

MÁSTERES de la UAM

Facultad de Psicología
/ 15-16

Psicología General
Sanitaria



excelencia Campus Internacional
UAM
CSIC+



**Abordaje terapéutico
de un caso
de agorafobia**

Marta Loriente Durán



Master en Psicología General Sanitaria
Departamento de Psicología Biológica y de la Salud
Universidad Autónoma de Madrid

Abordaje terapéutico de un caso de agorafobia

Marta Lorienté Durán

Dirección del TFM: Julia Sebastián

Curso 2015-2016

Estudio de Caso Clínico

Índice

Resumen/Abstract.....	2
1. Introducción a los trastornos de ansiedad.....	3
1.1 Diagnóstico según el DSM-IV.....	6
1.2 Diagnóstico según el DSM-V.....	10
1.3 Epidemiología.....	13
1.4 Etiología.....	14
1.5 Tratamiento Terapia Cognitivo Conductual.....	15
1.6 Tratamiento Terapias de Tercera Generación.....	27
2. Informe del caso.....	20
2.1. Identificación de la paciente y motivo de consulta.....	20
2.2. Estrategias de evaluación.....	22
2.3. Diagnóstico según el DSM-IV.....	25
2.4 Diagnóstico según el DSM-V.....	26
2.5. Formulación clínica del caso.....	28
2.6. Objetivos del tratamiento.....	30
2.7. Tratamiento.....	31
2.8. Aplicación del tratamiento.....	33
2.9 Nuevas formulaciones para el tratamiento.....	45
2.10. Factores personales del trabajo terapéutico.....	51
2.11. Diseño del estudio.....	53
2.12. Eficacia, efectividad y eficiencia del tratamiento aplicado.....	54
3. Discusión	60
4. Valoración personal	62
Referencias	64
Anexos	67

Resumen

El trastorno de agorafobia se caracteriza por la aparición de crisis de angustia en aquellos lugares en los que escapar puede resultar difícil. En este trabajo se presenta el caso de R., una mujer afectada por este trastorno. Tras experimentar un ataque de pánico debido a un episodio de vértigos, las sensaciones corporales que estuvieron presentes en aquella situación, se han convertido en estímulos que por sí mismos provocan en la paciente respuestas de miedo o ansiedad. Además, la anticipación de este miedo ha hecho que R. evite multitud de situaciones y eventos de la vida cotidiana, lo que favorece el mantenimiento del problema. Se presentan los datos de la evaluación, el análisis funcional, los objetivos de tratamiento y el tratamiento detallado.

Palabras clave:

Agorafobia. Trastorno de ansiedad. Conductas de evitación. Caso clínico.

Abstract

Agoraphobia is an anxiety disorder in which a person has attacks of intense fear and anxiety. There is also a fear of being in places where it is hard to escape, or where help might not be available. This article features R., a woman afflicted from this disorder. After having a panic attack (due to vertigo) the feelings experienced in that situation turned into stimuli which arouse fear by themselves. The problem persists because R. avoids public places and situations where she doesn't feel safe. Diagnostic evaluation data, functional analysis, treatment aims, and whole treatment in detail are described.

Key words: Agoraphobia. Anxiety. Avoidance behaviour. Clinical case.

Grado de participación: La elaboración de este trabajo está basada en el abordaje terapéutico de un caso clínico. Cada una de las fases implicadas en la práctica clínica han sido realizadas por Marta Lorient (diseño de la evaluación, aplicación de la evaluación, formulación del caso, diseño del tratamiento, aplicación del tratamiento y evaluación de resultados).

1. Introducción a los trastornos de ansiedad.

La ansiedad es ubicua a la condición humana. Desde los inicios de la historia registrada, filósofos, líderes religiosos, eruditos y, más recientemente los médicos así como los científicos (médicos y sociales) han tratado de revelar los misterios de la ansiedad y el desarrollo de intervenciones que pudieran resolver con efectividad esta condición generalizada y problemática de la humanidad (Clark, D., y Beck, A., 2012). El miedo y la ansiedad no surgen exclusivamente tras la vivencia de un gran desastre o riesgo vital extremo, sino que en la mayoría de las ocasiones la ansiedad se presenta en el contexto de las demandas de la vida cotidiana.

La psicología de la emoción cuenta con diversas perspectivas (algunas, incluso, opuestas) sobre la naturaleza y la función de las emociones humanas. Sin embargo, todos los teóricos de la emoción que aceptan la existencia de emociones básicas coinciden en considerar el miedo como una de ellas (Öhman & Wiens, 2004). Como parte de nuestra naturaleza emocional, el miedo se produce como respuesta adaptativa sana a una amenaza percibida o peligro para la propia seguridad física o psíquica. Advierte a los individuos de una amenaza inminente y de la necesidad de una acción defensiva (Beck & Greenberg, 1988; Craske, 2003). Sin embargo el miedo también puede no resultar adaptativo cuando éste se produce en una situación neutral o no amenazante pero que se malinterpreta como representativa de una amenaza o peligro potencial. Teniendo en cuenta lo anterior, se puede decir que conviene tener en cuenta dos cuestiones básicas para cualquier teoría de la ansiedad: cómo distinguir la ansiedad del miedo y cómo determinar cuál es la reacción normal frente a la anormal (Clark, D., y Beck, A., 2012).

- Siguiendo a Barlow (2002), el miedo se entendería como “una alarma primitiva en respuesta a un peligro presente, caracterizado por una intensa activación y por las tendencias a la acción” (p. 104). La ansiedad, por su parte, queda definida como “una emoción orientada hacia el futuro, caracterizada por las percepciones de incontrolabilidad e impredecibilidad con respecto a sucesos potencialmente aversivos y con un cambio rápido en la atención hacia el foco de acontecimientos potencialmente peligrosos o hacia la propia respuesta afectiva ante tales sucesos” (p.104).

- Clark y Beck (2012) proponen cinco criterios que pueden usarse para distinguir los estados anormales de miedo y ansiedad: a) cognición disfuncional, b) deterioro del funcionamiento, c) persistencia, d) falsas alarmas, y e) hipersensibilidad a los estímulos.

Por tanto, se puede decir entonces, que la experiencia psicológica del miedo se produce junto con una pauta de activación fisiológica relacionada con el estrés y diseñada para promover la supervivencia evitando el peligro mediante un comportamiento que Barlow (2002) expresa como de “luchar, huir o inmovilizar”. Es evidente que la activación psicofisiológica y la movilización energética que la acompaña es útil en tanto que ayuda del comportamiento de escape cuando éste es posible. Sin embargo, cuando la amenaza supera la capacidad del individuo de escapar o de hacerle frente, puede producirse inmovilidad comportamental e hipervigilancia cognitiva, en un intento por evitar el daño pasivamente (Schneiderman y McCabe, 1989). En condiciones de evitación pasiva en lugar de escapar o hacer frente activamente, el esfuerzo fisiológico y la energía generada pueden no utilizarse. Si bien está claro que el inicio y la recuperación agudos y limitados en el tiempo de la activación física y mental relacionada con el estrés proporcionan una ventaja adaptativa frente a una amenaza verdadera (por ejemplo, cuando la lucha o la huida son necesarias para sobrevivir), la activación crónica o injustificada de psicofisiología relacionada con el miedo puede ir en detrimento de la salud.

Los trastornos de ansiedad pueden caracterizarse por un conjunto de procesos cognitivos, afectivos, fisiológicos y conductuales alterados que se manifiestan como procesos inadaptados de responder a la sensación interior de miedo. Los procesos cognitivos alterados en los trastornos de ansiedad, por lo general, incluyen elementos como:

- Centrar la atención en determinados aspectos molestos de la experiencia interior; como pensamientos angustiosos o sensaciones físicas.
- Interpretación inadecuada de la amenaza en ausencia de peligro real.

- Distorsión de la magnitud de la amenaza o del problema real mediante magnificación, catastrofización o adivinación (Barlow, 2002).

Además, desde un punto de vista cognitivo, los trastornos de ansiedad pueden caracterizarse porque la atención se centra en preocupaciones de futuro sobre una posible desgracia (Barlow, 2002). El hecho de centrar la atención en pensamientos o sensaciones físicas molestos, junto con una tendencia orientada al futuro y a preocuparse por amenazas o daños “potenciales” puede predisponer al individuo a una falta de conciencia de los que está ocurriendo realmente en ese momento preciso (Brantley, 2010).

Cuando uno no es consciente de lo que está ocurriendo realmente en el momento, su atención es más susceptible de ser arrojada por un torbellino de interpretaciones cognitivas sobre la propia experiencia que puede ser inadecuada y que puede provocar un intenso malestar. Por ejemplo, en el caso de la ansiedad, un estilo cognitivo marcado por el hecho de prestar atención y orientarse a acontecimientos futuros y no a la experiencia del momento presente, y la tendencia a evaluar de forma catastrofista o de malinterpretar los fenómenos mentales o físicos pueden hacer que se genere ansiedad y otros trastornos emocionales como ira o tristeza profunda.

Mientras que la percepción del miedo y de la ansiedad ocurre en el cerebro, la respuesta puede sentirse en mayor medida en el cuerpo. Como consecuencia, las interpretaciones cognitivas de miedo y las respuestas emocionales y fisiológicas asociadas pueden manifestarse en una serie de síntomas somáticos (tensión muscular, aceleración del pulso, dificultad para respirar, etc.). Además, teniendo en cuenta el estilo cognitivo propenso a la ansiedad, los síntomas somáticos pueden interpretarse como indicios de daño, cuyo resultado puede ser una atención todavía mayor a los síntomas que llegue a provocar el temido ataque de pánico. Dado que esas sensaciones interiores son desagradables, por lo general, tendemos a evitarlas intentando distraer la atención de la sensación cuando se presenta e intentando prevenir la ansiedad recurrente en el futuro evitando las personas, los lugares o las cosas asociadas. Con todo, se sabe que las reacciones (tanto cognitivas

como emocionales) a las sensaciones interiores de cada uno (pensamientos, emociones y sensaciones físicas) pueden ser subyacentes al desarrollo y/o al mantenimiento de los trastornos de ansiedad, algo que se manifiesta categóricamente como inflexibilidad comportamental y psicológica (Orsillo, Roemer y Holowka, 2005).

1.1. Diagnóstico según el DSM-IV.

Según la cuarta edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM*) de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (*American Psychiatric Association o APA*), los trastornos de angustia, con o sin agorafobia, se encuadran dentro de los trastornos de ansiedad, entendiendo la ansiedad como las respuestas psicofisiológicas que se desencadenan de manera inmediata en el organismo ante una amenaza, real o supuesta, para preparar al individuo para la lucha o la huida. La característica esencial del trastorno de angustia es la presencia de crisis de angustia de forma repetitiva e inesperada, tras las que aparecen preocupaciones persistentes ante la posibilidad de padecer nuevos episodios de crisis y por sus posibles consecuencias (a nivel físico o comportamental). Se puede hablar de trastorno de angustia con agorafobia en aquellos casos en los que además la ansiedad aparece al encontrarse en lugares o situaciones en los que escapar puede resultar difícil, o donde no se puede disponer de ayuda en el caso de sufrir una crisis de angustia inesperada y, como consecuencia de esto, estas situaciones se evitan o sólo se enfrentan en el caso de ir acompañado/a por una persona conocida y determinada. A continuación se presentan detalladamente los criterios diagnósticos que se plantean en la cuarta edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM*) de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (*American Psychiatric Association o APA*). Para revisar los criterios diagnósticos del trastorno de angustia con agorafobia y del trastorno de agorafobia ver Cuadro 1.1 y Cuadro 1.2 respectivamente.

*Cuadro 1.1**Criterios diagnósticos para el trastorno de angustia con agorafobia según el DSM-IV-TR (2000)*

A) Se cumplen (1) y (2)

1) crisis de angustia inesperadas recidivantes.

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

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

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

(c) cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis

B) Presencia de agorafobia.

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

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

*Cuadro 1.2**Criterios diagnósticos para el trastorno de agorafobia según el DSM-IV-TR (2000)*

Nota: No se registra la agorafobia en un código aislado. Codificar el diagnóstico del trastorno específico en que aparece la agorafobia (p. ej., F40.01 Trastorno de angustia con agorafobia [300.21] [pág. 411] o F40.00 Agorafobia sin historia de trastorno de angustia [300.22] [pág. 414]).

A) Aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso) o donde, en el caso de aparecer una crisis de angustia inesperada o más o menos relacionada con una situación, o bien síntomas similares a la angustia, puede no disponerse de ayuda. Los temores agorafóbicos suelen estar relacionados con un conjunto de situaciones características, entre las que se incluyen estar solo fuera de casa; mezclarse con la gente o hacer cola; pasar por un puente, o viajar en autobús, tren o automóvil.

Nota: Considerar el diagnóstico de fobia específica si el comportamiento de evitación se limita a una o pocas situaciones específicas, o de fobia social si tan sólo se relaciona con acontecimientos de carácter social.

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

C) Esta ansiedad o comportamiento de evitación no puede explicarse mejor por la presencia de

otro trastorno mental como fobia social (p. ej., evitación limitada a situaciones sociales por miedo a ruborizarse), fobia específica (p. ej., evitación limitada a situaciones aisladas como los ascensores), trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., evitación de todo lo que pueda ensuciar en un individuo con ideas obsesivas de contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., evitación de estímulos relacionados con una situación altamente estresante o traumática) o trastorno de ansiedad por separación (p. ej., evitación de abandonar el hogar o la familia).

Según la escuela de EE.UU. liderada por Donald Klein, la agorafobia es siempre secundaria al trastorno de pánico, produciéndose una evitación progresiva, condicionada por el estímulo aversivo de las crisis de pánico. Como se acaba de plasmar, esta consideración también está expresada en el DSM-IV de la APA (American Psychological Association), anteponiendo el pánico a la agorafobia. Sin embargo, la décima versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud (1992) considera al trastorno fóbico como trastorno primario y a las crisis de pánico como indicadores de la gravedad del mismo; es decir, en este caso, la fobia tiene preferencia diagnóstica sobre las crisis de pánico.

La ansiedad consiste en un estado de malestar psicofísico caracterizado por una sensación de inquietud, intranquilidad, inseguridad o desasosiego ante lo que se vivencia como una amenaza inminente y de causa indefinida (Cía, 2006). Se entiende la ansiedad como patología cuando las sensaciones surgen por una valoración distorsionada o irreal de la supuesta amenaza. Por otro lado, y siguiendo de nuevo a Cía (2006), la angustia hace referencia a sensaciones de opresión, constricción y desasosiego y se caracteriza por un temor a lo desconocido o a lo amenazante. Cuando la angustia se encuentra a niveles normales, desaparece en cuanto se resuelven los problemas presentes o de futuro cercano. Por tanto, se habla de angustia patológica cuando es desmedida y persistente, y plantea un futuro incierto de modo que el sujeto va restringiendo su autonomía y su desarrollo personal.

Según Peter Lang (1968) y su teoría tripartita de la ansiedad, la respuesta ansiosa se puede dividir en tres sistemas o áreas: 1) Fisiológico (somático o corporal); 2) Cognitivo (mental o subjetivo); y 3) Conductual (comportamental). Según esta

teoría, a pesar de que los tres sistemas se manifiestan de forma conjunta, cada individuo posee la capacidad de reaccionar de forma particular, lo que implica que una de las respuestas puede destacar sobre las demás o bien se puede dar una respuesta más equilibrada. La capacidad para emitir esta respuesta nos acompaña a lo largo de toda la vida con el fin de poder protegernos ante posibles peligros. Sin embargo, en algunas ocasiones, esta respuesta deja de ser adaptativa y pasa a ser desproporcionada en relación a la situación a la que estamos haciendo frente.

Por su parte, el cuadro clínico de la agorafobia está constituido por un conjunto de temores a lugares públicos (especialmente cuando el paciente está solo), como salir a la calle, utilizar transportes públicos, (trenes, autobuses, aviones, etc.) y estar en lugares donde hay mucha gente (supermercados, cines, campos de fútbol, etc.). Además, en la agorafobia también pueden estar presentes temores a utilizar espacios reducidos o cerrados (ascensores, túneles, etc.) o a atravesar puentes (Agras, 1989; Echeburúa, 1990; Marks, 1991). Lo más habitual es que exista un primer episodio de miedo o pánico (normalmente en un sitio público) y que se resuelve o reduce cuando el sujeto escapa de la situación. La consecuencia de esto es que la persona comenzará a evitar ese mismo lugar o situación y, por generalización, otros lugares o actividades en los que nunca ha experimentado el pánico o el miedo. Además, el mero hecho de pensar en dichas situaciones genera normalmente sensaciones de ansiedad anticipatoria. Llegados a este punto es, precisamente, la conducta de evitación (que tiene como fin reducir el malestar) la clave del mantenimiento del problema, así como lo que favorece que la incapacidad del sujeto siga aumentando ya que cada vez se restringen más las actividades y lugares en los que se siente seguro. Las consecuencias a largo plazo que se desprenden de esto suelen estar relacionadas con incapacidades sociales (tanto para ellos como para sus familiares), temores hipocondríacos y episodios depresivos (Marks y Marks, 1990; Mathews, Gelder y Johnston, 1985). Es frecuente que también se desarrolle lo que se ha dado en llamar “miedo al miedo” y que no es más que un temor secundario a los propios síntomas de la ansiedad. Sin embargo, este temor no es específico de la agorafobia, ya que también está presente en las fobias sociales y específicas (Marks y O’Sullivan, 1990).

1.2. Diagnóstico según el DSM-V.

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM*) de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (*American Psychiatric Association o APA*), permite que los clínicos y los investigadores de las ciencias de la salud podamos diagnosticar, estudiar e intercambiar información sobre los distintos trastornos mentales y, por tanto, podamos ofrecer los mejores tratamientos e intervenciones posibles a las personas afectadas. Teniendo además en cuenta que el uso de esta guía debe ir siempre acompañado del juicio clínico, de los conocimientos profesionales y de los criterios éticos necesarios, es especialmente importante que el contenido de dicha guía sea revisado y actualizado con relativa frecuencia y con mucha rigurosidad. La importancia y la necesidad de esta actualización reside sobre todo en los avances que proporciona la ciencia y la investigación de manera continua, así como en los cambios sociales que se producen de manera constante en nuestro entorno y que, en muchos casos, son una parte fundamental de la explicación y del tratamiento del problema que se nos plantea en consulta.

La versión vigente del DSM es la quinta, DSM-V, que se publicó el 18 de mayo de 2013. A continuación se recogen los nuevos criterios diagnósticos que se plantean para los casos de ansiedad, angustia y agorafobia con el objetivo de ver si los síntomas presentados por la paciente encajarían en alguno de los nuevos diagnósticos propuestos en esta nueva edición. A continuación se recogen los criterios para el trastorno de pánico (acompañado del especificador de ataque de pánico) y los criterios para la agorafobia según el DSM-V (ver cuadros 1.3 y 1.4 respectivamente).

Cuadro 1.3

Criterios diagnósticos para el trastorno de pánico según el DSM-V (2013)

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

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

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

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

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

1. Inquietud o preocupación continua acerca de otros ataques de pánico o de sus consecuencias (p. Ej., pérdida de control, tener un ataque al corazón, “volverse loco”).
2. Un cambio significativo de mala adaptación en el comportamiento relacionado con los ataques (p. ej., comportamientos destinados a evitar los ataques de pánico, como evitación del ejercicio o de las situaciones no familiares).

C) La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo, trastornos cardiopulmonares).

D) La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., los ataques de pánico no se producen únicamente en respuesta a situaciones sociales temidas, como en el trastorno de ansiedad social; en respuesta a objetos o situaciones fóbicas concretos, como en la fobia específica; en respuesta a obsesiones, como en el trastorno obsesivo-compulsivo; en respuesta a recuerdos de sucesos traumáticos, como en el trastorno de estrés postraumático; o en respuesta a la separación de figuras de apego, como en el trastorno de ansiedad por separación).

Cuadro 1.3 (cont)

Criterios diagnósticos del especificador del ataque de pánico según el DSM-V (2013)

A) **Nota:** Los síntomas se presentan con el propósito de identificar un ataque de pánico; sin embargo, el ataque de pánico no es un trastorno mental y no se puede codificar. Los ataques de pánico se pueden producir en el contexto de cualquier trastorno de ansiedad, así como en otros

trastornos mentales (p. ej., trastornos depresivos, trastorno de estrés postraumático, trastornos por consumo de sustancias) y en algunas afecciones médicas (p. ej., cardíacas, respiratorias, vestibulares, gastrointestinales). Cuando se identifica la presencia de un ataque de pánico, se ha de anotar como un especificador (p. ej., “trastorno de estrés postraumático con ataques de pánico”). En el trastorno de pánico, la presencia de un ataque de pánico está contenida en los criterios para el trastorno y el ataque de pánico no se utiliza como un especificador.

La aparición súbita de miedo intenso o de malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos y durante este tiempo se producen cuatro (o más) de los síntomas siguientes:

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

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

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

Cuadro 1.4

Criterios diagnósticos para el trastorno de agorafobia según el DSM-V (2013)

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

1. Uso del transporte público (p. ej., automóviles, autobuses, trenes, barcos, aviones).
 2. Estar en espacios abiertos (p. ej., zonas de estacionamiento, mercados, puentes).
 3. Estar en sitios cerrados (p. ej., tiendas, teatros, cines).
 4. Hacer cola o estar en medio de una multitud.
 5. Estar fuera de casa solo.
-

-
- B) El individuo teme o evita estas situaciones debido a la idea de que escapar podría ser difícil o podría no disponer de ayuda si aparecen síntomas tipo pánico u otros síntomas incapacitantes o embarazosos (p. ej., miedo a caerse en las personas de edad avanzada, miedo a la incontinencia).
-
- C) Las situaciones agorafóbicas casi siempre provocan miedo o ansiedad.
-
- D) Las situaciones agorafóbicas se evitan activamente, requieren la presencia de un acompañante o se resisten con miedo o ansiedad intensa.
-
- E) El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantean las situaciones agorafóbicas y al contexto sociocultural.
-
- F) El miedo, la ansiedad o la evitación es continuo, y dura típicamente seis o más meses.
-
- G) El miedo, la ansiedad o la evitación causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
-
- H) Si existe otra afección médica (p. ej., enfermedad intestinal inflamatoria, enfermedad de Parkinson), el miedo, la ansiedad o la evitación es claramente excesiva.
-
- I) El miedo, la ansiedad o la evitación no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental; por ejemplo, los síntomas no se limitan a la fobia específica, tipo situacional; no implican únicamente situaciones sociales (como en el trastorno de ansiedad social); y no están exclusivamente relacionados con las obsesiones (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), defectos o imperfecciones percibidos en el aspecto físico (como en el trastorno dismórfico corporal), recuerdo de sucesos traumáticos (como en el trastorno de estrés postraumático) o miedo a la separación (como en el trastorno de ansiedad por separación).

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

1.3. Epidemiología.

Los trastornos de ansiedad son el principal problema de salud mental de los Estados Unidos (Barlow, 2002), padeciendo más de 19 millones de americanos adultos un trastorno de ansiedad por año (Instituto Nacional de Salud Mental, 2001). Entre el 12 y el 19% de los pacientes de atención primaria satisfacen los criterios de un trastorno de ansiedad (Anseau et al., 2004; Olfson et al., 1997). A nivel mundial, por tanto, se puede hablar de millones de personas luchando diariamente contra los síntomas de la ansiedad clínica.

La prevalencia global de la agorafobia (con o sin historia de trastorno de pánico) ronda el 3,5%. En el *National Comorbidity Survey Replication*, la prevalencia global del trastorno de pánico con agorafobia fue 4,7% y la de la agorafobia sin historia

de trastorno de pánico, 1,4% (Kessler, Berglund et al., 2005). La prevalencia de la agorafobia es menor en adolescentes que en adultos: aproximadamente una quinta parte, y en niños el trastorno es muy raro, probablemente, esté alrededor del 5 por 1000 (Petot, 2004). Los agorafóbicos constituyen alrededor del 50-60% de todos los fóbicos vistos en la práctica clínica, siendo este el trastorno fóbico más incapacitante, que no remite espontáneamente con el paso del tiempo (Argas, Chapin y Oliveau, 1972).

Respecto a la diferencia entre hombres y mujeres, a partir de muestras clínicas se ha observado que las dos terceras partes o más de las personas agorafóbicas son mujeres. En investigaciones epidemiológicas, el porcentaje de mujeres se sitúa entre el 66-72% (2-2,7 mujeres por cada hombre) para la agorafobia, el trastorno de pánico con agorafobia y el trastorno de pánico sin agorafobia (Andrews y Slade, 2002; Eaton et al., 1994; Magee et al., 1996).

Siguiendo a Bados (2009), los problemas asociados más frecuentes son el trastorno de ansiedad generalizada, las fobias específicas, la fobia social, la depresión mayor, el trastorno distímico, el abuso de sustancias, la hipocondría y los trastornos de personalidad.

1.4. Etiología.

Se ha tratado de explicar las causas del trastorno de pánico con agorafobia desde distintas aproximaciones. Tal y como afirma Bados (2009), por el momento no hay pruebas de que los ataques de pánico puedan considerarse como una enfermedad metabólica. Por su parte, el estudio genético del trastorno señala, a partir de estudios con gemelos monocigóticos y dicigóticos, que existe una influencia genética. Los datos de Kendler, Karkowski y Prescott (1999) y otros estudios con gemelos indican una heredabilidad total del 50% para el trastorno de pánico y la agorafobia; el otro 50% vendría explicado por factores ambientales específicos para cada individuo; los factores ambientales familiares (compartidos) tendrían poco peso (Hettema, Neale y Kendler, 2001). Brevemente señalar que se ha distinguido una vulnerabilidad genética no específica a experimentar una mayor emocionalidad o afecto negativo ante el estrés, así como una vulnerabilidad

genética específica a reaccionar al estrés con ataques de pánico en vez de con otro tipo de respuestas como dolores de estómago o de cabeza, (Barlow, 2002).

El modelo de aprendizaje del trastorno de angustia con agorafobia se basa en la Teoría de los Dos Procesos propuesta por Mowrer (1947), según la cual, la ansiedad a estar en determinados espacios surgiría de un episodio de condicionamiento clásico en el que a través de la asociación de un estímulo neutro con un estímulo de carácter aversivo, se llegaría a producir una respuesta de ansiedad o miedo. El problema se mantendría a través de conductas de evitación que, por una parte, estarían impidiendo la extinción natural de la ansiedad y, al mismo tiempo, se reforzarían negativamente al reducir en ese momento el miedo o malestar producido por el estímulo discriminativo.

1.5. Tratamiento Terapia Cognitivo Conductual.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, y siguiendo a Bados (2006), se puede decir que actualmente existen dos tratamientos claramente eficaces para la agorafobia: la terapia cognitivo conductual (TCC) y la exposición y/o autoexposición en vivo (EV-AEV). Los componentes que suele incluir la TCC son: educación sobre el trastorno, reestructuración cognitiva, exposición interoceptiva, exposición y/o autoexposición cuando hay situaciones evitadas, respiración controlada y, con menos frecuencia, relajación.

De acuerdo con la teoría recientemente explicada de Mowrer, la eficacia de las técnicas de inundación (versión extrema de la exposición) se debería a que se obliga al sujeto a estar en presencia de los estímulos ansiógenos para que éste observe que no se producen las consecuencias aversivas temidas. Sin embargo, los datos empíricos han mostrado cómo la relación de causa-efecto entre ansiedad y comportamiento de evitación es difícilmente sostenible ya que en determinadas situaciones desaparece la respuesta de evitación (componente motor de la ansiedad) pero persisten las respuestas psicofisiológicas y, supuestamente, las cognitivas (Olivares, Méndez y García López, 2005).

A partir de la revisión realizada por Bados (2003), se puede afirmar que la TCC es un tratamiento eficaz para diversos aspectos de la agorafobia y para problemas asociados como la ansiedad general y el humor deprimido. Sin embargo, no se ha mostrado consistentemente que la TCC sea superior al placebo farmacológico en ninguna medida, y las comparaciones directas entre TCC y EV han dado lugar a resultados contradictorios, aunque apuntando a la ausencia de diferencias. Aún así, dentro de la TCC, la EV y/o la AEV parecen ser componentes básicos. Además, existen datos que muestran indicios de que ciertas técnicas cognitivas (reestructuración cognitiva y resolución de problemas) y la exposición interoceptiva pueden ser útiles en algunos aspectos. El papel del entrenamiento en respiración y relajación es dudoso. Y, a pesar de que se ha propuesto dejar de utilizar la respiración controlada por su posible papel defensivo, Barlow (2002), propone emplear esta técnica como un medio para que el paciente compruebe que es capaz de reducir las sensaciones de ansiedad, para poner después el énfasis en emplear esa información para contrarrestar los pensamientos atemorizantes sobre las sensaciones. Respecto a la educación, ella sola no ejerce ningún efecto sobre el trastorno (Laberge et al., 1993), pero se considera un elemento necesario. El papel de los autorregistros está por investigar. Y, por último, parece recomendable, cuando sea necesario, implicar a personas allegadas (cónyuges, padres, madres) en el proceso de terapia con el fin de intervenir sobre los patrones de interacción que pudieran estar impidiendo la superación de los problemas agorafóbicos del paciente.

Respecto al tratamiento farmacológico, la agorafobia es tratada con antidepresivos serotoninérgicos y tricíclicos así como con benzodiazepinas. Se ha visto que el tratamiento con fármacos, la exposición en vivo y la terapia cognitivo conductual son igual de eficaces a corto plazo. Sin embargo, a diferencia de ambas terapias, los efectos de los fármacos no se mantienen cuando éstos son retirados (45%-70% de recaídas) aunque se hayan tomado durante periodos prolongados de tiempo (Bados, 2006). También según Bados (2006), parece que hay datos que indican un nivel más alto de recaídas en el tratamiento combinado (terapia y fármaco vs. sólo terapia), así como que en el caso de que la combinación se haga con benzodiazepinas podría hablarse además de un peor mantenimiento a medio y

largo plazo de los resultados del tratamiento psicológico del trastorno de pánico/agorafobia.

1.6. Tratamiento Terapias de Tercera Generación.

Actualmente podemos decir que las principales terapias de tercera generación sobre las que existen estudios de efectividad y eficiencia son:

- Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999).
- Psicoterapia Analítica Funcional (PAF) (Kohlenberg Tsai, 2008).
- Terapia de Conducta Dialéctica (TCD) (Linehan, 1993).
- Terapia Integral de Pareja (TIP) (Jacobson, *et al.*, 2000).
- Activación Conductual (AC) (Jacobson, Martell y Dimidjian, 2001).
- Terapia con Base en Mindfulness (BMT) (Segal, Williams y Teasdale, 2002).
- Terapia Cognitiva con Base en la Persona para las Psicosis (Chadwick, 2009).

Teniendo en cuenta la problemática de la paciente, nos centraremos en aquellas terapias que consideramos que tendrían más beneficios para ella: la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y, especialmente, la Terapia con Base en Mindfulness (BMT, por sus siglas en inglés).

A) La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT):

Desarrollada por Steven Hayes, es probablemente la más conocida y desarrollada de todas las terapias de tercera generación. Tiene su base en la Teoría del Marco Relacional (RFT, por sus siglas en inglés). RFT es una teoría psicológica del lenguaje y la cognición humana, desarrollada básicamente por el propio Hayes y Dermot Barnes-Holmes (Hayes, Barnes-Holmes y Roche, 2001; 2004; Hayes, Barnes-Holmes y Wilson, 2012). Con base filosófica en el contextualismo funcional, RFT estudia cómo los humanos aprenden el lenguaje en las interacciones sociales. Estudia experimentalmente el aprendizaje de eventos psicológicos como sentimientos, pensamientos y conductas, resituándolos en el contexto de sus funciones interpersonales. Podría decirse que el contextualismo funcional sería una extensión del conductismo de B. F. Skinner, interesada en dar cuenta de la emergencia de capacidades y competencias lingüísticas y cognitivas complejas, a

partir de procesos de aprendizaje precursores, más básicos. Tanto RFT como ACT cuentan con creciente evidencia empírica (Barnes-Holmes, 2005; Ruíz, 2010), así como una variedad de extensiones, desde el consumo de sustancias (Luciano, Páez-Blarrina y Valdivia-Salas, 2010) a la mejora ajedrecística (Ruiz y Luciano, 2009).

B) La Terapia con Base en Mindfulness (BMT):

“Mindfulness”, como se utiliza en los textos antiguos, es la traducción al inglés de la palabra *sati* en lengua pali, que significa *conciencia, atención y recuerdo* (el pali es el idioma en el que se registraron originalmente las enseñanzas de Buda). La primera traducción de diccionario de *sati* a “mindfulness” data de 1921 (Davids y Stede 1921/2001). Actualmente, la definición de “mindfulness” se ha modificado un poco para su utilización en psicoterapia, y ahora abarca una amplia gama de ideas y prácticas. Este enfoque terapéutico derivado del Budismo consiste, por tanto, en poner atención en la experiencia del momento, incluyendo sensaciones, pensamientos, estados corporales y demás eventos privados, así como en el ambiente, sin juzgarlos ni analizarlos, sino por el contrario adoptando una actitud de apertura, curiosidad y aceptación (Bishop, *et al.*, 2004). La filosofía y técnicas con base en mindfulness ha mostrado su eficacia en depresión y ansiedad (Hofman, Sawyer, Witt y Oh, 2010), así como una variedad de efectos psicológicos saludables (Keng, Smoski y Robins, 2011). Mindfulness se ha integrado en ACT (Orsillo y Roemer, 2005), PAF (Kohlenberg, Tsai, Kanter y Parker, 2009) y DBT (Soler *et al.*, 2012).

El mindfulness no es algo nuevo, sino que forma parte de lo que nos hace humanos: la capacidad de ser completamente conscientes y atentos. Por desgracia, normalmente sólo estamos en ese estado durante periodos breves de tiempo y somos reabsorbidos rápidamente en ensoñaciones cotidianas y narrativas personales. La capacidad de conciencia *sostenida* momento a momento, especialmente en medio de la agitación emocional es una habilidad especial. Por suerte, se trata de una habilidad que puede aprenderse (Siegel, Gergen y Olendzki, 2011).

Teniendo en cuenta que, como se ha dicho antes, la palabra *sati* en lengua pali significa *conciencia, atención y recuerdo*, el mindfulness entiende que la conciencia es intrínsecamente poderosa, y la atención, que es la conciencia centrada, es todavía más poderosa. Por tanto, según el mindfulness, sólo cuando somos conscientes de lo que está ocurriendo en nosotros y a nuestro alrededor podemos empezar a desenredarnos de las preocupaciones mentales y de las emociones difíciles. El tercer aspecto es el recuerdo. Pero no en lo referido al recuerdo de eventos pasados sino que significa recordar ser consciente y prestar atención, destacando la importancia de la *intención* en la práctica del mindfulness.

Sin embargo, es importante añadir, que “mindfulness” significa algo más que ser consciente *pasivamente*. Un ejemplo claro lo pone John Dunne (2007), erudito budista, quien destaca que la conciencia, la atención y el recordar (*sati*) son elementos que están presentes cuando un francotirador, con toda la mala intención, apunta a una víctima inocente. Obviamente, esto no es lo que se pretende en una intervención terapéutica, ni tampoco ha sido nunca el objetivo de la filosofía Budista. En cambio, el objetivo del mindfulness en su contexto antiguo es eliminar el sufrimiento innecesario cultivando el *insight* (o introspección) en el trabajo de la mente y la naturaleza del mundo material. Es decir, el objetivo de aquellas personas que practican mindfulness es trabajar activamente con los estados de la mente para lograr permanecer y convivir pacíficamente con los acontecimientos que ocurren en el día a día.

Acercándonos un poco más al enfoque terapéutico del mindfulness, se puede decir que su significado se amplía. Más concretamente, se están incluyendo dentro al “mindfulness” cualidades mentales que van más allá del *sati* (conciencia, atención y recordar) al adaptarlo para el tratamiento de los trastornos clínicos. Entre esas cualidades destacan el *no juzgar, la aceptación y la compasión*.

Jon Kabat-Zinn, el pionero más importante en la aplicación terapéutica del mindfulness, lo define como “la conciencia que surge de prestar atención intencionalmente en el momento presente y sin juzgar, a las experiencias que se despliegan en cada momento” (Kabat-Zinn, 2003). En 2004, Bishop et al. (2004)

publicaron un artículo de consenso sobre la definición de mindfulness: “el mindfulness es una autorregulación de la atención, mantenida en la experiencia inmediata, que permite así un mayor reconocimiento de los acontecimientos mentales en el momento presente” y “adopta una orientación particular hacia la propia experiencia, caracterizada por la curiosidad, la apertura y la aceptación”. La segunda parte de la definición recoge una actitud emocional o intencional fundamental del mindfulness en la práctica clínica.

Por último, es importante tener en cuenta que cuando los y las pacientes acuden a terapia, a menudo se encuentran en una situación de mucho sufrimiento y buscan una persona que dedique el tiempo necesario a entender quiénes son y por qué sufren. Normalmente quieren una estrategia rápida para el alivio y, como terapeutas, es importante que, por un lado, no nos dejemos arrastrar por su prisa y, por otro, que no olvidemos que la compasión es una parte fundamental de la estructura de la terapia. La palabra “compasión” procede del latín, *com pati*, y significa “sufrir con alguien”. Evidentemente, no tratamos de darle un significado literal y dar a entender que el trabajo terapéutico tiene que conllevar necesariamente un sufrimiento a los y las profesionales de la psicología. Pero sí es fundamental tener presente que en toda intervención se hace necesaria una parte de aceptación y compasión sincera por parte del clínico hacia su consultante, que es la que permitirá transmitir un acogimiento y una comprensión de forma verdaderamente sincera. De otro modo, las técnicas de intervención propuestas encontrarán muchas más resistencias por parte de los y las pacientes.

2. Informe del caso.

2.1 Identificación de la paciente y motivo de consulta.

Identificación de la paciente:

R. es una mujer de 54 años y es madre soltera de una hija, S., de 26 años, con quien asegura tener buena relación. Vive con madre de 80 años y su hija en el domicilio de la madre en Madrid capital. No tienen animales domésticos. Tiene un hermano mayor que vive en la misma zona de la ciudad. La relación con él es buena y se ven todas las semanas. Actualmente tiene un trabajo remunerado pero el puesto es de poca responsabilidad y existe cierta incertidumbre respecto al futuro de la

empresa. La primera impresión que causó R. es la de una persona aseada y coqueta que cuida su imagen y apariencia (pelo, ropa, complementos, etc.). La paciente asegura que percibe su malestar pero que no tiene claro cómo vamos a poder prestarle ayuda, ya que ella entiende que su problema es fundamentalmente físico. Sin embargo, acude a consulta porque reconoce que otros especialistas (relacionados con la medicina), no han podido poner remedio a su demanda. Además expone también abiertamente la desconfianza que le generan los psicólogos debido a dos malas experiencias que tuvo en el pasado, una hace dos años y la última unas semanas antes de acudir por primera vez a nuestro Centro.

Respecto a su familia de origen, cabe destacar el gran impacto que supuso para ella y para su familia la muerte de su padre hace aproximadamente 10 años. A pesar de que le habían detectado un cáncer, finalmente falleció de un infarto tras, supuestamente, haberse recuperado bien de otros dos, *“no nos lo esperábamos”*. En lo que se refiere a su madre (con la que convive en la actualidad), durante el verano pasado tuvo mareos y depresión y estuvo mucho tiempo sin salir de casa recibiendo los cuidados de R. y de su hermano. La paciente asegura que su madre tuvo ataques de pánico porque se mareaba *“pero era ella la que se provocaba los mareos”*, y que le ponía muy nerviosa verle bajar sola la escalera de su casa *“porque se podía caer”*.

Por último, cabe destacar dos episodios de su historial médico. En primer lugar, hace aproximadamente dos años, tuvo una intoxicación por Anisakis por la que estuvo 15 días ingresada en el hospital sin que los médicos pudiesen decirle exactamente qué le ocurría. Lo recuerda como *“un trauma horroroso”* porque *“pasé dos semanas sin saber si tenía cáncer”*. El segundo fue una hernia hace tres años, por la que tuvo que pasar dos meses en cama y *“de la que pensé que no me iba a recuperar nunca”*, además *“lo pasé muy mal porque tuvieron que cuidarme mucho tiempo”*.

Motivo de consulta:

R. acude por primera vez a consulta, por derivación de psiquiatría y como consecuencia de una mala experiencia previa con una profesional de la psicología.

Refiere que el motivo de su consulta se debe a que, tras sufrir un episodio de vértigos en hace aproximadamente 3 meses, ahora se ha quedado “con el pánico de que le va a volver a pasar” y dice que gran parte de su demanda es “*aprender a relajarme*”. Fundamentalmente tiene miedo a: 1) que le duela la cabeza (lo que interpreta como una señal anticipatoria de un vértigo y, por tanto, de un mareo), y 2) sentirse el corazón (lo que interpreta como una señal anticipatoria de un infarto). El episodio de vértigos que recuerda claramente, ocurrió en su casa al despertarse: se levantó de la cama, tomó un café y volvió a la cama donde pretendía fumar un cigarro. En ese momento, sintió “*que se me iba la cabeza*” y llamó muy asustada a su madre que en ese momento se encontraba en casa. Recuerda también que se giró sobre el otro costado y que el mareo incrementó y, debido a esta sensación, dice que los 15 días que pasó de baja en la cama estuvo quieta “*con terror a moverme*”.

Respecto a los síntomas que experimenta cuando se pone nerviosa, refiere que siente palpitaciones y dolor de cabeza, además dice que está segura de que también cambia su forma de hablar así como la expresión de su cara y de su mirada. Refiere que actualmente no tiene ataques de pánico (que sí tuvo durante el proceso de tratamiento de los vértigos), pero que sí siente “*mucha angustia*” en algunas situaciones tales como bajar escaleras.

2.2. Estrategias de evaluación.

Durante las primeras sesiones se evaluó a R. a través de entrevistas semiestructuradas y de la aplicación de algunos cuestionarios y pruebas estandarizadas. El proceso de la aplicación de los mismos se detalla a continuación. A simple vista se pudo observar que la paciente acudía a consulta con cierta tensión. Debido a esto, durante las sesiones de evaluación, se trabajó y cuidó especialmente la parte del *rapport* o creación del vínculo con la paciente ya que si no, de otro modo, la intervención posterior no resultaría posible.

Dado que R. venía derivada de psiquiatría, también se le pregunta en esta primera fase por su tratamiento farmacológico actual: toma Zonegram 1mg (1 noche), Orfidal 1mg (½ mañana, ½ tarde y 1 noche) y Escitalopram 10mg (1 mañana).

Como punto de partida, se trabajó con la relación de los principales miedos que se temen en el pánico descrita por Pastor y Sevillá (2000), de donde se extrajo que R. tenía miedo a tener un ataque al corazón, así como miedo a desmayarse (mientras que no temía al propio miedo, ni a volverse loca o asfixiarse).

Tras obtener esta información y tomando como referencia la demanda de la paciente, se le pidió a R. que rellenase el cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI) (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970), en el que obtuvo una PC=75 en A/E y una PC=60 en A/R. Estos datos sugieren que la paciente tiene una elevada predisposición ansiosa (A/R), la cual ocasiona que su A/E se eleve de forma significativa en una situación que le resulta estresante.

En el transcurso de la evaluación, R. refirió también sentirse “*sin ganas, aburrida, cansada...*”, por lo que se le aplicaron las pruebas BDI (Beck y Steer, 1961) y la Escala de Autoestima de Rosenberg (1989). En la primera obtuvo una PD=6, lo que supone depresión mínima o ausente. En la segunda prueba su puntuación fue PD=27, lo que indica una autoestima media, por lo que también se descartarían problemas graves en este aspecto. Aún así, el estilo de afrontamiento general que se desprende del discurso de R., nos permite valorar la autoestima como un área en la que convendría intervenir de forma paralela. En el Cuadro 2.1. se puede ver la relación de los instrumentos mencionados hasta el momento así como los resultados obtenidos en la aplicación de cada uno de ellos.

Cuadro 2.1. Instrumentos de evaluación y resultados.

Entrevista semiestructurada.	-- -- -- --
Listado de principales miedos (Pastor y Sevillá (2000))	- Miedo a desmayarse - Miedo a tener un ataque al corazón
STAI	- A/R PC=60 (elevada predisposición ansiosa) - A/E PC=75 (ansiedad elevada de forma significativa ante evento estresante)
BDI	- PD=6 (depresión mínima o ausente)
Autoestima Rosenberg	- PD=27 (autoestima media)

Además, R. cumplimentó un cuestionario específico de pánico-agorafobia (Adaptación de Roca (2005): Greenberg (1989), y de Echeburúa y Corral (1992); ver Anexo 1), del que se pudieron extraer los datos reflejados en el Cuadro 2.2.

Cuadro 2.2.

Datos significativos del cuestionario Pánico-Agorafobia. Adaptación de Roca (2005).

A) Principales creencias y pensamientos catastrofistas:

- Es terrible sentir ansiedad.
- Voy a perder el control.
- Voy a sufrir un ataque cerebral.
- Me quedaré paralizado por la ansiedad.
- Si tengo una crisis de pánico en una situación, volveré a tenerla si vuelvo a la misma situación.
- Si tengo una crisis de pánico mientras estoy llevando a cabo una actividad, es muy probable que sufra otra si vuelvo a emprender la misma actividad.
- Puedo morir durante una crisis.
- Mi corazón no podría soportar demasiada ansiedad.
- El sistema nervioso puede resultar dañado si experimenta demasiada ansiedad.
- Una crisis de pánico puede producir un ataque al corazón.
- Debo tener cerca a mi acompañante para estar protegido del pánico.
- No puedo soportar las sensaciones que experimento durante una crisis de pánico.
- Lo único que elimina mi ansiedad es la medicación.

B) Sensaciones temidas:

- Mareos, inestabilidad o vértigos.
- Taquicardia o palpitaciones.
- Dolor de cabeza.

C) Conductas dirigidas a evitar las sensaciones o su supuesta peligrosidad.

- Estar acompañado por otras personas de confianza (su hija).
 - Llevar pastillas en el bolso.
 - Forzarse a distraerse cuando nota las sensaciones temidas.
-

Se le pidió también a R. que describiese detalladamente su rutina diaria, ya que asegura que cualquier cosa que haga fuera de la misma le genera gran malestar. Se observó que su rutina incluía muy pocos espacios físicos y ninguna actividad estimulante o placentera. Los espacios en los que R. desarrolla su vida son su casa, su lugar de trabajo y el autobús en el que hace el trayecto diario entre los dos espacios anteriores. El hecho de haber comenzado a venir a consulta era algo que

el primer día le generó cierto malestar porque, precisamente, estaba fuera de la rutina. Ahora, dice, ya no le supone un problema.

Ante la tarea de realizar un auto registro estructurado, R. mostró grandísimas resistencias, por lo que se le pide que en su lugar elabore un listado de aquellas cosas que ella considera que ha dejado de hacer en los últimos meses (ver cuadro 2.3) y se pacta con ella la elaboración de un “Diario” en el que irá registrando aquellas cosas que le preocupan y cómo le hacen sentir.

Cuadro 2.3

Registro de las actividades que R. considera que ha dejado de hacer.

-
- Conducir.
 - Coger el metro (no tengo necesidad, pero si la tuviese, no sé si lo cogería).
 - Escaleras (subir y bajar), (las del metro, centros comerciales, las de casa).
 - Dormir sobre el lado izquierdo (oído por el que tuve los vértigos).
 - Salir (cine, cenas con amigos, fiestas o reuniones).
 - Dejar de tener vida social
 - Hacer ejercicio físico.
 - Acudir a grandes almacenes.
-

R. identifica claramente que *“sólo necesito un empujoncito para no ver las cosas de forma tan tragicómica”*.

2.3. Diagnóstico según el DSM IV.

A continuación se presenta el diagnóstico multiaxial de R. (ver Cuadro 2.4.)

Cuadro 2.4

Diagnóstico multiaxial de R..

Eje I: F40.01 Trastorno de angustia con agorafobia [300.21]

Eje II: Z03.2 Ningún diagnóstico [V71.09]

Eje III: No hay diagnóstico.

Eje IV: Problemas relativos al ambiente social (pérdida de apoyo social y cierta incertidumbre laboral).

Eje V: EEAG: 60.

Diagnóstico diferencial:

A) Etiología relacionada con sustancias:

De la información recogida a lo largo de las distintas entrevistas, se asume que no existen evidencias del consumo de sustancias.

B) Etiología relacionada con enfermedad médica:

A pesar del malestar físico que refiere la paciente, se asume que no existe causa orgánica debido a que así lo indica la multitud de pruebas médicas que ha realizado con anterioridad al tratamiento psicológico.

C) Trastornos descartados:

1) Fobia social: Las crisis de angustia que tienen lugar en el contexto de este trastorno son de carácter situacional, concretamente están desencadenadas por acontecimientos sociales; mientras que en el trastorno de angustia con agorafobia la presencia de las crisis es de carácter inesperado y recidivante.

2) Trastorno obsesivo compulsivo (TOC): Del mismo modo que en el caso de la fobia social, las crisis de angustia en el TOC no se dan de forma inesperada, sino que se producen por la exposición al motivo que centra las obsesiones (por ejemplo, exposición a la suciedad en un individuo obsesionado por la contaminación).

3) Fobia específica: Para diferenciar el trastorno de angustia con agorafobia de otros trastornos caracterizados por comportamientos de evitación también resulta útil fijarse en el objeto en el que se centra la ansiedad. Mientras que la evitación típica de otros trastornos se relaciona con situaciones específicas (por ejemplo: miedo a las alturas, a los ascensores, a los aviones, etc.), la evitación agorafóbica se asocia al miedo de padecer una crisis de angustia.

2.4. Diagnóstico según DSM-V.

Teniendo en cuenta los nuevos criterios diagnósticos, según el DSM-V, el caso de R. no sería clasificado como un caso de angustia con agorafobia sino que, en esta ocasión, recibiría dos diagnósticos: trastorno de pánico y trastorno de agorafobia, ya que cumple los criterios para ambos diagnósticos (ver Cuadro 2.5).

Cuadro 2.5

DSM -IV	DSM-V
F40.01 Trastorno de angustia con agorafobia [300.21]	F41.0 Trastorno de pánico [300.01]
	F40.00 Agorafobia [300.22]

Diagnóstico diferencial:

Fijándonos en las nuevas descripciones del manual, podrían descartarse los siguientes trastornos (la etiología relacionada con sustancias y la etiología relacionada con enfermedad médica quedan descartadas, como ya se ha visto, a través de la información obtenida mediante las entrevistas realizadas a la paciente y a través de las pruebas médicas que R. había realizado de forma previa al tratamiento psicológico):

Trastornos descartados:

1) Trastorno de ansiedad social (antes, fobia social): el miedo o la ansiedad intensa que se produce cuando aparece este trastorno tiene que ver con situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen de otras personas, mientras que en el trastorno de pánico, los ataques de pánico son imprevistos y recurrentes (no situacionales). Respecto a la agorafobia, aunque sus criterios sí tienen un componente situacional de aparición del malestar, en el caso de la ansiedad social, el elemento clave que permite descartarlo es que, en estos casos, el individuo tiene miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente (es decir, que lo humillen o avergüencen), mientras que en la agorafobia no encontramos el criterio de la valoración social negativa como desencadenante del miedo o la ansiedad, sino que el temor es la posible dificultad de escapar de algunos lugares, o de no recibir la ayuda necesaria en caso de que apareciesen los ataques de pánico.

2) Trastorno obsesivo-compulsivo: en esta nueva edición, el trastorno obsesivo-compulsivo no aparece dentro de los trastornos de ansiedad, sino que se le ha dedicado un apartado entero a este trastorno y a sus distintas manifestaciones. En este caso, quedaría descartado porque, aunque es cierto que los ataques de pánico a veces suceden como un síntoma de otros trastornos, en estos casos, serán del tipo esperado, y no imprevistos y recurrentes (como describen los criterios del trastorno de pánico).

3) Fobia específica: para poder diagnosticar este trastorno, el miedo o la ansiedad deben estar causados por un objeto o situación específica. Sin embargo, en este caso, la paciente ha experimentado ataques de pánico inesperados y muestra una inquietud persistente y una gran preocupación debido a los ataques de pánico. Por otro lado, la agorafobia puede ser más difícil de diferenciar por los criterios característicos que comparten ambos trastornos. Sin embargo, vemos que en este caso, el miedo, la ansiedad y la evitación no se limitan a una sola de las situaciones que se plantean en la agorafobia. Además, en la fobia específica, la persona teme algo concreto de la propia situación (ser dañado, por ejemplo), mientras que, como es el caso de R., en la agorafobia, el miedo surge ante la posibilidad de experimentar síntomas similares a la angustia (u otros síntomas incapacitantes).

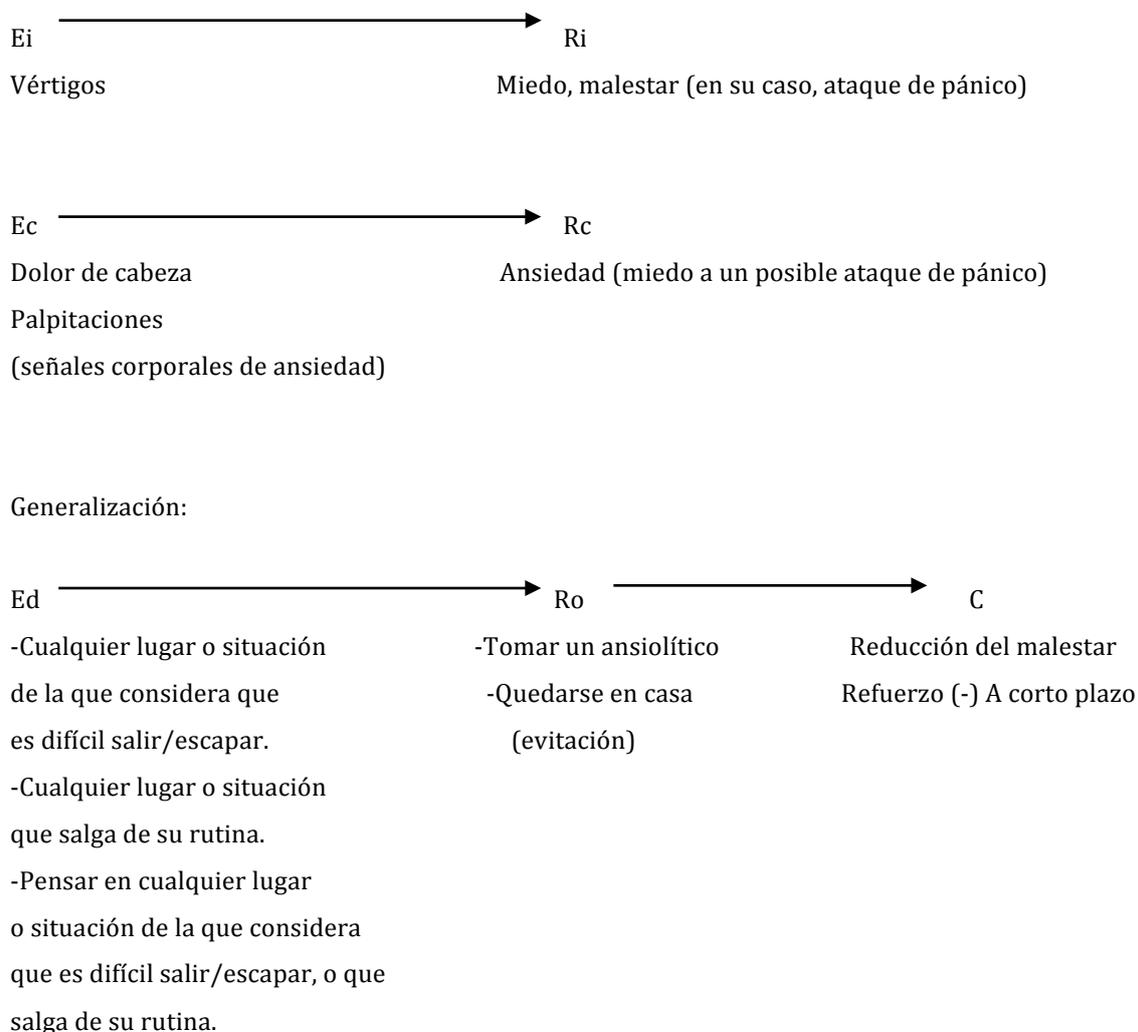
2.5. Formulación clínica del caso.

El origen del problema de R. puede explicarse a través del condicionamiento clásico, concretamente, a partir de un proceso de condicionamiento interoceptivo. El hecho de haber padecido vértigos le supuso experimentar un episodio de pánico a partir del cual, las sensaciones corporales que estuvieron presentes en aquella situación, se han convertido en estímulos que por sí mismos provocan respuestas de miedo o ansiedad. La reacción de R. y su familia ante esta situación fue el tratamiento farmacológico para calmar la ansiedad y, dado el éxito que tuvo esta estrategia, es la que actualmente siguen empleando (con el consiguiente refuerzo que ello supone). Además, el hecho de que el primer episodio de vértigos sucediese en su propia cama, tuvo como consecuencia que R. anticipase lo terrible que sería que algo así le sucediese fuera o lejos de su casa, por lo que otra estrategia que empezó a utilizar de forma inconsciente para aliviar el malestar y que le resultó igualmente exitosa, fue escapar (evitando) de aquellas situaciones en las que ella anticipa que algo así pudiese volver a ocurrirle (esto se explicará con más detalle en el siguiente apartado dedicado al mantenimiento del problema). Las cadenas de comportamientos que representan lo descrito hasta aquí pueden verse en la Cuadro 2.6. A todo lo expuesto anteriormente cabe añadir que ciertos factores familiares han podido influir también como antecedentes remotos en el origen del problema. Concretamente, el modelado de la madre (estilo de afrontamiento ante

las enfermedades, la muerte y las situaciones extraordinarias), así como la muerte súbita del padre.

Cuadro 2.6

Análisis Funcional del origen del problema.



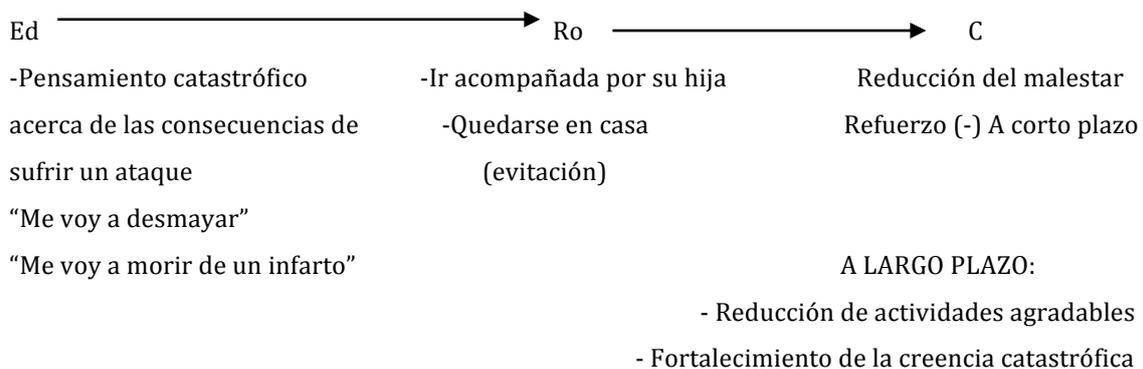
En cuanto al mantenimiento del problema que presenta R., podemos decir que éste se basa en las respuestas de evitación. R. evita las situaciones temidas porque anticipa el miedo, y este tipo de conducta se ve reforzada negativamente porque a corto plazo supone un beneficio para ella (reduce el malestar). Sin embargo, a largo plazo, la evitación tiene como consecuencia la reducción de actividades agradables en la vida de la paciente, así como el fortalecimiento de la creencia

catastrófica. Esta última consecuencia implica, a su vez, que dichos pensamientos catastróficos acerca de las consecuencias de un posible ataque de pánico, hayan pasado a convertirse por sí mismos en un estímulo discriminativo de conductas de escape/evitación y conductas de seguridad. Y es que de la evaluación también se desprende que R. realiza conductas de seguridad tales como llevar siempre ansiolíticos con ella o pedirle a su hija que le acompañe para realizar ciertas actividades (recoger resultados de pruebas médicas o montar en coche). Lo importante de estas conductas es que, al igual que las de escape/evitación, están contribuyendo al mantenimiento de la ansiedad a pesar de sus efectos a corto plazo de reducción del malestar.

Por tanto, podemos decir que actualmente las claves del mantenimiento del problema de R. son sus pensamientos sobre la anticipación de las consecuencias temidas, y las conductas de evitación y seguridad que emite como respuesta operante (ver cuadro 2.7).

Cuadro 2.7.

Análisis Funcional del mantenimiento del problema.



2.6. Objetivos del tratamiento.

Basándonos en las conductas problema que presenta R., los objetivos de intervención planteados fueron:

- 1) Eliminar (o por lo menos, reducir) la respuesta de ansiedad excesiva y los pensamientos catastróficos de R..
- 2) Eliminar (o por lo menos, reducir) las conductas de evitación y de seguridad para que vuelva a realizar actividades que previamente le resultaban gratificantes.
- 3) Aprender a convivir con la “incertidumbre” (aceptación) para ser capaz de enfrentarse a las situaciones de la vida diaria que conllevan, efectivamente, cierto grado de ansiedad.
- 4) Aprender técnicas de relajación y de atención plena (mindfulness) para que R. adquiera mayor autonomía y control a la hora de gestionar la ansiedad en particular, y la vivencia de sus sensaciones en general.
- 5) Prevenir posibles recaídas.

2.7. Tratamiento.

La elaboración del tratamiento se basó por un lado en la eficacia y efectividad de la terapia cognitivo-conductual demostrada para el tratamiento de este tipo de problemas y, por otro, en tres aspectos clave que se pueden alcanzar a partir de la exposición en vivo (con prevención de respuesta). La exposición permite 1) romper o reducir la asociación entre los estímulos internos/situaciones temidas y la ansiedad; 2) comprobar que las consecuencias negativas anticipadas no ocurren; y 3) aprender a manejar o tolerar la ansiedad y el pánico. Además, se utilizaron técnicas de la Terapia de Aceptación y Compromiso y de Mindfulness para ayudar a afianzar los logros conseguidos por la paciente. A partir de los objetivos señalados anteriormente, estas fueron las técnicas y materiales empleados en cada una de las sesiones (ver cuadro 2.8).

Cuadro 2.8 Estructura del tratamiento aplicado.

	OBJETIVO	TÉCNICA/METODOLOGÍA	MATERIALES / TAREAS
1	-Establecer <i>rapport</i> . -Recogida de información básica.	-Acogida de la demanda. -Normalización y empatía. -Entrevista semiestructurada.	-Diario de situaciones en las que siente sensación de ansiedad.
2	-Afianzar <i>rapport</i> . -Evaluación.	-Entrevista semiestructurada. -Cuestionario pánico-agorafobia. -Autoestima Rosenberg.	-Listado de cosas que ha dejado de hacer/sitios a los que ha dejado de ir.
3	-Mantener <i>rapport</i> . -Evaluación	-Entrevista semiestructurada. -BDI -STAI -Principales miedos	-Manual de tratamiento psicológico del pánico y la agorafobia (Pastor y Sevillá, 2000)

4	-Devolución del Análisis Funcional. -Plantear objetivos de tratamiento. -Explicar plan de tratamiento.	-Psicoeducación (el círculo vicioso del pánico y mantenimiento por las respuestas de evitación). -Reestructuración cognitiva.	-Capítulo "Comprender el pánico" del manual de Roca (2005). - Diario.
5	-Eliminar/reducir los pensamientos catastróficos.	-Reestructuración cognitiva: debate de ideas irracionales ("me voy a desmayar", "me va a dar un infarto"). -Entrenamiento en parada de pensamiento con autoinstrucciones.	Lectura capítulo "Lo que usted piensa determina lo que usted siente" de Burns (2011).
6	-Eliminar/reducir los pensamientos catastróficos.	-Reestructuración cognitiva: debate de ideas irracionales (recogida resultados médicos: convivir con la incertidumbre). -Entrenamiento en parada de pensamiento con autoinstrucciones.	- Diario.
7	-Eliminar/reducir los pensamientos catastróficos.	-Reestructuración cognitiva: debate de ideas irracionales (convivir con la incertidumbre de su situación laboral actual). -Entrenamiento en parada de pensamiento con autoinstrucciones.	- Diario.
8	-Eliminar/reducir los pensamientos catastróficos. -Eliminar/reducir conductas de evitación.	Elaboración de la jerarquía de situaciones temidas.	- Diario.
9	-Eliminar/reducir los pensamientos catastróficos. -Eliminar/reducir conductas de evitación.	Elaboración de la jerarquía de situaciones temidas.	Reajuste de la jerarquía en casa.
10	-Eliminar/reducir los pensamientos catastróficos. -Eliminar/reducir conductas de evitación.	-Psicoeducación pre-exposición (afianzar: respuestas de evitación y de seguridad como mantenedoras del problema, curva y termómetro de la ansiedad). -Respiración controlada. -Propuesta coterapeuta próxima sesión.	
11	-Eliminar/reducir conductas de evitación. (duración 2h)	-Explicación en consulta de la paciente a la coterapeuta. -Técnica de los cuatro pasos. -Exposición con prevención de respuesta (ítem: parking)	-Registro de ansiedad. -Colaboración de la coterapeuta de aquí en adelante.
12	-Eliminar/reducir conductas de evitación. (duración 1,30h)	-Exposición con prevención de respuesta (ítem: centro comercial)	-Registro y autoregistro de ansiedad.
13	-Eliminar/reducir conductas de evitación. (duración 2h)	-Exposición con prevención de respuesta (ítem: escaleras mecánicas)	-Registro y autoregistro de ansiedad. -Autoexposición ítems ya trabajados.
14	-Eliminar/reducir conductas de evitación. (duración 2h)	-Exposición con prevención de respuesta (ítem: manifestación)	-Registro y autoregistro de ansiedad. -Autoexposición evento planificado y coche con coterapeuta en ciudad.

15	-Eliminar/reducir conductas de evitación. (duración 2h)	-Exposición con prevención de respuesta (ítem: andén del metro)	-Registro y autoregistro de ansiedad. -Autoexposición evento planificado y coche sola en ciudad.
16	Eliminar/reducir conductas de evitación.	-Refuerzo de los logros conseguidos. -Evaluación post STAI	- Autoexposición metro
17	Prevención de recaídas I	-Técnica de solución de problemas (ayuda para afrontar la toma de decisiones cotidiana).	
18	Prevención de recaídas II	-Refuerzo de los logros conseguidos. -Técnica de solución de problemas.	
19	Afianzar técnica de solución de problemas y toma de decisiones.	- Técnica de solución de problemas (situaciones concretas)	- Poner en práctica alguna de las decisiones tomadas.
20	Duelo y relación con su padre.	- Desahogo emocional. - Desculpabilizar. - Aceptación y compromiso.	- Diario personal.
21	Duelo y relación con su padre.	- Desahogo emocional. - Desculpabilizar. - Aceptación y compromiso.	- Diario personal.
22	Entrenamiento en atención plena (Mindfulness)	- Mindfulness. - Caminar consciente.	- Caminar consciente. - Mira a tu alrededor.
23	Prevención de recaídas III	- Documentación específica sobre prevención de recaídas. - Refuerzo de los logros conseguidos. - Reflexión personal sobre aprendizajes y sobre aspectos que seguir mejorando.	- Carta de felicitación.

Vacaciones de verano

2.8. Aplicación del tratamiento.

La frecuencia de las sesiones durante el tratamiento de R. fue semanal durante casi todo el proceso (a excepción de las semanas en las que hubo días festivos) y de las últimas sesiones, en las que la periodicidad entre sesiones fue de dos semanas. El motivo de ampliar la periodicidad tuvo que ver con la mejoría de los síntomas de R. El tratamiento propiamente dicho se inició tras las sesiones destinadas a la evaluación cuyo contenido se ha descrito en el apartado anterior. A continuación se presenta un resumen del contenido de las sesiones, así como de los objetivos trabajados y alcanzados por parte de la paciente en cada una de ellas.

SESIONES 1, 2 y 3:

Objetivos:

- Establecer, afianzar y mantener el rapport.
- Evaluación del caso.

Desarrollo de las sesiones:

Debido a las grandísimas resistencias ofrecidas por R. ante la propuesta de la elaboración de un auto registro estructurado, se acordó la realización de un registro a modo de “Diario” de aquellas situaciones en las que sintiera ansiedad. Se valoró esta opción debido a la importancia que tenía en estas primeras sesiones el establecimiento del vínculo terapéutico con la paciente que, a través de sus resistencias, daba a entender que todavía no estaba preparada para confiar en las tareas propuestas por la terapeuta ni para enfrentarse ella sola a sus propios pensamientos ya que éstos le producían temor.

Más adelante, y visto que la relación terapéutica se iba afianzando, sí que accedió a elaborar el listado de conductas que había dejado de hacer. Este material proporcionó mucha información a nivel terapéutico así como a la propia R. que manifestó haberse sentido sorprendida al redactar la lista.

SESIÓN 4:

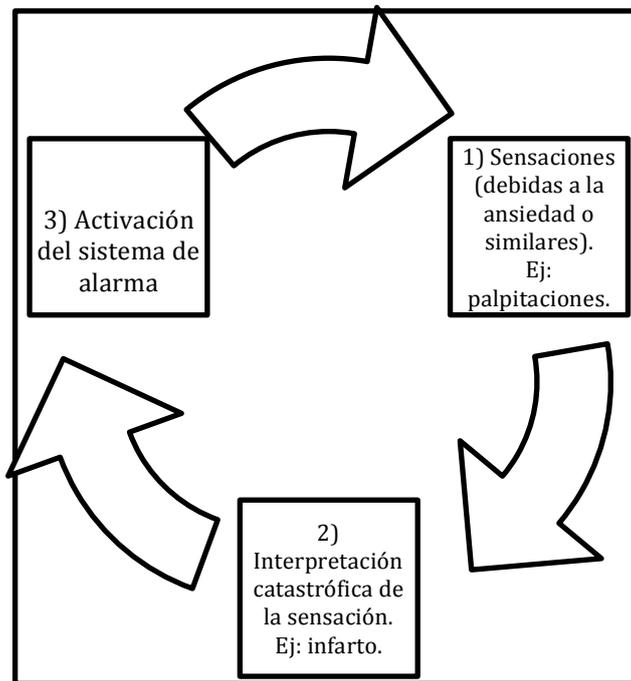
Objetivos:

- Devolución del análisis funcional (explicar origen y mantenimiento del problema)
- Plantear objetivos y plan de tratamiento.

Desarrollo de la sesión:

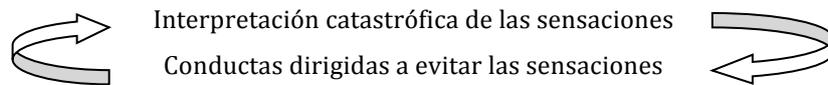
R. no tuvo ninguna dificultad para entender que el episodio de vértigos junto con su aprendizaje de estilo de afrontamiento ansioso, estaban en la base de su problema. En este punto se le explicó detalladamente cómo funciona el sistema nervioso de las personas y cómo la percepción del peligro es algo adaptativo cuando el peligro es, efectivamente, real. Así mismo, R. entendió muy bien cómo funciona el círculo vicioso del pánico (ver figura 2.9.) y se identificó claramente dentro de dicho circuito. Entendió también que las “falsas alarmas” se producen porque ella misma evalúa como peligrosas ciertas sensaciones internas que todas las personas podemos experimentar en mayor o menor grado cuando nos ponemos nerviosos.

Figura 2.9. Círculo vicioso del pánico (Tomado de Roca, 2005)



Respecto al mantenimiento de su problema, el esfuerzo fue dirigido a que R. entendiese el papel fundamental que tenían en él las conductas dirigidas a vitar las sensaciones temidas o el supuesto peligro (ver figura 2.10.).

Figura 2.10. El papel de las conductas de evitación en el pánico. (Tomado de Roca, 2005)



Consecuencias:

A corto plazo:	A largo plazo:
<p>Reducen la ansiedad (alivio). Por eso tiendes a repetirlas.</p>	<p>Fortalecen las creencias catastrofistas ya que: 1) Te impiden darte cuenta de que las consecuencias temidas no son reales. 2) Crees que las consecuencias catastróficas no se han producido gracias a que has llevado a cabo estas conductas.</p>

Tras pedirle que explicase ella con sus propias palabras lo que se le acababa de exponer, se extrajo que lo había entendido de forma adecuada. Así mismo, se comenzó con la reestructuración cognitiva a medida que se iban tomando como ejemplo algunas de las ideas irracionales de R. que se habían detectado en la evaluación.

Para casa, R. tuvo como tarea la lectura del capítulo “comprender el pánico” del manual de Roca (2005) con el objetivo de que afianzase las explicaciones funcionales recibidas durante la sesión.

SESIÓN 5:

Objetivos:

- Eliminar/reducir los pensamientos catastróficos de R..
- Tomar conciencia del papel crucial que desempeñan sus pensamientos en el mantenimiento del problema.

Desarrollo de la sesión:

A partir del debate de ideas irracionales se empezó a cuestionar junto a R. la credibilidad y la utilidad que tienen ciertos pensamientos en algunas ocasiones. Así mismo, se generaron las primeras alternativas a esos pensamientos a través de la elaboración de nuevas autoinstrucciones (aunque todavía poseían un grado de credibilidad muy bajo para la paciente). Concretamente, se trabajó con la idea irracional “*me voy a desmayar*” haciendo reflexionar a R. a partir de preguntas tales como: “el hecho de preocuparme por ello, ¿va a evitar que ocurra? O, en el caso de que ocurra, ¿lo va a solucionar de alguna manera?. Se trabajó también para ayudar a la paciente a diferenciar la *posibilidad* de que ocurra algo malo, de la alta *probabilidad* de que ocurra. Para ello se le explicó las diferencias existentes entre el pensamiento racional e irracional de manera que le permitiese calcular las probabilidades de los acontecimientos de un modo más ajustado a la realidad.

Como tarea entre sesiones se le pidió que leyese el capítulo de Burns (2011) “Lo que usted piensa determina lo que usted siente” para tratar de seguir afianzando lo visto durante la sesión.

SESIÓN 6:

Objetivos:

- Eliminar/reducir los pensamientos catastróficos de R..

Desarrollo de la sesión:

En esta ocasión R. acudió a terapia visiblemente nerviosa y refirió que dentro de dos días tenía que recoger los resultados de un TAC que se hizo hace tiempo. Se aprovechó la situación para debatir las ideas irracionales que presentaba la paciente acerca de los posibles resultados, y se trabajó la idea fundamental de aprender a vivir con la incertidumbre. Concretamente, el pensamiento que R. presentaba con más fuerza en esta sesión era: *“¿y si mañana me dicen que tengo un tumor?”*. Se guió a la paciente para que, de nuevo, fuese aprendiendo a pensar de un modo racional ante las situaciones que le generan miedo: ¿qué temo que pase?, ¿qué más opciones hay, qué más puede pasar?, ¿qué es lo peor que puede pasar?, ¿si pasa lo peor, tengo algún control sobre la situación?.

SESIÓN 7:

Objetivos:

- Eliminar/reducir los pensamientos catastróficos de R..

Desarrollo de la sesión:

R. acudió visiblemente contenta y tranquila y explica que se debe a los resultados que recogió en los que le han dicho que está todo bien. Por una parte, se exploró si la paciente efectivamente confía en dicho resultado para descartar del todo un trastorno hipocondríaco de base que pudiese afectar al diagnóstico hecho y, por tanto, a los objetivos y tratamiento planteados. Así mismo, R. expuso que lo trabajado en la sesión anterior le resultó muy útil para enfrentar tanto el momento de la recogida como la posterior comunicación de los resultados. Además, en esta ocasión refirió una situación de gran incertidumbre laboral que se utilizó como ejemplo real y presente para seguir trabajando desde la reestructuración cognitiva, ya que el estilo de afrontamiento que presentaba para esta situación era el mismo que para todas aquellas cuestiones que se relacionan con la salud.

SESIÓN 8:

Objetivos:

- Eliminar/reducir los pensamientos catastróficos de R..
- Eliminar/reducir las conductas de evitación de R..

Desarrollo de la sesión:

Se le explicó a la paciente la importancia que tiene la elaboración de un listado de todos aquellos estímulos que le generan malestar y que, por tanto, lleva evitando (o evita si aparecen) desde hace unos meses. Se le pidió entonces que elaborase una lista tanto de los estímulos internos (sensaciones) como de los estímulos externos (situaciones) que le generan malestar y se comenzaron a ordenar de forma jerarquizada.

SESIÓN 9:

Objetivos:

- Eliminar/reducir los pensamientos catastróficos de R..
- Eliminar/reducir las conductas de evitación de R..

Desarrollo de la sesión:

Se continuó con la tarea de la elaboración de la jerarquía ante la que R. mostró dificultades en determinados ítems dado que experimentaba ansiedad al imaginarlos (por este motivo, la tarea supuso el tiempo de la sesión entera). Dichas sensaciones de ansiedad causadas por los propios pensamientos anticipatorios de R. le sirvieron como “ejemplo vivencial” para seguir tomando conciencia del papel crucial que juegan sus pensamientos en su malestar. Tras ayudarle a conectar con el “aquí-y-ahora” de estar en la sala de sesión y a que descendiese la ansiedad, R. admitió entender que habían sido sólo sus pensamientos los que la habían puesto tan nerviosa, ya que realmente allí no estaba sucediendo nada peligroso.

Se valoró junto con R. lo adecuado de que se llevase a casa la jerarquía para que reajustase los ítems que considerase necesarios, y se acordó que así fuese ya que, según la propia paciente, *“si estoy aquí es porque soy valiente y tengo que en empezar a enfrentarme a las cosas”*.

SESIÓN 10:

Objetivos:

- Eliminar/reducir los pensamientos catastróficos de R..
- Eliminar/reducir las conductas de evitación de R..

Desarrollo de la sesión:

En esta ocasión la primera parte del trabajo estuvo dirigida a afianzar los conocimientos de R. respecto a cuales son las claves mantenedoras de su problema (conductas de evitación, comprobación y seguridad), así como al repaso de la información que se le facilitó acerca del funcionamiento del sistema nervioso y del mecanismo de la ansiedad. La segunda parte se dedicó a la explicación del papel fundamental que juega la respiración en los problemas de ansiedad y se entrenó la respiración diafragmática junto con la paciente facilitándole claves para que pudiese entrenar ella en casa. Por último, se le planteó la posibilidad de que su hija estuviese presente durante la próxima sesión para contar con ella como coterapeuta y avanzar más rápido entre sesiones, a lo que R. accedió de muy buena gana.

SESIÓN 11:

Objetivos:

- Eliminar/reducir las conductas de evitación de R.

Desarrollo de la sesión:

En primer lugar se le pidió a la paciente que explicase con sus propias palabras a su hija en consulta el motivo del mantenimiento de su problema. También en consulta se les explicó a ambas en qué iban a consistir los ejercicios que se iban a realizar a partir de ese momento durante el tiempo de sesión. En esta ocasión, y previo acuerdo con ella, se expuso a la paciente al ítem que ella misma había colocado en la jerarquía con un peso de 50 USAS (unidades subjetivas de ansiedad): estar en un parking subterráneo. La exposición comenzó acompañada por la terapeuta y la coterapeuta. Los registros de ansiedad iniciales fueron altos para, posteriormente, comenzar a descender de forma progresiva. A continuación, la exposición fue sólo con coterapeuta y finalmente la paciente sola (registrando ella misma sus sensaciones (ver Anexo II). Se decidió terminar con el ejercicio cuando R. aseguró sentir ansiedad 2-0 durante un tiempo aproximado de 20

minutos y ella misma aseguraba estar “aburrida”. El eje principal de la exposición fue la técnica de los cuatro pasos: 1) ¿Qué temo?, 2) ¿Qué más cosas pueden pasar?, 3) De todo esto, ¿qué es lo más probable por mi experiencia?, y 4) ¿Y si pasa lo peor?

SESIÓN 12:

Objetivos:

- Eliminar/reducir las conductas de evitación de R.

Desarrollo de la sesión:

En esta ocasión se procedió del mismo modo que durante la sesión anterior pero con un ítem puntuado con 55 USAS en la jerarquía de la paciente (estar en un centro comercial). Se le pidió a la coterapeuta que fuese ella quien guiase a R. con la técnica de los cuatro pasos para ver como lo hacía y ayudarle a mejorar. Cuando los autoregistros de la paciente mostraron ansiedad 2-0 durante un tiempo aproximado de 20 minutos, se dio por finalizada la sesión.

SESIÓN 13:

Objetivos:

- Eliminar/reducir las conductas de evitación de R.

Desarrollo de la sesión:

El ítem al que se expuso R. en esta sesión (escaleras mecánicas), le supuso un poco más de dificultad, lo que se tradujo en que necesitó más tiempo hasta que descendió la ansiedad. Por lo demás, no hubo ninguna incidencia y la paciente siguió progresando de forma muy adecuada. Se comprobó además que la coterapeuta aplicaba la técnica de manera adecuada, por lo que se acordó con ambas poner como tarea entre sesiones la repetición de los ejercicios de exposición a los ítems a los que ya se había expuesto R. en esta y en las sesiones anteriores.

SESIÓN 14:

Objetivos:

- Eliminar/reducir las conductas de evitación de R.

Desarrollo de la sesión:

Tras comprobar que las exposiciones entre sesiones se habían hecho de forma adecuada, se realizó la exposición para la que expresamente en esa ocasión se había cambiado el día de la sesión: acudir a una manifestación (ítem ansiedad 75 USAS acompañada, 85 USAS sola). De nuevo, el desarrollo fue adecuado y tanto la coterapeuta como la paciente aseguraron al final estar sorprendidas y agradecidas por los rápidos avances que estaban experimentando. En esta ocasión, las tareas entre sesiones consistieron en exposiciones a ítems nuevos pero de menor intensidad ansiógena para R. (80 USAS acudir a un evento social planificado y 75 USAS montar en coche por Madrid con la coterapeuta, y sola en un trayecto corto).

SESIÓN 15:

Objetivos:

- Eliminar/reducir las conductas de evitación de R.

Desarrollo de la sesión:

A pesar de los grandes avances que R. venía realizando hasta el momento, este fue el ítem que más esfuerzo le supuso (metro: 95 USAS bajar las escaleras, 95 USAS estar en el andén, 80 USAS estar en el vagón). Aún así, gracias al trabajo y al esfuerzo tanto de la propia R. como de su hija, una vez más, la paciente logró exponerse de forma adecuada y registrar la ansiedad hasta que ésta bajó y se mantuvo en dichos niveles durante un período de tiempo considerable. Dada la intensidad de la sesión, como tareas para casa se acordó que volvería a exponerse al evento planificado y al viaje en coche acompañada y sola dentro de la ciudad.

En este punto se decidió empezar a espaciar las sesiones, debido a los claros avances y a petición expresa de la propia R..

SESIÓN 16:

Objetivos:

- Eliminar/reducir las conductas de evitación de R.

Desarrollo de la sesión:

El contenido de la sesión, esta vez a solas con R., consistió fundamentalmente en reforzar todos los logros conseguidos hasta el momento y en elaborar herramientas que le facilitasen el seguir integrando estas situaciones en su vida de una forma cada vez más natural. Como tarea entre sesiones se acordó que se

expondría de nuevo al metro junto con la ayuda de su hija, ya que entendió muy bien la importancia que tiene la repetición de las exposiciones para generalizar la sensación neutra a dichas situaciones. Así mismo, se le volvió a pasar la prueba STAI y el cuestionario de pánico agorafobia que relleno en la fase de evaluación. Los resultados obtenidos en ambas pruebas se analizarán más adelante (ver apartado 2.9. efectividad y eficiencia).

SESIÓN 17:

Objetivos:

- Prevención de recaídas I

Desarrollo de la sesión:

A pesar de que R. se sentía muy satisfecha por todos los avances realizados durante el proceso, manifestó que deseaba seguir acudiendo a terapia (como ya se ha dicho, con menor frecuencia), para seguir trabajando y mejorando su estilo de afrontamiento general. Ante dicha demanda se decidió entrenar a R. con la técnica de toma de decisiones y resolución de problemas. Concretamente, a la paciente le seguía preocupando su situación de incertidumbre laboral, por lo que se le ayudó a elaborar un listado con distintas opciones de actuación en caso de perder el trabajo. Una vez planteadas las opciones, se valoraron los aspectos positivos y negativos de cada alternativa, lo que le permitió por una parte tener una perspectiva más amplia de su situación, y por otra, pensar de forma más ordenada sobre cada alternativa.

SESIONES 18 y 19:

Objetivos:

- Prevención de recaídas II

Desarrollo de la sesión:

Las últimas sesiones del trabajo con R. tuvieron una periodicidad quincenal y se realizaron por deseo expreso de la paciente, ya que los objetivos terapéuticos relacionados con los síntomas de ansiedad y agorafobia estaba alcanzados (así lo entendía tanto la terapeuta como la propia paciente). En estas últimas sesiones quincenales se trabajó con aspectos de su presente y con temas de su pasado. Para el presente (área laboral y relación de trato diario con su madre) se empleó la

técnica de resolución de problemas que hizo que la paciente se sintiese más resolutiva y capaz a la hora de enfrentar las situaciones de estrés diarias, lo que favorecía al descenso de los niveles generales de ansiedad que la paciente presentaba al inicio del tratamiento.

SESIONES 20 y 21:

Objetivos:

- Duelo y relación con su padre.

Desarrollo de la sesión:

Durante dos sesiones se abordó el tema de la muerte y la relación que R. tenía con su padre. No hubo necesidad de realizar un trabajo terapéutico muy profundo, ya que la demanda de la paciente era más bien hablar de un tema del que nunca había podido hablar con total libertad. La expresión de sus sentimientos fue, en sí misma, terapéutica y consiguió que la paciente sintiera que “cerraba el capítulo” sobre este tema.

SESIÓN 22:

Objetivos:

- Entrenamiento en atención plena.

Desarrollo de la sesión:

Del mismo modo, y de forma paralela, durante estas últimas sesiones, se entrenó a R. en un mayor manejo de su atención, para que adquiriese más herramientas a la hora de convivir con sus sensaciones físicas. Para ello, se le entrenó en la técnica del caminar consciente y se le pautó para casa otro ejercicio de atención plena para que practicase diariamente. A continuación se presentan los ejercicios en los que se entrenó a la paciente (ver cuadro 2.11. y cuadro 2.12.)

Cuadro 2.11.

Mira a tu alrededor y vive más (adaptado de Collard, 2014):

En este ejercicio se te invita a centrar tu conciencia en un nuevo aspecto de la vida. Puede que decidas mirar de verdad una hoja determinada de un árbol, o una piedra, flor o planta. Puede que quieras pensar en un mueble u objeto decorativo, preguntándote cómo fue creado y cuántas personas estuvieron implicadas en ello. Pon toda tu atención en algo que hasta hoy podías considerar “insignificante” y centra tu conciencia en ello. Qué función tiene, desde cuándo está en

ese sitio, cómo ha llegado hasta ahí. En este momento, no existe nada más, sólo tu curiosidad hacia ese objeto y el sentido de la aventura invadiendo tu mente. Aprende y experimenta más, momento a momento.

Cuadro 2.12.

Camina conscientemente (Collard, 2014):

Experimenta el milagro de moverte, de no necesitar llegar a ninguna parte. Puedes hacerlo dentro o fuera, en cualquier sitio que sea seguro y esté protegido para evitar que puedas tropezarte (basta con que puedas dar aproximadamente diez pasos en una dirección).

- ❖ Primero, ponte en una postura en la que te sientas conectado/a a la tierra, con los pies separados en línea con las caderas y “enraizados” sólidamente al suelo. Asimila el área por la que vas a caminar, manteniendo los ojos abiertos y mirando hacia delante, no hacia abajo.
 - ❖ Luego, muy lentamente, empieza a levantar del suelo el pie derecho. Nota como el talón se separa del suelo y cómo el peso se va desplazando a la pierna y el pie izquierdos. Una vez levantado el talón derecho, observa cómo lo vas moviendo hacia el frente de forma muy lenta y suave, bajándolo exactamente un paso adelante. Mientras el pie derecho descende, observa como el talón izquierdo está empezando a elevarse del suelo y cómo el peso se desplaza de nuevo a la pierna derecha.
 - ❖ Quizá te des cuenta de que estás caminando de una manera ligeramente tambaleante al moverte tan despacio. Puede resultarte de utilidad imaginar que estás dejando huellas reales en el suelo, como si caminaras por una playa arenosa. Tu conciencia estará ocupada por completo en levantar, desplazar y colocar cada pie paso a paso, además de estar observando de forma consciente cómo se desplaza tu peso de la izquierda a la derecha y viceversa.
 - ❖ Cuando hayas dado diez pasos aproximadamente en una dirección, tómate un tiempo para darte la vuelta. Nota como las caderas giran muy gradualmente y, antes de empezar tu siguiente serie de pasos, permanece de nuevo enraizado/a en el suelo meditativamente.
 - ❖ Con cada serie de pasos que des, es posible que te sientas más y más enraizado/a y seguro/a, aunque la experiencia de cada persona es diferente. Trata de hacerlo con una actitud de apertura y curiosidad, como lo haría un/a niño/a. ¡¿No es milagrosa la manera en la que el cuerpo sabe exactamente qué hacer?!
-

SESIÓN 23:Objetivos:

- Prevención de recaídas III

Desarrollo de la sesión:

En la última sesión previa a las vacaciones de verano se insistió en la prevención de recaídas haciendo especial hincapié en el aprendizaje y consolidación de las técnicas adquiridas sobre el manejo de su ansiedad y en lo referente a la atribución de las explicaciones sobre sus sensaciones físicas. R. verbalizó que había aprendido *“que soy fuerte”* y que *“necesitaba cambiar el chip, ver la vida de otra manera”*, *“estaba muy centrada en los mareos, y ahora no les tengo tanto miedo”*. A continuación se presenta el contenido

2.9. Nuevas formulaciones para el tratamiento.

Aunque en mi práctica clínica diaria sigo una marcada corriente cognitivo conductual, no me resulta ajena la existencia de otros modos de proceder en psicología que, de algún modo, pueden complementar y nutrir una intervención basada en el enfoque cognitivo conductual. Creo que una de las claves de la buena práctica clínica es la constante renovación y la intensa motivación por el aprendizaje y, por este motivo, creo que, en el caso particular de R., algunas técnicas concretas de algunos modelos de las llamadas Terapias de Tercera Generación, podrían haber ayudado a la paciente a ganar estrategias y recursos para la gestión diaria de su ansiedad. Aunque se trabajó con ella durante una sesión y los resultados que se obtuvieron fueron buenos, la propuesta sería haber podido tener ocasión de profundizar más con este tipo de herramientas.

Soy consciente del intenso debate que suscita la comparación de la terapia cognitivo conductual con las terapias de tercera generación. Las posiciones pueden ir desde la consideración de que las terapias contextuales no suponen en realidad novedad como para hablar de revolución, a la consideración de que representan toda una nueva generación o nueva ola. Debatir sobre este tema no es el objetivo de este trabajo, ya que la extensión que supondría se escapa a lo que aquí se pretende. No obstante, es un tema de gran relevancia e interés para los profesionales de la psicología clínica. Tendremos por tanto en cuenta para este

trabajo que, independientemente de las similitudes y las diferencias entre estos modelos teóricos, la base de una intervención psicológica debe basarse en una minuciosa evaluación y en una adecuada elaboración del análisis funcional de cada caso. A partir de aquí, las técnicas empleadas para alcanzar los objetivos van a depender de la amplitud de conocimientos del clínico y de las necesidades y capacidades de cada paciente. Por este motivo, creo que es importante que, sin perder de vista la base del adecuado análisis funcional, podamos adaptar nuestro repertorio de técnicas a nuestros y nuestras pacientes de la manera más ajustada y profesional posible.

Por tanto, la pregunta sería ¿qué pueden ofrecer algunos modelos contextuales al tratamiento de los casos de ansiedad y, por tanto a R.?

A) Terapia de Aceptación y Compromiso en el tratamiento de la ansiedad:

En el cuadro 2.13. se presentan algunas de las diferencias entre la terapia cognitivo conductual y la terapia de aceptación y compromiso para el tratamiento de la ansiedad, con base en Arch y Craske (2008).

Cuadro 2.13. Diferencias y semejanzas entre TCC y ACT en la ansiedad (extraído de Pérez, 2014)

	TCC	ACT
<i>Tratamiento de los pensamientos</i>	Reestructuración cognitiva de los sistemas de creencias preconscientes (esquemas).	Desactivación y aceptación (eludir el entrapamiento auto-reflexivo)
<i>Enfoque de los síntomas emocionales</i>	Reducción de síntomas sobre la base de su predictibilidad y control.	Aceptación como actitud activa de apertura a la experiencia y abandono de la lucha.
<i>Objetivos de eficacia</i>	Reducción de síntomas	Vida valiosa
<i>Mediadores del cambio</i>	A pesar de su eficacia, “los mecanismos precisos de acción permanecen poco claros”.	Aceptación y cambios en la evitación experiencial, parecen estar implicados.

Desde la ACT se entiende la inflexibilidad psicológica como psicopatología. Adoptando su terminología me centraré en aquellos procesos de inflexibilidad psicológica que creo que juegan un papel más importante en los casos de ansiedad:

la evitación experiencial y la inacción, impulsividad o persistente evitación. Para el primero, la ACT propone como proceso terapéutico (o de flexibilidad psicológica) la aceptación, y para el segundo, el compromiso de actuar. A continuación se verá más claramente qué implica cada uno de ellos y de qué manera se podría haber aplicado al caso de R.

- La evitación experiencial y la alternativa de la aceptación:

La evitación experiencial es el intento de cambiar experiencias privadas como pensamientos, sentimientos, sensaciones corporales o recuerdos, aun cuando haciéndolo así es inefectivo, costoso o innecesario. Las personas hemos aprendido a tratar con los eventos privados disconfortantes como objeto de cambio, de la misma manera que lo hacemos con los eventos externos que nos estorban, molestan o interfieren: los quitamos o nos apartamos, y continuamos haciendo aquello que teníamos entre manos. Pero esto no funciona así con los eventos privados, en primer lugar, porque forman parte de nosotros mismos (¿hacia dónde apartamos un recuerdo?). En segundo lugar, y por el mismo motivo, porque las reglas de evitación, control o escape contienen estímulos discriminativos relacionados con las propias experiencias que se quieren eliminar o con eventos que las evocan (algo así, como intentar limpiar una mancha con un trapo sucio de la misma sustancia que queremos eliminar). Por ejemplo, el control de la ansiedad para evitar ruborizarnos en un contexto social, tiende a evocar la propia ansiedad como respuestas a las construcciones verbales que nos damos a nosotros mismos acerca de que no hay nada que temer en estas situaciones. La conducta de evitación misma, a través del reforzamiento negativo puede fortalecer la sucesiva conducta de evitación del evento evitado. La sociedad actual favorece que la evitación experiencial sea cada vez más predominante. En palabras de Hayes y Lillis, los “medios modernos propician enormemente la frecuencia de exposición al dolor y al horror y, a la vez, promueven activamente la evitación en orden a vender bienes y servicios con el mensaje de que el coche, la casa, la ropa, la pareja o la pastilla adecuada quitarán el disconfort, la tristeza, la ansiedad o la duda” (Hayes y Lillis, 2012, pp. 51-52).

Según la ACT, la aceptación es la alternativa a la evitación experiencial. Aceptación no significa tolerancia, resignación, aguante o fatalismo, sino elección de las experiencias tal como son, con conciencia plena y con una actitud de apertura y curiosidad, y sin defensas innecesarias y contraproducentes. La aceptación supone una postura intencionalmente abierta, receptiva y flexible con respecto a la experiencia momento a momento. Mientras que la evitación tiende a quitar más de lo que se propone, la aceptación incluye experiencias que se preferiría no tener, pero también incluye experiencias deseables, como parte de un todo que no se puede parcelar. La aceptación, por tanto, supone una experiencia abarcadora, plena y flexible.

En el caso de R., trabajar desde este enfoque habría sido otra alternativa posible para el trabajo de la reinterpretación de los síntomas. La vivencia de sus sensaciones físicas (desde la evitación experiencial) podría haber sido planteada desde una apertura a dichas sensaciones: por ejemplo, aceptar que estoy sintiendo palpitaciones y sudores que no son agradables, pero integrar de forma flexible estas sensaciones dentro de una experiencia global más de la vida. Es decir, la exposición a las sensaciones se mantendría tal cual se hizo, pero el contexto teórico integrador podría haberse hecho también desde esta perspectiva de la aceptación global y no sólo desde la explicación de la no-peligrosidad del síntoma.

- La inacción, impulsividad o persistente evitación y la alternativa del compromiso de actuar:

La inacción, impulsividad o persistente evitación resumen la situación a la que da lugar la mayoría de los problemas psicológicos que se presentan en consulta. Los propios síntomas por los que se suelen definir los trastornos funcionan como formas de evitación que impiden a la gente implicarse en acciones consistentes con sus valores (estar más tiempo con la familia, hacer algo por los demás, disfrutar del ocio, proseguir su formación, etc.). Después de identificar este patrón de inacción o de acción rígida, ACT promueve la acción tendente a la creación de patrones de conducta de más alcance, en dirección a los valores. Se trata de *acción comprometida*: en el compromiso deliberado de implicarse en los patrones de conducta que conllevan *valor*. ACT, como terapia de conducta y en coherencia con

los principios del cambio conductual, se vale de procedimientos tradicionales como adquisición de habilidades, exposición, moldeamiento, ensayo de conducta, control de estímulo, autocontrol, etc. A diferencia de los valores que nunca se colman del todo, los objetivos concretos se pueden alcanzar mediante las acciones conductuales encaminadas a ellos.

En el caso de R., la base de su problema consistía tanto en la evitación de ciertas situaciones y sensaciones, como en la falta de ciertos reforzadores en su vida (por la evitación de dichas situaciones). En este caso, creo que habría sido de utilidad para la paciente trabajar desde sus propios valores para ayudarle en la toma de conciencia de la importancia que tiene el hecho de que cada uno/a de nosotros/as estemos comprometidos activamente con nuestros valores. Creo que trabajar desde esta perspectiva ayuda a que los logros obtenidos en la terapia se mantengan a largo plazo, ya que cuando las personas estamos motivadas por nuestros propios valores, la actividad se convierte en un hábito y, por tanto, garantizamos multitud de reforzadores para nuestra vida diaria.

B) Mindfulness en el tratamiento de la ansiedad:

¿Cómo puede abordar el mindfulness el sufrimiento relacionado con la ansiedad?. Las respuestas del modo de vida actual al estrés psicológico, al miedo y a la incertidumbre suelen caracterizarse por la rumiación mental, la preocupación, la ansiedad anticipatoria y la deliberación estancada. Son hábitos de pensamiento que continúan estimulando reacciones de miedo en el cuerpo que, a su vez, retroalimentan los pensamientos de preocupación, causando así un ciclo de experiencia desagradable (Brosschot, Gerin y Thayer, 2006; Feldman, Hayes, Kumar, Greeson y Laurenceau, 2007). En consecuencia, podría decirse que los seres humanos en la actualidad tienen más posibilidades de luchar contra la molestia de sus propias sensaciones interiores de amenaza que contra la amenaza misma. A corto plazo, las estrategias para evitar la sensación interior de ansiedad (la distracción, la supresión de pensamientos, el consumo de medicamentos o alcohol, etc.) pueden resultar efectivas para reducir el malestar temporalmente, llegando además a convertirse en un enfoque conductual habitual, automático y rígido. Sin embargo, los intentos por evitar la sensación interior de miedo,

ansiedad y pánico no sólo no logran mejorar la causa del malestar emocional sino que, paradójicamente, también aumentan la sensación interior de sufrimiento al reforzar comportamientos desagradables que permiten que la experiencia que genera malestar emocional se repita indefinidamente fuera de un contexto apropiado.

Desde el punto de vista del mindfulness, los pensamientos, las emociones y las sensaciones físicas que surgen asociados a la sensación interior de miedo, ansiedad o pánico con meros eventos en el amplio campo de la conciencia en el momento presente (Brantley, 2010). Se considera que la práctica del mindfulness mejora la autorregulación efectiva de los pensamientos, emociones, sensaciones y comportamientos relacionados con la ansiedad, aunque los mecanismos exactos todavía no estén claros (Baer, 2003; Bishop, 2002; Garland 2007; Kabat-Zinn 2004; Shapiro, Carlson, Astin y Freedman, 2006; Shapiro y Schwarz, 2000).

Un elemento central de la capacidad autorreguladora del mindfulness es un cambio fundamental de uno/a mismo/a con su propia vida interior y el mundo exterior. En esencia, el mindfulness permitiría permanecer atento/a de manera consciente de la vida interior y de las sensaciones físicas. Este cambio en la conciencia que aporta el mindfulness ha sido calificado de distintas maneras: “repercibir”, “descentrado”, “desapego”, “conciencia metacognitiva”, “atención clara” y “clarividencia” (Salzberg y Goldstein, 2001; Segal et al., 2006; Shapiro et al., 2006; Teasdale et al., 2002). Shapiro et al. (2006), por ejemplo, describen la percepción como la situación en la que en lugar de estar inmersos en el drama de nuestra vida personal o de la historia de nuestra vida, somos capaces de retroceder y simplemente ser testigos de ello.

Por tanto, practicar el mindfulness en casos de problemas de ansiedad, puede ayudar de la siguiente manera: cuando prestemos atención consciente a nuestra propia experiencia directa de ansiedad, en contraposición a identificarse con lo que uno *piensa* de la ansiedad, obtendremos una comprensión una introspección muchísimo mejores de la experiencia de ansiedad y de nosotros/as mismos/as en relación con nuestro propio mundo (Goldstein, 1976). Dicha comprensión e

introspección pueden proporcionar una base para respuestas más diestras frente al miedo, la ansiedad y el pánico, como ecuanimidad en lugar de reactividad y autorregulación sabia en lugar de aversión. En virtud de la flexibilidad psicológica y conductual que el mindfulness puede permitirse en el momento presente, podríamos ser capaces de elegir conscientemente acciones efectivas para cubrir las necesidades en materia de seguridad y tranquilidad.

2.10. Factores relacionados con la terapeuta.

De forma general se puede decir que los factores necesarios para la práctica profesional de la psicología clínica se pueden agrupar en dos grandes bloques: aquellos relacionados con las habilidades del terapeuta, y los que tienen que ver con los conocimientos propios de los trastornos clínicos.

En primer lugar, las habilidades son las que van a permitir crear, afianzar y mantener el vínculo terapéutico con el paciente, siendo éste un factor fundamental para la puesta en marcha del propio paciente hacia la consecución de los objetivos. Según recoge Muñoz (2012), algunas de estas habilidades generales son: la pericia (o la percepción del paciente de que el terapeuta puede ayudarle a solucionar su problema); el atractivo (la percepción de que el terapeuta es interesante), la fiabilidad (percepción de que se puede confiar en el terapeuta); la empatía (habilidad para comprender los estados emocionales del consultante o, tal y como lo definen Ruiz y Villalobos (1994), comprender el significado más allá de lo que el paciente expresa); y congruencia (capacidad de mostrarse constante, sin ambigüedades). Pero más allá de conocerlas, en este punto entra en juego la capacidad personal del propio terapeuta para ser capaz de poner en marcha dichas habilidades y saber ajustarlas con acierto a cada paciente o consultante. En el caso concreto de R., se puede decir que la puesta en marcha de la empatía, la congruencia y la fiabilidad fueron factores clave a la hora de crear y mantener el vínculo terapéutico debido a sus malas experiencias previas con otros profesionales de la psicología. Estas habilidades se pusieron en marcha a través de conductas tales como: la comprensión, la no emisión de juicios de valor y el no restar importancia a sus miedos ni a su malestar, lo que permitió realizar una buena acogida de la demanda (primer escalón en la creación del *rapport*).

Si tomamos ahora como referencia la clasificación que hacen de las habilidades Bados y García (2011), encontramos también algunas fundamentales que han sido puestas en marcha en el caso concreto de R. y el tratamiento de su agorafobia, obteniendo con su aplicación muy buenos resultados. En primer lugar, la escucha activa; se le facilitó a R. un espacio en el que pudo hablar sobre sí misma ayudándole a comunicar información relevante sin temor. A través de la escucha activa también se consiguió que R. se sintiese como la protagonista de su propio proceso de cambio y no como “paciente-pasiva” de la terapeuta. Tanto la empatía como la escucha activa se pusieron en marcha a través de la formulación de preguntas tendentes a clarificar lo que la paciente expresaba, la utilización de síntesis o recapitulaciones, el trabajo sobre aquellos aspectos que eran importantes para ella (sin huir en ningún momento por el hecho de que pudiesen ser temas “delicados”), y el empleo del reflejo para ayudar a la paciente a tomar conciencia de sus sentimientos y emociones. En segundo lugar, la aceptación incondicional; lo que implica aceptar al consultante tal como es, sin juicios, y valorarlo como persona merecedora de dignidad (Truax y Carkhuff, 1967). La tercera sería la autenticidad; esta habilidad implica ser uno mismo pero, como afirman Beck et al (1979/1983), conjugando la sinceridad con el tacto, la diplomacia y la oportunidad para no perjudicar al paciente o la relación terapéutica. La puesta en marcha de esta habilidad ayudó mucho en el caso de R. que acudía a consulta con ciertas reticencias. Por eso, se cuidaron mucho las conductas no verbales (tales como el contacto ocular, la sonrisa y la orientación corporal) y la capacidad para expresarse con naturalidad. Por último, la confianza; fue clave en el trabajo con R. para que la paciente percibiese desde el primer momento que, efectivamente, la terapeuta estaba dispuesta a trabajar para ayudarle y que de ningún modo le engañaría o perjudicaría.

El segundo grupo de factores necesarios para la práctica profesional son los conocimientos o la formación teórica del terapeuta. Podemos decir que es el segundo pilar fundamental sin el cual la intervención no se sostendría. Esta formación es la que va a permitir al terapeuta el planteamiento y la justificación de los objetivos y la metodología empleada en el tratamiento, así como la puesta en

marcha del tratamiento propiamente dicho. En el caso concreto de los trastornos de pánico y agorafobia se podría decir que, al igual que para cualquier trastorno clínico, lo ideal es siempre la especialización del profesional en dicho trastorno y su tratamiento. En el caso de que no sea así, entendemos que dado que la formación de un profesional de la psicología no termina realmente nunca, deberá procurarse manuales de referencia en los que pueda encontrar las claves y las pautas para poder poner en marcha tanto la evaluación como el tratamiento. En el caso de que el profesional no se sienta preparado para hacer frente al caso, entendemos que debería derivar (por cuestiones éticas) a otro recurso o profesional informando siempre al paciente de los motivos de dicha decisión. El caso concreto de R. fue atendido durante todo el proceso por una única terapeuta, autora de este trabajo, que, al no ser una experta en trastornos de ansiedad ni agorafóbicos, fue profundizando en su estudio de forma paralela al desarrollo y avance del propio caso. Por la actitud y colaboración de R., así como por su interés por continuar con su proceso terapéutico (con la misma profesional que le atendió en su primera demanda, expuesta a lo largo de estas páginas), se podría decir que la profesional logró su objetivo de establecer un buen vínculo terapéutico que influyese en los avances del tratamiento propuesto.

2.11. Diseño del estudio.

En el caso de R. se eligió un diseño de caso único AB con medidas pre-post. El establecimiento de la línea base sin tratamiento (A) se realizó a partir de su "Diario" y de las distintas pruebas completadas durante las sesiones de evaluación (línea base de las conductas de evitación y situaciones/sensaciones que le producen ansiedad). Posteriormente, se produjo la intervención (B) con su correspondiente nueva medida en la fase final del tratamiento.

Si se plantease el caso en términos de investigación, lo ideal sería un diseño ABA en el que se retirase el tratamiento para poder así estar seguros de que los cambios producidos se deben efectivamente al trabajo terapéutico. Sin embargo, en casos como el de R., a pesar de que se retirase el tratamiento (es decir, la paciente deje de acudir a consulta por su problema concreto de agorafobia), ella no va a volver a sentir lo que sentía en la fase A debido, efectivamente, a la intervención

terapéutica. Es decir, la paciente no va a “desaprender” con la finalización del tratamiento, por lo que resulta imposible probar la relación causal en términos de investigación, y sólo se admitiría el esquema AB. En el caso de que la problemática de R. se quisiera plantear como un caso de investigación y se quisiera por tanto mejorar la validez de un diseño experimental de caso único, entendemos que cabría la posibilidad de recoger datos de más casos individuales que permitiesen manejar datos sobre otras posibles variables enmascaradas que pudiesen estar afectando al cambio.

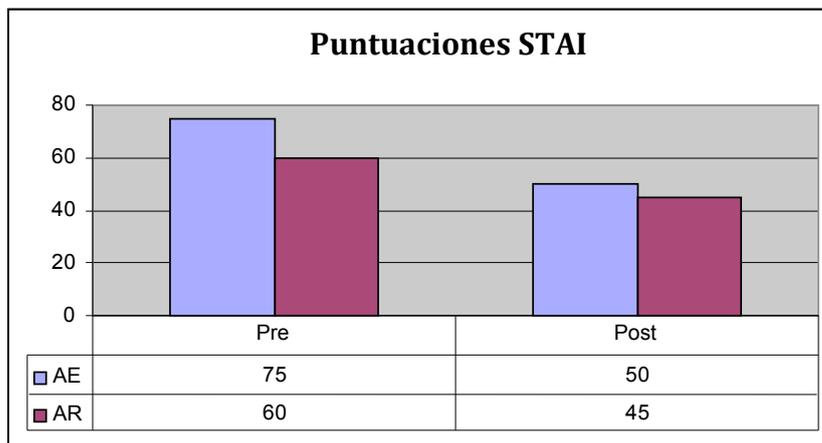
2.12. Eficacia, efectividad y eficiencia del tratamiento aplicado.

Teniendo en cuenta los objetivos planteados en el caso de R., se podría decir que la paciente experimentó un avance terapéutico significativo. En casos como este en los que no se puede hablar de significación estadística de los resultados, siguiendo a León y Montero (2003), sí podría hablarse de significación clínica (es el terapeuta en el que, en función de su experiencia y del grado de conocimiento existente en un determinado momento, decide cuando el cambio es relevante), de significación subjetiva (cuando el cliente transmite cuales son las expectativas de su entorno, familia, amigos, trabajo, que harían que su conducta se considere aceptable), y de significación social (donde el patrón para evaluar el cambio se establece con arreglo a lo que se admite que es el comportamiento de los sujetos normales). Teniendo en cuenta esto, a continuación se tratará de justificar la afirmación enunciada al inicio de este apartado.

En primer lugar, las puntuaciones que obtuvo R. en las pruebas que se le pasaron durante la fase de evaluación y posteriormente tras la aplicación del tratamiento de exposición, difirieron notablemente. En la prueba STAI R. obtuvo una PC=50 (A/E) y una PC=45 (A/R), ambas inferiores a las puntuaciones con las que llegó a consulta (PC=75 A/E y PC=60 A/R). Los resultados descritos hasta aquí pueden verse en el Cuadro 2.14. Del mismo modo, se pudo observar como las respuestas de R. habían variado notablemente en el cuestionario de pánico-agorafobia. De todos aquellos ítems a los que R. le otorgó una puntuación de 3 (“Totalmente de acuerdo”) en la fase de evaluación, sólo algunos seguían apareciendo tras el tratamiento y, en esta ocasión, las puntuaciones asignadas por la paciente a dichos

ítems eran de un punto (“Dudoso, lo creo a veces”). Estos resultados pueden verse en el cuadro 2.15. Es decir, las creencias y pensamientos catastróficos, las sensaciones temidas y las situaciones que la paciente evitaba, se redujeron notablemente.

Cuadro 2.14. Puntuaciones STAI pre y post tratamiento.



La herramienta del “Diario” de R. empleada a lo largo del tratamiento de la agorafobia también aportó mucha información tras la finalización del mismo. En él se pudo comprobar como el registro de situaciones ansiógenas era cada vez menor y sobre todo como, a pesar de que R. siguió registrando situaciones, ella misma se daba cuenta de que cada vez les otorgaba menos carga ansiógena a cada una de ellas.

Cuadro 2.15. Comparación puntuaciones PRE-POST del Cuestionario de pánico-agorafobia.

A) Creencias y pensamientos catastrofistas.

Evalúa tu grado de creencia en los siguientes pensamientos, poniendo a la derecha de cada uno el número correspondiente:

* La puntuación que aparece en primer lugar corresponde a la medida PRE y la que aparece tras el guión a la medida POST

0 = Desacuerdo total

2 = Bastante de acuerdo

1 = Dudoso (lo creo a veces)

3 = Totalmente de acuerdo

	Lo creo durante las crisis o estando nervioso	Lo creo fuera de las crisis, estando tranquilo
1. Es terrible sentir ansiedad.	3-3	3-1
2. Creo que puedo tener un tumor cerebral.	0-0	0-0
3. Puedo morir asfixiado.	0-0	0-0
4. Voy a perder el control.	3-1	1-0
5. Voy a sufrir un ataque cerebral.	2-1	0-0
6. Me quedaré paralizado por la ansiedad.	3-2	1-1
7. Si tengo una crisis de pánico en una situación, volveré a tenerla si vuelvo a la misma situación.	3-1	0-2
8. Si tengo una crisis de pánico mientras estoy llevando a cabo una actividad, es muy probable que sufra otra si vuelvo a emprender la misma actividad.	3-0	2-0
9. Tener crisis de pánico significa que soy débil o inferior a otras personas.	0-0	0-0
10. Si la gente me ve teniendo una crisis, me perderán el respeto.	0-0	0-0
11. Voy a seguir teniendo crisis el resto de mi vida.	1-0	1-0
12. Puedo morir durante una crisis.	2-0	1-0
13. Estas crisis significan que tengo un problema grave de salud, física o mental.	1-0	0-0
14. Estas crisis significan que me estoy volviendo loco.	0-0	0-0
15. Sólo estaré seguro, si puedo controlar completamente cualquier situación en la que me halle.	3-0	3-0
16. Nunca seré capaz de superar las crisis de pánico ni de disfrutar de la vida como una persona normal.	0-0	0-0
17. Si tengo que esperar en una cola, es muy probable que pierda el control, grite, me desmaye o empiece a llorar.	0-0	0-0
18. Tengo alguna enfermedad que los médicos todavía no han encontrado.	0-0	0-0
19. Debo estar alerta o me ocurrirá algo terrible.	0-0	0-0
20. Si pierdo el miedo a las crisis de pánico, no haré caso a síntomas, que pueden ser peligrosos.	0-0	0-0
21. Si mis hijos (u otras personas allegadas) me ven teniendo una crisis de pánico, pueden volverse temerosos e inseguros	0-0	0-0
22. Tengo que controlar, en todo momento, cómo reacciona mi cuerpo, o podría tener una crisis de pánico.	1-0	1-0
23. La ansiedad puede provocar una trombosis.	1-0	1-0
24. Cuando empiezo a tener una crisis, tengo que escapar de la situación en la que estoy, porque de no escapar podría suceder algo terrible.	1-0	1-0
25. Mi corazón no podría soportar demasiada ansiedad.	3-0	2-0
26. El sistema nervioso puede resultar dañado si experimenta demasiada ansiedad.	3-0	2-0
27. La ansiedad puede hacer que pierda el control y haga algo muy vergonzoso o inadecuado.	2-0	2-0
28. Mis emociones pueden llegar a ser tan intensas que no pueda soportarlas.	1-0	1-0
29. Si tengo una crisis mientras conduzco o estoy en un atasco es muy probable que provoque un accidente.	2-2	2-1
30. Una crisis de pánico puede producir un ataque al corazón.	3-1	1-1
31. Una crisis de pánico me puede matar.	2-0	1-0
32. Una crisis de pánico puede hacer que me vuelva loco.	1-0	0-0
33. Si noto un poco de ansiedad, significa que voy a tener una crisis de pánico.	0-0	0-0
34. Puedo llegar a experimentar emociones terribles que no acaben	0-0	0-0

nunca.		
35. Si me muestro enfadado, puedo perder el control y provocar una pelea grave.	0-0	0-0
36. Puedo perder el control a causa de la ansiedad y quedar prisionero de mi propia mente.	0-0	0-0
37. Seguir con mis actividades habituales durante una crisis, puede ser muy peligroso.	0-0	0-0
38. Debo tener cerca a mi acompañante para estar protegido del pánico.	3-0	2-0
39. No puedo soportar las sensaciones que experimento durante una crisis de pánico.	3-1	2-1
40. No puedo hacer cosas que hace la gente normal como esperar sola en una cola, permanecer en un atasco o alejarme de casa.	1-0	0-0
41. Debo tener cerca, en todo momento, los objetos o las personas que me ayudan a sentirme seguro, porque de no ser así, podría ocurrirme algo terrible.	0-0	0-0
42. Las únicas cosas que eliminan mi ansiedad son el alcohol o la medicación.	3-1	3-1
43. Mis crisis están causadas por el hecho de alejarme de casa o de un lugar seguro.	0-0	0-0
44. Si no puedo controlar perfectamente mi ansiedad, soy un fracaso como persona.	0-0	0-0
45. Si no me tomo un tranquilizante cuando noto sensaciones de pánico, me moriré o sufriré un infarto.	0-0	0-0
46. Si tengo algo de ansiedad soy incapaz de funcionar.	0-0	0-0
47. Si pierdo mi miedo a las crisis de pánico, tendré que afrontar otros problemas que no soy capaz de manejar.	0-0	0-0
48. Sentir un impulso de hacer algo peligroso o loco, significa que hay muchas probabilidades de que lo haga.	0-0	0-0
49. Si hay alguna posibilidad de sentirme incómodo, infeliz o ansioso, es mejor que me quede cerca de alguien que pueda ayudarme.	0-0	0-0
50. Debo estar pendiente de cualquier sensación que note, para prevenir las crisis de pánico.	0-0	0-0
51. Puedo desmayarme y no recuperarme más.	0-0	0-0
52. El tratamiento puede servir para otras personas, pero no para mí.	0-0	0-0
53. Prefiero morir a experimentar otra crisis de pánico.	0-0	0-0
54. No puedo valerme por mi mismo.	0-0	0-0
55. Si voy por la calle solo me marearé, perderé el control o me volveré loco.	2-0	0-0
56. Dependo de mi familia en todo. Si me quedase solo no podría salir adelante.	2-0	2-0
57. Nunca me curaré. La terapia anterior no resultó.	1-0	1-0
58. El miedo se ha apoderado de mí.	0-0	0-0
59. Dependo de los demás como si fuese un trasto inútil.	0-0	0-0
60. A veces, cuando me despierto, ya noto las sensaciones, y temo levantarme porque me sentiré peor.	0-0	0-0
61. Me quedaré atrapado entre la gente y me asfixiaré.	0-0	0-0
62. Me mirarán como a un bicho raro	0-0	0-0

Otros pensamientos catastrofistas acerca de tus sensaciones, tus crisis o tu problema de pánico.

B) Sensaciones temidas:

Señala con una cruz la frecuencia con que experimentas las sensaciones internas cuando estás nervioso, y el grado de temor que sientes cuando las notas.

* Las casillas señaladas con 1 corresponde a la medida PRE y las casillas señaladas con 2 a la medida POST. Se utilizará 12 cuando coincidan ambas.

SENSACIONES	Frecuencia con que las notas			Temor que te producen		
	Nunca	A veces	Siempre	Nada	Medio	Máximo
Taquicardia o palpitaciones		12		2	1	
Hormigueo	12			12		
Pérdida de sensibilidad en brazos y piernas	2	1		2		1
Pérdida de sensibilidad en otras zonas	2	1		2		1
Escalofríos u oleadas de calor		12		12		
Mareos, inestabilidad o vértigos		12			12	
Visión borrosa	12			12		
Náuseas o vómitos	12			12		
Molestias abdominales	12			12		
Nudo en el estómago	2	1		12		
Flojedad de piernas	2	1		12		
Sudor		12		12		
Sequedad de boca	2	1		12		
Desorientación o confusión	12			12		
Ahogo o sofoco	2	1		12		
Temblor, sacudidas o estremecimiento	12			12		
Dificultad para respirar	12			12		
Sensación de falta de aire	2	1		12		
Sensación de atragantarme	12			12		
Dolor de cabeza			12	2	1	
Cansancio extremo	12			12		
Percibir las cosas de forma diferente a lo habitual	12			12		
Percibirme a mi mismo de forma extraña	12			12		
Dificultad para pensar	12			12		
Otras (señala cuáles):						

C) Situaciones y actividades que evitas:

Señala con una cruz en la correspondiente casilla, con qué frecuencia evitas actividades, lugares o situaciones, por temor a que aparezcan las sensaciones temidas.

* Las casillas señaladas con 1 corresponde a la medida PRE. Aquellas medidas PRE acompañadas de un asterisco indican que no aparecieron en la medida POST. Aquellas casillas marcadas con 2 indican los ítems señalados únicamente en la medida POST.

Estar acompañado por tu perro.
Beber alcohol.
Rezar.
Comer algo.
Tomar pastillas. Si es así, anota cuáles.
Llevar pastillas en el bolso o el bolsillo.
La proximidad de un "lugar seguro" (casa, puerta de salida, etc.). Especificalo.
En el caso de trasladarte, hacerlo en coche.
Tensar los músculos para no desmayarte, cuando notas mareo o inestabilidad.
Camiar pegado a la pared.
Forzarte a distraerte cuando notas las sensaciones temidas.
Bostezar para tomar más aire.
Otras conductas que llevas a cabo para evitar que aparezcan las sensaciones temidas o para <i>ponerte a salvo</i> cuando aparecen. Anótalas aquí.

Por otro lado, y tal y como ella por voluntad propia aseguró a la terapeuta durante las sesiones clínicas, sus ideas y concepciones acerca de "*la ansiedad y los nervios*" (tal y como ella lo expresa) habían cambiado. Y, sobre todo, afirmaba que ya no vivía sus síntomas de forma tan negativa porque aunque entiende que es una persona sensible al estrés, ahora siente que tiene herramientas para controlarlo y convivir mejor con ello.

Por último, entendemos que sería necesario programar una evaluación a más largo plazo para comprobar que los objetivos alcanzados se mantienen en el tiempo. Para realizar dicha evaluación se valoraría el grado de generalización que se va dando en la vida de la paciente, así como la aplicación exitosa (o no) de estrategias tales como la resolución de conflictos, la toma de decisiones o la relajación.

3. Discusión.

Teniendo en cuenta lo expuesto hasta ahora, se puede decir que el tratamiento aquí expuesto para tratar el problema o demanda de agorafobia, se puede valorar como beneficioso para la paciente. La justificación principal de este éxito no es otra que la de poder afirmar que su calidad de vida tuvo una notable mejoría según ella misma fue registrando en su "Diario" a lo largo del proceso. La propia paciente aseguró que tanto los dolores de cabeza como las palpitaciones (síntomas) ya no le preocupaban como antes y que si los sentía era capaz de no prestarles toda su atención y seguir con su actividad habitual sin hacer interpretaciones catastróficas respecto a dichos síntomas. Además, actividades tales como bajar las escaleras del

metro, acudir a centros comerciales, hacer un trayecto en coche por Madrid, o acudir a una cena con amigos, volvieron a formar parte de su vida diaria, lo que le reportó beneficios tanto a nivel personal como a nivel de relaciones sociales. Además, al ser precisamente estas conductas evitativas las principales mantenedoras del problema de R., el trabajo realizado para exponerse a ellas y, como consecuencia, volver a integrarlas en su repertorio de conductas habituales, reportó a la paciente una sensación muy grande de cambio positivo en su vida. R. aseguró también que su percepción acerca de la ansiedad como algo peligroso y horrible había cambiado por completo.

Se puede decir que gran parte de estos cambios aquí expuestos se reflejan de un modo más significativo en las puntuaciones que R. obtuvo en las distintas pruebas, viéndose éstas reducidas de forma considerable tras la aplicación del tratamiento.

Entendemos que podría quedar pendiente el registro de nuevas medidas de Ansiedad Estado (A/E) y Ansiedad Rasgo (A/R) para ver si, efectivamente, estos valores se mantienen o mejoran a lo largo del tiempo. Así mismo, restaría también evaluar el estilo de afrontamiento de R. en el caso de sufrir una recaída relacionada con la agorafobia. Sin embargo, la actitud de superación y el esfuerzo que mostró R. durante toda la intervención hacen pensar en que con alta probabilidad afrontaría la situación de manera exitosa, ya que hay que tener en cuenta el grandísimo refuerzo que supuso para ella cada uno de los logros alcanzados así como el gran apoyo que su familia le aportó durante el tratamiento y le sigue aportando actualmente.

Se podría decir que este caso puede ilustrar un ejemplo de tratamiento para casos de agorafobia, y de donde también pueden extraerse ideas relacionadas con las habilidades terapéuticas que pueden ser empleadas en casos similares. Sin embargo, y de forma evidente, este caso no pretende representar a todas aquellas personas que presentan un trastorno de pánico con agorafobia. Y, a pesar de que entendemos que la TCC y la exposición son las técnicas más adecuadas para este tipo de problemáticas, podemos suponer que haya casos en los que dichas técnicas no resulten las más eficaces. Es decir, como profesionales de la psicología clínica,

entendemos que, a pesar de contar con un diagnóstico, cada caso es único e irrepetible tal y como lo es la persona que lo padece y que solicita ayuda. Por este motivo, para afrontar de forma eficaz la demanda de una persona que presenta un trastorno de pánico/agorafobia, en cada caso resulta necesario la elaboración minuciosa de cada una de las partes del proceso (creación del vínculo, evaluación, análisis funcional, planteamiento de objetivos y aplicación del tratamiento). Pero a pesar de las particularidades y de la excepcionalidad de cada caso, sí creemos que el caso aquí presentado podría resultar útil como ejemplo sobre el que basarse a la hora de afrontar un caso de similares características.

Por último, sí se pretende con la exposición de este caso aportar un ejemplo que ilustre la necesidad que consideramos que existe de seguir investigando sobre los trastornos de ansiedad en general. Basándonos en los datos presentados en la introducción acerca del alto porcentaje de la población clínica que presenta este tipo de trastorno, entendemos que, actualmente, muchos profesionales ponen en marcha en sus consultas multitud de técnicas novedosas que, aunque en su base tengan los principios básicos del aprendizaje humano, se adaptan mejor a la realidad y a las demandas concretas de los pacientes de hoy en día. En este sentido, creemos que sería de gran interés para la comunidad científica la puesta en común de las formas de proceder de los distintos profesionales para enriquecer así el panorama de la intervención clínica en los trastornos de ansiedad y, concretamente, en los relacionados con la agorafobia, ya que esto permitiría a los profesionales contar con un amplio abanico de pequeños recursos que les facilitase adaptarse mejor a las individualidades de cada demandante.

4. Valoración personal.

Llegados a este punto y tras todo lo expuesto en las páginas anteriores, puedo decir desde un punto de vista personal, que los resultados obtenidos (y los resultados esperables a largo plazo) han sido muy satisfactorios.

El trabajo realizado tanto con la paciente de forma directa, como a nivel de estudio y planificación individual, me han permitido tomar conciencia de la complejidad que encierra la práctica clínica y, en general, el trabajo relacionado directamente

con personas que sufren cualquier tipo de patología o trastorno. Leer, escribir o hablar sobre agorafobia no es lo mismo que tratarla. Que un paciente te mire a los ojos y te transmita su malestar pidiéndote que le ayudes no es algo se pueda explicar en un libro y por tanto aprender con su lectura. Por eso, cuando el tratamiento aplicado resulta efectivo y la propia persona es capaz de percibir y valorar sus avances, la sensación de satisfacción es doble ya que el trabajo realizado no ha sido sobre una serie de datos numéricos, sino sobre una persona real con todas las peculiaridades que la hacen irrepetible.

Como he venido diciendo, gracias al tratamiento y a su esfuerzo personal R. consiguió cambiar sus pensamientos catastrofistas y sus conductas de evitación; lo que queda demostrado a través de su "Diario", los cambios de puntuaciones en los cuestionarios pasados, así como en sus propias afirmaciones durante las sesiones con la terapeuta. Estos resultados permiten por tanto, que también se pueda hablar de éxito en lo que se refiere al desarrollo del análisis funcional, el planteamiento de los objetivos terapéuticos y la elección y aplicación de las técnicas aplicadas.

Sin embargo, entiendo que para poder hablar de objetivos conseguidos a largo plazo sería necesario re-evaluar estas mismas medidas más adelante. Así mismo, se podría decir que todavía no se puede saber si el entrenamiento en prevención de recaídas que actualmente recibe R. resultará eficaz en el futuro, ya que todavía no se cuenta con datos para poder realizar tal afirmación. Aún así, la relación terapéutica establecida con la paciente y la valoración que hasta el día de hoy se puede hacer del curso de la terapia, podrían considerarse como factores predictores o, al menos, facilitadores del éxito en la consecución de objetivos futuros.

Referencias.

- Aguado, R. (2009). *SOS...tengo miedo a tener miedo. Crisis de pánico, fobofobia y agorafobia del siglo XXI*. Madrid: Pirámide.
- Agras, S. (1989). *Pánico. Cómo superar los miedos, las fobias y la ansiedad*. Barcelona: Labor. (Original de 1985.)
- Andrews, G. y Slade, T. (2002). Agoraphobia without a history of panic disorder may be part of the panic disorder syndrome. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190, 624-630.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revision: DSM-IV-TR*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Bados, A. (1995a). *Agorafobia - I: Naturaleza, etiología y evaluación*. Barcelona: Paidós.
- Bados, A. (1995b). *Agorafobia - II: Tratamientos psicológicos y farmacológicos*. Barcelona: Paidós.
- Bados, A. (2000). *Agorafobia y ataques de pánico*. Madrid: Pirámide.
- Bados, A. (2006). *Tratando... pánico y agorafobia*. Madrid: Pirámide.
- Bados, A. (2009). *Agorafobia y pánico: Naturaleza, evaluación y tratamiento (2009)*. Publicación electrónica. <http://hdl.handle.net/2445/6261>
- Bados, A. y García, E. (2011). *Habilidades terapéuticas*. Publicación electrónica.
- Barlow, D.H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2ª ed.). Nueva York: Guilford.
- Burns, D. (2006). *Adiós ansiedad. Cómo superar la timidez, los miedos, las fobias y las situaciones de pánico*. Barcelona: Paidós.
- Burns, D. (2011). *Sentirse bien. Una nueva terapia contra las depresiones*. Madrid: Paidós.
- Cayoun, B. (2013). *Terapia cognitivo conductual con mindfulness integrado*. Bilbao: Biblioteca de Psicología. Desclée de Brouwer.
- Cía, A. (2006). *Cómo superar el pánico y la agorafobia. Manual de autoayuda*. Buenos Aires: Polemos.

- Echeburúa, E. y De Corral, P. (1992). *La agorafobia: Nuevas perspectivas de evaluación y tratamiento*. Valencia: Promolibro.
- Fernández-Ballesteros, R. (2004). *Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos*. Madrid: Pirámide.
- Greeson, J., y Brantley J., (2011) Mindfulness y trastornos de ansiedad: desarrollando una relación sabia con la experiencia interna del miedo. En F. Didonna (Ed.) *Manual clínico de Mindfulness* (pp. 312-337). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Hettema, J.M., Neale, M.C. y Kendler, K.S. (2001). A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1568-1578.
- Kendler, K.S., Karkowski, L.M. y Prescott, C.A. (1999). *Fears and phobias: Reliability and heredability*. *Psychological Medicine*, 29, 539-553.
- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K.R. y Walters, E.E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of *DSM-IV* disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.
- Kocovski, N., Segal, Z., Battista, S. (2011) Mindfulness y psicopatología: formulación de problemas. En F. Didonna (Ed.) *Manual clínico de Mindfulness* (pp. 179-200). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- León, O. y Montero, I. (2002). *Métodos de Investigación en Psicología y Educación*. Madrid: McGraw Hill.
- Marks, I.M. (1992). Tratamiento de exposición en la agorafobia y el pánico. En E. Echeburúa (Ed.), *Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad* (pp 35-55). Madrid: Pirámide.
- Marks, I.M. y O'Sullivan, G. (1992). Psicofármacos y tratamientos psicológicos en la agorafobia/pánico y en los trastornos obsesivo-compulsivos. En E. Echeburúa (Ed.), *Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad* (pp 97-114). Madrid: Pirámide.
- Martín, G. y Pear, J. (2006). *Modificación de conducta. Qué es y cómo aplicarla*. Madrid: Pearson Educación.
- Mathews, A.M., Gelder, M.G. y Jonhston, D.W. (1985). *Agorafobia: naturaleza y tratamiento*. Barcelona: Fontanella. (Original de 1981.)

- Moreno, P. y Martín, J. (2007). *Tratamiento psicológico del trastorno de pánico y la agorafobia. Manual para terapeutas*. Bilbao: Biblioteca de Psicología. Desclée de Brouwer.
- Muñoz, M. (2012). Asignatura: Habilidades básicas del terapeuta (apuntes de clase). Máster de Psicología de la Salud. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid.
- Olivares, J. y Méndez, F. (2005). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Biblioteca nueva.
- Orsillo, S. Y Roemer, L. (2014). *Vivir la ansiedad con conciencia. Libérese de la preocupación y recupere su vida*. Bilbao: Biblioteca de Psicología. Desclée de Brouwer.
- Pérez, M., (2014). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Petot, D. (2004). L'angoisse de séparation infantile est-elle le précurseur del'agoraphobie et de l'attaque de panique? *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 52, 78-84.
- Roca, E. (2005). *Cómo superar el pánico (con o sin agorafobia): programa de autoayuda*. Valencia: ACDE.
- Rodríguez, J. (2014). *Trastorno de pánico y agorafobia*. Madrid: Guías profesionales. Editorial Síntesis.
- Siegel, R., Germer, Ch., Olendzki, A. (2011) Mindfulness: ¿Qué es? ¿Dónde surgió?. En F. Didonna (Ed.) *Manual clínico de Mindfulness* (pp. 73-103). Bilbao: Desclée de Brouwer.

Anexos.

Anexo 1. Cuestionario de pánico-agorafobia (adaptación de E. Roca, 2005). Adaptado de Greenberg (1989) y de Echeburúa y Corral (1992).

E) Creencias y pensamientos catastrofistas.

Evalúa tu grado de creencia en los siguientes pensamientos, poniendo a la derecha de cada uno el número correspondiente:

0 = Desacuerdo total	2 = Bastante de acuerdo
1 = Dudoso (lo creo a veces)	3 = Totalmente de acuerdo

	Lo creo durante las crisis o estando nervioso	Lo creo fuera de las crisis, estando tranquilo
1. Es terrible sentir ansiedad.		
2. Creo que puedo tener un tumor cerebral.		
3. Puedo morir asfixiado.		
4. Voy a perder el control.		
5. Voy a sufrir un ataque cerebral.		
6. Me quedaré paralizado por la ansiedad.		
7. Si tengo una crisis de pánico en una situación, volveré a tenerla si vuelvo a la misma situación.		
8. Si tengo una crisis de pánico mientras estoy llevando a cabo una actividad, es muy probable que sufra otra si vuelvo a emprender la misma actividad.		
9. Tener crisis de pánico significa que soy débil o inferior a otras personas.		
10. Si la gente me ve teniendo una crisis, me perderán el respeto.		
11. Voy a seguir teniendo crisis el resto de mi vida.		
12. Puedo morir durante una crisis.		
13. Estas crisis significan que tengo un problema grave de salud, física o mental.		
14. Estas crisis significan que me estoy volviendo loco.		
15. Sólo estaré seguro, si puedo controlar completamente cualquier situación en la que me halle.		
16. Nunca seré capaz de superar las crisis de pánico ni de disfrutar de la vida como una persona normal.		
17. Si tengo que esperar en una cola, es muy probable que pierda el control, grite, me desmaye o empiece a llorar.		
18. Tengo alguna enfermedad que los médicos todavía no		

han encontrado.		
19. Debo estar alerta o me ocurrirá algo terrible.		
20. Si pierdo el miedo a las crisis de pánico, no haré caso a síntomas, que pueden ser peligrosos.		
21. Si mis hijos (u otras personas allegadas) me ven teniendo una crisis de pánico, pueden volverse temerosos e inseguros		
22. Tengo que controlar, en todo momento, cómo reacciona mi cuerpo, o podría tener una crisis de pánico.		
23. La ansiedad puede provocar una trombosis.		
24. Cuando empiezo a tener una crisis, tengo que escapar de la situación en la que estoy, porque de no escapar podría suceder algo terrible.		
25. Mi corazón no podría soportar demasiada ansiedad.		
26. El sistema nervioso puede resultar dañado si experimenta demasiada ansiedad.		
27. La ansiedad puede hacer que pierda el control y haga algo muy vergonzoso o inadecuado.		
28. Mis emociones pueden llegar a ser tan intensas que no pueda soportarlas.		
29. Si tengo una crisis mientras conduzco o estoy en un atasco es muy probable que provoque un accidente.		
30. Una crisis de pánico puede producir un ataque al corazón.		
31. Una crisis de pánico me puede matar.		
32. Una crisis de pánico puede hacer que me vuelva loco.		
33. Si noto un poco de ansiedad, significa que voy a tener una crisis de pánico.		
34. Puedo llegar a experimentar emociones terribles que no acaben nunca.		
35. Si me muestro enfadado, puedo perder el control y provocar una pelea grave.		
36. Puedo perder el control a causa de la ansiedad y quedar prisionero de mi propia mente.		
37. Seguir con mis actividades habituales durante una crisis, puede ser muy peligroso.		
38. Debo tener cerca a mi acompañante para estar protegido del pánico.		
39. No puedo soportar las sensaciones que experimento durante una crisis de pánico.		
40. No puedo hacer cosas que hace la gente normal como esperar sola en una cola, permanecer en un atasco o alejarme de casa.		
41. Debo tener cerca, en todo momento, los objetos o las personas que me ayudan a sentirme seguro, porque de no ser así, podría ocurrirme algo terrible.		
42. Las únicas cosas que eliminan mi ansiedad son el alcohol o la medicación.		

43. Mis crisis están causadas por el hecho de alejarme de casa o de un lugar seguro.		
44. Si no puedo controlar perfectamente mi ansiedad, soy un fracaso como persona.		
45. Si no me tomo un tranquilizante cuando noto sensaciones de pánico, me moriré o sufriré un infarto.		
46. Si tengo algo de ansiedad soy incapaz de funcionar.		
47. Si pierdo mi miedo a las crisis de pánico, tendré que afrontar otros problemas que no soy capaz de manejar.		
48. Sentir un impulso de hacer algo peligroso o loco, significa que hay muchas probabilidades de que lo haga.		
49. Si hay alguna posibilidad de sentirme incómodo, infeliz o ansioso, es mejor que me quede cerca de alguien que pueda ayudarme.		
50. Debo estar pendiente de cualquier sensación que note, para prevenir las crisis de pánico.		
51. Puedo desmayarme y no recuperarme más.		
52. El tratamiento puede servir para otras personas, pero no para mí.		
53. Prefiero morir a experimentar otra crisis de pánico.		
54. No puedo valerme por mi mismo.		
55. Si voy por la calle solo me marearé, perderé el control o me volveré loco.		
56. Dependo de mi familia en todo. Si me quedase solo no podría salir adelante.		
57. Nunca me curaré. La terapia anterior no resultó.		
58. El miedo se ha apoderado de mí.		
59. Dependo de los demás como si fuese un trasto inútil.		
60. A veces, cuando me despierto, ya noto las sensaciones, y temo levantarme porque me sentiré peor.		
61. Me quedaré atrapado entre la gente y me asfixiaré.		
62. Me mirarán como a un bicho raro		
Otros pensamientos catastrofistas acerca de tus sensaciones, tus crisis o tu problema de pánico.		

F) Sensaciones temidas:

Señala con una cruz la frecuencia con que experimentas las sensaciones internas cuando estás nervioso, y el grado de temor que sientes cuando las notas.

SENSACIONES	Frecuencia con que las notas			Temor que te producen		
	Nunca	A veces	Siempre	Nada	Medio	Máximo
Taquicardia o palpitaciones						
Hormigueo						
Pérdida de sensibilidad en brazos y piernas						
Pérdida de sensibilidad en otras zonas						
Escalofríos u oleadas de calor						
Mareos, inestabilidad o vértigos						
Visión borrosa						
Náuseas o vómitos						
Molestias abdominales						
Nudo en el estómago						
Flojedad de piernas						
Sudor						
Sequedad de boca						
Desorientación o confusión						
Ahogo o sofoco						
Temblor, sacudidas o estremecimiento						
Dificultad para respirar						
Sensación de falta de aire						
Sensación de atragantarme						
Dolor de cabeza						
Cansancio extremo						
Percibir las cosas de forma diferente a lo habitual						
Percibirme a mi mismo de forma extraña						
Dificultad para pensar						
Otras (señala cuáles):						

G) Situaciones y actividades que evitas:

Señala con una cruz en la correspondiente casilla, con qué frecuencia evitas actividades, lugares o situaciones, por temor a que aparezcan las sensaciones temidas.

SITUACIONES O LUGARES QUE EVITO	Los evito cuando estoy solo (o sin alguien con quien me siento seguro)		Los evito aunque vaya acompañado (con alguien con quien me siento seguro)	
	Siempre	A veces	Siempre	A veces
Estar en la peluquería				
Ejercicio físico (cuál)				
Comprar en el mercado				
Discutir				
Alejarme de casa				
Ir a recoger a los niños del colegio				
Acudir a una reunión de vecinos				
Ir al trabajo diariamente				
Hacer una cola				
Asistir a fiestas o reuniones				
Viajar				
Hacer una gestión en una ventanilla				
Cruzar puentes y túneles				
Acudir al médico				
Visitar a amigos o familia				
Salir a pasear				
Grandes almacenes				
Bares y restaurantes				
Cines				
Ascensores				
Aparcamientos subterráneos				
Campos de fútbol o plazas de toros				
Lugares altos				
Playas				
Espacios abiertos				
Hospitales				
Autobuses				
Trenes				
Aviones				
Coches				
Salir sin gafas de sol				
Metro				
Salir por la noche				
Otros (señala cuáles)				

Actividades que evitas	A veces	Siempre
Tomar medicación		
Tomar café		
Mantener relaciones sexuales		
Comer con personas con las que no suelo hacerlo		

H) Otras conductas dirigidas a evitar las sensaciones o su supuesta peligrosidad.

Señala con una cruz, a la derecha, aquellas que utilizas.

Estar acompañado por tu pareja.
Estar acompañado por otras personas de confianza (señala quién).
Llevar contigo algún objeto (teléfono móvil, botella de agua, et.) Especifica cuál.
Estar acompañado por tu perro.
Beber alcohol.
Rezar.
Comer algo.
Tomar pastillas. Si es así, anota cuáles.
Llevar pastillas en el bolso o el bolsillo.
La proximidad de un "lugar seguro" (casa, puerta de salida, etc.). Especificalo.
En el caso de trasladarte, hacerlo en coche.
Tensar los músculos para no desmayarte, cuando notas mareo o inestabilidad.
Camiar pegado a la pared.
Forzarte a distraerte cuando notas las sensaciones temidas.
Bostezar para tomar más aire.
Otras conductas que llevas a cabo para evitar que aparezcan las sensaciones temidas o para <i>ponerte a salvo</i> cuando aparecen. Anótalas aquí.

