podemos añadir a su diagnostico el trastorno de pánico con agorafobia ya que cuadra con la sintomatología que presenta según los criterios establecidos por el DSM-5 (APA,2014).

5. TRATAMIENTO

5.1 Objetivos y técnicas del tratamiento

En primer lugar, antes de comentar los objetivos terapéuticos que nos planteamos durante la evaluación, se contemplaron una serie de objetivos que el paciente demanda en la consulta, siendo estos los siguientes:

- Necesidad de no tener miedo constante
- Volver a tener la vida de unos años atrás
- Controlar sus emociones
- Volver a ser feliz

A partir de los objetivos demandados por el paciente, se plantearon los siguientes objetivos terapéuticos, de los cuales se utilizaron ciertas técnicas, para la mejora terapéutica del paciente, son los siguientes:

Tabla 4: Objetivos y técnicas terapéuticas:

Objetivos	Técnicas
Comprender de donde viene la conducta problema y por que se mantiene	Psicoeducación Devolución del análisis funcional
Aprender a detectar los pensamientos automáticos negativos	Psicoeducación
Reducir la ansiedad a nivel fisiológico	Entrenamiento en respiración diafragmática
Reducir la ansiedad a nivel cognitivo	Reestructuración cognitiva
Eliminar las conductas de evitación de huida y las de seguridad en las situaciones agorafóbica	Exposición gradual
Aumentar el estado de animo	Activación conductual Incremento de actividades gratificantes Mejorar el autoconcepto Reconocer habilidades, fortalezas y dificultades

5.2 Tratamiento aplicado

En el presente estudio, se muestra la intervención que tuvo lugar en un total de 10 sesiones, que se pudieron observar mediante las prácticas realizadas. Las sesiones tenían una duración de 1 hora, todas ellas en formato presencial. Se decidió ver a la paciente de manera semanal, para garantizar la continuidad del tratamiento.

En la primera sesión de intervención se devuelven los resultados de la evaluación realizada, así como una explicación funcional del origen y mantenimiento de su problema, o en caso necesario, clarificar aspectos de la evaluación y entrevista realizadas que no hubieran quedado claros. También se realizará la explicación de la confidencialidad y posteriormente se le entregará consentimiento informado, para que lo firme.

El desarrollo del tratamiento se fundamenta en el Modelo Cognitivo conductual, ya que se centra en el alivio de los síntomas como objetivo terapéutico. Por un lado, tanto el paciente como terapeuta están de

acuerdo con que los síntomas de la ansiedad producen malestar y sufrimiento. Si esto fuera tan sencillo entonces el tratamiento sería tan simple como la eliminación de los síntomas. Sin embargo, de manera general suele haber más, como en caso de S. que la evitación es uno de los causantes de que la ansiedad se mantenga durante el tiempo.

En las primeras sesiones de tratamiento se comenzó a trabajar con la paciente a través de la psicoeducación, para comenzar con un aprendizaje sobre su propia sintomatología, comprender que le ocurre y por qué le ocurre, de esta manera la paciente empezará a ser consciente de sus conductas problemáticas, de cómo actúa ante los estímulos o situaciones temidas y aprender a trabajarlas.

Tabla 5: Cronograma terapéutico

Sesión	Objetivos	Técnicas
1,2,3	Evaluación inicial	Entrevista semiestructurada, línea de vida y cuestionarios.
4	Comprender el origen del problema y por qué se mantiene	Devolución del análisis funcional y devolución de resultados de los tests.
5, 6	Comprensión de la sintomatología	Psicoeducación
7	Reducción de la ansiedad a nivel fisiológico	Entrenamiento en respiración diafragmática
8	Comprensión de cómo funciona el pensamiento. Trabajamos con el listado de conductas que le provocan ansiedad. Cadena de pensamiento	Psicoeducación y entrega de autorregistro Reestructuración cognitiva Jerarquía de situaciones
9	Revisión de autorregistros e identificación del pensamiento distorsionado	Psicoeducación, Feedback terapéutico Entrega de nuevo autorregistro.
10	Revisión de autorregistro, listado de situaciones que evita o que hace con malestar y ansiedad (niveles de jerarquía)	Feedback terapéutico.
11	Afrontamiento de situaciones reales	Jerarquía de exposición

Como hemos podido ver anteriormente, **las primeras tres sesiones** fueron de evaluación y recogida de datos. La primera sesión con la paciente fue evaluativa, en la cual nos cuenta los motivos por los que acude a consulta. Como se siente, y cómo le ha estado repercutiendo en todos estos años.

Se le pide que para la siguiente sesión elabore una línea de vida, con aspectos positivos y negativos. En la segunda y tercera sesión nos cuenta la línea de vida que ha hecho, y como le ha influido todo aquello en su vida actual.

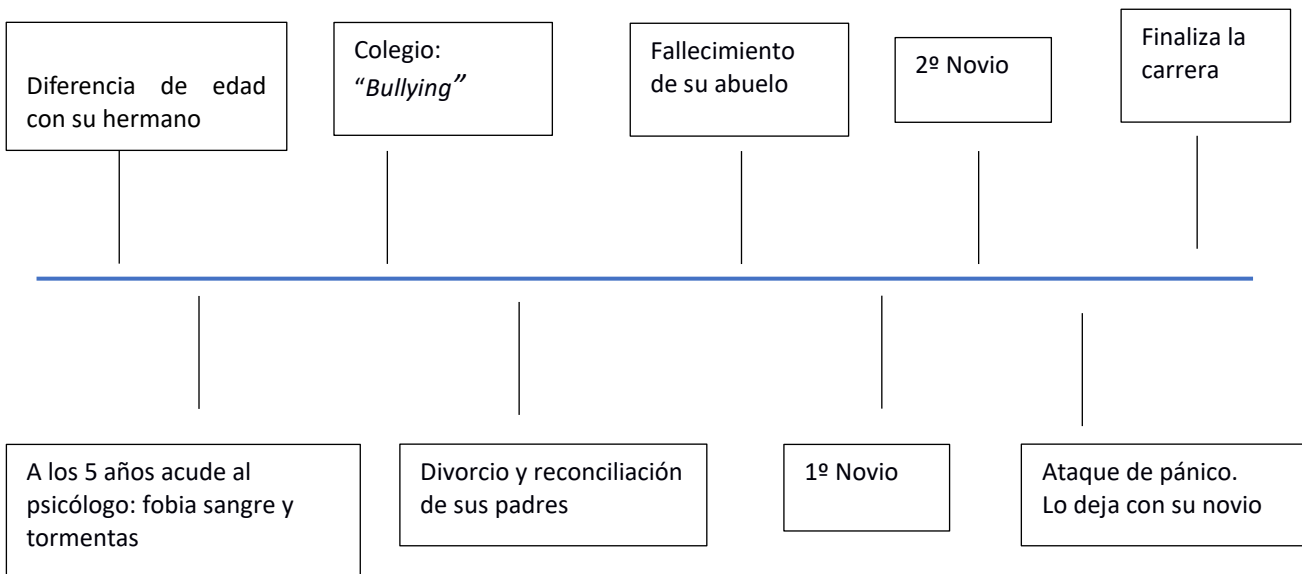
Línea de vida

La paciente realizó una línea de vida con todos aquellos sucesos que para ella han sido importantes, gracias a la línea de vida, la paciente fue abriéndose más a la psicóloga, y desglosando todos aquellos aspectos de vida que son y han sido significativos.

La línea de vida a nivel terapéutico, con ayuda a colocar un orden entre todos los sucesos experimentados por la paciente, dándoles nombre y fecha.

En la presente línea de vida no se añaden fechas para mantener la confidencialidad del paciente. Se trata de una línea representativa de las situaciones que se trabajaron más adelante.

Figura 12. Línea de vida



Al final de la sesión, se le entregó una batería de tests para la siguiente sesión descritos anteriormente (BAI, BDII y SCL-90).

En la **4ª sesión** se realizó la devolución del análisis funcional de la paciente y, los resultados obtenidos de los tests, de esta manera se le ayuda a comprender a la paciente cual fue el origen de su sintomatología y que por qué lo mantiene en el tiempo. Se le comenzó a dar indicaciones de cómo vamos a trabajar durante el tratamiento psicológico.

En la **5ª sesión** se realizó psicoeducación entre miedo y ansiedad. Es importante establecer la diferencia entre miedo y ansiedad. En primer lugar, *“el miedo es una reacción de alarma inmediata ante el peligro que se caracteriza por fuertes tendencias a manifestar conductas de escape y con frecuencia, por un impulso de la rama simpática del sistema nervioso autónomo”* (Barlow y Durand 2004). El miedo implica una focalización específica ante una amenaza, existe una relación conocida entre el peligro y la respuesta. El miedo de manera general se presenta en episodios, provocado por señales de amenaza, identificables y produce una tensión circunscrita a ese estímulo que provoca sensaciones corporales de emergencia, y que motivan al individuo a la evitación y escape de la situación o el estímulo. Esto provoca la disminución de esta emoción cuando se retira la amenaza en cuestión. (Rachman,1990).

La ansiedad, por su parte, tiene un origen incierto respecto a la amenaza, en tanto que no existe conexión conocida entre el peligro y la respuesta, la cual es continua, produciendo desasosiego. Se experimenta un estado de activación no dirigida a la acción, evitación y escape, aparecen sensaciones de vigilia, y la amenaza rara vez es inminente (Valiente, 2000).

S. nos cuenta que ha salido con sus amigos a cenar y luego fue a una discoteca con ellos, no se sintió mal, pero si reconoce que estuvo continuamente pendiente del baño.

Sus niveles de ansiedad

- Antes de salir un 8
- Cuando llego un 4

Una de las principales estrategias del cambio, y para el futuro lo que mas mantiene el problema o lo que hace que antes desaparezca siempre es el cambio conductual, es decir lo que haces, siempre es el factor que mantiene, y el pensamiento es el que lo facilita, por ejemplo *“si yo pienso que esto va ser horroroso”,* no voy a poder, tengo mucha ansiedad, me va a dar un ataque de pánico, ese pensamiento nos facilita la aparición del mantenimiento de la ansiedad, lo que la mantiene es la conducta, es la evitación, el aislamiento, la distracción, la reaseguración con otras personas, lo que se trabajara con ella manejar ese pensamiento para que la exposición sea mas fácil es decir que cuando ella se plante salir con sus amigos no tenga una ansiedad de 8, por que con la valentía que tiene que con una ansiedad de 8 sea capaz de salir con ellos. Por eso es muy importante enseñarla que tiene que hacer para que cuando llegue al bar este en una ansiedad de 4 y se mantenga en 1.

La ansiedad de 1 estará durante un tiempo, pero podrá ser capaz de disfrutar la situación, de escuchar y entender las conversaciones.

Este procesamiento del pensamiento también le ayudará si se encuentra con una situación que se sale de su control, por ejemplo, si de repente esta en el bar con una ansiedad de 1 y escucha toser, en ese momento su ansiedad se disparará, pero con las estrategias podrá con controlarlos.

En la **6ª sesión** trabajamos con S. a través de la psicoeducación como funciona un ataque de pánico.

Diferencia entre ansiedad y pánico. La ansiedad es el síntoma físico: taquicardia, problemas en el estomago, aumenta la capacidad o ritmo respiratorio, temblores, fríos, calores, dilatación de las pupilas...

“El pánico me lo da el pensamiento”: generalmente son pensamientos catastróficos, me va a dar un ataque de pánico, voy a vomitar, me voy a volver loca, me voy a morir... ese pensamiento catastrófico, como es tan elevando y tan dramático, genera el área motora, principalmente lo que hace es escapar de las situaciones o evitarlas.

Estimulo:

La ansiedad, solo suele aparecer en ciertas situaciones

1. En una situación agorafóbica: se encuentra en una situación que te hubiera gustado evitar, de repente tu mente es invadida por los pensamientos automáticos negativos catastróficos y las sensaciones fisiológicas aparecen rápidamente.
2. Pánico previsible en una situación asegurada: por ejemplo, hemos tenido un día de mucho estrés, temes que aparezca la ansiedad y finalmente aparece acompañada de los pensamientos automáticos negativos.
3. Pánico imprevisible en una situación segura: estas en una situación segura, pero aparecen sensaciones fisiológicas, en este momento aparecen los pensamientos automáticos negativos y seguidamente la ansiedad.
4. Pánico por anticipación: Anticipo por adelantado con los pensamientos automáticos negativos que voy a sufrir ansiedad y finalmente la sufro.

El estímulo que desencadena la ansiedad puede ser:

- Externo
- Interno (pensamientos automáticos negativos o sensaciones fisiológicas)

Pensamientos catastróficos

Son interpretaciones catastróficas que hacemos de nuestras sensaciones corporales.

Respuesta fisiológica

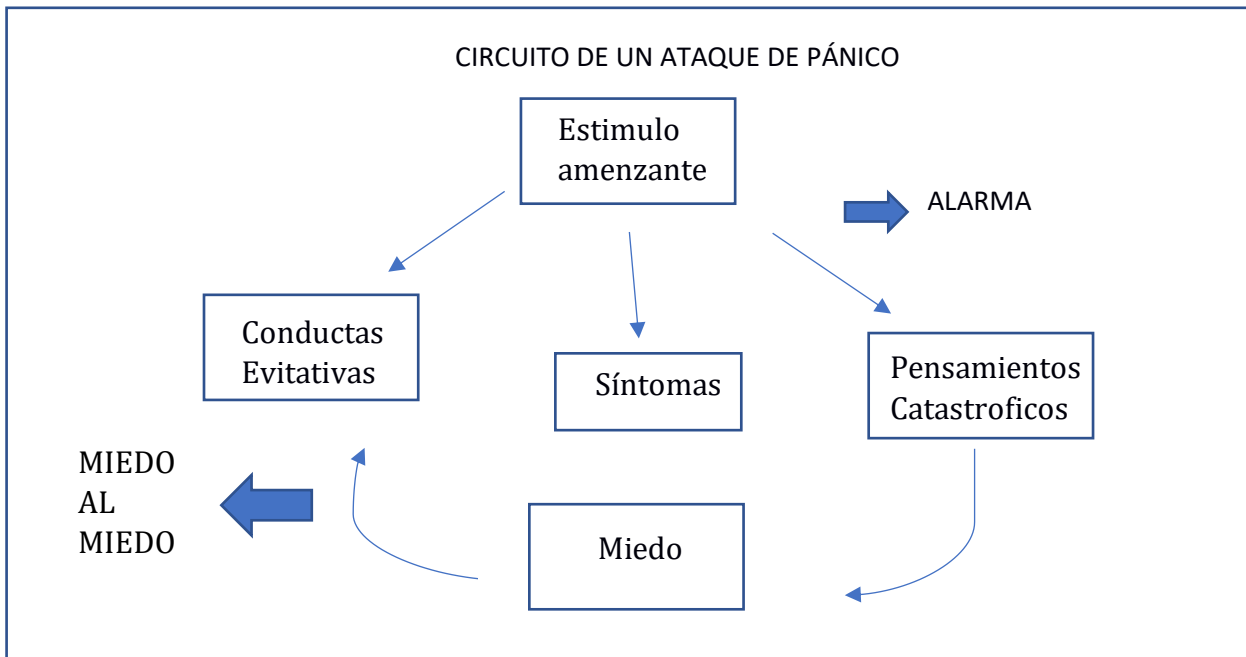
Las sensaciones fisiológicas de ansiedad se interpretan como confirmación de los pensamientos automáticos negativos y producen una respuesta fisiológica y un aumento de esta

Las conductas de seguridad

Para bajar el malestar la persona hace diversas repuestas de escape de las situaciones ansiógenas o la evitación de esta, o bien se enfrenta a las situaciones con una gran ansiedad.

Estas conductas son funcionales a corto plazo, pero a largo plazo hacen que el problema se cronifique.

Figura 13. Circuito de un ataque de pánico



En la **7ª sesión**, comenzamos con la desactivación fisiológica con entrenamiento en respiración diafragmática.

En primer lugar, le damos las pautas de como colocarse, para que se sienta cómoda y lo mas relajada posible, a continuación, se eligió un tipo de música para que la paciente entrará en un ambiente mas placentero y por ultimo se le dan las anotaciones correspondientes para comenzar con la respiración diafragmática.

Al finalizar la sesión, la paciente afirma que ha notado un estado de relajación, por lo que se le anima a que lo intente practicar, porque simplemente es utilizar la respiración que utilizamos a diario todo el tiempo, simplemente es manejar la respiración, porque lo que nos va a enseñar es estar preparados cuando nos tengamos que enfrentar a una situación que nos pueda poner mas nervioso, mas ansiosos y en general nuestro estado de activación va a producirse, vamos a estar ms tranquilos.

Por ultimo se le entregan unas pautas para que pueda ir incrementando en su vida diaria:

- No hacerlo antes de dormir, por que estado de relajación le genere sueño y el objetivo no es tanto dormirse sino relajarse.

- Después de comer, cenar o después de ingerir comida no lo hagas porque como utilizamos la zona diafragmática mas cercana a todo el abdomen y toda la zona del aparato digestivo puede entorpecer un poco la digestión.
- Utilizar ropa cómoda.
- Comenzar a hacerlo sentada ya que al principio es mas fácil controlar la respiración que en lugar de hacerlo tumbada.
- Practicarla 5 min al día.

En la **8ª sesión**, comenzamos a trabajar con S. todo el lado cognitivo, se le indica que haga un listado de situaciones que evita o que hace con malestar y ansiedad. Se elaborará un primer contacto de jerarquía indicando el grado de ansiedad que siente paciente, ante posibles situaciones.

- Centro comercial (6)
- Coche (0-10)
- Pasear (3-6)
- Ir a comer fuera (8)
- Peluquería (7)
- Ir a una fiesta (9)
- Hospital (0-6)
- Comer comida basura (7)
- Vomito (10)
- Pasear por un cole (2)
- Sangre (7)

En esta sesión le daremos una serie de pautas para comenzar a afrontar el pensamiento.

- Cadena de pensamiento: afrontamiento
 - Preparación de una situación de ansiedad
Elaborar un plan y saber exactamente que decir y que haré para afrontarlo
Es normal sentir tensión
Se que puedo hacerlo otras veces lo he hecho
Si consigo manejar las habilidades me sentiré satisfecha conmigo misma
Si voy tranquila, llevo mucho ganado – respira-
A pesar de esa situación que puedo y tengo que hacerlo
 - Afrontamiento de la situación de ansiedad
Centrate en hacerlo planificado
No lo hago tan mal como creo
Esa sensación es justo de lo que hemos hablado en terapia respira y habla despacio

- No exageres
- Centrate en los músculos que están y relajalos
- Fase critica del afrontamiento
 - Se que la ansiedad al final bajara
 - Respira y controla
 - Solo es cuestión de tiempo
 - Es normal que me sienta así esta es la señal para que participe las habilidades aprendidas
 - No debo auto-observarme piensa ¿Cuál es tu objetivo?
- Fase después de afrontamiento
 - No ha sido tan malo
 - Lo he hecho y esto es lo que importa
 - He podido darme cuenta lo que tengo que mejorar
 - La primera vez que ya tengo un punto de partida
 - He conseguido dormir parte de mis inquietudes

En esta sesión trabajamos con ella la importancia que tiene la identificación del pensamiento y la emoción, lo anotará en una serie de autoregistro (que detallamos anteriormente) para las siguientes sesiones, de esta manera la paciente comenzará a darse cuenta de como actúa ante todas aquellas situaciones que le causa ansiedad.

Durante **las sesiones 9ª y 10ª**, revisamos los autorregitos mandados anteriormente, podemos ver como la paciente es capaz de modificar el primer pensamiento que le genera, identificar el pensamiento distorsionado y confirmar que se trata de un pensamiento falso, poderlo reestructurar y buscar el lado racional del pensamiento.

De esta manera la paciente ha ido reduciendo sus niveles de ansiedad, y poco a poco va enfrentándose a mas situaciones. El problema es que en ocasiones la persona “no es consciente” de los factores que desencadenan la reexperimentación, y este “no saber detectar el origen”, es en muchos casos lo que activa aún más la ansiedad ya que es difícil para él saber que no hay peligro (Ehlers, y Clark, 2000).

En la **sesión 11ª** la paciente nos cuenta que ha comenzado a realizar pequeñas exposiciones, aunque con bastante control. Jerarquía de exposición, donde la paciente va enfrentándose a situaciones que la generan miedo y ansiedad.

- Ha ido a cenar a Madrid con sus padres (4)
- Se tomó un Nester (3)
- Salió con sus amigos y reconoce que no estuvo tan pendiente de los baños (6)
- Fue con su padre al autocine y comió palomitas (3-7)
- Cambiar el desayuno (2)
- Ir con el coche a Madrid (4)
- Tomar una copa de vino (6-2)

- Comer unas porciones de pizzas (4)

Podemos ver que el nivel de miedo gracias a la exposición, que la paciente va realizando en su vida diaria, esta haciendo que salga más tranquila de su casa, y que su nivel de ansiedad vaya bajando. Se la recomienda que tiene que seguir exponiéndose para habituarse a esta sensación. En muchas situaciones la paciente tendra que obligarse a ello y luchar contra los síntomas de la ansiedad.

5.3 Pronóstico de tratamiento

Tabla 6. Cronograma del pronostico de tratamiento

Sesión	Objetivos	Técnicas
12,13	Trabajar la evitación de las situaciones temidas	Exposición gradual con medición en Usas.
14,15,16	Trabajar el estímulo fóbico	Exposición gradual con medición en Usas.
17	Anticipar posibles problemas futuros en relación con la conducta problema	Técnicas de prevención de respuesta
18	Retomar actividades placenteras	Activación conductual y búsqueda de reforzadores

Como se trata de una intervención larga que no se ha podido observar, se hipotetiza el curso del tratamiento que se tiene presente. Como se trata de un tratamiento subjetivo en la realidad puede ser un tratamiento variable el cual se puedan modifica por el ejemplo el numero de sesiones que pueda necesitar la paciente.

En **las sesiones 12º y 13º** se comenzará a trabajar la exposición gradual con medición de USAs (0-100) la cual a la paciente se le mostraran una serie de videos e imágenes respecto a la sangre, se ira incrementando en los distintos ensayos el grado de ansiedad, hasta que la paciente consiga llegar al estímulo que mas le genera ansiedad y que este disminuya. Un itinerario ideal sería proceder, de forma gradual, junto a la tolerancia de la paciente, sin provocarle estados ansiogenos no manejables por ella.

En **las sesiones 14º, 15º y 16º**, se hará exactamente lo mismo que en las sesiones anteriores, pero con la diferencia que se mostrará a la paciente el estímulo fóbico en este caso el vomito.

La practica de manera continuada hará que la sensación de ansiedad baje a un nivel de 0, 1 o 2 USA progresivamente, y de esta forma rebaje el malestar del paciente. Esta forma de aprendizaje ayuda al organismo a hacer predicciones sobre lo que puede suceder en un futuro a corto plazo.

Una vez que el paciente haya reducido su nivel de ansiedad, gracias a la exposición y a las distintas técnicas aplicadas durante el tratamiento, en **la sesión 17º y 18º** se le hará un seguimiento de su evolución, entre

ellos volveremos a pasar el SCL-90, BAI Y BDII, para ver si encontramos diferencias significativas entre los distintos tests pasados anteriormente y los nuevos tests posteriores a la intervención y se abordaran futuros problemas en relación con su conducta problema.

6. Valoración del tratamiento

6.1 Adherencia al tratamiento

Actualmente la paciente continua en tratamiento comenzó en octubre del 2021. Existe una combinación de tratamiento entre fármacos y terapia psicológica, con intención de ir disminuyendo la dosis farmacológica a medida que la paciente va disminuyendo la sintomatología ansiogena.

La paciente se siente muy satisfecha con la terapia, ya que siente que en poco tiempo esta obteniendo resultado que, para ella, eran casi imposibles de imaginar, puesto que llevaba tres años en terapia y no había percibido ninguna mejora.

S. ha conseguido ir exponiéndose a muchas situaciones, por ella misma, ha mostrado tener gran capacidad para trabajar sus pensamientos y ser capaz de racionalizarlos.

Por otro lado, importante remarcar que la paciente acudió siempre al 100% de todas sus sesiones citadas, cumpliendo siempre con la puntualidad en cada una de ellas.

6.2 Consecución al tratamiento

Como hemos ido mencionando, a pesar de la falta de horas de observación de todo el tratamiento podemos mencionar los siguientes avances que la paciente refiere de la terapia, según los objetivos terapéuticos:

- Remisión de síntomas ansiogénicos: la paciente refiere que los niveles de ansiedad van disminuyendo cada vez que se expone a estímulos y situaciones fóbicas, comenta que el grado de ansiedad es capaz de rebajarlo y mantenerlo controlado en diversas situaciones como por ejemplo comer fuera de casa, tomar una copa de vino, situarse lejos del baño, montar en el coche y encontrarse con un atasco...etc.
- Remisión de la conducta de evitación: la paciente refiere que va enfrentándose a muchas más situaciones que para ella antes era imposible, ir a un centro comercial, alejarse fuera de su zona de confort (lugar de residencia), ir de copiloto en el coche, montar en transporte público...etc.
- Remisión de la conducta de control y seguridad: la paciente refiere que no se siente tan pendiente de las situaciones que constantemente tenía la necesidad de controlar, como por ejemplo la fecha

de caducidad de los productos que iba a consumir, comienza a realizar cambios en su alimentación “desayuno”, reaseguración con su madre, dejar de ir controlando donde se sitúa el baño...etc.

- Remisión de la conducta de hipervigilancia ayuda a S. a que mejore su nivel de atención, viva en el presente sin tener que estar realizando interpretaciones, estar más presente en las conversaciones de sus amigos y sobretodo disfrutando de cada momento.

7. CONCLUSIONES Y VALORACIÓN PERSONAL

Es bueno que el paciente entienda porque le ocurren las cosas que le ocurren y porque hay determinados pensamientos y emociones que le atormentan después de tiempo transcurrido desde que sucedió el trauma, por ello el trabajo de psicoeducación con la paciente ha sido de gran utilidad, para ayudar a comprender tu sintomatología.

Cuando experimentamos un suceso traumático, como en el caso de paciente el ataque de pánico, generalmente desarrollamos un plan sobre la gestión del miedo, pero lo lamentable es que muchos de esos planes no nos mantienen a salvo, más bien, nos impiden disfrutar la vida. Porque en muchas ocasiones queremos prevenir tener esas sensaciones y empezamos a evitar otras, y nuestra vida se ve limitada.

Por ello gracias a este caso clínico, podemos ver, como una paciente con un alto grado de evitación e hipervigilancia, que parece estar reduciendo sus niveles de ansiedad. También hay que reconocer que nos encontramos con una paciente, que en las primeras consultas ya era capaz de racionalizar el pensamiento en muchas situaciones, que se esforzaba en cada uno de los autorregistros o ejercicios que se la entregaban.

Actualmente según la información que he podido recoger sobre S., la psicóloga que lleva su caso me comenta que la paciente después de 17 sesiones, refiere que esta siendo capaz de llevar la vida que necesitaba, ha aceptado un trabajo presencial, es capaz de salir con sus amigos sin preocuparse de encontrarse mal, hace recorridos en coche de largas distancias, mantiene una alimentación saludable y variada sin estar pendiente de las horas en las que tiene que consumir, esta conociendo a un chico con el que parece realizar bastantes planes con él, que antes evitaba, como salir a cenar. Podemos decir que S. gracias a terapia basada en el nivel cognitivo- conductual, parece estar consiguiendo enfrentarse a todas aquellas situaciones que evitaba.

Gracias a la exposición S. refiere ser capaz de enfrentarse a imágenes y videos sin que la generen un alto grado de malestar.

Como valoración personal, puedo decir que encontramos un caso como S. en el cual toda su vida se veía condicionada a evitar, todas aquellas situaciones que le pudieran causar malestar, llegando a crear un nivel de aislamiento que la impedía realizar cualquier actividad que la propusieran. A pesar de no haber sido

participe de la completa intervención del caso, hasta lo que pude observar, ver ese cambio cognitivo de la paciente, observar como ella misma era consciente de su mejoría, y cada sesión se sentía con más fuerza y energía para seguir trabajando, ha sido una experiencia muy gratificante, el cual nos muestra, que, con dedicación y conocimientos, parece que podemos ayudar a mejorar el bienestar de muchas personas.

Reflexión personal: La verdad vivimos en una época de autoexigencia y continua autoevaluación que nos ahoga porque nos sitúa en continua tela de juicio.

Somos mas conscientes que nunca de los laberintos de la mente. Tener consciencia de lo que va sucediendo en nuestro fuero interno es fundamental para desarrollarnos en cualquier aspecto, ya sea laboral, social o afectivo.

Por lo que la salud mental debe ser la base sobre la que estructurar el presente y el futuro. La vida tiene que fluir en unos parámetros que nos permitan disfrutar y conectarnos a esas cosas que amamos hacer.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aaron Beck, A. John Rush, Brian F. Shaw, Gary Emery (1979). «Cognitive Therapy of Depression». Edición española: «Terapia Cognitiva de la Depresión». Editorial Española Desclée de Brouwer, 1992

American Psychiatric Association (APA). (2014). DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Antony, M.A. y Barlow, D.H. (1997). Fobia específica. En V.E. Caballo (Dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (Vol. 1, pp. 3-24).

Antony, M. M. y Barlow, D. H. (2007). Fobia específica. En V. E. Caballo (Dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos I. Trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos* (pp. 3-24).

Bados, A. (2000). *Agorafobia y ataques de pánico: Un programa psicológico de intervención paso a paso*. Madrid: Pirámide.

Ballester y Botella (1997) Trastorno de pánico: evaluación y tratamiento. Martínez Roca. Barcelona.

Barlow, D.H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2a ed.). Nueva York: Guilford.

Barraca, J. (2009). Habilidades Clínicas en la Terapia Conductual de Tercera Generación [Clinical Skills in the Third-Wave of Behavioral Therapy]. *Clínica y Salud*, 20 (2), 109-117.

Beaglehole, R.; Bonita, R. y Kjellstrom, T. (1994). *Epidemiología Básica*. Washington: Oficina Panamericana de la Salud.

Beck, A. T., Steer, R. A., y Brown, G. K. (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory- Second Edition. Manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

Capafons, J. I. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para las fobias específicas. *Psicothema*, 13(3), 447-452

Beck, A.T. y Clark, D.A. (1997). An information processing model of anxiety: Automatic and strategic processes. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 49-58.

Bittner, A., Egger, H., Erkanli, A., Costello, E., Foley, D. y Angold, A. (2007). What do childhood anxiety disorders predict? *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 48, 1174-1183.

Casullo, M. M. y Castro Solano, A. (1999). Síntomas psicopatológicos en estudiantes adolescentes argentinos. *Anuario de Investigaciones, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires*, 7, 147-157.

Casullo, M. M., Cruz, M. S.; González, R y Maganto, C. (2003). Síntomas psicopatológicos en adolescentes. Estudio comparativo. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 16, (2), 135-149.

Derogatis, L. (1994). SCL-90-R. Symptom Checklist-90-R. Administration, Scoring and Procedures Manual. Minneapolis: National Computer System.

Elisen, A. R., Silverman, W. K. (1991). Treatment of an adolescent with bowel movement phobia using self-control therapy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 22, 45-51.

Freud, S (1926). Inhibición, síntoma y angustia. En *Obras completas*. Tomo XX, 71- 164. Buenos Aires

Lipsitz, J.D., Barlow, D.H., Mannuzza, S., Hofmann, S.G. y Fyer, A.J. (2002). Clinical features of four DSM-IV specific subtypes. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190, 471-478.

Silove, D., Harris, M., Morgan, A., Boyce, P, Manicavassagar, V., Hadzi-Pavlovic, D. *et al.* (1995). Is early separation anxiety a specific precursor of panic disorder-agoraphobia? A community study. *Psychological Medicine*, 25, 405-411.

Sosa, C.D., y Capafóns, J.I. (2014). Fobia específica. En Caballo, V.E., Salazar, I.C. y Carrobles, J.A. (Ed.), *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* (pp. 161 - 179). Madrid: Pirámide.

Valsiner, J. (2004). Culture in Psychology. Between social positioning and producing new knowledge. *Culture & Psychology*, 10, (1), 5-27.