

# MÁSTERES de la UAM

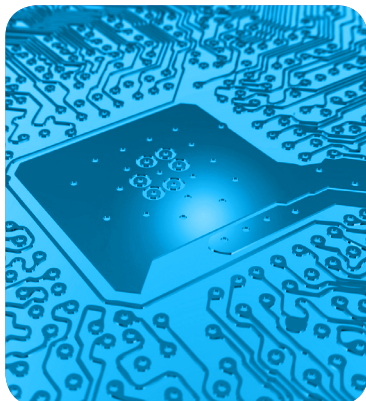
Facultad de Psicología  
/ 14-15

Psicología  
General Sanitaria



**Tratamiento  
multicomponente  
de un caso de  
larga evolución de  
Trastorno de pánico  
y agorafobia**

*Tatiana Carbajo Pavón*



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

Facultad de Psicología



Máster en Psicología General Sanitaria

Departamento de Psicología Biológica y de la Salud

Trabajo Fin de Máster

Modalidad: Estudio de caso único

**Tratamiento multicomponente de un caso de larga evolución de  
Trastorno de pánico y agorafobia**

Autoría: Tatiana Carbajo Pavón

Tutorizado: Marina Muñoz Rivas

**Curso 2014/2015**

Resumen. Se aplicó un tratamiento compuesto por técnicas cognitivo conductuales clásicas y de tercera generación, cuya combinación permitió elaborar una intervención ajustada al funcionamiento de los problemas agorafóbicos en general pero, sobre todo, al análisis funcional del caso y al perfil de personalidad extraído de la evaluación e interacción con el paciente. Así, aunque se siguió la estructura básica de la TCC, en lugar de utilizar las técnicas habituales de desactivación, se vio que al paciente le funcionaban mejor técnicas como EFT y VAC-OC, así como determinadas metáforas y ejercicios experienciales. Igualmente, para que el paciente asimilara eventos pasados que aún a día de hoy seguían interfiriendo en su funcionamiento, se hicieron sesiones de EMDR, las cuales sirvieron además como alternativa a la exposición en imaginación, reduciendo el miedo a la exposición en vivo. Asimismo, al comprobar que en muchas ocasiones el empleo de estrategias y fundamentos de la ACT, resultaba más eficaz que la reestructuración cognitiva al uso, se utilizaron, en gran medida, para conseguir la modificación de las ideas distorsionadas y de las conductas que estaban manteniendo el problema

Grado de participación en el TFM. La mayoría de las actividades descritas en este trabajo han sido diseñadas y aplicadas por Tatiana Carbajo. Las excepciones a este supuesto se hacen constar a lo largo del mismo.

## ÍNDICE

<b>1.</b>	<b>Introducción -----</b>	<b>Páginas 3-6</b>
	1.1. Diagnóstico según el DSM-V -----	3
	1.2. Prevalencia, curso y comorbilidad -----	3
	1.3. Tratamientos recomendados -----	4
<b>2.</b>	<b>Presentación y desarrollo de un caso clínico -----</b>	<b>Páginas 6-46</b>
	2.1. Identificación del paciente -----	6
	2.2. Historia clínica -----	7
	2.3. Motivo de consulta -----	9
	2.4. Evaluación y establecimiento de la línea base -----	9
	2.5. Análisis funcional y formulación clínica -----	14
	2.6. Objetivos y técnicas -----	21
	2.7. Aplicación y secuenciación del tratamiento -----	24
	2.7.1. Alianza y relación terapéutica -----	25
	2.7.2. Psicoeducación -----	25
	2.7.3. Técnicas para reducir la activación -----	26
	2.7.4. Construcción de las jerarquías -----	28
	2.7.5. Trabajo conductual -----	29
	2.7.6. Trabajo cognitivo -----	33
	2.7.7. Sesiones de EMDR -----	39
	2.7.8. Trabajo desde ACT -----	41
	2.8. Resultados -----	44
<b>3.</b>	<b>Discusión -----</b>	<b>Páginas 46-48</b>
	<b>Referencias -----</b>	<b>Páginas 48-50</b>
	<b>Anexos -----</b>	<b>Páginas 50-60</b>

## 1. Introducción

### 1.1. Diagnóstico según el DSM-V

En lugar de transcribir los criterios, y hacerlo en detrimento del espacio dedicado al caso clínico, quisiera centrarme en los cambios que se han hecho en relación al DSM-IV-TR. Al contrario que en esta versión, el trastorno de pánico y la agorafobia pasan a considerarse entidades independientes. Los criterios diagnósticos, tanto para las crisis de pánico como para el trastorno de pánico, se han mantenido estables, pero los de la agorafobia han sufrido algunos cambios. Concretamente, se ha introducido un criterio temporal según el cual el miedo, la ansiedad o la evitación han de durar seis meses o más y, además, es necesario que exista un miedo o ansiedad intensa a dos o más de las siguientes situaciones: (1) uso de transporte público, (2) estar en espacios abiertos, (3) estar en sitios cerrados, (4) hacer cola o estar en medio de una multitud y (5) estar fuera de casa solo. Según estos cambios y siguiendo con los códigos actuales, el caso clínico que voy a presentar cumplía los criterios para ambas patologías, siendo el diagnóstico principal: 300.01 Trastorno de pánico [F41.0] y 300.22 Agorafobia [F40.00].

### 1.2. Prevalencia, curso y comorbilidad

La **prevalencia** anual del trastorno de pánico es de entre el 1.5% y el 3.5% en la población general (Vallejo, 2012), si bien esta cifra aumenta al 10% en la población clínica (Ballester, 2004). Con respecto a la agorafobia, estudios epidemiológicos informan de una prevalencia mensual del 2.3% (Vallejo, 2012). Además, entre un tercio y la mitad de los individuos diagnosticados con trastorno de pánico presentan agorafobia (APA, 1994 citado en Pérez y Redondo, 2002). La **distribución por sexos** es de un hombre por cada dos mujeres en el pánico sin agorafobia y de un hombre por cada tres mujeres en la agorafobia (Ballester, 2004), soliendo aparecer ambos al comienzo de la edad adulta (Cano-Vindel, 2007). El **curso** de la agorafobia es generalmente crónico y fluctuante, con agravamientos y remisiones parciales, dependiendo de diferentes factores físicos (enfermedad, cansancio, etc.), psicológicos (estado de ánimo, eventos estresantes, etc.) y ambientales (p.e. el calor y el exceso de luz agravan los síntomas) (Bados, 1995 citado en Echeburúa y Corral, 1997). Es uno de los trastornos de ansiedad más incapacitantes (Morón, 2005) debido al deterioro del funcionamiento social, familiar y académico/laboral que suele producir. Así, **se asocia con** baja autoestima, poca asertividad, disfunciones sexuales, rumiaciones obsesivas, ansiedad general en el período entre crisis, actitudes hipocondríacas, abuso de alcohol y ansiolíticos e incluso con el suicidio (Ballester, 2004). Asimismo, en las no pocas veces en las que se realiza un mal diagnóstico, la creencia de que sufren una enfermedad con peligro vital puede degenerar en una ansiedad crónica y debilitante (Bados, 2006). Finalmente, **suele ser comórbido con** otras psicopatologías (Pérez y Redondo, 2002) como la depresión mayor en alrededor de la mitad de los pacientes; los trastornos de

personalidad y somáticos, con una frecuencia media del 54% y 20%, respectivamente; los trastornos de abuso de sustancias y con otros trastornos de ansiedad: del 15-30% tenían también fobia social; del 8-10% TOC; del 10-20% alguna fobia específica y, alrededor del 25%, TAG (Roca, 2003).

### 1.3. Tratamientos recomendados

#### 1.3.1. Tratamientos psicológicos

La Task Force, en su informe sobre la *Promoción y la Difusión de Procedimientos Psicológicos* (APA, 1993 citado en Botella, 2001), considera como Tratamientos Bien Establecidos para el pánico, a nivel del Eje I o validez interna, el *Tratamiento del Control del Pánico del grupo de Barlow* (Barlow, Craske, Cerny y Klosko, 1989 citado en Wood, 2008) y la *Terapia Cognitiva para el Tratamiento del Pánico del grupo de Clark* (Clark, Salkovskis, Hackmann, Wells, Ludgate y Gelder, 1999 citado en Ballester, 2004). A pesar de ser protocolos de intervención bastante similares entre sí, difieren en parte en la conceptualización del trastorno, por ello el de Barlow insiste en la exposición interoceptiva, mientras que el de Clark da más importancia al componente cognitivo de identificación y reestructuración de los pensamientos y creencias catastrofistas (Vallejo, 2012). Por su parte, la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) y la exposición en vivo se consideran tratamientos bien establecidos para la ansiedad y la evitación fóbica, aunque los efectos de la primera pueden ser menores si se reduce el tiempo dedicado a la exposición (Bados, 2006). A su vez, la TCC se considera un tratamiento probablemente eficaz para aspectos como la frecuencia y preocupación por el pánico así como para los problemas asociados (ansiedad general, humor deprimido e interferencia) (Bados, 2006). Mucho menos consistentes son los resultados acerca de las terapias efectivas o de utilidad clínica (Eje II), ámbito en el que aún queda mucho por investigar (Botella, 2001).

Dados los resultados anteriores, en el caso clínico se ha seguido la estructura de la TCC, incluyendo algunos de los componentes, más específicos, de las terapias de Clark y Barlow, sobre todo de esta última. No obstante, también se han utilizado otras técnicas y enfoques que, aunque cuentan con una menor investigación sobre su eficacia, parecen conseguir buenos resultados a nivel clínico. Brevemente, quisiera presentar sus datos de eficacia para este trastorno ya que, en la descripción del caso, abordaré cómo se aplicaron y por qué se eligieron frente a otros procedimientos.

- *Terapia de Aceptación y Compromiso* (ACT). Resulta tan eficaz como la TCC, tanto en términos de tiempo, como de efectividad clínica, al reducir los ataques de pánico (AP) y mejorar la calidad de vida de los pacientes (Morón, 2005). No obstante, las investigaciones al respecto son escasas y a menudo cuentan con una limitación importante en cuanto a la generalización de los resultados, al tratarse, en su mayoría, de estudios de caso único.

- *Terapia de Desensibilización y Reprocesamiento a través de Movimientos Oculares (EMDR)*. Hay pocos estudios que evalúen su eficacia en este trastorno, si bien algunas investigaciones han encontrado diferencias significativas cuando se la compara con el placebo (Gil, 2008) y con un tratamiento en lista de espera. Se trata de cambios en la frecuencia y número de AP (Feske y Goldstein, 1997 citado en Caballo y Mateos, 2000) pero no en las cogniciones catastrofistas, que tendían a mantenerse estables. También se le ha comparado con el mismo procedimiento pero sin movimientos oculares, mostrándose significativamente más eficaz durante el postratamiento, aunque en el seguimiento a tres meses no se encontraron diferencias (Feske y Goldstein, 1997 citado en Caballo y Mateos, 2000). Además de estos datos, Shapiro y Silk (2008) reportan un caso en el que la combinación *in situ* de la EMDR con la exposición en vivo asistida permitió el abordaje satisfactorio de una paciente con este trastorno. En definitiva, a pesar de que muchos terapeutas afirman haber conseguido excelentes resultados (Shapiro y Silk, 2008), aún queda mucho trabajo para poder considerarla un tratamiento bien establecido para esta patología.
- *Técnicas de Liberación Emocional (EFT)*. A principios de 2014 se publicó una revisión de más de 40 estudios que demostraban la eficacia de esta técnica en los problemas de ansiedad (Mercola, 2014). No se han incluido datos acerca de su eficacia en el trastorno de pánico y agorafobia, ya que, en el caso que nos ocupa, solo se utilizó como una técnica de reducción de la activación.
- Ejercicio VAC-OG de Programación Neurolingüística (PNL). Al ser un ejercicio concreto dentro de una terapia muy amplia no he encontrado estudios sobre su eficacia. Si bien, tal y como se explicará en el caso, a nuestro paciente le funcionaba muy bien para reducir la ansiedad.

### 1.3.2. Tratamientos farmacológicos

Las investigaciones se centran principalmente en el papel de los ansiolíticos y los antidepresivos. Por un lado, los pacientes se exponen más fácilmente a las situaciones temidas bajo los efectos tranquilizantes de los **ansiolíticos**, si bien estos no logran tasas de éxito superiores al 5% incluso en tratamientos de larga duración (Rubio y López Ibor, 2007 citado en Wood, 2008). Esto puede deberse a que no enseñan a perder el miedo a las sensaciones fisiológicas ni se mantiene lo aprendido bajo su efecto cuando se retiran, pareciendo incluso que afectan negativamente al proceso de habituación (Echeburúa y Corral, 1997). Así, además de tender a generar un efecto rebote tras su retirada, esta suele generar síndrome de abstinencia. Particularmente, las benzodiazepinas inciden en la eficacia de la exposición, tanto a estímulos externos como a internos, al dificultar la experimentación de las sensaciones temidas y, por tanto, la activación del esquema de amenaza que facilita la reestructuración cognitiva (Roca, 2003). Por otro lado, aunque los resultados no son concluyentes, se observa que los **antidepresivos** actúan a nivel general sobre el pánico, la depresión

y la ansiedad (Echeburúa y Corral, 1997). Además, la prescripción en dosis terapéuticas de antidepresivos como la *imipramina* potencia la exposición en pacientes deprimidos. No obstante, sus efectos secundarios aumentan el número de abandonos (30-35%) en relación con la exposición (10-15%) así como la tasa de recaídas tras su suspensión (33%), posiblemente por la atribución de las mejorías al fármaco (Echeburúa y Corral, 1997). Una nueva línea de tratamiento que parece reducir estos problemas asociados es la basada en los ISRSs, los cuales tienen además una acción rápida aunque carecen de una amplia investigación que respalde su eficacia (Roca, 2003).

## 2. Presentación y desarrollo de un caso clínico

El caso clínico presentado es en el que he tenido la oportunidad de colaborar mientras realizaba las prácticas, del presente Máster, en el Centro privado de *EIRA Psicólogos*. A mi llegada, el paciente ya llevaba cuatro años de tratamiento, por lo que, a excepción de los datos de su historia y de los necesarios para algunas partes del análisis funcional, este trabajo se va a centrar en la intervención realizada a partir de mi incorporación. Como desarrollaré posteriormente, mi papel en el caso fue de terapeuta principal en todo lo relativo a las técnicas de exposición, incluyendo aquí las diferentes variantes y evaluaciones, el trabajo psicoeducativo, motivacional y cognitivo que el paciente demandaba durante las mismas, así como la preparación del material requerido.

### 2.1. Identificación del paciente

J. era un varón de 39 años, educado y agradable en el trato, soltero, sin hijos, de profesión informático y de nivel sociocultural/económico medio. Presentaba un cuadro de larga evolución, al menos de 22 años, *de Crisis de Angustia con desarrollo Agorafóbico posterior*. Estaba de baja desde hacía cinco años aunque seguía trabajando esporádicamente. Era el mayor de dos hermanos y el único que no se había independizado. La relación con su madre era bastante buena, aunque las discusiones y diferencias con su padre eran continuas. Ambos colaboraban en el tratamiento, si bien, sus pautas de conducta e interacción con respecto a J. no habían cambiado mucho a lo largo de los últimos cuatro años. La relación con su hermano era prácticamente inexistente y existía, al menos por parte de J., una cierta rivalidad, afirmando que aquel le había quitado “su sitio” en muchos contextos de su vida. Carecía de un grupo social de apoyo y su última relación sentimental había terminado unos meses antes de mi incorporación. Estaba operado de una hernia de hiato y a lo largo de toda su vida había tenido importantes AP y episodios destacados que daban muestra de sus características de personalidad. Aunque no se conoce el diagnóstico, su madre había presentado problemas de ansiedad durante tres años que finalmente derivaron en depresión. También había padecido un cáncer de garganta. Actualmente se encontraba recuperada de ambas problemáticas. Asimismo, la abuela paterna tuvo depresión e intentó suicidarse y, en prácticamente toda la familia materna, habían

existido problemas de ansiedad. Finalmente destaca la preocupación del padre por la salud física de ambos hijos a lo largo de toda su vida, preocupación que, en ocasiones, había rozado lo disfuncional.

## 2.2. Historia clínica

Desde muy pequeño, tal y como le habían contado sus padres, J. había tenido diferentes episodios de ansiedad. Señalando algunos de ellos, cuando apenas tenía siete meses, y mientras veían un espectáculo de fuegos artificiales, se puso tan nervioso, llorando y mordiéndose fuertemente un anillo que llevaba, que tuvieron que cortárselo debido a la inflamación que se produjo. Otra ocasión llamativa fue con 4 años cuando, durmiendo en casa de sus tíos, sintió la curiosidad de seguir el ritmo cardíaco de su primo recién nacido, provocándose una hiperventilación de la cual no se calmó hasta que llegó su madre. Entre los 4-5 años empezó a tener miedo por las noches, situación que le llevó a dormir con sus padres y que se prolongó hasta aproximadamente los 12. Con 6 años ya presentaba síntomas agorafóbicos, agobiándose en situaciones multitudinarias y, con 7, estuvo ingresado durante cinco días por una posible meningitis vírica, tiempo durante el cual, y por protocolo del hospital, apenas tuvo contacto con sus padres, experiencia que debió de ser bastante dolorosa puesto que aún la recuerda con todo detalle. Con 9 años, les contó a sus padres que tenía amigos imaginarios que le decían cómo y cuándo tenía que hacer determinados rituales obsesivos.

A pesar de estas dificultades, se recuerda como un niño extrovertido y alegre que solía ser el centro de atención en las reuniones familiares, situando el inicio de sus problemas a la edad de 16 años. Un día, antes de una prueba de fútbol, escuchó la noticia de un joven que había muerto de un ataque al corazón mientras jugaba al baloncesto. Fue entonces cuando tuvo su primer AP. Desde entonces ha vivido con la dependencia de su madre y con pánico a que se repitiera aquella situación. Se torcieron sus estudios, empezó a faltar a clase y a tener dificultades para concentrarse, *todo giraba en torno al miedo de volver a sentir la sensación de ahogo, de hecho, llegó un momento en que no tenía miedo a morir sino a vivir, sobre todo con esa sensación*. Ya por entonces llevaba un tiempo acudiendo a un psicólogo, cognitivo-conductual, por las compulsiones anteriores y por claustrofobia (ascensores y metro). Estas dificultades, unidas al hecho de no poder estar alejado de sus padres, afectaron a su autoestima y a la relación con sus compañeros que, tras enfriarse, dio paso a las burlas. Al principio ese papel *de pardillo me hacía sentir bien, puesto que tenía la sensación de ser el protagonista de una película en la que mi papel era el del chico que da lástima al público. Sin embargo, poco a poco, y sin yo desearlo, ese papel se fue apoderando de mí*.

Entre los 18 y los 22 años, a pesar de continuar con la dependencia, el miedo fóbico y períodos fluctuantes de evitación, tuvo un funcionamiento socio-laboral óptimo. Sin embargo, a los 23 no le renovaron el contrato de la empresa en la que estaba trabajando, lo que le afectó significativamente:



*siempre he querido que mi padre y mi abuelo paterno se sintieran orgullosos de mí, laboralmente hablando, con lo cual el despido era un fracaso total y me sentía culpable.* Tiempo después abrió su propio negocio y, entre los 26 y los 29, estuvo saliendo con B. Fue una relación bastante tóxica en la que J. se sentía inferior, dejó a un lado sus aficiones y, en cierta forma, su manera de ser, para agradarla y no tener discusiones, a pesar de que a finales de la relación ya era consciente de que ella no le quería: *yo me creía lo que ella me decía, no quería perderla. Siento que me quitó lo que yo era, me anuló y yo me dejé.* Es llamativo que, aunque el miedo fóbico persistía, no había una marcada evitación, puesto que se obligaba al afrontamiento con tal de no darle a ella la razón a cerca de sus dificultades. Siente que desde esta relación todo se torció y nunca más volvió a pensar en sí mismo ni a ser él mismo. Cuando lo dejaron ya hacía tiempo que había cerrado su negocio porque, a pesar de tener clientes, solía permitir que le dejaran a deber, lo cual culminó en pérdidas. Tres años después conoció a N., relación que duró un año, y que terminó con ella dejándole y debiéndole una importante cantidad de dinero, no sin antes haberle dado esperanzas de un futuro juntos; inclusive J. había apalabrado el alquiler de un piso. Un mes después, murió su abuelo paterno, una figura muy importante para él, ya que representaba todo aquello que hubiera querido que fuera su padre. Le reforzaba constantemente y, al contrario que aquel, le trataba como a un adulto. Cuando murió, pensó: *¿quién te va a decir ahora lo bueno que eres?* A partir de ese momento, la baja autoestima, potenciada por las mencionadas relaciones, la muerte de uno de sus mayores apoyos y la escasa relación con sus amigos, a consecuencia de vivir en lugares “inaccesibles” para él, dieron paso a un aumento de la evitación agorafóbica y a un importante sentimiento de falta de identidad que culminaron con la baja laboral.

En estas circunstancias llegó J. a EIRA, verbalizando que cuando no tenía el control de la situación se agobiaba y contando, hasta el momento, con una historia de tratamientos psicofarmacológicos que se remontaba a los 16 años. Durante ese tiempo, y como he pretendido explicar, la frecuencia de AP y la limitación generada por el componente agorafóbico había sido variable, no alcanzando en ningún momento una mejoría completa y estando siempre bajo tratamiento farmacológico. Durante los últimos cuatro años de tratamiento se habían logrado importantes cambios, incluso habían barajado la reincorporación laboral. No obstante, debido a una recaída significativa, tuvieron que aplazarla. A mi incorporación, y a pesar de la baja, continuaba trabajando, si bien necesitaba de sus padres para visitar a los clientes y comprar los materiales. El tratamiento farmacológico persistía, pero ajustado a los progresos. Las relaciones sociales eran prácticamente inexistentes y aunque seguía en contacto con sus amigos apenas se veían un par de veces al año. Su última relación sentimental, de corta duración, había terminado unos meses antes, y, por lo que parecía, se trataba de una chica que seguía manteniendo una tormentosa relación con su ex pareja.

### 2.3. Motivo de consulta

Cuando me incorporé al caso, la demanda recogida era la de aumentar el nivel de funcionalidad por medio de la reducción de la evitación y de la frecuencia de AP. La motivación por el cambio era alta dadas sus ganas por retomar todas aquellas actividades que hasta el momento no podía hacer o se veían supeditas a estar acompañado. Antes de mi llegada, ya se habían hecho intentos de autoexposición en vivo, aunque habían resultado infructuosos y poco consistentes debido a la intensidad del miedo fóbico y a la resistencia de J. a afrontar las situaciones temidas solo. Por este último motivo, mi incorporación a la intervención disminuyó el rechazo a la técnica, al suponer una aproximación, inicialmente asistida, a las situaciones fóbicas. A pesar de la demanda anterior, se aprovecharon las sesiones de EV para trabajar aquellas cogniciones y tendencias de personalidad que, tras la evaluación y conocimiento del paciente, se vio que podían subyacer al trastorno.

### 2.4. Evaluación y establecimiento de la línea base

Como mi trabajo más inminente era intervenir a nivel del pánico y la agorafobia, me centré en la evaluación de los aspectos que, según Bados (2006) y Vallejo (2012), conviene evaluar en esta patología. A continuación, se presentan dichas variables así como los instrumentos con los que se midieron, más abajo se justifica su elección y se explican los resultados obtenidos en el pre.

Cuadro 1. Variables evaluadas e instrumentos de medida

Variables	Instrumentos
Historia del problema, variables personales y ambientales	Entrevistas semiestructuradas con J. y con mi tutora Historia clínica y biografía del paciente
Tratamientos previos e intentos de control, incluyendo el consumo de alcohol y drogas	Adaptación propia del <i>Cuestionario de Pánico y Agorafobia</i> (CPA) (Sandín y Chorot, 1997 citado en Sandín, Chorot, Valiente, Sánchez y Santed, 2004)
Comorbilidad actual y pasada	Entrevistas semiestructuradas con el paciente <i>Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo</i> (STAI) (Spielberger, Donald, Gorsuch y Lushene, 2011) <i>Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad</i> (ISRA) (Miguel y Cano, 2002) <i>Inventario de Depresión de Beck</i> (BDI-IA) (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1978 citado en Sanz y Vázquez, 1998) <i>Inventario Clínico Multiaxial de Million</i> (MCMI-III) (Million, Million, Davis y Grossman, 2012)

Expectativas y motivación por el tratamiento	Entrevistas semiestructuradas con el paciente Observación durante las sesiones
Triple sistema de respuesta agorafóbico	<i>Inventario de Agorafobia (IA)</i> (Echeburúa y Corral, 1992 citado en Echeburúa, Corral, García, Páez y Borda, 1992) Adaptación del CPA
Topografía de los AP completos o parciales: frecuencia, duración, intensidad	Entrevistas semiestructuradas con el paciente Adaptación del CPA
Ansiedad anticipatoria	
Control percibido antes y durante los AP sin realizar conductas de seguridad	
Gravedad global del trastorno medida a través del deterioro funcional de las diferentes áreas vitales	

Como se observa en el Cuadro 1, la principal herramienta de evaluación fue la entrevista. Por un lado, porque el paciente tenía una excelente capacidad para describir y recordar sus síntomas y, por otro lado, porque quería ponerme al día con la información más relevante de su historia clínica, del tratamiento llevado a cabo hasta el momento y de los cambios acontecidos a lo largo del mismo. Quiero señalar que mi tutora me dio la oportunidad de evaluar por mí misma el caso y de ponerme a trabajar con él antes de proporcionarme los datos que configuran la *Historia clínica* anterior, conociendo únicamente de antemano el diagnóstico principal de trastorno de pánico y agorafobia. Esto me permitió evaluar de forma independiente, sin “contaminarme”, la configuración del trastorno y las variables que podían estar contribuyendo a su mantenimiento, para luego, corroborarlas, refutarlas y/o ampliarlas con dichas informaciones. Así, puede implicarme de forma activa, autónoma y normalizada en el caso a pesar de mi papel de estudiante. Dicho esto, para obtener medidas objetivas de las variables evaluadas en las entrevistas y para poder cuantificar el cambio consecuente a mi incorporación, incluí aquellos cuestionarios que creí más pertinentes y exhaustivos para el caso, teniendo siempre en cuenta sus propiedades psicométricas y las referencias consultadas. La totalidad de la evaluación se llevó a cabo en cuatro sesiones más una quinta de devolución de los resultados. Dado que J. ya conocía lo que le sucedía, en esta sesión le expliqué, de forma coloquial, los resultados obtenidos. A continuación se muestran de forma sintetizada las características de dichos instrumentos así como los resultados generales que reveló esta primera evaluación, trasladándose, los más específicos, al *Análisis funcional*.

- **IA.** Combina el *Inventario de Movilidad*, el *Cuestionario de Sensaciones corporales* y el *Cuestionario de Cogniciones agorafóbicas* (Chambless, 1984 citado en Echeburúa y Corral, 1997), evaluando el triple sistema de respuesta presente en pacientes agorafóbicos: lugares evitados (solo/acompañado), respuestas fisiológicas (frecuencia y grado de temor a las mismas) y cognitivas (frecuencia). Además, incluye una serie de preguntas para evaluar las conductas de seguridad y los factores que contribuyen a aumentar el nivel de ansiedad. Se ha mostrado sensible para detectar cambios tras la terapia de exposición (Echeburúa, 1993 citado en Echeburúa y Corral, 1997). Para su corrección e interpretación existen cuatro puntos de corte en la muestra normal, no estando validado en una muestra clínica: 96 (C<sub>86</sub>), 61 (C<sub>66</sub>), 30 (C<sub>82</sub>) y 176 (C<sub>75</sub>) para las escalas motora, fisiológica, cognitiva y global respectivamente. Las puntuaciones de J. fueron, respectivamente, de 131, 62, 46 y 239 en las escalas motora, fisiológica, cognitiva y global. Como puede observarse, todas las puntuaciones estaban por encima del corte, sobre todo, a nivel motor y cognitivo. Pese a que la frecuencia de las variables fisiológicas apenas superaba el corte, el rechazo y el miedo hacia las mismas hacía que tuvieran un peso importante en el mantenimiento del trastorno.

- **Adaptación del CPA.** Este cuestionario es, en mi opinión, uno de los más exhaustivos en la evaluación del trastorno al evaluar múltiples variables y dar cabida a respuestas abiertas, cerradas y graduadas en escalas tipo Likert. Al tratarse de un cuestionario bastante largo, con preguntas cuyas respuestas ya había obtenido en las entrevistas, decidí acortarlo para que no fuera redundante, excluyendo las relativas a la historia familiar y a los eventos estresantes. También incluí dos preguntas acerca de la cantidad de AP, completos y parciales, que había tenido en las dos semanas previas a la evaluación. Se acotó este período de tiempo siguiendo las indicaciones de Bados (2006). Además, añadí dos preguntas: *En sesión hemos hablado sobre los lugares que evitas si no vas acompañado, pero ¿desde hace cuánto tiempo evitas determinados lugares si no vas en compañía de otra persona?* y *Estas dificultades son menores cuando vas en coche, aproximadamente ¿qué distancias recorres solo si vas en coche?* Su corrección es cualitativa y la evaluación de los cambios se hace mediante comparación. En general, se observa que el primer AP se remonta a su adolescencia (16 años), ha tenido 10 o más a lo largo de su vida y en la actualidad son frecuentes (cuatro completos y seis parciales en las dos últimas semanas), intensos y con una duración percibida de entre 10 minutos y media hora. Con respecto a la evitación, esta apareció hace aproximadamente ocho años y, a pesar de que necesita estar acompañado para prácticamente cualquier desplazamiento, en coche la movilidad autónoma está menos restringida que a pie. Paralelamente, existe un bajo control percibido, una alta ansiedad anticipatoria y una interferencia grave en su vida cotidiana.

- **STAI.** Decidí utilizarlo para ver hasta qué punto la ansiedad era una característica temporal, debida en gran parte al trastorno, o si además era una característica estable en el paciente. Las medidas pre le situaron en el C<sub>99</sub> de la muestra normativa, tanto en ansiedad estado (A/E=48) como en ansiedad rasgo (A/R=51). Tampoco está validado en población clínica.
- **ISRA.** Aunque ya tenía una medida de ansiedad, quería completar la evaluación de esta variable con la información más pormenorizada que proporciona el ISRA. Este no solo evalúa la respuesta de ansiedad en sus tres niveles, sino que permite conocer cómo varía en función de cuatro áreas situacionales: *ansiedad de evaluación, interpersonal, fóbica y ante situaciones de la vida diaria*. Las puntuaciones obtenidas se interpretaron según la muestra clínica, obteniéndose una ansiedad severa a nivel fisiológico (C<sub>85</sub>) y motor (C<sub>80</sub>), y moderada a nivel cognitivo (C<sub>70-75</sub>). La puntuación total era de 353 (C<sub>80</sub>), severa. Con respecto a las áreas situacionales, interpretadas también en la muestra clínica, destacan puntuaciones severas en ansiedad interpersonal (C<sub>95</sub>) y situaciones cotidianas (C<sub>85</sub>); la ansiedad ante la evaluación (C<sub>75</sub>) y la fóbica (C<sub>70</sub>) se mantienen a un nivel moderado.
- **BDI-IA.** Aunque el estado de ánimo de J. no parecía marcadamente afectado, sí se observó una cierta desesperanza con respecto a la remisión que, junto con la clara afectación de todas las áreas vitales, me llevó a evaluar esta variable. Obtuvo una puntuación de 26, lo que supone la existencia de sintomatología depresiva de gravedad moderada (Beck, 1993 citado en Sanz y Vázquez, 1998).
- **MCMI-III.** Esta evaluación, al contrario que las anteriores, no la realicé al comienzo de mi incorporación, sino un par de meses después. En primer lugar porque, como he dicho anteriormente, mi trabajo más inmediato estaba focalizado en el pánico y la evitación. En segundo lugar, hasta que no empecé a trabajar con él en la EV no puede conocer y observar determinados patrones cognitivos y verbales que me llevaron a pensar que podría no solo tratarse de una alta puntuación en determinados rasgos de personalidad, sino de un trastorno del Eje II. Concretamente, y como desarrollaré en el *Análisis Funcional*, parecían existir ciertos indicadores de dependencia, suspicacia, tendencias obsesivas y ansiedad social, ya manifestada en el ISRA. Las puntuaciones ratificaron la prominencia de un trastorno de ansiedad (prev. 94) e identificaron elementos evitativos (prev. 72). Igualmente, aparecía el perfil de respuesta de *Llamada de socorro*, según el cual la persona tiende a presentarse psicológicamente más deteriorada de lo que está. Aunque no se vieron reflejadas en el cuestionario todas las características que yo apreciaba en sesión, y que mi propia tutora había visto a lo largo del tratamiento, es indudable que las manifestadas tendencias evitativas abarcaban conductas de desconfianza y, por supuesto, de ansiedad interpersonal. Igualmente, como no hice una evaluación cuantitativa más exhaustiva no puedo concluir que dichas características no estuvieran presentes, ni que no lo estuvieran en un nivel más destacado de lo que aparecían en el cuestionario, ya que, sin

duda, habían influido en muchos aspectos de su vida y seguían apareciendo a día de hoy, lo que hizo necesario tenerlas en cuenta en la intervención. Pese a estas observaciones, el diagnóstico a nivel del Eje II sería: Z03.2 No hay diagnóstico, características de personalidad evitativa [V71.09].

Teniendo en cuenta todos estos datos, así como los recogidos en las entrevistas, puedo concluir que, a mi incorporación al tratamiento, J. llevaba años evitando los desplazamientos solo. Aunque en el CPA situaba el comienzo de la evitación hacía ocho años, su historia clínica ya mostraba indicios a la edad de 16 años. Esta diferencia entre su respuesta y la realidad no fue entendida como una falta a la verdad, ya que en todo momento situó el inicio de sus problemas de ansiedad, en general, en la adolescencia. A partir del conocimiento del caso, creo que hay diferentes motivos que pueden explicar esta respuesta. En primer lugar, hay que recordar la naturaleza fluctuante del trastorno, lo que podía haber favorecido que J. “olvidase” o restase importancia a los episodios agorafóbicos previos a dicha fecha al estar seguidos de períodos, más o menos largos, de remisión parcial. En segundo lugar, puede ser que la evitación no le empezará a generar importantes limitaciones hasta bien entrada la edad adulta, porque hasta ese momento, de una forma u otra, habían existido estímulos externos que fomentaban el afrontamiento. Concretamente, mientras duró su relación con B., J. intentaba que no se le *notaran los problemas de ansiedad* para no discutir con ella, por lo que, a pesar del miedo fóbico y de las rumiaciones de escape, se forzaba al afrontamiento. En tercer y último lugar, y aunque las anteriores son meras hipótesis, lo que sí se observó durante toda la intervención es que J. tenía una tendencia a infravalorar la gravedad de su enfermedad, opinión que era compartida por mi tutora profesional. Las características evitativas y la historia de repetidas decepciones a nivel social podían explicar por qué, en un intento de no volver a ser herido, se mostraba más cauto a la hora de dar a conocer a los demás la gravedad de sus dificultades. No obstante, esta tendencia no coincidía con el perfil de *Llamada de socorro* observado en el MCMI, si bien este podía explicarse haciendo alusión a las actitudes dependientes y tendentes a buscar el refuerzo externo que presentaba más allá de las correspondientes al trastorno.

Finalmente, operativizando sus conductas a nivel pre, se observaba que, a pie, el desplazamiento solo estaba restringido a dar una vuelta alrededor de su edificio, o incluso menos, si llevaba a su perra. En transporte público no montaba solo desde 2006 y, en coche, podía recorrer solo hasta un máximo de 1km, si se encontraba en su pueblo, y entre cuatro y cinco manzanas si estaba en su barrio. Estas conductas cambiaban, a veces de manera sustancial, si estaba acompañado, sin embargo, no profundizaré en dichas variaciones porque lo clínicamente significativo es lo que hace referencia a cuando el paciente va solo (Echeburúa et al., 1992). Pese a ello, y por la importancia que tuvo en la terapia, quiero señalar que llevaba tres años sin montar en transporte público aún yendo acompañado.

A partir de todos estos datos podríamos situar al paciente en un EEAG=40-31, principalmente por su dependencia física en la mayor parte de los desplazamientos cotidianos y a la inexistente red de apoyo social. No se establecería una puntuación inferior porque si contaba con dichos andamiajes su nivel de funcionamiento era totalmente óptimo.

## 2.5. Análisis funcional

### 2.5.1. Análisis descriptivo: estímulos discriminativos y conductas problema

#### **Estímulos discriminativos**

Podían resumirse en: percepción de cambios psicofisiológicos, pensamientos espontáneos sobre la posibilidad de tener un AP, alejamiento del lugar seguro o de sus padres, lugares condicionados a la ansiedad y zonas alejadas de la civilización.

#### **Nivel fisiológico**

Destacan las siguientes respuestas, ordenadas de mayor a menor temor experimentado: taquicardia, sensación de ahogo y sofoco, dificultad para respirar o respiración agitada, desrealización y despersonalización, tensión muscular, vértigos, confusión, malestar estomacal, flojera en las piernas, sudoración, sequedad de boca, dolor de cabeza y diarrea. Los síntomas subrayados eran los más frecuentes, pudiéndose observar que no siempre eran los más temidos.

#### **Nivel motor**

Principalmente destacan la evitación/escape y las conductas de seguridad/defensivas. La evitación abarcaba prácticamente a cualquier tipo de desplazamiento autónomo, al implicar, en mayor o menor medida, el alejamiento de las señales de seguridad. No obstante, esta evitación era menor si el desplazamiento era en coche. También evitaba cualquier actividad física o sustancia que generase síntomas de activación, evitando siempre: hacer deporte, situaciones que implicaran mucho calor (p.e. sauna) y bebidas estimulantes. Si por el contrario contaba con el objeto contra-fóbico más relevante, la presencia de uno de sus padres, el radio de desplazamiento era prácticamente ilimitado. Destacar que su madre le aportaba más seguridad que su padre, al verle más “débil”, y que el nivel de seguridad percibido variaba en función de quién fuera el acompañante, lo que repercutía en el grado de ansiedad experimentado y en si finalmente realizaba o no un determinado afrontamiento. Otras conductas de seguridad eran: llevar consigo o consumir *Orfidal*, llamar al 112 o ir a urgencias, beber agua, localizar salidas y distraerse, incluyendo aquí las llamadas de seguridad.

#### **Nivel subjetivo**

En este nivel hay tres aspectos fundamentales (Bados, 2005): ansiedad fóbica o miedo a las situaciones evitadas, alteraciones cognitivas y *miedo al miedo*. En primer lugar, temía, en general, a

prácticamente cualquier situación que implicara el alejamiento en solitario de la zona de seguridad; sobre todo si se trataba de medios de transporte, espacios abiertos y fiestas (relacionado con la ansiedad interpersonal). Teniendo esto en cuenta, el temor se incrementaba conforme lo hacía la distancia al lugar seguro y/o a cualquier establecimiento, salida o servicio de asistencia en el que pudiera recibir ayuda en caso de AP. También solía ser inversamente proporcional a la cantidad de gente presente. Factores como ser de noche, llevar consigo a su perra, el calor, las discusiones familiares, el estrés o pensar sobre los propios problemas aumentaban el miedo. Sin embargo, el enfado o estar pendiente de realizar determinados trámites favorecían los afrontamientos, al ser estados incompatibles o distractores, respectivamente, de la ansiedad y el miedo.

En segundo lugar, dentro de las alteraciones cognitivas (Chambless y Goldstein, 1983 citado en Echeburúa y Corral, 1997) podían observarse:

(1) Ansiedad anticipatoria. (1) Expectativa de que ocurrirá un nuevo AP o una fuerte ansiedad durante el afrontamiento y/o (2) preocupación por las consecuencias que conllevará el mismo. En general, tenía más miedo al AP en sí mismo que a sus consecuencias, si bien, dentro de estas, lo que más temía era sufrir un ataque al corazón.

(2) Autoobservación constata (sesgo atencional) y valoración inadecuada de los síntomas somáticos (sesgo interpretativo). Los pensamientos catastrofistas más frecuentes eran: *me va a dar un infarto, voy a quedarme enfermo para toda la vida, voy a ser incapaz de volver a casa (o a un sitio seguro) por mí mismo, voy a perder el control y voy a volverme loco*. En general, la creencia en la plausibilidad de estas ideas era mayor en los momentos de ansiedad, reduciéndose cuando se sentía seguro, a excepción de la probabilidad de experimentar un infarto, con la cual se mostró bastante resistente, aduciendo que su consumo “excesivo” de tabaco así como su “elevado” colesterol le predisponían a ello. Destacar que, más allá de las situaciones fóbicas o de las consecuencias de los síntomas, lo que más temía J. era la propia vivencia de estos últimos. La describía como un sentimiento de *No hay salida*, equiparable a la pérdida de control, por el cual se sentía incapaz de afrontar la situación y los síntomas, al sentir como si estuviera en medio del océano, sin ver costa y no saber cuándo y cómo iba a salir de allí. Se sentía desprotegido, e incluso, en una sesión de EV en la que me retrasé, verbalizó haberse sentido abandonado.

(3) Evaluación negativa de los propios recursos como resultado de la repetición de las conductas de seguridad donde el manejo de la situación es externo. Un ejemplo de esta evaluación negativa puede apreciarse en el siguiente ejemplo, junto con el miedo, la desesperanza y los reproches: *Estás solo, muy lejos, a ver qué haces ahora. No hay salida, estoy lejos de casa o de mamá y empieza el pánico, ahora sí que la has cagado. Esta sensación y pánico solo desaparecerán con la muerte. No hay cura*



*por más que lo intentes. No hagas caso a las terapias, lo tuyo es incurable. Vaya mierda de vida, tienes 40 años y en casa de papá y mamá como un niño.*

(4) Rumiaciones de escape/evitación. Eran también conductas defensivas que consistían en localizar elementos de seguridad o vías de escape. Por ejemplo, el primer día de la EV tenía que hacer solo un desplazamiento de “apenas” 300m.: *Bueno, si doy la vuelta está Tatiana y delante mi casa. [Si empieza el AP] llamo a mi madre y corro hacia casa.* También, cuando su madre no estaba en casa, solía calcular la distancia o el tiempo que los separaban. En momentos puntuales, y aunque nunca lo intentó, se relajaba pensando en la idea de que, llegados a un extremo, siempre podría suicidarse.

En tercer lugar, el miedo al miedo constaba de dos componentes (Morón, 2005): el miedo a las reacciones somáticas asociadas a la ansiedad y las cogniciones catastrofistas, ya mencionadas, sobre sus consecuencias físicas, sociales y psicológicas. Está íntimamente relacionado con la ansiedad anticipatoria pero, a diferencia de esta, suele considerarse una variable de tipo rasgo (Bados, 2005).

Al margen de estos aspectos, había perturbaciones en su estado de ánimo caracterizadas por rumiaciones (*yo antes...*), sesgos de atención hacia lo negativo, disforia (*yo no vivo, sobrevivo*) y momentos de desesperanza que en ocasiones daban paso a la rabia. Igualmente, y a causa de las limitaciones consecuentes al trastorno, se había visto afectada su vida social, su autoestima y su autonomía, esta última más allá de la que impide la agorafobia y en ocasiones suponiendo una ganancia secundaria. En este sentido, se habían exacerbado rasgos dependientes preexistentes.

#### 2.5.2. Análisis descriptivo: variables implicadas

##### **Facilitadoras**

- Madre. Cáncer de garganta y problemas de ansiedad y depresión de diagnóstico desconocido. Parece que el binomio *madre-yo* no terminó de romperse, por lo que, en gran medida, J. seguiría en un estado confusional de indiferenciación entre ambos.
- Padre. Perfil hipocondríaco. Mantiene una cierta simbiosis con él, no solo con respecto a su estado de ánimo sino comportándose de forma similar a lo que critica de él: alta exigencia y poco refuerzo.
- Actitudes y conductas sobreprotectoras por parte de sus padres, y desde edades tempranas, que suelen asociarse negativamente con el desarrollo de la independencia (Bados, 2005).
- Su abuelo paterno también tenía un perfil hipocondríaco. Con él mantenía un apego seguro, por lo que su fallecimiento le afectó muchísimo tanto a nivel emocional como conductual.
- Alteraciones ansioso-emocionales tanto en la familia materna como en la paterna.
- Burlas en el colegio a causa de sus dificultades.
- Relaciones románticas tóxicas, sobre todo en el caso de la relación con B.
- Déficit de relaciones sociales y actividades de ocio.

## Variables disposicionales

- Buena disposición a seguir las prescripciones de las terapeutas y del psiquiatra.
- Situación temprana de separación (ingreso hospitalario).
- Perfil de personalidad:
  - Ansioso. Los ejemplos presentados hacen patente su influencia desde edades tempranas. En general, presenta una baja tolerancia al estrés y al malestar emocional.
  - Preocupaciones hipocondríacas, por ejemplo, encontrando “síntomas” de Alzheimer en los despistes cotidianos, siendo esta la enfermedad que tuvo su abuelo paterno.
  - Obsesivo e inflexible. De pequeño tuvo ideas obsesivas de daño a terceros y compulsiones. Además, *siempre he tenido buen oído, los ruidos siempre me han molestado y, cuando estoy tenso, algunos me desesperan* (posible conciencia sensorial aumentada). Le gusta que las cosas estén programadas y estructuradas aunque luego no cumpla esas pautas: *me ahogo en un vaso de agua cuando la más mínima situación está fuera del plan que tenía previsto*. Tiene muy poca tolerancia a la incertidumbre, a las situaciones en las que percibe que no tiene el control. Le cuesta simultanear actividades, como si para hacer una tuviera que obviar todas las demás. En lo que respecta a su trabajo muestra excesiva dedicación y auto-exigencia: *quiero ser un trabajador imprescindible; cuando algo no me sale bien me siento frustrado: vales por lo que haces*.
  - Dependiente. Observado en sus intentos de gustar y complacer, en la influencia de los demás en su auto-aceptación y confianza, en la búsqueda/necesidad de refuerzo externo y en el miedo a quedarse solo. A nivel social: *me preocupo mucho de que lo que esté haciendo no sea agradable para los demás; necesito valorarme más, que no dependa de los demás*. A nivel de pareja se vio sobre todo con B: *dejé de tener parte de mi tiempo para dárselo a ello; llegó a ser más estresante que un trabajo; nunca le decía que no quería hacer lo que me decía por miedo a perderla*. A nivel familiar: *no soy capaz de discutirle a mi madre porque siento que entonces no va a estar cuando la necesite; no sé si quiero a mis padres o los necesito*. Igualmente, a menudo necesita, sobre todo en lo que respecta a su problema, que alguien le dirija y acompañe, indicando que le gustaría que la “solución” a este, o el control durante los AP, residiera en un tercero. Además busca un incentivo, también externo, que le impulse a trabajar en la remisión: *No encuentro una meta para seguir luchando; creo que hay una parte de mí que no se quiere curar, porque si eso pasara ya no tendría a nadie pendiente de mí. Tendría que seguir solo y no sé si podría; si me curo me sentiría desprotegido*. Todas estas verbalizaciones reflejan, por tanto, ganancias secundarias.
  - Suspicious y evitativo. A nivel social: *si se me ocurre algo pienso que no sería del agrado de los demás; nunca le he hecho nada a nadie y encima me llevo todos los palos. No voy a mostrarle a nadie como soy realmente, así me guardo un as en la manga; mis compañeros de trabajo me*

*hacen caso pero no consigo respeto como persona; [en una conversación] ¿estás tonto? ¿qué estás diciendo?; examino los actos y gestos de la gente hacia mí; noto a la gente a mi alrededor hablando y cuando yo intento hablar nadie me escucha; en el trabajo hay ciertos compañeros que hablan de cosas que no sé y me pongo de mala leche, porque luego entra gente nueva y entablan una relación fabulosa. A nivel fraternal: dispone como quiere, como si yo no contase; cuando estoy con él y hay más gente, si yo saco un tema lo tiene que rebatir, como si quisiera pasar por encima de mí; él se siente mejor y más fuerte cuando yo estoy mal; no ayuda a la familia y le respetan; me cago en Dios, con qué derecho se cree para robarme [a las personas] que yo tenía cuando estaba bien; ahora vive en [nombre de su barrio] y ese es mi territorio.*

- Déficit de habilidades sociales, sobre todo para decir “no”, e íntimamente relacionado con los rasgos anteriores: *soy más de elegir que de proponer; no sé qué derechos defender; no suelo tener una opinión clara... no tengo argumentos para estar en contra.*
- Baja autoestima relacionada con sus altas exigencias y con la comparación con los demás.
- Tiene una bolsa de gases a nivel torácico que puede generar una percepción errónea de ansiedad
- Sobrevaloración de la época previa al problema, sobre todo de su infancia (*todos me admiraban*), lo que le hace orientarse continuamente al pasado y juzgar más duramente su situación actual.
- Cierta labilidad emocional y frecuentes contrariedades.
- Reacciones infantiles cuando no consigue lo que quiere o encuentra obstáculos a su paso, terminando, generalmente y a excepción de en el terreno laboral, desistiendo. Es impaciente, necesita que las cosas sean inmediatas. Además, le gusta ser el centro de atención.
- Larga evolución del trastorno (desesperanza y acomodación) y del tratamiento farmacológico.

### 2.5.3. Análisis explicativo y formulación clínica

#### **Hipótesis de origen**

A partir de los datos desarrollados hasta el momento puede verse como J. tenía una predisposición importante para desarrollar un trastorno de ansiedad. No solo había una vulnerabilidad biológica a este tipo de problemas, sino un estilo educativo sobre-protector y reforzador de la dependencia que se podía observar en la forma en la que sus padres habían actuado ante problemas previos, por ejemplo, cuando estuvo cerca de seis años durmiendo con ellos al temer la oscuridad. También había crecido observando la preocupación excesiva de su padre por la salud, sufriendo, hasta los seis años, el chequeo de su temperatura por si tenía fiebre, aún no mostrando síntomas: *era la cena, el baño y el termómetro*. Igualmente, había vivido el intento de suicidio de su abuela paterna y el miedo de su abuelo paterno a tener un ataque al corazón, el cual le había llevado, en varias ocasiones, a ir urgencias. De esta manera, la tendencia a focalizar en las sensaciones corporales ya era una forma de relacionarse con su cuerpo que él había asimilado antes de que

apareciese el trastorno, y que, además, podía verse favorecida por una posible conciencia sensorial aumentada. Además, se ha visto que las experiencias de separación en la infancia, como la que vivió estando ingresado, pueden contribuir al inicio de esta patología (Bados, 2006). Paralelamente, contaba con unas características de personalidad que favorecieron el desarrollo, y el posterior mantenimiento, de la misma. En primer lugar, el perfil obsesivo favorecía la prototípica necesidad de control y el consecuente feedback positivo del pánico. En segundo lugar, las características dependientes facilitaban las conductas de defensivas, sobre todo aquellas en las que se busca (y se siente) la seguridad en un tercero. Finalmente, presentaba, desde edades tempranas, una tendencia a responder con ansiedad ante situaciones aversivas, con las que, posteriormente, aprendió a relacionarse en términos de escape. Precisamente este estilo de afrontamiento del estrés es una de las variables que influye en la probabilidad de que la aprensión hacia el pánico derive en evitación agorafóbica (Craske y Barlow, 1988 citado en Caballo y Mateos, 2000).

Unido a todo lo anterior, cuando sucedió el primer AP, J. seguramente se encontraba nervioso por la prueba de fútbol que iba a realizar, activación que se disparó al conocer la noticia de un joven que había muerto, de un ataque al corazón, mientras hacía deporte. Hago hincapié en la causa de la muerte porque recordemos que ese era precisamente el miedo que tenía su abuelo paterno y la principal consecuencia que J. temería posteriormente de los AP, lo que dejaba claro el aprendizaje vicario. Dicho esto, el miedo que la noticia produjo dirigió la atención hacia los síntomas preexistentes que, junto con la preocupación de que también tuvieran unas consecuencias fatales, los incrementó aún más, derivando finalmente en el AP. Su impacto emocional fue tan fuerte que pudo producir un condicionamiento interoceptivo a partir del cual determinadas sensaciones fisiológicas, y seguramente pensamientos, adquirieron la capacidad de generar una respuesta de ansiedad (Cano-Vindel, 2007). Esto permitió que en momentos posteriores no fuera necesaria una interpretación consciente en términos de peligro para que se disparase la ansiedad. Este condicionamiento también explicaría, junto con su estilo de afrontamiento del estrés y el miedo, tanto a perder el control como a volver a sufrir un AP, la rápida generalización de las conductas de evitación. Finalmente, y de forma paralela al primer ataque, comenzaron los sesgos en el procesamiento, los cuales posibilitaron que, en momentos posteriores de activación, se disparase la intensidad inicial de los síntomas y aumentase la probabilidad de sufrir nuevos AP. Cuando estos finalmente sucedían, reforzaban a su vez la auto-observación y la interpretación distorsionada.

### **Hipótesis de mantenimiento**

El mantenimiento del trastorno, y sobre todo su larga evolución, no solo fue el resultado de los procesos típicos de reforzamiento sino, de nuevo, de la influencia de su perfil. Como anticipaba

en la hipótesis de origen, sus rasgos obsesivos favorecían el miedo a la pérdida de control que experimentaba en momentos de ansiedad y, por tanto, los posteriores intentos de restaurar dicho control. De esta manera se favorecía el círculo vicioso del pánico en el que son precisamente los intentos de controlar las sensaciones autonómicas los que alteran su funcionamiento y conducen al AP. Así, en la historia del problema había habido pocos AP espontáneos, siendo, en su mayoría, consecuentes a los intentos de control. No obstante, y más a largo plazo, apenas se llegaban a producir porque su anticipación llevaba a la evitación/escape. Estas últimas se mantenían por refuerzo negativo al suponer un alivio temporal, pero rápido, de la ansiedad, tanto anticipatoria, como la que resultaba de afrontar la situación y los síntomas consecuentes. Cuando la evitación activa no era posible ponía en marcha las citadas conductas de seguridad o, como él acertadamente las llamaba, *muletillas*. Estas no solo eran un refuerzo negativo, sino también uno positivo para sus características de personalidad. Poniendo algunos ejemplos, la principal conducta defensiva era ir acompañado, generalmente por sus padres, lo que suponía un aumento del tiempo que pasaba con ellos (o del que no estaba solo), de la atención que le prestaban a consecuencia del problema y una retroalimentación de la asociación entre seguridad-estar acompañado. La otra muletilla más frecuente era la del consumo de fármacos y la asistencia a servicios médicos, por un lado, porque se sentía incapaz de parar los síntomas por sí mismo y, por otro lado, porque pensaba que estaba sufriendo un infarto. En este sentido es importante recordar su impaciencia, su actitud un tanto infantil, de obtener las cosas de forma inmediata. Así, en cuanto aparecían los síntomas, buscaba la forma más rápida de acabar con ellos, y aunque con estos recursos no siempre lo conseguía, sí que aumentaba la percepción de control, lo que fortalecía su empleo y el mantenimiento de la propia impaciencia.

El resultado a largo plazo de la evitación y de estas muletillas fue el aumento del miedo, la imposibilidad de invalidar las interpretaciones catastrofistas, la sobreestimación de padecer nuevos AP y el mantenimiento de la auto-observación y de las conductas defensivas. Unido a todas estas consecuencias estaba la disminución progresiva de la percepción de autoeficacia: en los primeros momentos del trastorno, al creer que el afrontamiento exitoso de una situación residía en el control de los síntomas, e ignorando el efecto paradójico que esto producía, se encontraba acumulando experiencias de “fracaso” que empezaron a reducir la confianza en los propios recursos. Esta desconfianza se fue incrementando al repetir una y otra vez ese proceso de delegación del manejo de la situación a un tercero o a un agente externo, mandándose a sí mismo el mensaje de que superaba las situaciones fóbicas gracias a estas conductas. En definitiva, la reducción de la autoeficacia lo que hacía era iniciar de nuevo el círculo desadaptativo que mantenía el problema. Además, no hay que olvidar que existían otras variables que influyeron en el mantenimiento del trastorno: la bolsa de gases que tenía en el tórax y que producía síntomas similares a la ansiedad, la pérdida de

reforzadores, las desafortunadas relaciones románticas que había tenido, la baja autoestima, el fallecimiento de su abuelo paterno y las ganancias secundarias al trastorno. Entre estas últimas destacaban la atención recibida, el hecho de no estar solo y la evitación de responsabilidades: *cuando estás bien estás obligado a hacer cosas que no te apetece; para qué me voy a independizar si no tengo pareja, encima generaría unos gastos que ahora no tengo*. No obstante, hay que decir que el hecho de vivir en el hogar familiar no estaba exento de desventajas y que las (pocas) veces que había intentado hacer las tareas domésticas su padre se lo había dificultado o, directamente, impedido.

Para cerrar este apartado me gustaría hacer mención a dos procesos importantes. En primer lugar, recordemos que a lo largo de la evolución del problema, J. había tenido remisiones parciales que le habían permitido prescindir en gran parte de la compañía de un tercero para funcionar en su vida diaria. Estos periodos solían coincidir con el hecho de tener pareja, las cuales, a mi forma de verlo, habían permitido que J. se implicase en los afrontamientos a pesar del miedo fóbico. Como él mismo había expresado, en algunos casos había sido por no darles la razón acerca de sus dificultades, en otros, para no mostrarlas. Igualmente, las parejas suponían una especie de distracción: J. se centraba en ellas y en su relación y no en el problema y en los intentos de control. Además, como se ha intentado ilustrar en el *Análisis descriptivo*, era como si supusieran un incentivo externo para “aguantar el mal trago” que suponían las exposiciones; es decir, tenía que luchar por salir de su situación, no tanto por él mismo, sino porque había una razón (“mayor”) para hacerlo, en este caso, que no afectara a su relación, poder formar una familia propia, etc. En segundo lugar, aquellas muletillas que implicaban a un tercero habían favorecido que, en muchas ocasiones, tuviera miedo a la remisión, por un lado, por no verse capacitado para volver a la vida autónoma (*siempre dependeré de mis padres y cuando ya no estén me tendré que ir yo también*) y, por otro lado, por perder esa situación de protección, atención, etc., en la que, en cierta forma, se había acomodado (*cuidado te estás curando y eso implica más cosas; ya sé volar y tengo miedo de que me echen del nido*). Estas consecuencias añadían más dificultad a los afrontamientos y más “razones” para seguir evitándolos.

## 2.6. Objetivos y técnicas

Como ha podido observarse, en el caso de J. existían muchas conductas susceptibles de intervención, sin embargo, en el tiempo que duró mi participación, se persiguieron los objetivos mostrados en la Tabla 1. Las técnicas acompañadas de un asterisco (\*) fueron aplicadas y dirigidas íntegramente por mi tutora profesional, mientras que las acompañadas de dos asteriscos (\*\*) las apliqué y dirigí yo. Las que no tienen ningún símbolo las utilizamos ambas. Una vez establecida esta distinción, tenderé a emplear la segunda persona para enfatizar la coordinación e interrelación de contenidos y objetivos. El orden de estos últimos es meramente orientativo ya que, en ocasiones, fue

necesario retomar algunos ya trabajados al observar en J. un retorno temporal a conductas y cogniciones que se creían superadas. La mayoría de los objetivos están interrelacionados, de tal forma que se han dividido en terapéuticos y procedimentales. Al mismo tiempo, un mismo objetivo procedimental podía formar parte de varios objetivos terapéuticos, conexiones que, en la medida de lo posible, se explicitarán. Finalmente, cabe destacar que todos estos objetivos permitían alcanzar el objetivo en mayúsculas: conseguir un nivel de funcionamiento óptimo en las diferentes áreas vitales.

Tabla 1. Objetivos y técnicas empleadas

Objetivos terapéuticos	Objetivos procedimentales	Técnicas, procedimientos y ejercicios utilizados
Reducir frecuencia, duración e interferencia de los AP, completos y parciales	Conocer y comprender el modelo del pánico para favorecer el abandono de las conductas desadaptativas y reducir la resistencia a la exposición	Psicoeducación <i>Guía para el paciente</i> **
	Reducir el miedo a los síntomas de activación y la evitación interoceptiva	Exposición prolongada (EV)** Práctica programada** Autoexposición** Exposición interoceptiva (EI)** Trabajar la aceptación <sup>1</sup>
	Adquirir habilidades para manejar la ansiedad y promover el afrontamiento	EFT* Ejercicio VAC-OC de PNL* Metáforas y ejercicios experienciales (Anexo e) Autoinstrucciones
Reducir conductas de evitación y escape	Reducir el sesgo de atención sobre las sensaciones corporales	Entrenamiento en distracción Psicoeducación
	Reducir el sesgo de interpretación sobre las sensaciones corporales	Psicoeducación Reestructuración cognitiva (RC) EV y EI
	Disminuir la interferencia actual de AP pasados	EMDR* RC
	Promover la flexibilidad psicológica	Trabajo en los vértices del <i>Hexaflex</i>
	Reducir los pensamientos catastrofistas	Psicoeducación RC

(continúa)

Ídem	Reducir la ansiedad anticipatoria	EV + comparar la predicción del afrontamiento con el resultado de este** Parada de pensamiento** Autoinstrucciones ----- EMDR
	Reducir las conductas de seguridad	EV con prevención de respuesta EI con atención objetiva RC Psicoeducación Retirada gradual de la medicación
Promover la autonomía	Reducir las conductas de seguridad	Ídem
	Fomentar el sentimiento de autoeficacia**	Aplicación, en la EV, de las técnicas de desactivación Autoexposición Gráficos del progreso Recuerdo explícito de los progresos Enfatizar su papel en el cambio Autorregistro de lo positivo Autoinstrucciones Autorrefuerzo
	Promocionar la autodirección**	Trabajo en valores
	Reducir la necesidad de refuerzo social y fomentar el auto-refuerzo	Reducir/extinguir el refuerzo por parte de las terapeutas Promover el auto-refuerzo**
	Mejorar la relación con su padre**	Padre como co-terapeuta para que comprenda mejor el problema y observe los esfuerzos de J. Diálogo entre J. y su padre sobre los avances para buscar su refuerzo <sup>1</sup> Celebrar juntos los avances Entender el progreso en la EV como una oportunidad de hacer cosas juntos por placer y no por dependencia RC



Disminuir rasgos de procrastinación	Aumentar el compromiso de J. con el cambio terapéutico y las técnicas destinadas al mismo**	Trabajo en valores Establecimiento de objetivos semanales → activación conductual desde ACT Metáfora: <i>Los dos escaladores</i> Contexto de literalidad y contexto verbal de dar razones como causas
	Aumentar las interacciones sociales	Activación conductual desde ACT** Promoción verbal

<sup>1</sup> Este objetivo se eliminó al conocer la sensibilidad al refuerzo de J.

### 2.7. Aplicación y secuenciación del tratamiento

El tratamiento se dividió en dos tipos de sesiones: de consulta y de *exposición prolongada* o EV (Emmelkamp, 1982 citado en Bados, 2005). Las sesiones de consulta tenían una periodicidad semanal y duraban, generalmente, una hora, hora y media. Estaban dirigidas por mi tutora profesional y yo tenía un papel de observador-participante. Dentro de este tipo de sesiones tuve la oportunidad de dirigir varias de ellas bajo su supervisión directa, entre ellas las de EI. Las sesiones de EV generalmente eran dos veces en semana, de dos horas de duración, aunque algunas veces, dadas las características del ítem trabajado o de las necesidades de J., se extendieron a tres horas. En general, cada sesión permitía hacer dos ejercicios, a excepción de al principio, que podíamos hacer más dada la brevedad de los trayectos. Estas sesiones las dirigía yo y mi tutora no estaba presente. Semanalmente, le informaba de los aspectos trabajados, de las dificultades que habían aparecido y de cómo las había afrontado. También aprovechaba para preguntarle la adecuación de determinados objetivos y la forma más adecuada de trabajar algunas conductas que se habían mostrado resistentes. Entre sesiones el paciente tenía que realizar una serie de tareas para casa, propuestas y diseñadas por mí. Fueron de tres tipos, y su supervisión y feedback la realizaba semanalmente, bien por correo electrónico, bien antes de empezar la siguiente sesión de EV. Computando los días dedicados a la EV con los de las tareas para casa, J. solía realizar exposiciones entre 3-4 días a la semana. El conjunto de la intervención se extendió desde Octubre de 2014 hasta Mayo del 2015. Dado el número de sesiones, habría sido demasiado extenso describir cada una de ellas, por ello, y siguiendo el método de los artículos científicos, describiré las técnicas y procedimientos utilizados, haciendo especial hincapié en cómo se aplicaron, en la justificación de su empleo y en ejemplos de las dificultades aparecidas así como en la forma de abordarlas. Como gran parte de mi intervención era *in vivo*, no era factible seguir el procedimiento estructurado y parcelado de la TCC, sino que en una misma sesión de EV el paciente demandaba el empleo simultáneo de estrategias cognitivas, conductuales y psicoeducativas. Por este motivo, y debido al funcionamiento parejo de todas ellas, aunque los

procedimientos se presentan agrupados bajo el conjunto al que pertenecen, muchas veces interrelaciono sus contenidos, precisamente para enfatizar su empleo combinado y la necesidad de flexibilizar la aplicación de los protocolos de tratamiento. Por esta misma razón, y aunque en la medida de lo posible indicaré cuándo se utilizaron, el orden presentado es meramente teórico.

### **Alianza y relación terapéutica**

Fue mi objetivo sobre todo en las primeras sesiones porque si el paciente no me hubiera percibido como una persona de seguridad hubiera sido complicado hacer la EV, ya que si una persona no tenía este estatus, J. se mostraba reacio al afrontamiento. Para conseguir esto se creó un ambiente empático, relativamente distendido, que perseguía además su apertura y participación. También fue muy habitual el empleo del humor. Pese a ello, fui bastante directiva, que no autoritaria, durante las sesiones, generalmente porque J. solía mostrarse inseguro en la progresión de la jerarquía, encontrando a menudo alguna “excusa”, más o menos “racional”, para permanecer más tiempo en un mismo ítem, sobre todo cuando nos íbamos acercando al final y aumentaba el tiempo que tenía que pasar solo. El abordaje de estas situaciones aparece en *Trabajo conductual*. En relación a la actitud del terapeuta se ha encontrado que la escucha empática, sobre todo al principio, y la firmeza a la hora de conducir el tratamiento se asocian con mejores resultados; por el contrario una actitud autoritaria o demasiado permisiva se asocia negativamente con los resultados de la técnica (Bados, 2005).

### **Psicoeducación**

Es un componente que, aun no siendo eficaz por sí solo, es necesario para la intervención (Bados, 2006) porque cuando los pacientes conocen el modelo teórico del pánico, y cómo los sesgos en el procesamiento favorecen su aparición, les es más fácil abandonar las conductas de evitación y son más receptivos a la exposición, la cual repercute de nuevo a nivel cognitivo (Cano-Vindel, 2007). Por estos motivos, la psicoeducación estuvo presente a lo largo de toda la intervención. Por un lado, las primeras sesiones las dediqué a **explicarle la EV** (Wood, 2008). Por otro lado, como J. ya conocía el funcionamiento de su problema, decidí que, en lugar de volvérselo a explicar, le iría dando información según fueran apareciendo, en sesión de EV, las conductas problema. Es decir, cuando diera muestras de sesgos de interpretación, retomaría su explicación y su influencia en la ansiedad, permitiendo, con su propio ejemplo, ilustrarle el modelo cognitivo-conductual del pánico. Esto le ayudaría a aprender a detectarlos y me permitía a mí, recordarle o explicarle, herramientas para contrarrestarlos. Siguiendo este mismo método, y las recomendaciones de Cano-Vindel (2007), trabajamos los **procesos cognitivos** que se encontraban alterados. Otra cuestión persistente fue su tendencia a sobreestimar la frecuencia de AP sufridos al considerar que cualquier síntoma aislado pero elevado de activación era una crisis. A pesar de que ya le habíamos explicado el concepto,

siguió obcecado durante mucho tiempo, e incluso separaba los términos ansiedad y pánico. Esto, lejos de ser una mera confusión, llevaba implícita la idea de que el pánico era más grave que la ansiedad y que, por tanto, podía llegar a justificar la consecuente evitación. Para trabajar esta resistencia, y teniendo en cuenta los “fracasos” previos para cambiarla, seguimos utilizando de manera indistinta ambos términos y, cuando nos decía que había tenido una crisis, le pedíamos que nos describiese los síntomas para ver si verdaderamente había sido tal. Con esta y otras cuestiones desarrollé una *Guía para paciente* personalizada para J., basada en Bados (2006), Moreno y Martín (2007) y la última versión del programa de Barlow (Barlow y Craske, 2007 citado en Vallejo, 2012).

### **Técnicas para reducir la activación**

Su objetivo era disminuir los niveles de ansiedad del paciente, aportándole una cierta sensación de control a la hora de enfrentarse a los desplazamientos o a cualquier situación generadora de activación. Existen diferentes estrategias para conseguirlo, como la respiración abdominal (Bados, 2006), la relajación progresiva de Jacobson (Wood, 2008), el entrenamiento autógeno de Schultz (Pérez y Redondo, 2002) o las técnicas de biofeedback (Echeburúa y Corral, 1997). Aunque J. conocía varias de estas estrategias, existía un miedo importante a los síntomas, sobre todo al comienzo de la EV, por lo que, hasta que no lográramos reducirlo, no era adecuado emplear técnicas que implicaran una cierta observación de los síntomas, porque entonces, lejos de conseguir la relajación, aumentarían debido a la focalización y a la promoción de ideas distorsionadas sobre los mismos. Así, de entre todas las herramientas que conocía, las que mejor le funcionaban para reducir la ansiedad eran la EFT y el VAC-OG. **(1) La EFT** (Craig, 2009), similar a la inervación vagal (Caballo y Mateos, 2000), está basada en dos premisas fundamentales desarrolladas a partir de la concepción del cuerpo como un sistema energético o conjunción de circuitos eléctricos. En primer lugar, entienden que las emociones negativas, incluso los síntomas físicos asociados, son el resultado de la interrupción o el bloqueo de energía en uno o varios de estos circuitos. En segundo lugar, introducen el concepto de *revés o inversión psicológica*, que resultaría de un cambio en la “polaridad” del circuito. Esta alteración se traduciría en una especie de sabotaje interno del propio bienestar expresado en una conducta incongruente con los objetivos personales. Esto explicaría las resistencias al tratamiento y la cronicidad de algunas patologías y serían, junto con el revés psicológico en sí mismo, el resultado de creencias y pensamientos irracionales sobre uno mismo que, de una forma u otra, serían opuestos a la intención manifiesta. De esta manera, se intensificarían los síntomas preexistentes e incluso podrían desarrollarse otras alteraciones psicológicas. Para restaurar el flujo normal de energía y disminuir, tanto las emociones negativas como los problemas asociados, el método seguido combina la estimulación de determinados puntos corporales, una parte verbal centrada en el problema y su aceptación y una serie de movimientos oculares similares a los de la

EMDR que persiguen, de igual modo, la re-elaboración del suceso a través de la estimulación bilateral (Brattberg, 2008). Los puntos de tapping corresponden a las terminaciones de los principales circuitos energéticos del cuerpo, siendo precisamente los que se estimulan, a un nivel más profundo, en la acupuntura. Es importante destacar que la mera estimulación de algunos de estos puntos, como el de karate (parte carnosa situada entre la muñeca y el dedo meñique), llevan asociada una disminución de la ansiedad. (2) **El VAC-OG** es un ejercicio similar, al menos en apariencia, a los de *conciencia sensorial* habitualmente empleados en el entrenamiento en distracción (Ballester, 2004). Consiste en centrarse, durante unos segundos, en cinco estímulos, siendo, cada quinteto, de una modalidad sensorial diferente. La progresión se realiza en el siguiente orden: visual, auditivo, corporal, olfativo y gustativo. Poco a poco, se va reduciendo el número de estímulos hasta llegar a cero. Puede realizarse con los ojos cerrados o abiertos, si bien la primera forma resulta más eficaz. Existe una versión abreviada que incluye solo los tres primeros sentidos. Sus buenos resultados se deben, en parte, al componente de atención focalizada, pero, sobre todo, a la activación parcelada de diferentes áreas cerebrales, permitiendo al paciente “desconectar”. Es por esto por lo que puede considerarse el equivalente emocional de la parada de pensamiento.

En los primeros ítems de la EV J. tenía muchas dificultades para aplicar estas estrategias, no porque no supiera cómo hacerlo, sino porque cuando la ansiedad excedía sus límites manejables, se bloqueaba y “olvidaba” todo el repertorio de técnicas que conocía. Le animamos a apuntárselas en el móvil de tal forma que pudiera consultarlas cuando fuera necesario, y yo misma le recordaba su uso durante los ejercicios. Como este bloqueo le hacía sentirse mal, le explicaba que se había acostumbrado tanto a utilizar estrategias de evitación que era normal que el primer impulso fuera tirar de ellas pero que, con la práctica reiterada de estas nuevas estrategias, su empleo llegaría a ser tan espontáneo como lo había estado siendo el escape/evitación. Efectivamente esto fue así, y conforme avanzamos, se hizo innecesario el empleo de estos andamiajes, al tiempo que J. comprobó la eficacia de dichas estrategias y, por ende, aumentó su empleo, no solo en la EV sino en las situaciones naturales. Esto contribuyó a aumentar su autoeficacia y la motivación para enfrentarse a nuevas situaciones. No obstante, conforme avanzamos, y según sus propias palabras, lo que mejor le funcionaba para reducir la ansiedad y sentirse capaz de realizar satisfactoriamente los afrontamientos era recordar los “éxitos” conseguidos, ya fueran en forma de ítems superados o de dificultades que había sabido manejar. Teniéndolo en cuenta, aquellas veces en las que estaba muy nervioso y con mucha anticipación, le animaba a que, cuanto más ansiedad, cuanto más miedo tuviera, más se centrara en recordar los detalles de las situaciones exitosas, no solo por el componente de distracción, sino para aumentar la confianza en los propios recursos. Finalmente, quiero señalar que tuvimos que reestructurar mucho su idea de conseguir resultados inmediatos. Su impaciencia y los diferentes

aprendizajes de escape hacían que, en los “momentos idóneos” para aplicar estas estrategias, huyera rápidamente si no notaba una relajación inmediata tras su empleo. Además de insistir verbalmente en darles tiempo para notar el cambio, comparamos su efecto con el de los medicamentos, explicándole cómo su acción tampoco es inmediata, aunque lo parezca, y que probablemente cuando hacen efecto, parte de la ansiedad ya se ha reducido gracias a los mecanismos de autorregulación, transmitiéndole así la idea de que la totalidad del control no la tiene el fármaco (Bados, 2005).

### **Construcción de las jerarquías**

Dentro de la exposición a estímulos externos existen tres variantes igualmente eficaces (Bados, 2005): la *exposición prolongada*, que es el afrontamiento más o menos gradual a las situaciones temidas en presencia del terapeuta; la *práctica programada*, igual que la anterior pero con un familiar como co-terapeuta y la *autoexposición o exposición autocontrolada más autoobservación* que es el afrontamiento en solitario del paciente. En esta intervención utilizamos las tres modalidades. Como se ha visto en el AF, la dificultad para desplazarse en solitario residía no tanto en los transportes en sí mismos, sino en el alejamiento de la zona segura, lo que hacía que cualquier forma de desplazamiento autónomo estuviera, en mayor o menor medida, afectado. Decidimos empezar por los dos contextos menos temidos, el bus y el desplazamiento a pie, en ese orden, desarrollando una jerarquía para cada uno de ellos. Aunque teóricamente tendríamos que haber hecho dos jerarquías más, para el metro/bus y el coche, el tiempo de mi participación y, por tanto, el tiempo para practicar de forma asistida estos afrontamientos, era limitado, lo cual hacía inviable un procedimiento tan estructurado. Igualmente, se preveía que el trabajo en las primeras jerarquías generaría una serie de cambios que reducirían el rechazo al resto de contextos evitados, posibilitando, por tanto, que pudieran trabajarse con un procedimiento de práctica programada o autoexposición. A la entrega de este trabajo aún no había terminado mi período de prácticas y la única jerarquía que habíamos concluido era la del desplazamiento en bus, por lo que, sobre todo, me voy a centrar en su desarrollo. No obstante, como en aquel momento ya habíamos empezado a trabajar con el resto de contextos, también haré referencia a ellos y a cómo se produjo parte de la generalización esperada. Tras evaluar las variables que influían en su nivel de ansiedad realizamos las dos jerarquías, ambas compuestas por 20 ítems graduados en USA de 5 a 100. Dichas jerarquías no se han incluido por cuestiones de espacio, lo que sí se ha incluido es lo que a mi parecer es más relevante y denota el ajuste de la técnica a las características del caso: variables manipuladas para realizar los ítems, ejemplos de los registros completados en las sesiones (ambos en el Anexo a) y criterios pasar de un ítem al siguiente (Anexo b). Otro de los motivos por los que no se han incluido dichas jerarquías es porque fueron cambiando a lo largo de la intervención. Los motivos de tales cambios fueron que, una vez empezamos con la EV, J. fue viendo que era capaz de afrontar los ítems con una ansiedad más

maneja de lo que había predicho, aumentando el sentimiento de autoeficacia para exponerse a otros más complejos. Igualmente, como se explica en el Anexo a, durante los desplazamientos en autobús era necesario andar hasta la parada de inicio, por lo que fuimos variando dicha parada y, con ella, la distancia recorrida a pie. Así, cuando terminamos dicha jerarquía, habíamos superado gran parte de la jerarquía de desplazamiento a pie, aproximadamente la mitad, por lo que hubo que reconstruirla de nuevo. Esto reforzó enormemente a J., ya que había conseguido aumentar el radio de desplazamiento, a pie y solo, antes incluso de trabajar propiamente esta conducta.

### **Trabajo conductual**

Como decía anteriormente, la exposición a estímulos externos la trabajamos en sus tres variantes: **exposición prolongada** (EV), que fue la asistida en mi presencia y de la que se ha obtenido la mayor parte del material para este trabajo; **práctica programada** y **autoexposición**. Estas dos últimas configuraban las tareas para casa (Anexo c). También trabajamos la exposición a estímulos internos o **interoceptiva** desarrollada en el Anexo d. Las sesiones de EV se realizaron siguiendo, en la medida de lo posible, las características propuestas por Echeburúa y Corral (1997) según las cuales se consigue la máxima eficacia de la técnica. Así, en todo momento se trató de una exposición en vivo, con un intervalo corto entre sesiones (martes y jueves), generalmente de una duración de 120 min., progresando tan rápidamente como era posible y poniendo atención en la tarea. En este sentido, se le explicó lo importante que era hacerse consciente de dónde estaba y de qué estaba haciendo, de tal forma que atendiera y procesara emocionalmente las señales de miedo. No obstante, en aquellos momentos, sobre todo en los primeros ítems, en los que, a pesar de haber utilizado herramientas cognitivas y/o de relajación, la ansiedad superaba el límite que para él era manejable, y sentía la necesidad de bajarse del autobús; sí se le permitía hacer uso de estrategias de distracción. Los estudios sobre los efectos de la distracción son contradictorios y no todos son con pacientes agorafóbicos. En ellos se observa que, aunque su empleo consistente y defensivo es negativo, su empleo parcial y esporádico parece asociarse con una mayor reducción del miedo, una mayor autoeficacia y un mayor control percibido (Oliver y Page, 2008 citado en Bados, 2006). En nuestro caso, se trataba de una distracción muy ocasional, siempre empleada como último recurso y además parcial, porque se realizaba dentro de la situación temida (en el bus o camino a la parada). Igualmente, como sostienen Rodríguez y Craske (Rodríguez y Craske, 1993 citado en Bados, 2006), cuanto más intenso es el miedo, más útil es la distracción. Recordemos que este era el caso de J., ya que solo se le recomendaba distraerse cuando la ansiedad superaba su “límite”. Estos autores también sostienen que cuando la distracción no es muy intensa y existe una atención moderada a los síntomas somáticos y cognitivos, se favorece el afrontamiento y el control de estos. Esto era lo que perseguíamos, que aunque usara esta herramienta, fuera consciente de que podía seguir con el

trayecto. Igualmente, no se trataba de una distracción completa porque solía utilizar elementos que le hacían más consciente de dónde estaba y de que se estaba alejando del lugar seguro (p.e. contar matrículas, escuchar a los pasajeros...). En la misma línea, hay que mencionar que, pese a que la eficacia de la EV se ve afectada negativamente por el empleo de ansiolíticos, J. tenía una pauta farmacológica que no podíamos alterar hasta ir consiguiendo, y asentando, los progresos; por ello, aunque las dosis fueron reduciéndose, siempre estuvo bajo tratamiento farmacológico. Al margen de esta pauta, su psiquiatra le había prescrito *Orfidal* cuando fuera necesario. Como conducta de seguridad había que ir reduciendo para no seguir reforzando su empleo ni la asociación entre un afrontamiento exitoso y su consumo/llevarlo consigo. No obstante, a la entrega de este trabajo aún lo llevaba durante los desplazamientos, ya que, teniendo en cuenta que llevaba años sin realizar los trayectos que hacíamos con la EV, y los que consiguió en consecuencia, era más prioritario el aumento de su funcionalidad que la eliminación de esta conducta defensiva. Es decir, antes de la técnica, J. no realizaba estos trayectos, hubiera consumido *Orfidal* o lo llevara consigo, por lo que el hecho de realizar el afrontamiento, aunque fuera con esta conducta de seguridad, ya suponía un gran cambio con respecto a la línea base. Otro de los aspectos a tener en cuenta durante la EV es el grado de participación del terapeuta. Concretamente, las investigaciones sobre si es conveniente que el terapeuta acompañe al paciente durante las mismas, revelan que su empleo combinado con la autoexposición puede representar beneficios a corto plazo, pero, a medio y largo plazo, no se constata ninguna ganancia adicional frente al empleo único de la práctica autodirigida (Park, 2001 citado en Bados, 2005). No obstante, si la autoexposición se realiza desde el principio, aumenta la tasa de abandonos. Teniendo presente estos datos y la larga evolución del problema, la autoexposición total solo se realizó en los últimos ítems y durante los ejercicios de generalización, si bien las jerarquías se realizaron aumentando progresivamente el tiempo en el que se exponía solo, evitando así la dependencia y el riesgo de recaídas.

Paralelamente, todas las sesiones de EV se cerraban con un ítem superado y, hasta aproximadamente la mitad de la jerarquía, siempre comenzábamos cada sesión con el último ítem de la anterior. Sin embargo, como a partir de ese momento los desplazamientos eran cada vez más largos, no siempre repetíamos el ítem de la sesión anterior, ya que habría demorado demasiado el progreso y habría acabado por desanimar a J. (Bados, 2005). Por ello, solo lo repetíamos en momentos puntuales en los que, por ejemplo, debido a la existencia de días festivos, no hubiéramos tenido sesión en varios días, lo que solía incrementar su nivel de ansiedad al tiempo que disminuía su autoeficacia. Finalmente, utilizamos la EV para trabajar la ansiedad anticipatoria. Para ello, aquellos días en los que J. expresaba un peor pronóstico de las mismas, comparábamos esa predicción previa (sobre el grado de ansiedad y el manejo de los síntomas) con el resultado final del afrontamiento (Ballester, 2004). Esto

le ayudó, poco a poco, a ver hasta qué punto podía ser exagerada dicha predicción y cómo repercutía en su disposición inicial a los ítem (estado de ánimo, control percibido, ansiedad...). Además, el comprobar todo esto le ayudaba a contrarrestarla en posteriores ejercicios, diciéndose a sí mismo lo poco verídica que había sido en otras ocasiones o lo bien que habían salido los ítems a pesar de ella. En definitiva, el objetivo era que le quitara el poder que había tenido hasta el momento, no dejándose influir por ella, y consiguiendo, a largo plazo, que se redujera su aparición.

#### Comentarios y dificultades: ¿Cómo se abordaron?

- Cuando le proponía pasar de ítem y se mostraba reacio a hacerlo, no porque no estuviera habituado al actual sino por la anticipación, reestructuraba las ideas que aparecían, utilizaba el humor, le recordaba lo poco realistas que habían sido esos pronósticos en otras ocasiones, las técnicas que podía utilizar en caso de que surgieran complicaciones y buscaba la autoeficacia haciendo alusión a los éxitos previos. Asimismo, solía pedirle que entendiera estas ocasiones como un desafío, como una oportunidad de probarse y de experimentar con las diferentes herramientas para ver cuáles le funcionaba mejor. También le anticipaba el refuerzo que supondría manejar satisfactoriamente un ítem para el que previamente creía no estar preparado. Esta idea de ver los ítems como retos, y no como amenazas, fomenta el afrontamiento y genera menos ansiedad, tal y como sostiene el *Modelo de Valoración* de Lazarus y Folkman (Wood, 2008).
- A lo largo de la jerarquía hubo dos momentos de ansiedad USA= 9 y 10. En el primer caso (ítem USA=20), J. llegó unos minutos antes a sesión, por lo que, al verse solo, se le disparó la ansiedad y volvió rápidamente a casa mientras nos llamaba. Cuando llegué, inmediatamente le bajó la ansiedad y, tras normalizar la situación (era la primera vez que tenía que esperarme y que subía solo a esa parada de inicio), revisamos las técnicas que podía utilizar en ocasiones similares y lo importante que era permanecer dentro o cerca de la situación, aunque hiciera una llamada de seguridad, para que así comprobara cómo bajaba la ansiedad y pudiera ir rompiendo el refuerzo de esa conducta problema. Este escape temporal y retorno posterior a la situación no aumenta el miedo ni la evitación y tiene efectos similares a los que se consiguen al permanecer en la situación hasta que se reduce la ansiedad (Bados, 2006). No obstante, no solíamos usarlo en sesión, si bien sí se le aconsejaba en momentos naturales, al igual que la distracción, cuándo, tras haber usado otras herramientas, no hubiera conseguido manejar la ansiedad y la opción alternativa fuera el consumo de fármacos o el escape sin retorno. En la segunda ocasión (ítem USA=40) yo me retrasé, y cuando le escribí para decirle que no iba a estar en destino, se disparó su ansiedad. El desplazamiento que estaba haciendo solo ya lo había hecho varias veces, la diferencia era que yo no iba a estar al final del trayecto. Quizás hubiera sido mejor que no le hubiera escrito pero no quería que pensara que había sido algo premeditado y se enojara. Nada más decírselo, respondió: *No me jodas, me bajo aquí y cojo un taxi*. Ni siquiera había



intentado relajarse y ya quería escapar y, encima, no a dónde yo estaba, sino a casa. Vía mensajes, estuve intentando “ganar tiempo” para que no se volviera y comprobara la reducción de la ansiedad. Le recordé las herramientas que tenía e intenté motivarle diciéndole la de veces que había hecho ese recorrido, de tal forma que aumentara la autoeficacia. También intenté que viera ese imprevisto como una oportunidad de poner a prueba sus habilidades. Con cierto humor, le dije que de alguna manera no estaba solo, puesto que estábamos hablando y sabía que estaba en camino. Con este improvisado trabajo cognitivo llegué por fin y, aunque se había bajado antes de tiempo y se había tomado medio *Orfidal*, no se había dado la vuelta, lo que reforcé debidamente porque suponía atajar de lleno esa tendencia a escapar (literalmente) de inmediato cuando las cosas se ponían difíciles. No obstante, le recordé las implicaciones de recurrir al fármaco y la importancia de ir acostumbrándose a los imprevistos, aceptándolos y aprendiendo/aplicando otras formas de reaccionar a ellos.

– En relación a lo anterior, durante la mayoría de la jerarquía yo solía llegar pronto para evitarle esperas para las que aún no estaba preparado. Estas situaciones eran bastante problemáticas para él porque suponían enfrentarse a una incertidumbre, a un bajo control, que no le gustaba, que le generaba ansiedad. De hecho solía llegar tarde para asegurarse de que yo hubiera llegado. Por eso, a medida que fue adquiriendo experiencias de éxito y aplicando *in situ* las herramientas de desactivación, comprobando su eficacia, empecé a llegar tarde, no más de 10 min., para poner a prueba esa rápida respuesta de escape que comentaba en el punto anterior, fortalecer los cambios que estábamos consiguiendo y conseguir la habituación a tales esperas.

– Como la anticipación acostumbraba a ser más problemática que el ejercicio en sí mismo, solía provocar su aparición, para que así J. intentara neutralizarla o hiciera el ejercicio *con* ella.

– En los últimos ítems de la jerarquía conseguíamos más rápidamente la habituación, siendo necesarias menos repeticiones para darlos por superados. Pese a ello, los cuatro últimos los repetimos más que el resto para fortalecer al máximo estos trayectos más largos y en los que estaba prácticamente solo. Paralelamente, le propuse hacer unos ejercicios de autoexposición consistentes en repetir algunos de los ítems de la jerarquía, haciendo que afrontara, al menos dos veces y él solo, cada situación (Bados, 2011). No le pedí practicar la totalidad de los ítems porque muchos se diferenciaban en hacer una parada más o menos, diferencia que ahora no le era significativa. En su lugar, seleccioné aquellos ítems representativos en términos de la dirección trabajada, la marquesina de inicio o el número de paradas. Decidí hacer esto porque cuando diseñamos la jerarquía nos centramos más en eliminar poco a poco mi presencia que en practicar solo cada ítem que hubiera superado previamente acompañado. Si bien este diseño se ajustaba a las necesidades que tenía entonces, y seguramente no hubiera accedido a hacerlo de otra manera, suponía un “problema” de cara al último ítem (totalmente solo), porque hasta el momento yo siempre había estado presente

durante el ejercicio, aunque fuera tras su regreso del trayecto más largo posible. De cara a impedir esto, se le habían propuesto, casi desde el principio, las tareas de generalización, que, al fin y al cabo, eran idénticas a estos “nuevos” ejercicios; sin embargo, como detallo posteriormente, no siempre las realizaba. En resumen, antes de pasar al ítem USA 100 donde J. realizaría un trayecto de una hora solo, perdiendo un bus antes de volver, y sin estar yo a su regreso (el anterior era igual pero yo estaba a su vuelta) quería disminuir, con trayectos más cortos pero totalmente solo, aquellos resquicios de pensamientos e inseguridades que atribuyeran el éxito del afrontamiento a mi presencia.

– Cuando estábamos terminando la jerarquía del bus empezamos a trabajar el desplazamiento en coche y metro/tren. Decidimos trabajarlos de forma paralela y no regulada mediante una jerarquía escrita para seguir rompiendo esa tendencia a que todo estuviera estructurado y parcelado; proceso que fue posible gracias a los aprendizajes obtenidos hasta el momento. No obstante, la falta de estructuración era solo a ojos de J., ya que personalmente sí seguía una cierta jerarquía, impidiendo así cambios bruscos y pudiendo regular la manipulación de las diferentes variables evaluadas. Como era más problemático el desplazamiento en metro, lo trabajábamos dos días en semana, mientras que las sesiones de consulta, de una vez en semana, las aprovechábamos para que practicara con su padre el desplazamiento en coche (ida y vuelta al Centro), jugando principalmente con el tiempo que viajaba solo y la cantidad de tráfico. Con esto último íbamos priorizando la práctica programada versus la exposición prolongada. Un cambio importante con respecto a la jerarquía del bus fue que, cada vez que superaba un desplazamiento asistido en metro/tren, lo practicaba después solo antes de continuar con un desplazamiento asistido más largo. Así subsanábamos el problema comentando en el punto anterior. También en estos nuevos ejercicios dejé de pedirle, al menos explícitamente, el USA experimentado, priorizando la aceptación y el manejo de los síntomas frente al nivel de ansiedad. La progresión la hicimos basándonos, principalmente, en un criterio de autoeficacia.

### **Trabajo cognitivo**

El trabajo a nivel cognitivo estuvo presente a lo largo de toda la intervención y fue, sin duda, el más complicado, encontrando, si bien era esperable, unos avances más lentos y fluctuantes que a nivel conductual (Bados, 2005). En el nivel más básico de este tipo de estrategias empleamos la **parada de pensamiento** para enseñarle a cortar esos pensamientos automáticos que le asaltaban en los afrontamientos. Aunque esta estrategia no impedía que volvieran, sí que le impedía enredarse en ellos y enlazarlos con muchos otros, dificultando así la escalada del miedo y el bloqueo de la acción. También le explicamos el funcionamiento de la atención y sus recursos limitados, introduciendo el **entrenamiento en distracción** bajo las consideraciones desarrolladas en *Trabajo conductual*. Poco a poco fuimos trabajando con otros recursos más complejos, como el **cambio de marco** y los **ejercicios experienciales** (Anexo e), que le permitieran distanciarse de dichos pensamientos y

emociones, disminuir su carácter negativo, su poder y, en definitiva, para conseguir que afectaran menos al afrontamiento. Es decir, buscábamos convertir a ese tigre que le separaba del metro en un (inofensivo) gatito. Por ejemplo, cuando empezamos a trabajar en dicho contexto y tenía que hacer algunas paradas solo, esperándole yo a la vuelta, le animaba a saludar al miedo, en términos cómicos, e incluso a conversar con él, explicándole que aunque llevase mucho tiempo acompañándole, a partir de ahora eso no le iba a afectar e iba a hacer su vida a pesar de su presencia. Algunas veces, mi mera ilustración de la estrategia le hacía sonreír, lo que cortaba de inmediato, aunque temporalmente, el miedo, pero, sobre todo, cambiaba la atmósfera que envolvía a la situación por otra menos aterradora. Conforme avanzamos con la EV estos pensamientos eran cada vez menos frecuentes, pero, cuando ocurrían, se frustraba y/o asustaba al pensar que podían ser indicativos de una recaída. Para **ajustar sus expectativas**, retomábamos la idea de que el cambio cognitivo es más lento que el conductual, mostrándole sus propios ejemplos, al tiempo que le señalábamos cómo lo importante no era que siguieran apareciendo dichos pensamientos sino la conducta consecuente: antes los tenía y evitaba, pero ahora, aún teniéndolos, pocas veces lo hacía. El cambio de expectativas no solo fue a este nivel, sino también a nivel de su autoexigencia, la cual le llevaba a ponerse objetivos inflados, infravalorando la evolución del problema o el poco tiempo que llevábamos practicando un determinado medio de transporte. También le llevaba a frustrarse y recriminarse cosas tan poco controlables como tener un día más tensión muscular o apatía de la habitual. Este era uno de los temas en los que entraba en bucle, daba igual que le animásemos a hacer esas cosas que creía que le ayudarían a reducir estos estados (p.e. ir más al gimnasio), que reestructurásemos los pensamientos, que le recordáramos el efecto paradójico que genera poner atención sobre los síntomas... al final se enrocaba; juzgándose más duramente por no controlar estos síntomas ni su aparición, que por el hecho de no hacer nada para remediarlos. Generalmente, y después de intentar todo lo anterior, lo que mejor nos funcionaba en estos casos era la **extinción**. Otras veces, utilizábamos un **enfoque estratégico**. Por ejemplo, en una ocasión en la que estaba constipado y empezó a somatizar pensando en la posibilidad de que fuera un problema respiratorio, le pedimos que, en adelante y en cuanto apareciesen dichas dificultades, anotase todos los detalles de las mismas: situación en la que se producían, estimación de la capacidad respiratoria, etc. Se lo propusimos como una evaluación, la cual le sorprendió al verla opuesta a otras estrategias utilizadas y contrarias a la focalización, pero se sorprendió aún más cuando tras repetir un par de veces el ejercicio vio que los síntomas desaparecían, comprobando que, tanto estos como su interpretación, habían sido solo el producto de su mente ansiosa. También le enseñamos a elaborar diferentes **autoinstrucciones** con las que pudiera sustituir el diálogo interno por otro más realista y menos amenazante, favoreciendo la disminución de la anticipación (Echeburúa y Corral, 1997) y potenciando la conducta de aproximación.

Más adelante, y de forma paralela al trabajo en aceptación, **modelamos** la definición de *afrentamiento exitoso*: ya era hora de que dejara de entenderlo como aquel en el que apenas tenía ansiedad y empezara a verlo como aquel en el que la había manejado o había continuado con el afrontamiento a pesar de su presencia. Cambiando esta concepción disminuíamos las exigencias de control, que a su vez se relacionan con un aumento de la ansiedad (Cano-Vindel, 2007), y que ya habíamos empezado a modificar cuando cambiamos los criterios para dar por superado un ítem (Anexo b). Este modelado también lo hacíamos corrigiéndole verbalmente y dedicando más tiempo, durante la EV, a hablar de las estrategias utilizadas y de cómo se había sentido al comprobar la reducción de la ansiedad, que del USA mismo. Igualmente, para hacerle ver cómo un objetivo más adaptivo era la funcionalidad y no el control, además de reestructurar las ideas al respecto, solíamos utilizar los términos *manejo* o *reducción* de los síntomas en lugar de *control*. Asimismo, trabajamos esas **tendencias inflexibles** que le habían llevado en muchas ocasiones a anteponer su trabajo a cualquier otra actividad o a aplazar las sesiones de EV cuando estaba menos animado, un poco tenso o encontraba algún otro “motivo” que pudiera afectar al desarrollo de las mismas. Por un lado, debatimos la idea de que, a pesar de trabajar en casa, su trabajo era como cualquier otro y que, de la misma manera, tenía que tener un horario, enseñándole estrategias de gestión del tiempo. También introdujimos un plan de actividades desde ACT que le ayudara a distribuir mejor su tiempo y aludimos a sus propias ganas de cambiar esta rigidez para implicarle en el cambio. Por otro lado, con respecto a las sesiones, recuerdo un día que la canceló porque le habían sacado una muela y, comprensiblemente, no estaba para hacer afrontamientos. Sin embargo, comprobamos que al final esto no era más que otra forma de procrastinar, por lo que, a la vez siguiente, le animamos a hacer la sesión con la excusa de que si, acabado el primer ejercicio, sufría los efectos de la extracción, no continuaríamos. Tal y como esperábamos, aunque acudió un poco aturdido por la anestesia local, quiso hacer la totalidad de los ejercicios, llevándose el refuerzo de hacer los desplazamientos a pesar de que no eran las “mejores circunstancias”. Practicar en estos días malos le permitía además aumentar la confianza en sí mismo, aprender a afrontar el malestar (Bados, 2005) y, sobre todo, a ver cómo el estado de ánimo o de salud no es incompatible con los desplazamientos. Otra cuestión persistente durante la EV fue la **atribución del éxito** de los afrontamientos a factores externos a él mismo, sobre todo a mi presencia y a la práctica previa de otros ejercicios de EV. Para disminuir la atribución causal a mi presencia estaba el propio diseño de las jerarquías, con ejercicios progresivamente más autónomos, y la autoexposición. Con el segundo factor me refiero a que, cuando un ítem salía bien o simplemente había hecho previamente un ejercicio, estaba sustancialmente más motivado y con mayor autoeficacia que en cualquier otro momento. Esto se traducía en que un mismo ejercicio generaba menos miedo si se realizaba después de otro que si se

hacía al comienzo de la sesión o si lo tenía que realizar otro día que no la tuviéramos, aunque ya lo hubiese practicado conmigo anteriormente. El mayor problema de todo esto era que lo utilizaba para justificar la evitación de las autoexposiciones. Para modificar esto fuimos variando las condiciones en las que hacíamos la EV, por ejemplo, en el tiempo en que estuvimos trabajando paralelamente el bus y el metro, un día los practicábamos en este orden (el metro era la novedad y, por tanto, el más temido) y el otro a la inversa, para que fuera asumiendo que el orden no afectaba a su rendimiento sino solo a la anticipación del mismo, la cual poco a poco, y por el mismo motivo, comenzó a cambiar. También “aproveché” estas atribuciones erróneas para introducir, como segundo ejercicio, aquellos que supiera que le iban a resultar más costosos y para los cuales se habría mostrado más reticente, aun estando preparado, si se los presentaba como primera opción de la sesión. Así, si le proponía un ejercicio de autoexposición o un cambio de ítem, solía hacerlo, respectivamente, tras acabar la sesión o como segundo ejercicio, de tal forma que estos refuerzos le impulsara a hacerlos y para que, cuando tuviera que realizarlos antes de la sesión o un día que no la tuviéramos, ya contara con una expectativa de éxito que redujera el miedo y la resistencia. Además de lo anterior, solía señalarle cuándo cometía este tipo de atribuciones, las implicaciones que tenían en su nivel de autoeficacia e incluso bromeábamos cuando las hacía en momentos avanzados de la técnica.

Otro aspecto importante era la **magnitud del miedo fóbico**, sobre todo en las autoexposiciones. Tal era el miedo, que J. solía expresarlo como una especie de personalidad disociada (*yo* y *ese*). Evidentemente no había síntomas de un trastorno de identidad disociativo, pero era una forma muy ilustrativa de verbalizar la nula percepción de control que ya había manifestado en la evaluación. Así, cuando *ese* tomaba el control (la ansiedad superaba los límites fácil y rápidamente manejables), él ya *no podía hacer nada*. Además de la impotencia, reflejaba esa evitación experiencial que más tarde trabajaríamos desde ACT, ya que quería que *ese* dejara de ser parte de sí mismo y no solo aprender a manejarlo. Se retomó el modelo de la personalidad aparentemente normal y las personalidades emocionales, modelando también y de forma verbal esta distinción entre *yo* y *ese*, ya que el mero lenguaje estaba fomentando la pérdida de autoeficacia y alimentando el poder que el miedo tenía en su vida. Además de explicarle cómo la exposición y el empleo de las estrategias de desactivación le ayudarían a restaurar “su dominancia”, trabajamos esta disociación verbal durante las sesiones de EV, abordando esa referencia que hacía de *ese* como si de una persona real se tratase y literalmente le impidiese subir al autobús. Con un toque de humor, tiraba de él mientras intentaba subir al bus, preguntándole si eso era lo que hacía *ese*, encontrando, evidentemente, una respuesta negativa. Con esto empezamos a trabajar la diferencia entre tener un pensamiento o una emoción terriblemente negativa y la capacidad de estos para, literalmente, controlar la conducta consecuente. En este sentido trabajaríamos, desde ACT, el contexto verbal de *dar razones como causas*, ya que, en

definitiva, *ese* representaba la justificación, “externa”, de la evitación y, quizás, esa parte de él mismo que no quería perder las ganancias secundarias de su actual situación. También lo complementamos con ejemplos de otras patologías en las que al final las “justificaciones” son parte del problema y con otros en los que, verdaderamente, existe una imposibilidad real de realizar una determinada conducta. En esta línea de modificar el lenguaje para generar un cambio cognitivo trabajamos con verbalizaciones del tipo “soy ansioso” con las que pretendía recalcar el bajo poder que tenía para cambiar determinadas respuestas. Aunque tenía parte de razón y su tendencia a la ansiedad implicaba que tuviera que trabajar más que otras personas para compensarla, lo único que se favorecía al pensar así era la resignación y la (auto) atribución de un papel más pasivo del necesario para el cambio. También intentamos darle la vuelta a rumiaciones del tipo “yo era”. Concretamente, si ese tipo de afirmaciones no le llevaban más que a frustrarse o a juzgarse por lo que antes hacía y ahora no, quizás podríamos cambiarlas por otras que le impulsaran a actuar: “me gustaba como me comportaba en X así que voy a trabajar en esa dirección”.

Al comienzo de la técnica, los afrontamientos exitosos suponían un cambio tan radical con respecto a la línea base que J. estaba tremendamente contento tras los mismos. En una ocasión quiso que nos tomáramos algo para celebrarlo, invitación que rechacé cortésmente mientras la redirigí, proponiéndole que, tal y como expresaba, era una situación digna de celebrar y que podía compartirla con sus padres, lo cuales se alegrarían mucho de dichos avances. A pesar de mi respuesta, me lo propuso en un momento posterior que aproveché para introducir la necesidad de restaurar el grupo social, al tiempo que le recordé mi papel como terapeuta y no como el de alguien que podía suplir dicho rol. Fueron situaciones complicadas pues sabía de sobra la inexistencia de un grupo de amigos, las ganas que tenía de compartir su tiempo con alguien diferente a sus padres y que, quizás, mi papel como terapeuta podía “haber favorecido” estas peticiones. Por un lado, porque mi papel podía ser menos nítido al pasar tantas horas semanales juntos y realizar las sesiones en un contexto natural y, por otro lado, porque quizás encontraba en algunas de mis funciones al mejor “compañero de charlas”: una persona que le escuchaba sin juzgar, le reforzaba, le prestaba atención..., en definitiva, porque podía encontrar en nuestro rol aquello que le faltaba en su día a día. Pese a todo esto, mi respuesta fue tajante pues cualquier otra me resultaba inapropiada y no ética y habría favorecido estas ideas erróneas y confusas acerca de mi trabajo y nuestro tipo de relación. Otro aspecto relevante y relativamente persistente fue su **resistencia a la autoexposición**, la cual no dependía ni de la duración del viaje ni de la cantidad de veces que hubiera practicado esos ejercicios de forma asistida. Uno de los días que le propuse hacer un ejercicio de este tipo me llamó a la media hora para decirme que estaba en la marquesina y que *no podía subir porque tenía miedo*. Me confesó que al contrario que otros días no tenía el refuerzo previo de las sesiones de EV, aquel día solo habíamos hecho un

ejercicio, y que tampoco tenía una obligación laboral que justificase el viaje. Vi necesario confrontar esta idea, preguntándole qué le pesaba más, si la obligación laboral y, por extensión cualquier otra externa a él, o el acercarse a la meta de “curarse” como solía decir. Sin dudarle, contestó que la primera. De hecho, sostenía que cuando el afrontamiento implicaba demostrarle algo a alguien (como cuando estuvo con B.), no defraudar a otros (incluidas las terapeutas) o un motivo laboral, era capaz de soportar el miedo fóbico, pero no así cuando el “único” motivo era “curarse”. Quizás esto podía deberse a la diferencia entre refuerzo inmediato o demorado, o a su perfil dependiente, pero lo que estaba claro era que necesitaba una motivación externa para actuar, para que valiera la pena la ansiedad y el miedo que experimentaba durante los desplazamientos. También nos dijo que “necesitaba” de un tercero para hacer los afrontamientos, no solo por la seguridad percibida, sino por compartir la experiencia con alguien, para que le dieran instrucciones en momentos de dificultad, para que le motivaran y, sobre todo, para que le reforzaran. **¿Cómo abordamos todo esto?** En primer lugar, para que hiciera el ejercicio “aún sin motivos”, aludí a sus propias razones: si tan relevante era para él el área laboral, podía ver estos ejercicios como algo que le permitiría, a medio plazo, acceder a más a trabajos. También retomamos la de-fusión y le recordé la idea de que para notar un cambio a nivel del miedo era necesario hacer estos ejercicios y no al contrario; algo que, por otra parte, ya había comprobado al habituarse a otros ejercicios. Al final se subió al autobús y repitió el ejercicio varias veces para evitar que el balance de aquella aproximación fuese tan negativo. Tras dichas repeticiones me llamó, frustrado porque, a pesar de ellas, la ansiedad y el miedo no habían bajado. Por este motivo, a partir de ese día me centré en la aceptación, en la realización de desplazamientos a pesar del miedo, más que en la habituación, porque, tal y como sostiene ACT, en ocasiones el objetivo de reducir la sintomatología no hace más que alimentar las creencias del paciente de que determinados eventos son negativos, incluso incompatibles con otros, y que por tanto, hay que reducirlos (Morón, 2005) para poder hacer otras conductas; pareciendo que este era el caso. En segundo lugar, para que encontrara un objetivo a los desplazamientos que no fuera externo trabajaríamos posteriormente en la clarificación de sus valores. En tercer y último lugar, para reducir su sensibilidad al refuerzo externo y que dejara de actuar para conseguirlo, empecé a modificar estas conductas, a influir en ellas, en las sesiones de EV; buscando que este cambio pudiera generalizarse a situaciones naturales. En concreto, reduje sustancialmente la emisión de mis refuerzos, extinguí aquellos comportamientos que los buscaban e introdujimos, en su lugar, los autorrefuerzos. Le expliqué cuándo eran pertinentes y que podían ser en forma de elogios, regalos materiales o la simple comunicación de los logros a una persona significativa (Bados, 2011). Al principio los verbales eran muy artificiales, objetivos pero sin llegar a “creérselos”, y no iban acompañados de un lenguaje no verbal congruente. Sin embargo, poco a poco esto fue cambiando y repercutiendo en otras

situaciones. Concretamente, al reconocerse su esfuerzo y los progresos, mejoró la valoración que tenía de sí mismo, sintiéndose *menos pequeño* en las interacciones sociales y mostrándose más participativo, tranquilo y seguro con lo demás, lo que redundaba a su vez en cómo estos le trataban.

### **Sesiones de EMDR**

Esta terapia surgió al comprobar que la producción voluntaria de movimientos sacádicos mientras se recuerda un evento traumático reduce la ansiedad y el malestar asociados al mismo (Gil, 2008). Así, al igual que sucede en el sueño REM, los movimientos oculares y cualquier forma de estimulación bilateral (EB) potencian la comunicación entre ambos hemisferios, estimulando el procesamiento emocional y cognitivo, integrando la información relativa al evento (*Estoy en peligro*), re-procesándolo y almacenándolo junto a una emoción más apropiada (*Ya ha pasado, estoy a salvo*). Es decir, permite desensibilizar y asimilar el suceso (Rodríguez, 2011), favoreciendo que el paciente retorne a un nivel de funcionamiento sano. Se trata de un procesamiento de abajo a arriba, que trabaja con la parte más fisiológica del recuerdo, facilitando la emergencia de nuevas y apropiadas asociaciones, comprensiones y emociones. Por ello no requiere la explicitación detallada del suceso, sino que el recuerdo privado del paciente es suficiente, lo que la hace idónea para aquellos casos en los que, a pesar de haber verbalizado todo lo relativo al evento y haber reestructurado los pensamientos intrusivos, la emoción asociada a él sigue presente e inmutable. Se ha comprobado que no solo funciona con traumas, sino con cualquier experiencia, pasada o futura, que resulte perturbadora para la persona y que esté acarreado dificultades en su vida actual (Shapiro y Silk, 2008). Aunque en la actualidad se desconocen muchos de los procesos neurobiológicos que están en su base, sí es sabida su relación con la actividad del sistema límbico y con los procesos de memoria y condicionamiento clásico (CC). Por un lado, a través de la memoria asociativa, nuestras conductas actuales se hallan estrechamente relacionadas con vivencias anteriores, no solo por similitud, sino también fisiológica y emocionalmente. De esta forma, una respuesta actual disfuncional puede ser el resultado de una situación perturbadora que tuvo su origen tiempo atrás (Shapiro y Silk, 2008), siendo la persona consciente o no de tal relación. De hecho, es la memoria asociativa la que permite los procesos de generalización, ya sean de conductas problema o adaptativas. La EMDR permite precisamente acceder y modificar ese recuerdo, alterando la forma en la que se almacenó una experiencia, cambiando su significado, las emociones y pensamientos asociados y, por ende, su influencia en la conducta actual. Paralelamente, algunos investigadores sugieren que los traumas se almacenan de manera equivocada, y, en lugar de ubicarse en la memoria explícita, dónde pueden ser recordados sin dolor, lo hacen en la implícita, que se encarga de mantener las emociones y sensaciones corporales que formaron parte del suceso. Esto impide que se establezcan conexiones entre dichos recuerdos y otras informaciones útiles que permitan entenderlos



y sentirlos desde una perspectiva más racional y adaptativa. De hecho, después del tratamiento, los recuerdos, tanto positivos como negativos, son menos vívidos, es decir, tienen menos carga emocional. Estos cambios se relacionan con la hiperactividad del sistema límbico, lo que supone una mejor distinción entre las amenazas reales e imaginarias (recuerdos). También aparecen cambios en la función viso-espacial y en la memoria de trabajo, lo que se asocia a la reducción de la intensidad de la emoción asociada a la imagen y al recuerdo en sí mismo (Gil, 2008). Finalmente, se relaciona con el CC porque es capaz de generar, mediante la EB, una inhibición recíproca, consiguiendo una rápida relajación y que la persona sienta que ya no existe ninguna amenaza.

Esta explicación del fundamento y de los procesos que subyacen a la terapia me permite justificar por qué la empleamos **para desensibilizar las siguientes cuatro situaciones**. **(1)** Antes de comenzar la EV, la utilizamos de forma alternativa a la exposición en imaginación. Queríamos conseguir unos niveles de habituación previos al enfrentamiento real que permitieran a J. contar no solo con una primera aproximación a las situaciones temidas, sino también con una experiencia de éxito que generase expectativas positivas sobre el mismo. **(2)** En la larga evolución de su problema, J. había experimentado importantes AP que aún a día de hoy le seguían generando ansiedad y cuyo recuerdo afectaba negativamente a su confianza para enfrentarse a los desplazamientos. **(3)** En ejercicios puntuales de la EV, la ansiedad experimentada había sido mayor de la que J. esperaba, lo que le frustraba y, en cierta forma, reducía el sentimiento de autoeficacia conseguido y aumentaba la anticipación de cara a los ítems siguientes. **(4)** Se empleó en aquella sesión en la que llegué tarde y él experimentó altos niveles de ansiedad al verse solo en destino. Para estas sesiones, utilizamos la estimulación auditiva y el tapping, siguiendo el procedimiento habitual que, de forma sintetizada, describiré a continuación. No obstante, como J. conocía el proceso y contaba con unos cascos de EB, la última situación la trabajó como tarea para casa. Tenía que visualizar lo sucedido en sesión y, cuando se disparara la ansiedad, tenía que imaginarse a sí mismo dándose instrucciones a su yo ansioso sobre cómo afrontar esa situación de forma adaptativa. El objetivo de esto era que el recuerdo de esa situación no perturbase la autoeficacia conseguida ni la motivación para seguir haciendo afrontamientos. Quería que ese recuerdo tuviera menos carga emocional negativa, no solo por la EB, sino por almacenarlo junto a una experiencia alternativa en la que él controlaba la ansiedad de una manera funcional, no porque estuviera yo, sino porque conocía cómo hacerlo y se permitía esperar a que las herramientas hicieran efecto. Dicho esto y teniendo en cuenta que ya llevaban mucho tiempo trabajando con EMDR antes de mi incorporación, las tres primeras fases del protocolo ya se habían realizado. También contaba con las dos anclas, situación de relajación y situación de control, que se utilizaban en caso de que se disparase el malestar. Como he explicado anteriormente, no se trabaja con la verbalización pormenorizada del suceso, si no que se utiliza una

imagen, una cognición negativa y una sensación corporal asociadas al mismo; trabajando así con las distintas modalidades sensoriales que conforman el recuerdo. De esta manera, mientras J. se concentraba en ellos y accedía a la información disfuncional del suceso, recibía EB durante unos segundos. Este procedimiento se repetía hasta que informara de una baja o nula ansiedad ante dicha memoria diana. Entonces, tenía que centrarse en una cognición positiva pero veraz respecto al suceso mientras volvía a recibir estimulación. Así sucesivamente hasta que reportase, *con confianza, sentimientos confortables y un sentido del yo positivo* al recordarlo (Dunton, 2010).

### Trabajo desde ACT

Como he ido avanzando, una parte importante de la intervención giró alrededor de los principios de ACT porque J. no solo temía los síntomas de activación, sino que no le gustaba experimentarlos, lo que le llevaba a querer controlarlos y a condicionar su vida cuando no era así. Es decir, el problema no eran tanto las situaciones fóbicas en sí mismas sino el miedo a enfrentarse a la sensación de *no hay salida* que podía acompañarlas. De esta manera, podía encuadrarse dentro del *Trastorno de Evitación Experiencial* en el que la persona *se comporta deliberadamente para alterar tanto la forma o frecuencia de sus eventos privados como las condiciones que las generan* (Luciano y Hayes, 2001 citado en Morón, 2005). Así, J. no solo evitaba estos estímulos, sino que justificaba la evitación haciendo alusión a los síntomas y al miedo a los mismos. Este *dar razones como causas* fue uno de los conceptos que más trabajamos durante la EV. Al comienzo de la técnica priorizábamos la habituación, es decir, buscábamos que J. comprobase que era capaz de reducir la ansiedad dentro de la situación fóbica, ya fuera porque utilizase las técnicas aprendidas o porque diera tiempo a que la ansiedad bajase por sí sola. Sin embargo, conforme fue viendo esto y había adquirido una cierta autoeficacia, quisimos ir un paso más, quisimos que aprendiera que no siempre se consigue reducir la ansiedad y que esto no imposibilita la realización de un alejamiento, la práctica de un deporte, etc. En definitiva, había llegado el momento de que empezara a aceptar esos eventos privados. Esta **aceptación** no solo la trabajamos a un nivel puramente cognitivo, sino con las metáforas correspondientes del Anexo e y, tal y como aparece en el Anexo b, modificando el criterio para pasar de ítem, de tal forma que no reforzábamos esas ideas de incompatibilidad con las que partía. También trabajábamos la **defusión**, intentando que entendiera sus pensamientos/emociones como contenidos, diferentes del yo, y en gran parte fuera de su control, para que concluyera que lo más adaptativo era actuar al margen de ellos. Es decir, ya que no siempre podía reducirlos, sí que podía decidir qué hacer a pesar de su presencia, introduciendo la diferencia entre “tener un pensamiento/emoción de” y “quedar atrapado en un pensamiento/emoción de” (Blanco, 2012). Esta aceptación era muy importante, no solo para que no justificase la evitación con el miedo, si no para que dejase de darle a este un control y un poder que no tenía y que se restaba a sí mismo.

Otro de los problemas importantes que tenía J. era el poco **compromiso** con la autoexposición. Esta resistencia no solo la trabajamos como ya he explicado en *Trabajo cognitivo*, sino con metáforas, como la de *Los dos escaladores*, y con el ejercicio del *Jardín*. En este último, J. tenía que dibujar, en forma de árboles y plantas, los aspectos que para él eran importantes, sus **valores**, otorgándoles un mayor tamaño así como un lugar más central, a aquellos que sobresaliesen sobre el resto. Además de estas pequeñas indicaciones y de explicarle qué son los valores, se justificó la realización del ejercicio expresándole que, en ocasiones, estamos tan absortos en los problemas cotidianos que no nos paramos a pensar hacia dónde estamos dirigiendo nuestra vida y qué es lo que nos gustaría cambiar de ella. Este ejercicio era muy importante para justificar esa parte del tratamiento, ya que, para que J. aceptase las contingencias de castigo que suponía la autoexposición, tenía que encontrar otras de refuerzo, aunque fueran simbólicas (Wilson y Luciano, 2002 citado en Morón, 2005). Además era necesario que la dirección y el impulso para llevar a cabo esta y otras tareas nacieran de él, porque de otra manera estaríamos alimentando sus rasgos dependientes, le sería fácil perder la motivación, dar excusas para no hacerlas e incluso revelarse ante lo impuesto externamente, como le ocurría en ocasiones con sus padres. El dibujo en sí fue bastante revelador, ya que, en primer lugar, no dedicó un lugar a sus progenitores. Al preguntarle sobre ello, respondió que estaba cansado de que su vida fuera la de J., X., e Y. y que quería que empezara a ser solo la vida de J. Aunque esta explicación era bastante comprensible dado que los últimos años de su vida habían estado reducidos, casi por completo, a la interacción y dependencia de sus padres, el hecho de querer reducir al mínimo su relación con ellos una vez se curase, palabras textuales, era cuanto menos llamativo. En segundo lugar, otra de las cuestiones importantes es que, hasta hacía no mucho, J. entendía la autonomía (en relación a sus padres) y la relación de pareja como un todo indiferenciado. Como él mismo se dio cuenta al dibujarlas por separado, no encontraría tal independencia si el cambio con respecto a su situación actual residía en cambiar el foco de dependencia de sus padres a su pareja. Además, siempre había tenido miedo a la soledad, no tanto al sentimiento, sino a la ausencia literal de otra persona, por lo que, a mi parecer, el hecho de tener pareja le aseguraría esa seguridad y dependencia para cuando faltasen sus padres. Por eso este ejercicio fue tan importante en la intervención: J. estaba empezando a comprender que no era sano condicionar su bienestar a otra persona que no fuera el mismo. Una vez completamos todo el dibujo y nos explicó cada uno de sus componentes, pasábamos a trabajar con la *Metáfora de las malas hierbas*. Esas malas hierbas representaban la sintomatología: el miedo, los pensamientos catastrofistas..., todo lo que no quería que formara parte de su vida. Una vez las identificamos, le pregunté cuál era su reacción cuando aparecían (ir rápidamente a eliminarlas) y cuál era el resultado a corto-medio plazo de esa acción (volvían a aparecer). Concluido esto, fuimos un paso más, *¿qué ocurría con el resto del jardín cada vez que iba a cortar esas malas*

hierbas? ¿Cuál sería el estado a largo plazo del jardín si mantenía esa conducta de atención hacia y poda inmediata de las malas hierbas? Aún más, ¿y si las malas hierbas tuvieran algún valor? ¿Y si fueran una parte inherente de tener un jardín? Basándome en ejemplos de las sesiones de EV y de su vida cotidiana, fuimos trasladando a la realidad todas las partes de la metáfora. A continuación aparece una transcripción del cierre de la sesión, de cómo intenté presentarle una conclusión de lo que habíamos estado debatiendo: *En ocasiones quieres no tener ansiedad para hacer determinadas cosas, cuando la existencia de ansiedad (malas hierbas) dificulta pero no imposibilita su realización (abonar el resto de plantas). Es decir, aunque es verdad que las malas hierbas afean la visión general del jardín y te dificultan llegar al resto de plantas para regarlas, no son capaces de hacerlas enfermar por sí mismas. El problema es que si dedicas todos tus esfuerzos y tu tiempo a eliminarlas, estarás dejando de cuidar el resto de plantas y entonces sí morirán, no porque se hayan contagiado de las malas hierbas, sino porque no han recibido cuidado. Por ejemplo, cuando volviste del concierto estabas, en tus propias palabras, encabronado por no haber podido disfrutar a causa de la ansiedad. Sin embargo no te diste cuenta de que toda la atención que dirigías a los síntomas se la estabas quitando a todo lo demás, por no mencionar que estabas deseando regresar para acabar con esos síntomas, ¿cómo ibas a disfrutar así? Otro ejemplo, tampoco te subiste aquella vez al bus porque quisiste acabar con las malas hierbas antes de ponerte a abonar la planta de la “curación”. ¿Qué nos dice todo esto? Que tal y como has comprobado durante mucho tiempo no puedes controlar que aparezcan malas hierbas, pero sí el tipo de jardín que tienes ¿Qué prefieres? Uno bonito, con árboles grandes y frondosos que tú has decidió plantar, más unas cuantas malas hierbas, a veces más y otras menos. O un jardín con malas hierbas, también algunas veces más y otras menos, más unos árboles mustios, enanos e incluso muertos. Es decir, ya que parece que no podemos controlar al 100% lo que sentimos o pensamientos, ¿qué tal si cambiamos este objetivo por el de intentar hacer lo que queremos a pesar de ellos?* Tras todo esto, pasamos a trabajar el **compromiso con la conducta valiosa**, utilizando para ello una tabla que aprendí en el presente Máster y que combina el *Formulario Narrativo de valores* (Hayes, 1999), el *Formulario de Estimación de valores* (Hayes, 1999) y el *Cuestionario de Valores* (Wilson, 2002). Está compuesta por las siguientes columnas: *contexto* (familia, trabajo...), *valor*, *importancia*, *consistencia* y *discrepancia* (importancia – consistencia), estas tres últimas medidas de 0-10. Con ella pretendíamos objetivar la importancia de cada valor y lo congruente o no de la conducta de J. con respecto a ellos. En muchas ocasiones, J. se ponía a la defensiva cuando le incentivábamos a hacer más ejercicios en solitario, sintiendo, e incluso verbalizando, que infravalorábamos su esfuerzo. Con esta tabla quería que él, y por sí mismo, se diera cuenta de que en algunos aspectos y contextos no se estaba implicando tanto como creía, entre otras cosas, porque a pesar de querer un cambio no estaba muy

dispuesto a tolerar ciertos niveles de malestar. Por eso quería que reflexionara sobre sus valores, no solo para que viera lo incongruente que en ocasiones era su conducta, sino para que encontrara la razón por la que enfrentarse a los síntomas. A partir de esta tabla, fuimos, poco a poco, y en función de cómo estuviera yendo el resto de la intervención, planteando conductas objetivo que le acercaran a sus valores y redujeran la discrepancia. A pesar de que esta actividad fue transversal en la intervención, era un objetivo secundario al trabajo en el miedo y evitación fóbicas, entre otras cosas, porque estas redundarían en aquella. El valor trabajado, la conducta elegida y la fecha de inicio para llevarlas a cabo eran decididas por él, aunque siempre las supervisábamos para evitar, sobre todo al principio, que una mala distribución diera paso al agobio, la ansiedad, y finalmente, a la postergación de la conducta. Acordamos poner una fecha de inicio precisamente porque cuando J. empezaba algo nuevo solía hacerlo con mucho entusiasmo pero, poco a poco, decrecía y daba paso a la procrastinación. Paralelamente, le pedí que, antes de realizar cada conducta diana, pensara en por qué había decidido trabajar ese valor y cuál era su objetivo, buscando motivación para afrontarla y contrarrestando la posible anticipación. Uno de los primeros objetivos fue ir al gimnasio y, como era esperable, el día de antes empezó a ver motivos para retrasarlo. Al mostrarle la evitación y la importancia de que cumpliera el plazo que él mismo había fijado, dijo que quería que las ganas salieran de él y no sentir que era más bien una obligación impuesta por nosotras. Le explicamos la retroalimentación entre actividad-ganas y, cómo, al estar implicado el miedo, era difícil que las ganas apareciesen tan espontáneamente como él quería y que, más bien, serían el resultado de practicar esa conducta y encontrar otros refuerzos asociados. Así, aunque solo fuera al principio, la “obligación” tenía que ser externa, porque si no siempre lo dejaría para mañana y mañana nunca llegaría.

Para concluir este apartado decir que, de una manera no siempre intencionada, acabamos abordamos todas las fases de ACT así como los vértices del *Hexaflex*, los cuales, en mayor o menor medida, se encontraban alterados e impidiendo la *flexibilidad psicológica* del paciente. Asimismo, combinamos los objetivos típicos de la TCC de reducir la sintomatología cuanto fuera posible, con los de ACT, centrados en la ampliación del rango de respuestas del paciente en situaciones en las que la ansiedad y el miedo están presentes. Después de trabajar con esta combinación descubrí, mientras revisaba la bibliografía para este trabajo, que existe una terapia que protocoliza su empleo: *Terapia cognitivo conductual de aceptación incrementada para el pánico* (Levitt y Karekla, 2005 citado en Vallejo, 2012); la cual me ayuda a justificar lo bien que se complementan ambos enfoques.

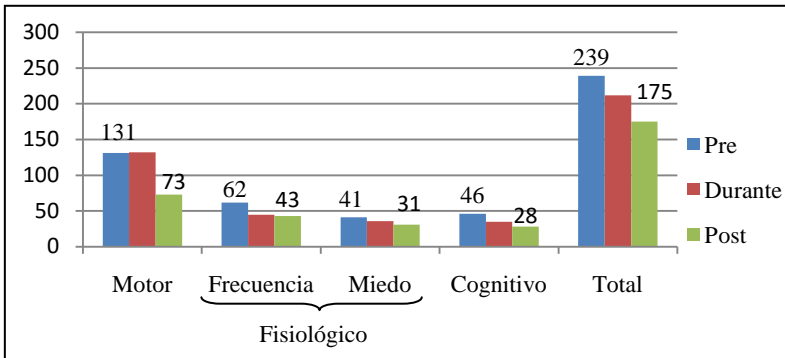
## 2.8. Resultados

Teniendo en cuenta que este trabajo se presentó antes de finalizar mi participación en el caso, solo se incluirán los resultados obtenidos hasta dicha fecha, correspondiendo las medidas intermedias

a la superación del ítem USA 50 de la jerarquía del bus (aún no habíamos empezado la EI) y las medidas post a la finalización de la misma; si bien, al término de esta, ya llevábamos unos meses trabajando con el resto de contextos.

**Medidas de agorafobia, pánico y otras variables asociadas**

Gráfico 1. Medidas de frecuencia para el triple sistema de respuesta según el IA



Se observa claramente que el cambio conductual ha sido más pronunciado que el cognitivo. También se observa que la EV disminuyó el miedo a los síntomas (rojo) y que, posteriormente, con la EI, dicha variable disminuyó aún más (verde).

Cuadro 2. Variables relacionadas con el pánico medidas con la adaptación del CPA

	Pre	Post
Frecuencia de AP (dos últimas semanas)	Completos	4
	Parciales	6
Percepción de control (antes y durante el AP)	(En ambos) <i>Nada</i>	(Ambos) <i>Bastante</i>
Duración percibida de los AP	<i>Entre 10 min. y ½ h.</i>	<i>Entre 0 y 10 min</i>
Preocupación por futuras crisis y sus consecuencias	<i>Muchísimo y Mucho</i>	<i>Poco y Mucho</i>
Situaciones evitadas (siempre) a causa de la activación	6 de 17	3 de 17
Cuánto de afectada está su funcionalidad a nivel laboral, social y familiar	<i>Muchísimo</i>	<i>Poco, bastante y poco</i>

Se observa que a pesar de existir un cambio importante en la mayoría de las variables, persiste la preocupación por las consecuencias de las crisis y la afectación social, si bien está seguramente esté influida por otros factores como la ansiedad interpersonal o el deterioro previo de dicho contexto.

**Medidas de ansiedad y síntomas depresivos**

Gráfico 2. Tres niveles de respuesta según el ISRA

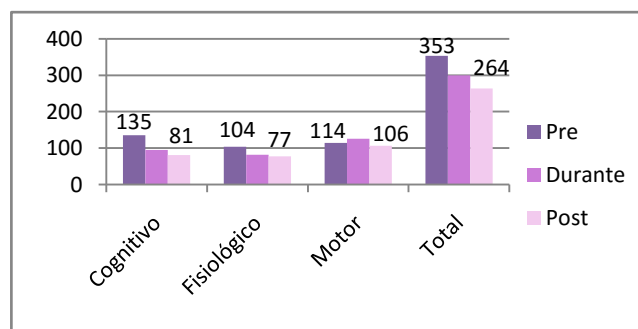


Gráfico 3. Estado y rasgo según el STAI

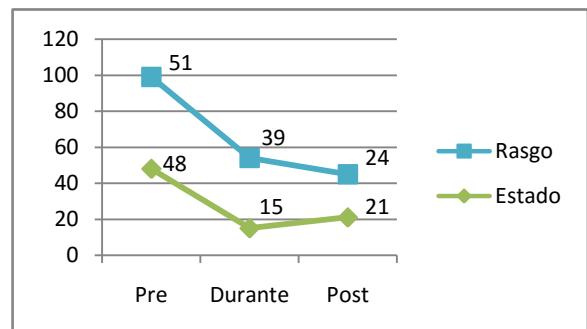


Gráfico 4. Áreas situacionales del ISRA

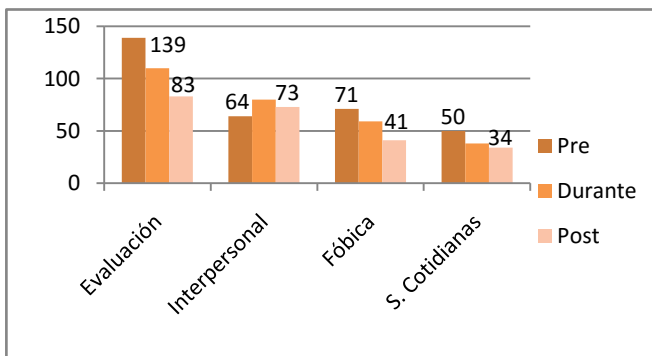
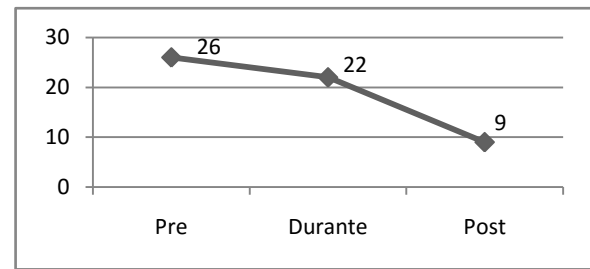


Gráfico 5. Síntomas depresivos según el BDI



Se observa una disminución de los niveles de ansiedad y una mejoría del estado de ánimo.

Además, destacan los cambios en ansiedad rasgo, lo que apunta a que probablemente el tratamiento ha tenido un efecto positivo en las tendencias ansiosas que estaban en la base del trastorno.

Asimismo, el radio de desplazamiento autónomo aumentó considerablemente: recorría 6 manzanas andando, hacía trayectos de una hora en bus, dobló la distancia recorrida en coche y había empezado a moverse en metro/tren. Se redujo la ansiedad en las situaciones temidas y los USA máximos de los ejercicios cada vez eran más bajos. Disminuyeron las alteraciones cognitivas, aprendió a detectarlas y, cuando aparecían, afectaban menos a su funcionamiento. La intensidad media de los síntomas durante los AP había disminuido (de 2.4 a 1.9 sobre 4), y aunque aún persistían, cada vez eran más esporádicos y solían concentrarse en períodos de estrés. Se volvió ciertamente más flexible en lo que respecta a sus objetivos de no experimentar ansiedad en las situaciones de alejamiento de las figuras de seguridad. Igualmente, ya no se alteraba tanto ante situaciones imprevistas y mostraba menos ansiedad cuando estaba solo en casa o cuando salía (solo), y sus padres no estaban en la vivienda. También mejoró su autoimagen y era menos dependiente del refuerzo externo. En general, podríamos decir que los objetivos planteados se consiguieron en gran medida, aunque evidentemente era necesario seguir trabajando y observando la generalización de los resultados. Los que vieron un menor cambio fueron la recuperación del ámbito social y la mejora de la relación con su padre.

### 3. Discusión

#### - Limitaciones del estudio

**En primer lugar**, la limitación más importante es que la parte de la intervención que yo he dirigido aún no ha concluido, por lo que no he podido incluir parte del trabajo realizado ni, por tanto, un análisis estadístico que muestre si han existido o no diferencias significativas entre las evaluaciones pre y post. No obstante, en la medida de lo posible, sí he intentado reflejar los cambios que se han producido hasta momento; los cuales creo que, para la larga evolución del problema y lo relativamente breve de mi participación, han sido bastante satisfactorios. **En segundo lugar**, y por el mismo motivo, no he podido incluir los seguimientos que tengo pensado realizar para comprobar el

mantenimiento de los resultados, si bien, al prever que esto podía suceder, fui diseñando ejercicios de generalización a lo largo de toda la intervención para que el paciente fuera realizando desplazamientos más allá de los protocolizados y con el objetivo de que fuera encontrando en estos un refuerzo que mantuviera su realización al concluir la EV. Igualmente, y por si mi participación terminaba antes de que se hubiera producido una generalización óptima o antes de que termináramos de trabajar adecuadamente el resto de contextos fóbicos, fui proponiéndole, progresivamente, tareas que pudiera realizar con su padre, así se iba acostumbrando a trabajar principalmente con un procedimiento de práctica programada. **En tercer lugar**, aunque he tenido en cuenta los protocolos de tratamiento existentes para esta patología, he priorizado más el ajuste a las características y demandas del paciente que la aplicación rigurosa de los mismos. Por un lado creo que esto es muy positivo porque supone ofrecer una intervención ajustada al análisis funcional del caso pero, por otro lado, puede resultar negativo al haber utilizado técnicas y ejercicios que no tienen un respaldo empírico importante, si bien, sí que lo tienen a nivel clínico y, como he podido comprobar, eran los que mejor le funcionaban al paciente. **En cuarto lugar**, como cualquier estudio de caso único cuenta con importantes limitaciones de cara a la generalización de los resultados. **En quinto y último lugar**, aunque creo que la evaluación es adecuada para un contexto clínico, podría mejorarse, sobre todo a nivel post, incluyendo medidas para valorar la sinceridad y deseabilidad social del paciente.

– El ajuste de la ética a la intervención

Concretamente quisiera comentar los cuatro principios que se entienden como fundamentales en la ética de cualquier intervención (Chamarro, 2007): (1) **Principio de autonomía**. Como se ha visto, este no solo era un aspecto ético sino también un objetivo de la intervención. No obstante, no siempre fue fácil fomentar la independencia del paciente porque, por ejemplo, en lo que respecta a las tareas de autoexposición, cuanto menos dirección externa hubiese (p.e. determinar cuándo tenía que hacerlas) más fácil era que no cumpliera con las mismas, lo que redundaba negativamente en la eficacia de la técnica y, entre otros, en su objetivo de conseguir un desplazamiento autónomo, lo que a su vez alimentaba la dependencia, y lo hacía a un nivel más general de lo que podía afectar la dirección externa focalizada en una tarea concreta. (2) **Principio de beneficencia**. Sobre todo he intentado respetar este principio trabajando para ofrecerle una intervención lo más completa y adaptada a sus demandas y necesidades. (3) **Principio de no maleficencia**. He intentado respetarlo conociendo a fondo la historia del problema, impidiendo así que al trabajar una determinada conducta estuviera reforzando otras inadecuadas. Por ello me he esforzado en abordar diferentes conductas problemas más allá del trabajo estrictamente conductual de la EV. También he intentado conocer mejor el trastorno y otros ejercicios, técnicas y habilidades que pudieran resultar adecuados para el caso, evidentemente sin aplicar competencias que requirieran una formación adicional, pero



con el objetivo de compensar mis conocimientos limitados y buscar otras opciones con las que pudiera trabajar las resistencias que he ido encontrando. (4) **Principio de justifica**. Por supuesto, siempre le he tratado con la consideración y respeto que merece cualquier persona.

- Autoevaluación del trabajo desempeñado

Antes de nada decir que ha sido un placer trabajar en este caso y más en las condiciones de autonomía que me ha permitido mi tutora. Esto me ha ayudado, entre otras cosas, a ver cómo me desenvuelvo como profesional, viendo mis fortalezas pero, sobre todo, aquellas cosas que tengo que mejorar. También me ha permitido un primer acercamiento a técnicas y enfoques que desconocía, despertando mi interés por formarme en algunas de ellas. Como **aspectos positivos** decir que me he visto bastante resuelta durante las sesiones a la hora de abordar las conductas problema que iban surgiendo. Este era un miedo que tenía al principio, es decir, miedo a no saber cómo abordar una determinada situación, a no acordarme de técnicas adecuadas o, simplemente, a quedarme en blanco. En la misma línea, cuando me daba cuenta de algún error que había cometido o de que no me había explicado bien, rectificaba o volvía a explicarme de otra manera, aprendiendo diferentes formas de explicar un mismo concepto. También me he visto flexible, ajustando la “teoría” a las características del paciente y adaptándome a las demandas de cada momento pero sin perder de vista objetivos más generales. Pese a esto, he visto muchos **aspectos mejorables**, sobre todo mi estilo socrático, ya que solía descubrirle al paciente lo que era adecuado que viera por sí mismo. Igualmente, creo que teniendo, sutilmente, a un estilo paternalista, sobre todo cuando no lograba que el paciente cambiara su conducta por otra que le permitiera, eso sí, conseguir sus propios objetivos. No obstante, como esto lo noté desde las primeras sesiones, he intentado modificarlo a lo largo de la intervención. También me di cuenta de que al principio era muy reforzante, sobre todo en un intento de que él se reconociera su esfuerzo y los progresos que estaba consiguiendo. Pese a mi buena voluntad tenía que haberme cerciorado de que mi refuerzo no cumpliera otros papeles, en este caso alimentar su sensibilidad al mismo. No obstante, en cuanto me di cuenta, modifiqué mi conducta. Finalmente, decir que esta experiencia ha sido todo lo que yo esperaba cuando inicié mis estudios y que se ha visto de sobra recompensada, no solo por los aprendizajes obtenidos, sino por lo gratificante que es ver que tu trabajo ha supuesto un cambio, aunque sea pequeño, en la vida de otra persona.

#### Referencias

Bados, A. (2005). *Agorafobia y pánico*. Extraído en Octubre de 2014 de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/358/1/115.pdf>

Bados, A. (2006). *Tratando...pánico y agorafobia*. Madrid: Pirámide.

- Bados, A., y García-Grau, E. (2011). *Técnicas de exposición*. Extraído en Octubre de 2014 de <http://hdl.handle.net/2445/18403>
- Ballester, R. (2004). Tratamiento psicológico en un caso de trastorno por angustia. En J.P. Espada, J. Olivares y F.X. Méndez (Eds.). *Terapia psicológica. Casos prácticos* (pp. 67-92). Madrid: Pirámide
- Blanco, G. (2012). Más allá de los comportamientos evitativos. Un estudio de un caso de crisis de angustia con agorafobia desde la ACT. *Clínica Contemporánea* 3 (2), 181-196.
- Botella, C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno de pánico. *Psicothema* 13 (3), 465-478.
- Brattberg, G. (2008). *EFT (Técnicas de Liberación Emocional) Auto-administrada en personas con fibromialgia: Una evaluación aleatoria*. Extraído en Febrero de 2015 de <http://www.eftmx.com/newsletter/fibromyalgia-brattberg-eft-sp.html#fn2>
- Caballo, V., y Mateos, P. (2000). El tratamiento de los trastornos de ansiedad a las puertas del siglo XXI. *Psicología Conductual*, 8 (2), 173-215.
- Cano-Vindel, A. (2007). La naturaleza y tratamiento del trastorno de pánico con agorafobia. *Boletín de la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés (SEAS)*, 27, 11-24.
- Chamarro, A. (2007). *La ética del psicólogo*. Barcelona: UOC.
- Craig G (2009) *Manual de EFT*. Extraído en Enero de 2015 de <http://www.findthelightwithin.com/EFT%20Manual%20en%20Español.pdf>
- Dunton, R. (2010). Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares. Extraído en Febrero de 2015 de <http://www.emdr-es.org/pdf/evidencia-cientifica.pdf>
- Echeburúa, E., Corral, P., García, E., Páez, D., y Borda, M. (1992). Un nuevo inventario de agorafobia (IA). En E. Echeburúa y P. Corral (Eds.). *La Agorafobia: Nuevas perspectivas de Evaluación y Tratamiento* (pp. 103-129). Valencia: Promolibro.
- Echeburúa, E., y Corral, P. (1997). Tratamiento psicológico de la agorafobia. En V.E. Caballo (Ed.). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos (Vol. 1)* (pp. 89-112). Madrid: Siglo XXI.
- Gil, L. (2008). Desensibilización y reprocesamiento con movimientos oculares. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37 (1), 206-215.

- Mercola, J. (2014). *Un nuevo estudio confirma la eficacia de las Técnicas de Liberación Emocional*. Extraído en Febrero de 2015 de <http://articulos.mercola.com/sitios/articulos/archivo/2014/01/11/tecnica-de-libertad-emocional.aspx>
- Moreno, P., y Martín, J. (2007). *Tratamiento psicológico del trastorno de pánico y la agorafobia. Manual para terapeutas*. Bilbao: Desclée.
- Morón, R. (2005). Aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso a un caso de crisis de angustia con agorafobia: un estudio de caso. *Análisis y Modificación de Conducta* 31 (138), 479-498.
- Pérez, M.A., y Redondo, M. (2002). Intervención cognitivo-conductual en un caso de fobia social y trastorno de angustia con agorafobia. *Revista de Psicología y Psicopedagogía* 1 (1), 115-138.
- Roca, E. (2003). *El trastorno de Pánico y su tratamiento. Terapia Cognitiva Focal en formato de grupo*. Extraído en Octubre de 2014 en <http://www.cop.es/colegiados/PV00520/>
- Rodríguez, M. (2011). *Un adulto con ataques de pánico. Las consecuencias de un trauma temprano olvidado tratado con EMDR*. Extraído en Octubre de 2014 en <http://www.aacademica.com/000-052/243.pdf>
- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R.M., Sánchez, C., y Santed, M.A. (2004). Cuestionario de Pánico y Agorafobia (CPA): Características de los ataques de pánico no clínicos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 9, 139-161.
- Sanz, J., y Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario para la Depresión de Beck. *Psicothema*, 10, (2), 303-318.
- Shapiro, F., y Silk, M. (2008). *EMDR. Una terapia revolucionaria para superar la ansiedad, el estrés y los traumas*. Barcelona: Kairós.
- Vallejo, M.A. (2012). Trastorno de angustia y agorafobia. En M.A. Vallejo (Dir.). *Manual de terapia de conducta. Tomo I* (pp. 405-453). Madrid: Dykinson.
- Wood, C. (2008). Doce sesiones de tratamiento cognitivo conductual en un caso de trastorno de pánico con agorafobia. *Ansiedad y estrés*, 14 (2-3), 239-251.

#### Anexo a

#### **Jerarquía I.** Desplazamiento en autobús. Variables manejadas y registro utilizado

Las variables manipuladas para la realización de los ítems fueron las siguientes:

- Distancia a pie desde su casa hasta la parada
- Trayecto (ida y vuelta)
- Duración del viaje (número de paradas)
- Hora punta
- Dirección del viaje más o menos conocida
- Dirección más o menos transitada
- Frecuencia de autobuses
- Perder un autobús a la vuelta

Como puede observarse, aunque en esta jerarquía estábamos trabajando el desplazamiento en bus, acordamos utilizar **paradas de inicio** cada vez más alejadas de su domicilio (300m., 600m. y 1km), no solo para aumentar la dificultad de los ítems, sino para ir practicando la otra conducta problema de desplazamiento a pie. Como en los primeros ítems jugábamos con una parada que estaba muy cerca de su domicilio, J. iba y volvía solo. A medida que cambiamos la parada de inicio, yo solía acompañarle durante dos ítems y, al siguiente, ya iba solo desde casa a dicha parada y viceversa. La manipulación de la variable **solo/acompañado durante la ida y la vuelta**, la hicimos aumentando el número de paradas que viajaba solo. Al principio, el trayecto lo hacíamos juntos, cada uno en un extremo del bus y sin hablar para evitar la distracción. Conforme avanzábamos en la jerarquía, ya no empezábamos el viaje juntos, sino que nos encontrábamos cada vez más tarde, de tal forma que él iba haciendo más paradas solo, hasta llegar a un ítem en el que yo le esperaba directamente en el destino. Una vez lo conseguimos empezamos a graduar la vuelta solo, siguiendo el mismo procedimiento. Dadas las características del caso, y el tiempo que llevaba sin montar en autobús, aunque fuera acompañado, me cercioré de que la jerarquía fuera muy progresiva, haciendo especial hincapié en la extinción paulatina de mi presencia, que, de todas, era sin duda la variable con mayor influencia en su grado de ansiedad. También el hecho de que fuera o no **hora punta** era muy importante para él, porque cuantos más coches hubiera, más probable era que hubiese atasco, y eso suponía estar parado, sin posibilidad de escapar, en caso de tener un AP o síntomas de pánico. Aunque se intentó que los primeros ítems no fueran en horas punta, al trabajar en una zona bastante transitada, generalmente pillábamos atasco durante el segundo ejercicio de la sesión, no así en el primero. Por lo que, aunque no pudimos controlar esta variable como queríamos, tuvimos la oportunidad de trabajar con las dos opciones. Lo mismo ocurrió con la **frecuencia de los autobuses**, durante el primer ejercicio el tiempo de espera era menor que durante el segundo. **Otras variables** que generalmente suelen afectar al nivel de ansiedad, como el número de viajeros, la hora del día, ir sentado o de pie o la posición ocupada dentro del bus, fueron descartadas porque según J. no influían en su ansiedad, cosa que se constató a lo largo de todos los ejercicios. No obstante, al tratarse de una situación natural, no pudimos controlar totalmente estas variables, por lo que finalmente trabajamos con todas ellas en sus diferentes posibilidades. Como esta jerarquía implicaba el desplazamiento a pie y en autobús, la ansiedad resultante a cada variable era diferente y superior en el primer caso. Igualmente, no era lo

mismo alejarse del lugar seguro (ida) que regresar a él (vuelta). Por ello, tras cada ejercicio se recogía el nivel de ansiedad en cada uno de estos momentos, resultando el siguiente registro y permitiendo observar cómo iban reduciéndose las diferentes medidas:

**Cuadro 3.** Registro completado en las sesiones de EV para el desplazamiento en bus

Nº de repetición	USA 0-10			
	De casa a la parada	Ida en bus	Vuelta en bus	De la parada a casa
.....				

Llegados al ítem USA 75 la distancia recorrida a pie de casa a la parada y viceversa estaba más que habituada, tanto a nivel de ansiedad como de miedo. Por ello dejamos de registrar las medidas *De la parada a casa* y *De casa a la parada* de, respectivamente, la primera y las siguientes repeticiones.

#### Anexo b

#### **Velocidad de la exposición.** Criterios para dar por superado un ítem

Antes de explicar cuáles fueron estos criterios es importante aclarar que J., tal y como corroboró el STAI, posee un perfil ansioso superior a la media, lo que, unido a su constante chequeo de los síntomas corporales, hacía que generalmente tuviera una cierta activación. Por este motivo, no podíamos seguir los criterios habituales de dar por superado un ítem cuando, durante dos repeticiones sucesivas, tuviera un  $USA \leq 2$  sobre 8 (Bados, 2011) porque incluso en situaciones neutras su tasa base solía ser superior a ese corte. Aproximadamente, estaba en torno a un  $USA=3$  sobre 10. Puntuábamos sobre 10 porque le resultaba más fácil que hacerlo sobre 8. Dicho esto, hasta el ítem USA 25, incluido, tuve en cuenta un criterio de habituación según el cual dábamos por superado un ítem cuando, durante dos repeticiones consecutivas, el USA en las diferentes medidas (*de casa a la parada, ida, vuelta, de la parada a casa*) fuera igual o menor a 3 sobre 10. No tuve en cuenta una sola medida (p.e. la obtenida al final del ejercicio) o la media ponderada de las cuatro mediciones porque, de una forma u otra, se habrían sesgado los resultados. No obstante, a partir del mencionado ítem decidí modificar este criterio a la vista de las siguientes cuestiones: **(1)** En ocasiones, no tanto por el ejercicio en sí sino por condiciones externas puntuales (un atasco, un semáforo largo...), J. tenía picos de ansiedad, superior a 3, en alguna de las cuatro mediciones. Si me hubiera ajustado totalmente al criterio inicial habiéramos tenido que repetir muchas veces cada ítem para constatar si se habituaba a condiciones que difícilmente podíamos replicar. Esto, a la larga, habría supuesto una progresión muy lenta y poco práctica que habría acabado por desanimarle. **(2)** A mi incorporación y durante parte de la EV al autobús, J. tenía la creencia de que, para hacer o continuar un desplazamiento, apenas tenía que tener ansiedad, creencia que podría expresarse así: si no tengo el

control, si tengo más ansiedad, tensión o pensamientos negativos de los que puedo mantener a raya, escapo o postergo el afrontamiento hasta tener un mejor día. Incluso a veces verbalizaba que su objetivo era tener cero ansiedad. Teniendo esto en cuenta, el criterio de dar por superado un ítem cuando tuviera un USA casi nulo podía estar retroalimentando esta idea (exigencia) de control y de incompatibilidad que le había llevado a la evitación y a su justificación. Sin embargo, yo lo que quería que aprendiese era lo contrario, no solo que la ansiedad acaba bajando, sino que, y más importante, que a pesar de dificultarle el desplazamiento, no se lo impide. **(3)** La autoobservación y la exigencia de control hacían que J. sobreestimase la ansiedad experimentada, al darle importancia a cualquier señal corporal, por mínima que fuera, y aunque no estuviera directamente relacionada con el ejercicio. Esto hacía que pocas veces tuviera un  $USA \leq 3$  y menos en todas las medidas. **(4)** Los ítems superados hasta el momento habían hecho que estuviera más motivado y con más expectativas de éxito que al comienzo, sentimiento que quería reforzar y aprovechar para seguir avanzando.

Por estos motivos, a partir del ítem USA 30, incluido, dábamos por superado un ítem tras conseguir que la puntuación inicial se redujera a la mitad (Bados, 2011). Es decir, si en el primer afrontamiento la puntuación máxima en las cuatro medidas era de 8, repetíamos el ítem hasta que tuviera, en todas las mediciones, una puntuación de 4 o menos. No obstante, éramos flexibles en la aplicación de este criterio porque no era lo mismo reducir a la mitad una puntuación de 10 que otra de 5. En casos como el primero volvíamos a repetir el ítem para comprobar la habituación. Igualmente, empecé a considerar un criterio de autoeficacia que permitiera reforzar su creciente confianza a la hora de afrontar ítems más complejos. Esto era importante porque recordemos que en la adaptación del CPA J. verbalizaba una percepción nula de control sobre los síntomas. Así, siempre y cuando el USA inicial no hubiera sido superior a 6 (es cuando empezaba a ser más problemático), pasábamos de ítem si él expresaba confianza para hacerlo, a pesar de no haber reducido la ansiedad a la mitad. No obstante, esto también era relativo pues en ocasiones intuía que la autoeficacia verbalizada podía estar, respectivamente, sobre o infraestimada, al encubrir: su tendencia a buscar el refuerzo externo, concretamente el mío; el miedo a cómo saldría el ítem si se repetía (Bados, 2005); o el miedo al propio progreso, ya que este le acercaba a la remisión y esta, a su vez, a la pérdida de las ganancias secundarias. En estos casos siempre primaba el criterio de habituación. Aunque estos fueron los criterios seguidos en la EV, en las prácticas programadas siempre se siguió el inicial de conseguir un  $USA \leq 3$  durante dos repeticiones sucesivas, fortaleciendo así la habituación conseguida en sesión.

#### Anexo c

**Tareas para casa.** Descripción de los ejercicios, dificultades y abordaje

– **Práctica programada** (Mathews, Gelder y Johnston, 1985 citado en Bados, 2005)

Consistente en la exposición prolongada y gradual, en compañía de un familiar como co-terapeuta, a los ítems superados en sesión, consolidando los resultados conseguidos y aumentando el número de desplazamientos semanales. Se realizaron durante todo el tratamiento y desde la primera semana. La bibliografía consultada sostiene que es importante utilizar un co-terapeuta no conflictivo, con el que el paciente mantenga una buena relación. Dado que no había muchas opciones disponibles, y en un intento de trabajar la relación entre ambos, se decidió con J. que el acompañante fuera su padre. A pesar de las tensiones entre ambos, este se mostró colaborador desde el principio. Una de las razones de sus problemas eran precisamente las dificultades de J., para desplazarse y, sobre todo, por necesitar de un tercero para hacerlo. Además, la edad y educación de su padre dificultaban que entendiera la naturaleza del problema de su hijo. Por estos motivos, y a pesar de no ser teóricamente la mejor representación de un co-terapeuta, decidimos que fuera su padre, de tal forma que el hecho de ver a su hijo enfrentarse y afrontar sus dificultades, le permitiera entender mejor su situación y disminuyeran, por tanto, las discusiones basadas en este tema. Al mismo tiempo, se daba la oportunidad de que, durante los ejercicios, surgieran ocasiones en las que pudiera reforzar el esfuerzo de J. Esto también era importante, porque una de las razones que aducía el paciente sobre su mala relación era precisamente la escasa afectividad y refuerzo de su padre. No obstante, cuando conocí cuán sensible era J. al refuerzo, eliminé este objetivo y me centré en trabajar el autorrefuerzo y su reacción ante la ausencia de refuerzos, fueran de su padre o de otras personas. Aunque su padre era una persona de seguridad, el hecho de desplazarse con él le generaba más ansiedad que si lo hacía con su madre o conmigo. Esto añadía más dificultad a los ítems, pero, tal y como se le explicó a J., esto haría que superarlos fuera aún más gratificante. Al realizarse con una persona con menor estatus de seguridad, generaban más anticipación, por lo que, para evitar la procrastinación, se presentaron como obligatorios, teniendo que mandármelos, para su supervisión, a principios de cada semana.

**Cuadro 4.** Registro completado en las prácticas programadas

USA 0-10				
Nº repetición	De casa a la parada	Ida en bus	Vuelta en bus	De la parada a casa
.....				

Otros datos relevantes (*pensamientos, sensaciones...*) [Permitían evaluar las conductas problema]

¿Has necesitado utilizar alguna herramienta para bajar la ansiedad? SÍ NO

¿Cuándo? (puedes señalarlo en la tabla) ¿Qué herramienta?

¿Qué USA tenías y a cuánto bajo tras utilizar la herramienta?

[Pretendían que J. comprobara el efecto de las herramientas, potenciando su uso y su autoeficacia]

### - Ejercicios de generalización

J. tenía que realizar desplazamientos, en uno o varios de los transportes practicados, de distancia equivalente o inferior a los ítems trabajados en sesión y en la misma o diferente dirección. La mayoría de los ejercicios eran de autoexposición, por lo que solía realizarlos solo. Empezaron a realizarse tres semanas después de empezar con la EV, para que así contara con el refuerzo de los logros conseguidos durante la misma y hubiera aumentado el sentimiento de autoeficacia. Para favorecer su autonomía y para que hiciera este tipo de ejercicios porque asumía que eran necesarios para el cambio y no porque estuvieran pautados externamente, le expliqué su importancia y le sugerí hacerlos en aquellos momentos en los que las circunstancias externas los favorecieran, por ejemplo, cuando tuviera que hacer un determinado trámite y fuera más rentable y eficiente ir en bus que en coche. De esta manera, el esfuerzo que implicaban se vería compensado por, en este caso, el ahorro de tiempo y dinero, lo que a su vez redundaría en la disposición para hacer futuros desplazamientos. Como pocas veces había “circunstancias favorables”, volvimos a recordar su importancia y prescribimos su realización, pautando qué desplazamientos tenía que hacer y en qué semana, pero dejando un margen para que él decidiera el día concreto, al tiempo que no los revisábamos semanalmente, reduciendo así la dirección externa. También le propuse entender estos ejercicios como una sesión más, *como si* no pudiera cancelarlos, y que al igual que al principio muchas veces había ido a sesión por respecto a mí y a pesar de la falta de ganas o del miedo, ahora se diera ese respeto a sí mismo. De esta manera no solo trabajábamos su compromiso sino su tendencia a hacer las cosas por y para otras personas en lugar de para sí mismo. Además de estos, hubo otros motivos que hicieron que la generalización fuese complicada. En primer lugar, su necesidad de control era tal que le costaba horrores enfrentarse solo a una situación de cuyo afrontamiento no tuviera una expectativa de éxito resultante de haberla trabajado previamente conmigo. Es decir, quería que cada ejercicio que tuviera que realizar solo lo hubiera trabajado primero acompañado, aunque su dificultad fuera igual o menor a los que ya había superado. Esto evidentemente no sería una generalización sino múltiples e indefinidas jerarquías. En segundo lugar, y como resultado de lo anterior, su motivación era baja y, por tanto, aumentaba la procrastinación. En tercer lugar, como desarrollo en *Trabajo cognitivo*, no le gustaba hacer ejercicios solo porque, entre otras cosas, en ellos no había quién le motivara y reforzara. En último lugar hubo problemas relacionados con los *contextos de literalidad* y de *dar razones como causas* explicados en *Trabajo desde ACT* y relacionados con la idea de *no hago los ejercicios porque tengo miedo*. El registro solicitado constaba de: *fecha, recorrido practicado, USA de 0/10 y otros datos relevantes, como el empleo de técnicas, dificultades, anticipación, etc.* Conforme se fueron realizando estos ejercicios se vio que el hecho de preguntarle por el USA experimentado favorecía la focalización en los síntomas y, por tanto, el aumento y la rumiación sobre



los mismos. Por ello, y para normalizar los desplazamientos, a partir del sexto ejercicio se le explicó esta cuestión y se le pidió que dejara de responderla.

– **Autorregistro de lo positivo**

Dada la focalización en eventos/recuerdos negativos y la infravaloración del progreso y sus esfuerzos, desde la segunda semana le pedimos que rellenara este registro, del tal forma que la reflexión “obligada” sobre eventos positivos diera paso a su recuerdo espontáneo. De la misma manera, suponía un refuerzo positivo, no solo al pensar en los avances conseguidos, sino al observar cómo iba aumentando su nivel de actividad a raíz del trabajo realizado en sesión, lo que a su vez potenciaba este. Los datos a completar en este registro eran: *fecha y desarrollo del suceso positivo*, pudiendo incluir todos los que experimentaba, estuvieran o no relacionados con los desplazamientos. A pesar de que era una tarea que solo pensaba mantener hasta ir consiguiendo resultados, J. me pidió seguir haciéndola, precisamente porque estaba notando los cambios y quería seguir reduciendo aún más ese foco en lo negativo. Por ello la mantuvimos durante todo el proceso. Además de trabajar estos objetivos, esta tarea le sirvió para darse cuenta de que no podía seguir midiéndose con la misma vara que una persona acostumbrada a desplazarse o con lo que hacía antes del trastorno, porque entonces nunca valoraría ni el progreso ni su esfuerzo, y porque además suponía ignorar que en los últimos años su conducta no había sido esa de afrontamiento con la que se comparaba, sino todo lo contrario, lo que hacía más oportuno el reconocimiento de los cambios. Igualmente, le aconsejamos mandarse este registro al móvil y revisarlo en momentos de ansiedad, ya que así podría recordar todo lo que estaba consiguiendo, lo que aumentaría su autoeficacia en dichas situaciones. En esta línea de potenciar lo positivo frente a lo negativo, modelamos su verbalización de los sucesos, empezando por las sesiones de EV, dónde le pedíamos que primero nos contara lo positivo del trayecto, incluyendo los autorrefuerzos, y después las dificultades y puntuaciones USA.

Anexo d

**Exposición interoceptiva.** Justificación de su empleo y protocolo seguido en las sesiones

La EI la empezamos a realizar cuando estábamos acabando la EV al bus. No la realizamos antes porque (1) no existía un miedo tan intenso a las sensaciones fisiológicas como para que J. rechazase la EV y (2) porque con esta ya estábamos trabajando la exposición a estímulos internos, con lo que esperábamos una reducción del miedo y un aumento de la tolerancia a los mismos. Aunque lo conseguimos en gran medida, aún quedaban resquicios de miedo, por lo que, tal y como sostiene Bados (2011), era recomendable trabajar más directamente esta parte del trastorno. Para realizar estas sesiones seguimos las pautas propuestas por Cía (2006), Bados (2011) y Moreno y Martín (2007):

(1) Psicoeducación y justificación personalizada de la técnica, trayendo a colación las actividades evitadas por motivo de la activación generada y que se habían registrado en la evaluación.

(2) Turno de preguntas y dudas.

(3) Ratificamos las sensaciones más temidas que habíamos registrado con el IA.

(4) Ejercicios utilizados. Los tiempos indicados empiezan a contarse desde que el paciente señala la aparición de los síntomas, a excepción de los ejercicios 6 y 9, que se cronometran desde el principio. Personalmente realicé estos ejercicios para comprobar la adecuación de los tiempos y, en función de esta experiencia y de las capacidades físicas de J., reduje algunos de ellos, mostrando entre paréntesis dicho cambio. Así, en lugar de dos versiones de ejercicios, en algunos casos hubo tres. Los síntomas entre paréntesis fueron los que experimentó J., en ocasiones diferentes de los genéricos.

- |  |  |
|--|--|
| 1. Correr sin desplazarse subiendo las rodillas al máximo (taquicardia, ahogo)         | 2. Hiperventilar (taquicardia, mareo, ahogo, desrealización/despersonalización)              |
| - Versión principiante (p): 1 min.   | (p): 75 s. (a): 1 min. y ½   |
| - Versión avanzada (a): 2 min.   |  |
| 3. Mirarse fijamente en un espejo (desrealización/despersonalización)                  | 4. Mirarse en un espejo mientras hiperventila (desrealización/despersonalización)            |
| (p): 1 min. y ½ (a): 3 min   | (p): 75 s. (a): 1 min. y ½   |
| 5. Respirar a través de una pajita fina mientras se tapa la nariz (taquicardia, ahogo) | 6. Poner la cabeza entre las piernas y levantarla rápidamente (sofoco, presión en la cabeza) |
| (p): 1 min. (a): 2 min.  | (p): 1 min. y ½ (1 min.) (a): 2 min.   |
| 7. Mantener la posición de las flexiones (tensión, entumecimiento)                     | 8. Mirar rápidamente de izquierda a derecha con los ojos abiertos (mareo, desorientación)    |
| (p): 1 min. (1/2 min.) (a): 1 min. y ½   | (p): 30 s. (a): 45 s.  |
| 9. Retener la respiración (ahogo)  | 10. Dar vueltas sobre uno mismo (mareo)  |
| (p): 30 s. (25 s.) (a): 45 s.  | (p): 1 min. (1/2 min.) (a): 1 min. y ½   |

(5) Procedimiento:

1. Demostración por parte del terapeuta de cada uno de los ejercicios.
2. Realización de la jerarquía de sensaciones:
  - i. Practicar los ejercicios anteriores en su formato principiante (p).
  - ii. Completar un registro compuesto por: *nº del ejercicio practicado, sensaciones producidas, consecuencias temidas y miedo y similitud* en comparación a las situaciones naturales. Todo ello en una escala del 1 al 5 (*nada, un poco, medio, bastante y mucho*).
  - iii. Eliminar los ejercicios que no tengan asociados una *similitud* y un *miedo*  $\geq 3$ .
  - iv. Ordenar los ejercicios de menor a mayor miedo.

### 3. Práctica para generar habituación:

- i. Repetir cada ejercicio (p) hasta conseguir un *miedo*  $\leq 1$ .
- ii. Ídem al anterior pero en versión (a).
- iii. Con cada repetición completábamos un registro compuesto por: *nº ejercicio practicado* (así veíamos cuántas repeticiones necesitaba para bajar el miedo), *predicción de las consecuencias del ejercicio, miedo y resultado del ejercicio* en respuesta a la predicción. De esta manera también trabajábamos la ansiedad anticipatoria.
- iv. Tras cada ítem superado, el paciente tenía que autorreforzarse.

#### Anexo e

**Metáforas (M) y ejercicios experienciales (EE)**. (Recursos obtenidos de mi formación y de material proporcionado por mi tutora profesional). Se presentan agrupados en función de las conductas problema que pretendía trabajar con ellos, si bien, abordan diferentes objetivos y fases de ACT al mismo tiempo. El orden en el que se presentan es orientativo, ya que se utilizaron en diferentes momentos según las necesidades y resistencias que mostraba J. A excepción de tres que se los explicó mi tutora (\*), los demás los trabajé yo, bien en sesión de EV, bien a través de la *Guía del paciente* (subrayadas). Por cuestiones de espacio solo se han incluido las que resultaron más eficaces.

**Como es común en la agorafobia, los pacientes se escudan en el miedo para justificar la evitación. Así, en muchos momentos, a J. le pesaba más el miedo que la remisión del trastorno y el acercamiento a sus valores. Para trabajar esta resistencia y favorecer el afrontamiento a pesar del miedo y de la ansiedad, se utilizaron:**

(EE) *Minar razones como causas*. Me sirvió para explicarle que muchas veces expresamos y vivimos los sentimientos/pensamientos como si fueran entidades físicas que realmente nos impidieran actuar. *Una cosa es tener miedo y que ello te dificulte el viaje, y otra que literalmente te impida hacerlo*. Con afirmaciones como esta pretendía que J. dejase de reaccionar automáticamente a sus pensamientos como si fueran una verdad absoluta, disminuyendo el control conductual dominado por contingencias verbales (literalidad, razones...) en lugar de por contingencias directas (Blanco, 2012), e impidiendo así que siguiera evitando en base a estos contenidos psicológicos.

(EE) *Y en vez de pero*. Íntimamente relacionado con el anterior, pretendía, con el cambio del lenguaje, que el pensamiento no le diera razones para seguir evitando. Usando un ejemplo del caso, si la afirmación es: *subiría al autobús pero tengo miedo*, lo más probable, tal y como sucedió en un ejercicio de autoexposición, es que no suba al autobús. Sin embargo, si cambiamos el “pero” por “y”, no condicionamos la acción subsiguiente: *subiría al autobús y tengo miedo*. Puede ser que el

resultado volviera a ser el mismo, pero ya no se está planteado una incompatibilidad, una imposibilidad de hacer “x” (subir al autobús) porque exista “y” (miedo), y además, estamos dejando de justificar una acción en base a una emoción.

(M) *Los dos escaladores*. Era perfecta para que J. viera que, desgraciadamente, el poder para cambiar su estado no estaba, en su mayoría, en nuestras manos sino en las suyas. Por tanto, a pesar de que muchos ejercicios eran asistidos, inevitablemente tenía que hacer muchos otros solo. También trabaja la sinceridad y la autonomía del paciente en tanto y cuanto es este el que determina por dónde quiere subir *la montaña* aunque el terapeuta le aconseje cómo hacerlo.

**Como muchas personas, J. estaba un poco perdido con respecto a lo que quería hacer con su vida. Se había pasado tanto tiempo evitando la ansiedad que al final no solo había perdido vivencias sino que había seguido caminando sin pararse a pensar hacia dónde quería hacerlo. Para clarificar sus valores, para dar sentido a pasarlo mal durante los afrontamientos y para que sintiera que él era el que dirigía su propia vida, trabajamos con la *Metáfora del jardín*.**

**J. no solo tenía miedo a las sensaciones de activación sino que no le gustaba experimentarlas porque las sentía como una pérdida de control. Para favorecer su aceptación y verlas como una parte inherente de la vida, se utilizaron los siguientes ejercicios y metáforas. Con ellos se intentaba además que descubriera la inutilidad de las conductas de evitación y se comprometiera con el abandono de las mismas en pro de dedicarle tiempo a las conductas verdaderamente valiosas.**

(M) *El tablero de ajedrez\**. Busca que el paciente se dé cuenta de que tanto los eventos privados positivos como los negativos forman parte de la vida y de cómo emperrarse en eliminar del tablero las *piezas negras* sería querer prescindir de una parte inseparable del ser humano.

(M) *La pantalla de ordenador*. Aprovechando que era informático y que le encantaba su trabajo, se seleccionó esta metáfora para hacerle ver cómo cada vez que aparecían pensamientos negativos o ansiedad, por mínimos que fueran, y por poco que le afectaran a su funcionamiento, rápidamente los intentaba eliminar. Se quería mostrar cómo esto resultaba infructuoso porque seguían apareciendo y lo único que disminuía era el tiempo para realizar otras tareas.

(EE) *Fisicalización del miedo*. El objetivo era que se imaginara al miedo, como un objeto, una persona, etc., describiera sus características físicas y, sobre todo, le añadiera algún elemento cómico que contribuyera a disminuir el miedo al miedo. Era similar al cambio de marco y como tal pretendía acercarle a la aceptación de las emociones negativas y al afrontamiento a pesar de ellas.

(M) *Caminar con chinas en los zapatos*. Normaliza los eventos privados negativos como parte del camino que es la vida y enfatiza el compromiso con la decisión de caminar en la dirección valiosa a pesar del malestar que nos acompañe durante el mismo.

**En ocasiones, J. rumiaba sobre todo el tiempo que había perdido debido a su problema, de todas las cosas que podría haber hecho, de todo lo que no tenía en comparación con gente de su edad, etc. Para ayudar a romper esta tendencia se utilizó:**

(M) *El hombre y el perro*. Compara dos conductas: la de martirizarse por no haber hecho determinadas cosas en el pasado, y la de aceptarlo y seguir adelante. Su objetivo es comprender la inutilidad de esta rumiación y cortarla para que no siga afectando al momento actual.

**A pesar de que las metáforas y ejercicios anteriores favorecen el cambio cognitivo, desgraciadamente no siempre eran suficientes para que J. actuara conforme a ellos. En ocasiones no era tanto un problema cognitivo, por ejemplo, que no comprendiera que la evitación acrecenta el miedo en futuras aproximaciones, sino algo emocional que una vez aparecía bloqueaba toda la parte racional. Para que J. contara con alguna herramienta que le impulsara al afrontamiento y le diera sensación de control se utilizaron:**

(EE) *Los vagones del tren\**. Se planteó como un apoyo a la activación conductual desde ACT. Concretamente, J. había decidido apuntarse al gimnasio, lo cual llevaba asociado un gran valor ansiógeno, no solo por la conducta en sí, sino por la EI que implicaba. Nuestro objetivo era motivar el compromiso con dicha conducta una vez apareciese la anticipación. J. tenía que imaginar que era un tren con tres vagones, el de la derecha llevaba los pensamientos negativos, el del medio las emociones negativas y el de la izquierda el impulso para llevar a cabo la conducta. Para favorecer la implicación en el ejercicio se le pidió que explicitara las características físicas de cada vagón y, una vez las tuviera visualizadas, imaginara la situación temida y el contenido de cada vagón. Como los dos últimos dificultaban el movimiento del tren, se le pedía que los desenganchase, que se liberase de aquello que le estaba dificultado el compromiso con sus objetivos. Esta forma simbólica de trabajar la afectividad negativa ayuda a que la persona se relaje y sienta más fuerza a la hora de actuar, al menos en personas como J con muy buena capacidad para visualizar escenas y sentirlas vívidamente.

(M) *Los pasajeros del autobús\**. A pesar del amplio abanico de metáforas que le explicamos, esta era una de las que mejor le funcionaban, quizás por su similitud con la EV. Con ella se relajaba y se distanciaba de los pensamientos negativos que acontecían durante los afrontamientos, siempre y cuando la ansiedad no fuera elevada. La he incluido bajo este objetivo porque para J. era una herramienta de afrontamiento: utilizarla le ayudaba a exponerse.