



MÁSTERES de la UAM

Facultad de Psicología /11-12

Máster Universitario en
Psicología de la Salud



**Evaluación y
tratamiento de un caso
con trastorno de an-
gustia sin agorafobia**
Marina Brunete Esteban



ÍNDICE

1. Descripción general del trastorno

- 1.1 Introducción
- 1.2 El trastorno de angustia sin agorafobia según el DSM-IV
- 1.3 Prevalencia y curso de los trastornos de pánico
- 1.4 Conductas problema más frecuentes en pacientes con esta problemática:
- 1.5 Tratamientos recomendados

2. Presentación del caso clínico

- 2.1 Identificación del paciente
- 2.2 Motivo de la consulta
- 2.3 Historia del problema
- 2.4 Evaluación del caso
- 2.5 Formulación clínica del caso
- 2.6 Hipótesis explicativa
- 2.7 Objetivos del tratamiento y técnicas empleadas
- 2.8 Tratamiento elegido
- 2.9 Aplicación de la evaluación y tratamiento
- 2.10 Factores relacionados con el terapeuta
- 2.11 Diseño del estudio
- 2.12 Efectividad y eficiencia de la intervención

3. Discusión:

- 3.1 Limitaciones del estudio
- 3.2 Valoración de los resultados en el contexto de la formulación clínica y del tratamiento realizado
- 3.3 El ajuste a la ética de la intervención
- 3.4 Autoevaluación del trabajo desempeñado

4. Referencias bibliográficas

RESUMEN

El presente trabajo se basa en la exposición de un caso clínico con el que he trabajado como terapeuta durante las prácticas del Máster de Psicología de la Salud, llevadas a cabo en el Instituto de Orientación Psicológico EOS de Madrid. El paciente (varón de 28 años), presentaba un trastorno de angustia sin agorafobia en remisión parcial. En el presente trabajo se expone la evaluación y el tratamiento realizado con el paciente, basado en el programa de tratamiento de Botella y Ballester (1997), junto con las modificaciones introducidas para adaptarlo al caso que nos ocupa.

ABSTRACT

The present work is based on the exhibition of a clinical case with that I have worked like therapist during the practices of the Masters of Clinical and Health Psychology, carried out in the Psychological Institute of Guidance EOS of Madrid. The patient (a man of 28 years), presented an anxiety disorder without agoraphobia in partial remission. In the present work it is exposed the evaluation and the treatment made with the patient, based on the program of treatment of Botella and Ballester (1997), along with the introduced modifications to adapt it to the case that occupies to us.

1. Descripción general del trastorno:

1.1 Introducción:

El trastorno de pánico (TP) constituye en la actualidad un importante problema de salud pública, dada su alta prevalencia, su resistencia a la remisión espontánea, la importante comorbilidad con otros trastornos (por ejemplo depresión, consumo de alcohol y otras sustancias) y también por las importantes consecuencias negativas que acaban afectando la calidad de vida de las personas que lo padecen.

Según recogen Calero, A., y Bados, A. (2010), de manera resumida, se puede decir que tiene lugar un problema de pánico cuando una persona ha experimentado uno o más ataques de pánico (periodo discreto de intenso miedo, aprensión, terror o malestar acompañado frecuentemente de una sensación de peligro inminente y de un impulso a escapar y durante el cual tienen lugar ciertas sensaciones físicas características, Bados, 2006) y a partir de ese momento se produce un cambio significativo de comportamiento acompañado, por regla general, de una preocupación intensa y persistente relacionada con posibles nuevos ataques y un miedo a las potenciales consecuencias catastróficas de los mismos. Muchos pacientes que son diagnosticados de TP temen padecer alguna enfermedad no diagnosticada y en el curso de sus crisis sienten la amenaza inminente de alguna consecuencia catastrófica como la asfixia, el desmayo, la pérdida de control, un infarto, volverse loco o la propia muerte.

La agorafobia, por su parte, hace referencia a la ansiedad que experimenta la persona cuando está en situaciones de las que es difícil escapar o en las que no contará con ayuda en caso de tener un ataque de pánico o síntomas similares a los del pánico (mareo, caída, despersonalización, desrealización, pérdida del control de esfínteres, vómito, molestias cardíacas). La persona tiende a evitar estas situaciones y, si las afronta, lo hace con mucho malestar o necesita estar acompañada por alguien.

Los problemas de pánico y agorafobia se pueden dar por separado o juntos, aunque lo más frecuente es encontrarlos de forma comórbida. Aun así, la clasificación de los trastornos de ansiedad que contempla la cuarta edición revisada del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2000) sería la siguiente; el trastorno de angustia sin agorafobia, el trastorno de angustia con agorafobia y la

agorafobia sin historia de trastorno de angustia. En el presente trabajo, se hará referencia únicamente al trastorno de angustia sin agorafobia.

1.2 El trastorno de angustia sin agorafobia según el DSM-IV

Siguiendo a Calero, A., y Bados, A. (2010) y basándose en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2000), se habla de crisis de angustia o ataque de pánico cuando tiene lugar en la persona la aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro (o más) de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos, acompañándose a menudo de una sensación de peligro o de muerte inminente y de una urgente capacidad de escapar (véase tabla 1.1):

TABLA 1.1

Criterios diagnósticos para la crisis de angustia (Panic Attack) (DSM-IV- TR)

<p>Crisis de angustia (panic attack):</p> <p>Aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro (o más) de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 min:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca 2. Sudoración 3. Temblores o sacudidas 4. Sensación de ahogo o falta de aliento 5. Sensación de atragantarse 6. Opresión o malestar torácico 7. Náuseas o molestias abdominales 8. Inestabilidad, mareo o desmayo 9. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo) 10. Miedo a perder el control o volverse loco 11. Miedo a morir 12. Parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo) 13. Escalofríos o sofocaciones
--

Teniendo en cuenta lo anterior, según el DSM-IV-TR la característica principal del trastorno por angustia es la presencia de ataques de pánico recurrentes e inesperados, seguidos de la aparición, durante un periodo como mínimo de un mes, preocupación persistente por la posibilidad de padecer nuevos ataques de pánico, preocupación por las posibles implicaciones o consecuencias de los ataques, o un cambio comportamental significativo relacionado con estos ataques. En función de si se reúnen o no los criterios de la agorafobia, el diagnóstico completo será trastorno de angustia con agorafobia o trastorno de angustia sin agorafobia. A continuación, se exponen los criterios diagnósticos recogidos en el DSM-IV sobre el trastorno

Evaluación y tratamiento de un caso con trastorno de angustia sin agorafobia

de angustia sin agorafobia (F41.0) (véase tabla 1.2) y los criterios que recoge la OMS en la CIE10 (F41.0) (véase tabla 1.3):

TABLA 1.2
Criterios para el diagnóstico del trastorno por angustia sin agorafobia (DSM-IV-TR)

<p>F41.0 Trastorno de angustia sin agorafobia (300.01):</p> <p>A. Se cumplen 1 y 2:</p> <p>1. Crisis de angustia inesperadas recidivantes.</p> <p>2. Al menos una de las crisis se ha seguido durante 1 mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Inquietud persistente ante 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 <p>B. Ausencia de agorafobia.</p> <p>C. Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica. Las crisis de angustia no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, como por ejemplo fobia social, fobia específica, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés postraumático o trastorno por ansiedad de separación.</p>
--

TABLA 1.3
Criterios para el Trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica) (CIE-10)

<p>Su característica esencial es la presencia de crisis recurrentes de ansiedad grave (pánico) no limitadas a ninguna situación o conjunto de circunstancias particulares. Son por tanto imprevisibles. Como en otros trastornos de ansiedad, los síntomas predominantes varían de un caso a otro, pero es frecuente la aparición repentina de palpitaciones, dolor precordial, sensación de asfixia, mareo o vértigo y sensación de irrealidad (despersonalización o desrealización). Casi constantemente hay un temor secundario a morirse, a perder el control o a enloquecer. Cada crisis suele durar sólo unos minutos, pero también puede persistir más tiempo. Tanto la frecuencia como el curso del trastorno, que predomina en mujeres, son bastante variables.</p> <p><u>Pautas para el diagnóstico:</u></p> <p>Las crisis de pánico que se presentan en una situación fóbica consolidada se consideran expresión de la gravedad de la fobia y ésta tiene preferencia para el diagnóstico. El trastorno de pánico es el diagnóstico principal sólo en ausencia de cualquiera de las fobias de F40.</p> <p>Para un diagnóstico definitivo deben de presentarse varios ataques graves de ansiedad vegetativa al menos durante el período de un mes:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) En circunstancias en las que no hay un peligro objetivo. b) No deben presentarse sólo en situaciones conocidas o previsibles. c) En el período entre las crisis el individuo debe además estar relativamente libre de ansiedad aunque es frecuente la ansiedad anticipatoria leve. <p>Incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ataques de pánico. - Estados de pánico.

1.3 Prevalencia y curso de los trastornos de pánico:

Según remarcan Calero, A., y Bados, A. (2010) de acuerdo con Bados (2006), los problemas de pánico y agorafobia son de los más frecuentes en la práctica clínica; concretamente, son los problemas de ansiedad por los que más se consulta y constituyen alrededor del 50-60% de los casos de fobia atendidos en la clínica (Bados, 2009).

Se pueden encontrar diferencias marcadas entre los datos de prevalencia presentados en distintos estudios, aunque en la mayoría de ellos se informa de tasas elevadas. Así, por ejemplo, en un estudio reciente en Cataluña (Serrano-Blanco et al., 2010), citado por Calero, A., y Bados, A. (2010) con población de atención médica primaria se encontró que el 7% de los pacientes había presentado en los últimos 12 meses un problema de pánico y el 3,48% un problema de agorafobia.

En general, siguiendo a los mismos autores (Calero, A., y Bados, A., 2010) si se analizan datos de población de atención primaria, se encuentran cifras de prevalencia más altas que en población comunitaria, como se puede ver en los siguientes estudios realizados con muestras amplias y siguiendo los criterios del DSMIV:

Andrews y Scale (2002) encontraron en población australiana una prevalencia anual del trastorno de pánico con y sin agorafobia del 0,6% y del 1,3%, respectivamente, y una prevalencia anual de agorafobia del 2,2%; en la National Comorbidity Survey Replication (Kessler, Berglund et al., 2005), con muestra estadounidense, se informó de una prevalencia anual de trastorno de pánico con o sin agorafobia del 2,7% y de agorafobia sin trastorno de pánico del 0,8%; en un estudio realizado en seis países europeos, entre ellos España, se encontraron cifras más bajas, en concreto, una prevalencia anual del trastorno de pánico de 0,8% y de agorafobia de 0,4% (ESEMEd/ MHEDEA 2000 Investigators, 2004). Por otra parte, los datos de prevalencia durante la vida fueron más altos en todos los casos, por ejemplo, en el estudio europeo (ESE-MeD/MHEDEA 2000 Investigators, 2004), la prevalencia durante la vida del trastorno de pánico fue de 2,1%.

Parece ser que los problemas de pánico y/o agorafobia son mucho más frecuentes en las mujeres que en los hombres. Concretamente, en población clínica en torno a las dos terceras partes de las personas con agorafobia son mujeres (Bados, 2009). En población de atención médica primaria también se encuentran diferencias importantes, como se puede ver, por ejemplo, en el estudio de Serrano-Blanco y colaboradores (2010): la prevalencia de pánico en el último año en hombres fue de 3,89% y en mujeres de 8,79%. Por lo que respecta a la edad

de inicio del TP, varía mucho, aunque lo más común es que su inicio tenga lugar entre la adolescencia y los 35 años (Ballester, R., 2007). Por lo que respecta a la comorbilidad con la agorafobia, según Ballester, R. (2007), se considera que entre un tercio y la mitad de las personas diagnosticadas de TP en la población general presentan también este trastorno.

1.4 Conductas problema más frecuentes en pacientes con esta problemática:

De acuerdo con Calero, A., y Bados, A. (2010) las conductas problema que típicamente forman parte de los casos clínicos de pánico y/o agorafobia son los siguientes (véase una descripción más detallada de algunos de los puntos de este listado en Bados, 2000, 2006):

- Ataques de pánico (reacciones de ansiedad o miedo extremos con las características previamente señaladas).
- Ansiedad o miedo ante las reacciones físicas que se dan en determinadas situaciones temidas y pensamientos catastróficos acerca de las posibles consecuencias físicas, psicológicas o sociales de estas sensaciones de ansiedad. Estos dos tipos de conductas se conocen como *miedo al miedo*.
- Muy relacionado con lo anterior, se produce ansiedad anticipatoria ante la posibilidad de experimentar ataques de pánico o elevada ansiedad relacionada con las posibles consecuencias.
- Hipervigilancia ante las sensaciones corporales de ansiedad.
- Conductas de seguridad ante las reacciones de ansiedad (por ejemplo, llevar ciertos objetos tranquilizadores, tomar medicación, etc.) y comprobación del propio estado de salud.

1.5 Tratamientos recomendados:

De acuerdo con las fuentes bibliográficas revisadas, se puede decir que, afortunadamente, en los últimos 15 años se ha avanzado enormemente en la comprensión del fenómeno del pánico, en su conceptualización, evaluación y en el desarrollo de acercamientos terapéuticos eficaces en este tipo de trastorno. En el presente apartado únicamente se hará referencia en los avances fundamentales que se han logrado en el ámbito de los tratamientos.

Actualmente contamos con algunos programas de tratamiento que cumplen satisfactoriamente con los criterios dictados por la APA Task Force on Psychological Interventions Guidelines (1995) para ser considerados como tratamientos bien establecidos o con suficiente evidencia

empírica acerca de su eficacia (Botella, 2003, citado por Ballester, R., 2007). Estos tratamientos, muy similares entre sí, son los siguientes:

- Por un lado, el programa de tratamiento del control del pánico del grupo de Barlow (TCP) (Barlow y Cerny, 1988; Barlow y Craske, 2000, citado por Ballester, R., 2007) que incluye los siguientes aspectos: un componente educativo en el que se explica al paciente qué es el pánico y cómo se produce, un énfasis especial en la exposición sistematizada del paciente a los estímulos internos temidos (sensaciones corporales), técnicas de discusión cognitiva de las creencias erróneas del paciente acerca de las amenazas asociadas al pánico, entrenamiento en técnicas de control de la ansiedad, como la relajación y la respiración lenta, y tareas para casa que se pautan atendiendo a la fase en la que se encuentra el paciente.
- Por otro lado, el programa de terapia cognitiva del grupo de Clark (TC) (Clark, 1989; Salkoskis y Clark, 1991) ha desarrollado un programa que se basa en la teoría cognitiva del TP (Beck, Emery y Greenberg, 1985; Clark, 1986; Salkovskis, 1988) según la cual, la persona que sufre AP recurrentes lo hace debido a una tendencia a interpretar de forma errónea y catastrófica las sensaciones corporales que experimenta (ej. estoy teniendo un ataque cardíaco, no podré respirar y me moriré, me estoy volviendo loco, voy a perder el control, etc.). Estas interpretaciones erróneas dan lugar a un incremento de la ansiedad, lo cual a su vez incrementa las sensaciones y se produce un círculo vicioso que culmina en un AP. El programa de TC incluye varios componentes. Por una parte, un componente educativo en el que se explica a la persona lo que ocurre en un AP, y por otra parte, un importante componente cognitivo en el que se ayuda a la persona a identificar y retar las interpretaciones erróneas. El programa también incluye procedimientos comportamentales como la inducción de las sensaciones temidas por medio de la realización de pequeños «experimentos» (ej. por medio de hiperventilación, o focalización de la atención, lectura de pares asociados amenazantes, etc.) para ayudar a mostrar al paciente posibles causas de las sensaciones y recomendaciones acerca de abandonar «conductas de seguridad» para ayudar a la persona a desconfirmar sus predicciones negativas acerca de las consecuencias de los síntomas. Finalmente, una serie de tareas para casa en las que el paciente además de registrar diariamente los AP, los pensamientos negativos y las respuestas racionales, debe llevar a cabo una serie de ejercicios (ej. experimentos comportamentales, entrenamiento en respiración lenta) que van cambiando dependiendo de la fase de la terapia en la que se encuentra (Clark et al. 1994).

En la práctica, estos dos enfoques de tratamiento resultan muy similares, ya que los objetivos y la totalidad de los procedimientos son, básicamente, los mismos en ambos programas. La diferencia más notable entre ambos enfoques es que en el programa del grupo de Barlow se insiste sobremanera en la exposición a las sensaciones interoceptivas, mientras que en el programa del grupo de Clark se da un gran énfasis al componente cognitivo (Botella, C., 2001). En nuestro país, el grupo de trabajo de Ballester y Botella (1992) desarrolló un programa de tratamiento que incluye algunos de los componentes del programa de Barlow y de Clark, estructurado entre 10 y 14 sesiones y que ha demostrado su eficacia tanto en su forma individual como grupal.

Por otra parte, en cuanto a las revisiones generales sobre la eficacia de los tratamientos farmacológicos para el TP, éstas indican que una serie de fármacos resultan eficaces. En concreto, los fármacos para los que se ha obtenido evidencia empírica son los antidepresivos tricíclicos (imipramina), los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRIs) (fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina y sertralina), las benzodiacepinas (alprazolam) y los inhibidores de la monoamino oxidasa (IMAOS) (fenelzina) (Practice Guideline for the Treatment of Patients with Panic Disorder, 1998; Roy-Birne y Cowley, 1998).

2. Presentación del caso clínico:

El caso que se presenta a continuación, lo he llevado a cabo como terapeuta de forma íntegra e individualizada, siendo apoyada mediante las supervisiones externas en las horas establecidas de tutorías por Esther Legorgeu, mi tutora de prácticas del Centro de Orientación Psicológica EOS de Madrid.

2.1 Identificación del paciente:

R. M., es un varón de 28 años de edad natural de Toledo pero residente en la actualidad en Madrid, desde hace unos años, y que en la actualidad comparte piso con su hermana de 21 años. R. M. proviene de una familia estructurada de un nivel socioeconómico medio-alto. Sus relaciones familiares las califica como positivas. Su padre padece una enfermedad crónica del estomago desde hace 30 años y ha sido intervenido en multitud de ocasiones.

Respecto a la situación laboral, R.M. regenta una discoteca en su pueblo natal junto con otros dos socios donde va los fines de semana y además, durante la semana, trabaja en un banco que últimamente ha fusionado varias cajas de ahorros. Se encuentra satisfecho con su situación laboral y se declara afortunado.

Respecto a sus aficiones y tiempo libre, a R.M. le gusta el fútbol y el deporte en general, salir con sus amigos, pasar tiempo con su pareja y además, participa en una banda de música en su pueblo. Respecto a la relación con su pareja, con la que lleva desde hace seis años, R.M. comenta que su relación es estable y positiva, mostrando un buen ajuste a su relación de pareja actual.

El desarrollo evolutivo del paciente ha sido normal, sin enfermedades importantes durante la infancia, adolescencia y juventud. Además, el paciente cuenta con facilidad de acceso a los servicios médicos. Su estado general de salud es bueno, no tiene problemas para conciliar el sueño ni solía despertarse durante la noche. Su apetito es normal. Consume alcohol de forma esporádica durante algunos fines de semana. El paciente está medicado desde hace un año y medio con Serosat y actualmente toma $\frac{1}{4}$ de pastilla los lunes, miércoles y viernes.

Su estilo de afrontamiento se encuentra entre “orientado al problema” (suele utilizar las siguientes estrategias: concentrarse en resolverlo, buscar pertenencia y distracción física) y un estilo de afrontamiento “no productivo” (entre las que se remarcan las siguientes estrategias: preocupación excesiva, reducción de la tensión y reservarlo para sí mismo). Por otra parte, suele utilizar estrategias orientadas a la solución de problemas, en lugar de centrarse en la emoción.

Además de los problemas crónicos de salud de su padre mencionados anteriormente, no había antecedentes de problemas relacionados con la salud mental, a excepción de una de sus primas que sufría problemas de ansiedad.

En general, R.M. cuenta con un buen ajuste personal, familiar y laboral, al igual que un nivel socioeconómico medio y un nivel alto de integración social.

2.2 Motivo de la consulta:

R.M. acude por recomendación de su psiquiatra ya que lleva un año y medio en tratamiento con Serosat. El objetivo de la derivación por parte de su psiquiatra es favorecer la retirada gradual de la medicación que ya ha comenzado a ser reducida. El paciente comenzó el

tratamiento psicofarmacológico ya que hace aproximadamente dos años sufrió un ataque de pánico muy fuerte mientras conducía de noche volviendo de su pueblo. Después tuvieron lugar varias crisis de ansiedad aunque el paciente refiere que no tan fuertes como el primer ataque de pánico. A los 5 meses aproximadamente tras el primer ataque de pánico el paciente comenzó con la medicación. La medicación le ha ayudado a conseguir la remisión total de los ataques de pánico aunque quedan ciertos síntomas residuales (sobretudo a nivel cognitivo). Al principio tomaba $\frac{1}{2}$ pastilla todos, los días, y después, en la primera bajada de la medicación, la dosis era de $\frac{1}{4}$ cada día. Hace aproximadamente 7 meses, el psiquiatra le bajó la medicación a $\frac{1}{4}$ lunes, miércoles y viernes y ante tal hecho, el paciente sufrió un incremento en su nivel de activación que él define como nerviosismo, problemas para conciliar el sueño, mayor preocupación, etc. Ante tal hecho, el psiquiatra le sube otra vez la dosis de Serosat. El grado de activación del paciente volvió a la normalidad, y tras cuatro meses el psiquiatra le pone la dosis actual ($\frac{1}{4}$ lunes, miércoles y viernes) sin consecuencias negativas, aunque le recomienda recibir psicoterapia para facilitar el proceso.

El patrón psicofisiológico de la ansiedad de R.M. estaba caracterizado por parestesias, sensación de respiración anormal, sensación de ahogo y todo un conjunto de pensamientos o ideas catastróficas y automáticas. Las principales cogniciones presentes durante las crisis de angustia son las relativas al miedo a morir, a perder el control, a sufrir un infarto y a sufrir un problema psicológico o a volverse loco. R.M. tiene un estilo cognitivo un tanto rígido, intolerancia a la duda y una necesidad de control elevada, y bastante preocupación por la salud física y mental que se materializa en hipersensibilidad a las señales fisiológicas que él relaciona con la enfermedad física o psicológica.

El objetivo que el paciente tiene para el tratamiento es poder dejar la medicación, sin que vuelvan los ataques de pánico y adquirir herramientas para el manejo de la ansiedad.

2.3 Historia del problema:

R.M. cuenta con antecedentes familiares de trastornos de ansiedad (una prima suya padece ataques de pánico) y él cuando tenía 14 años presenció como a su prima le daba un ataque de ansiedad (hiperventilaba, se quedó totalmente rígida y pálida, vio que parecía como si se fuera a ahogar, etc.). Esta vivencia le proporcionó un modelo representacional de lo que ocurre durante una crisis de ansiedad. A él le impactó mucho este suceso y lo recuerda de una forma muy viva.

Hace aproximadamente dos años R.M sufrió un ataque de pánico mientras conducía por la noche volviendo de su pueblo en Toledo. La noche anterior a este primer episodio había estado trabajando en la discoteca que regenta en su pueblo natal junto con dos amigos. Previamente al ataque de pánico, R.M. sentía debilidad física (resaca, falta de sueño y al cansancio). Además de esto, recibió una llamada de un extraño amenazándole y acusándole de cosas que no tenían que ver con él (seguramente se equivocaron al llamarle), lo que hizo que su activación de incrementara y comenzó a tener sensaciones psicofisiológicas extrañas (se le durmió el brazo, sensación rara en el estómago, dificultad para respirar), que él interpretó de manera automática y catastrófica (me va a dar un infarto, me voy a morir).

Él paró en el arcén de la carretera y el pánico llegó a su máxima intensidad. Llamaron al 112 y le dijeron que le estaba dando un ataque de ansiedad, que no se preocupara que no le iba a pasar nada malo y que respirara en una bolsa de papel. Al cabo de un rato, al ver que seguía muy ansioso, fue al hospital por urgencias y le medicaron por vía intravenosa un tranquilizante, lo que disipó las señales fisiológicas.

Después de este primer episodio de ansiedad, el paciente tuvo más crisis de angustia, aunque no tan fuertes como la primera vez que le ocurrió. Comenzó a coger miedo a conducir, y el coche se convirtió en un estímulo discriminativo y desencadenante de sus síntomas de ansiedad. Estuvo un tiempo sin coger el coche hasta que decidió volver a hacerlo, para lo que utilizaba Lexatín. Aun así, refiere que en el coche le han dado varios ataques de ansiedad, aunque no tan fuertes como el primero.

El segundo episodio que el paciente relata se da cuando su pareja y él se fueron de vacaciones ese verano, y consiguió llevar el coche con la ayuda del Lexatín. El primer día de las vacaciones refiere que tuvo nuevas sensaciones que antes no había experimentado. Querían ir a un sitio para el que para llegar tenían que desplazarse en coche (estaba a unos 10 km) y se tuvo que dar la vuelta debido a que no se sentía capaz de llegar. Refiere que durante todo el día, la inquietud fue creciendo, y que la sintomatología, en lugar de ser primordialmente física, era más bien cognitiva, comentando que se encontraba en una situación de “agresividad mental”, como él la califica (gran flujo de pensamientos catastróficos y automáticos, falta de concentración, irritabilidad mental, etc.), y que nunca había experimentado esas sensaciones mentales. No quería ni salir de la habitación ni hablar con su pareja ni hacer nada debido al estado en el que se encontraba. Al final, después de cenar se fue a urgencias para que le medicaran. El paciente comenta que no hubo ataques de pánico tan fuertes como el primero,

aunque sí que refiere que esa situación de “agresividad mental” (gran flujo de pensamientos catastróficos y automáticos, falta de concentración, irritabilidad mental, etc.) se ha repetido varias ocasiones antes de comenzar con la medicación.

A lo largo de los cinco meses que transcurren desde el primer ataque hasta que comienza con los psicofármacos refiere que experimentaba ansiedad en cualquier situación o lugar (principalmente en el coche), pero que excepcionalmente en el trabajo no le solían dar. El explica este hecho con el hecho de que en su trabajo se sentía y se siente seguro y confiado. A partir de que comienza con la medicación, los episodios de ansiedad comienzan a reducirse rápida y progresivamente hasta que han llegado en la actualidad a su remisión total, aunque como antes se ha mencionado, existen síntomas residuales, sobretodo de tipo cognitivo, y además, tenemos que tener en cuenta que su estilo de afrontamiento ante la ansiedad no había cambiado (el control provenía de fuentes externas, por ejemplo, con la medicación).

2.4 Evaluación del caso:

Para el diagnóstico del paciente se utilizó una entrevista semiestructurada basada en la Entrevista Estructurada SCID-P de Spitzer y Williams (1987). R.M. cumplía todos los criterios para el trastorno por angustia sin agorafobia, aunque como ya se ha mencionado antes, la medicación ha resultado muy eficaz a nivel de control de los síntomas físicos pero no en cuanto a los cognitivos.

Finalmente, la impresión diagnóstica sobre el caso es la siguiente (se incluye la evaluación multiaxial según el DSM-IV-TR):

- Eje I Trastornos clínicos: F41.0 Trastorno de angustia sin agorafobia (300.01) En remisión parcial.
- Eje II Trastornos de la personalidad: Ninguno
- Eje III Enfermedades médicas: No enfermedades médicas
- Eje IV Problemas psicosociales y ambientales: Ninguno a remarcar
- Eje V Evaluación de la actividad global: EEAG= 80 (Buena adaptación, la sintomatología no influye de manera muy intensa en la actualidad).

Una vez realizado el diagnóstico, se llevó a cabo una amplia evaluación en la que se tomaron en consideración no solo las variables directamente relacionadas con el pánico, sino también otras de relevancia clínica, como la ansiedad estado y rasgo, depresión, conducta de enfermedad o la interferencia del problema de pánico en la vida del paciente. Las variables evaluadas y los instrumentos utilizados aparecen reflejados en la tabla 1.4.

TABLA 1.4

Variables evaluadas e instrumentos utilizados

<u>Tipo de variable</u>	<u>Variable</u>	<u>Instrumento</u>
Anamnesis general	Historia general del paciente	Entrevista clínica semiestructurada
Variables directamente relacionadas con los ataques de pánico	Frecuencia de AP	Entrevista clínica semiestructurada
	Intensidad de AP	Entrevista de evaluación del pánico
	Síntomas de ansiedad en AP	
	Temor a la ansiedad	Escala de 0 a 10 “Estoy asustado de sentirme nervioso”
	Cogniciones catastróficas	Cuestionario de Pensamientos Distorsionados de Beck (CDQ) (Beck, 1988)
Variables clínicas generales y de conducta de enfermedad	Ansiedad-estado y ansiedad-rasgo	STAI de Spielberger, Gorsuch y Lushene (1970)
	Ansiedad general durante la semana	BAI (Inventario de Ansiedad de Beck)
	Nivel de ansiedad respecto a los tres sistemas de respuesta	ISRA (Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad) de Tobal, J.J, Cano, A. R. Cano (1994)
	Grado de hipocondría	IBQ de Pilowsky y Spence (1983) adaptado por Ballester y Botella (1993)
	Grado de depresión	BDI de Beck (1979), versión de Conde y Franch (1984)
	Autoconciencia privada o grado de atención dirigido a uno mismo	Escala SCS de Autoconciencia Privada y Pública de Fenigstein, Scheier y Buss (1975)
	Sensaciones corporales	Cuestionario de sensaciones corporales BSQ (Chambles & cols. 1984)
	Sensibilidad a la ansiedad	ASI-3 (Taylor et al. 2007)
Otras variables clínicas	Grado de interferencia del problema en su vida	Escala de inadaptación (adaptada de Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo, 2000)
	Valoración del paciente acerca de su mejoría	Escala S-6 de Marks de 1 a 7 en la que 1 es muchísimo mejor y 7 muchísimo peor
	Valoración del terapeuta acerca del estado del paciente	Escala S-5 de Marks de 1 a 6 en la que 1 es normal y 6 muy gravemente perturbado
	Actividad global del sujeto	Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG) Bobes y cols. (2002)

Para obtener información más detallada de todos estos instrumentos de evaluación, así como su referencia bibliográfica, es posible consultar el libro de Botella y Ballester (1997).

En la línea base que se estableció durante un periodo de cuatro semanas (tres sesiones de evaluación y una de tratamiento) la frecuencia semanal de ataques de pánico era 0, y lógicamente la intensidad también era 0. El grado de temor a sentirse nervioso (en una escala de 0 a 10) era medio (el paciente lo situaba en torno a un 6 o un 7). Por otra parte, el grado de distorsiones cognitivas presentes durante las crisis que padeció (lo hicimos de forma retrospectiva, ya que el paciente no presentaba en la actualidad ataques de pánico como ya se ha mencionado a lo largo del presente trabajo) era muy alto. La puntuación total del CDQ era de 27, destacando entre los ítems los de “cuando tengo un ataque de pánico sólo puedo pensar en cómo me siento”, “imagino lo peor”, “no soy capaz de pensar objetivamente acerca de mis síntomas”, “imagino cosas espantosas que podrían pasarme”, “no puedo pensar correctamente”.

Por lo que se refiere a las variables relacionadas con la evitación y temor agorafóbicos hacia las principales conductas objetivo, hay que decir en primer lugar que la conducta establecida principalmente fue la siguiente: ir conduciendo por la noche por la autopista, sin haber dormido lo suficiente o con resaca (debilidad física, etc.). El grado de evitación y temor en la situación actual de esta conducta se situaba en un 2, ya que en el pasado si que fue una situación muy problemática para el paciente y que desencadenaba reacciones ansiógenas, aunque a través de exponerse a la misma, el nivel de ansiedad que provocaba ha ido disminuyendo. Por otra parte, el paciente no mostraba conductas de evitación agorafóbicas de otro tipo (ir a lugares concurridos, calles llenas de gente, transporte público, etc.).

Dentro del conjunto de variables clínicas generales evaluadas, el paciente ocupaba el percentil 40 en ansiedad estado y el percentil 70 en ansiedad rasgo, evaluados con el STAI. El nivel general de la semana evaluado con el BAI era bajo (14), y los síntomas depresivos eran nulos (PD= 2), obtenido a través del BDI.

Por otra parte, como es frecuente encontrar en los pacientes con pánico, R.M presentaba bastante preocupación por su salud (ÍNDICE= 7), lo que unido a su elevada autoconciencia corporal privada (focalización atencional hacia su funcionamiento corporal) expresada en la puntuación del BCS (PD= 16) podía predisponer al paciente a experimentar crisis de angustia.

En cuanto a las sensaciones corporales al estar nervioso, el paciente remarca que tiene las siguientes sensaciones corporales: normalmente siente adormecimiento de los brazos o piernas, sensación de falta de aire, tener el estómago revuelto o nudo en el estómago y en la garganta, sudoración y garganta seca.

En relación a la evaluación global de la actividad, la puntuación de 0 a 100 es de 80, punto en el que se incluyen síntomas ausentes o mínimos (p. ej. Ligera ansiedad antes de un examen), buena actividad en todas las áreas, interesado e implicado en una amplia gama de actividades, socialmente eficaz, generalmente satisfecho de su vida, sin más preocupaciones o problemas que los cotidianos

Finalmente, el grado de malestar subjetivo del paciente era muy bajo, debido a la remisión total de los ataques de pánico, valorado como 2 en una escala del 1 al 10.

A continuación se incluye una tabla resumen que contiene las variables evaluadas, los instrumentos utilizados y los resultados de la evaluación (Véase tabla 1.5).

TABLA 1.5

VARIABLES EVALUADAS, INSTRUMENTOS Y RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN

<u>Variable e Instrumento</u>	<u>Resultado de la evaluación</u>
Temor a la ansiedad: Escala de 0 a 10 “Estoy asustado de sentirme nervioso” Escala 0 a 10 “Grado de preocupación por la aparición de ataques futuros”.	“Estoy asustado de sentirme nervioso” (por semanas): 6, 7, 6, 4, 3, 3, 3, 2, 2, 3. “Grado de preocupación por la aparición de ataques futuros” (por semanas): 6, 7, 6, 5, 3, 2, 4, 3, 2, 3.
Cuestionario de Pensamientos Distorsionados de Beck	PD: 27
Ansiedad-estado y ansiedad-rasgo: STAI	A-E: PD=16 C= 40 A-R: PD=24 C= 70
Ansiedad general durante la semana: BAI Rango: 0 a 63 0-21: Ansiedad baja 22-35: Ansiedad moderada 36-63: Ansiedad severa	Semana 1: 14 (Baja) Semana 2: 13 (Baja) Semana 3: 11 (Baja) Semana 4: 20 (Baja) Semana 5: 17 (Baja) Semana 6: 13 (Baja) Semana 7: 29 (Moderada) Semana 8: 23 (Moderada) Semana 9: 15 (Baja) Semana 10: 34 (Moderada)

ISRA	<i>C: PD=60; CENTIL= 55 F: PD=27; CENTIL= 51 M: PD=33; CENTIL= 51</i>
Grado de hipocondría: IBQ	ÍNDICE 6
Grado de depresión: BDI	PD: 2 (0-4 = Muy bajo)
Autoconciencia: Escala BCS	PD: 15
Cuestionario de sensaciones corporales: BSQ	Al estar nervioso, el paciente remarca que tiene las siguientes sensaciones corporales: <i>Normalmente siente adormecimiento de los brazos o piernas, sensación de falta de aire, tener el estómago revuelto, nudo en el estomago y en la garganta, sudoración y garganta seca.</i>
Sensibilidad a la ansiedad: ASI-3	F= 5 C= 6 S= 9
Grado de interferencia del problema: Escala de inadaptación	Trabajo: 0 Vida social: 0 Tiempo libre: 1 Relación de pareja: 0 Vida familiar: 0 Escala global: 0
Escala S-6 de Marks de 1 a 7 en la que 1 es muchísimo mejor y 7 muchísimo peor	Valoración del paciente acerca de su mejoría: Fue aplicada de forma retrospectiva a cuando comenzó con la medicación, y el paciente valora que se encuentra muchísimo mejor que cuando comenzó el problema (1).
Escala S-5 de Marks de 1 a 6 en la que 1 es normal y 6 muy gravemente perturbado	Valoración del terapeuta acerca del estado del paciente: 1
Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG)	Valoración 0-100: 80↔ Síntomas ausentes o mínimos (p. ej. Ligeras ansiedad antes de un examen), buena actividad en todas las áreas, interesado e implicado en una amplia gama de actividades, socialmente eficaz.

2.5 Formulación clínica del caso:

- Análisis topográfico:

En el momento en el que el psiquiatra le recomienda buscar ayuda psicológica, la frecuencia de ataques de pánico por semana era cero, ya que con la medicación remitieron totalmente. En la línea base que se estableció durante cuatro semanas (evaluación retrospectiva de tres semanas y de la primera semana de tratamiento), la frecuencia y por lo tanto, también la intensidad fue 0.

En cuanto a la sintomatología residual, conviene remarcar que los aspectos que él considera problemáticos son los que se recogen en la tabla 1.6, en la que además se incluye la frecuencia de los mismos a lo largo de de cuatro semanas:

TABLA 1.6

Frecuencia semanal de los aspectos problemáticos

SINTOMATOLOGÍA RESIDUAL	FRECUENCIA SEMANAL DE LA SINTOMATOLOGÍA RESIDUAL EN UNA ESCALA DEL 1 AL 10			
	SEMANA 1	SEMANA 2	SEMANA 3	SEMANA 4
Miedo a la retirada de la medicación y a que vuelvan los ataques de pánico.	6	7	6	5
Pensamientos catastróficos: “Si me vuelve a pasar no voy a saberlo manejar”. “¿Y si ocurre algo que me hace perder el control?”	3	3	2	3
Necesidad de controlar la sintomatología física y cognitiva.	7	6	5	7

- Análisis funcional:

A pesar de que los ataques de pánico hayan remitido totalmente, lo cierto es que se hay sintomatología residual que se manifiesta en miedo a volver a sufrir un ataque y miedo a la propia ansiedad. La sintomatología residual que padece R.M. es eminentemente cognitiva.

En cuanto a las variables propias del sujeto encontramos que R.M. ha tenido a lo largo de su vida un desarrollo evolutivo que se ajusta a los cánones normativos. Dentro de las habilidades y competencias que forman parte del repertorio conductual del paciente, se observa que R.M. cuenta con buenas competencias profesionales, y un buen ajuste personal y social. Por otra parte, en cuanto a las variables internas cognitivas, se observa que R.M. tiene un gran conjunto de ideas irracionales en cuanto a la ansiedad, un estilo ciertamente aprehensivo, cierta hipersensibilidad a la enfermedad, a volverse loco o a sufrir, un grado bastante alto de perfeccionismo y una alta necesidad de control sobre sí mismo y sobre las situaciones.

En relación a los antecedentes ambientales (estimulación física y social) próximos, encontramos que las situaciones como una bajada de la medicación, ir conduciendo de noche solo por la autopista y con resaca o sin haber dormido lo suficiente, o que ocurra algo imprevisto que genere que él pueda pensar que no va a controlar la situación, actúan como posibles desencadenantes de la conducta problema. Por otra parte, en cuanto a los

antecedentes internos del sujeto, encontramos que los estímulos antecedentes remotos más frecuentes de tipo cognitivo, son su necesidad de control de la sintomatología relacionada con la ansiedad, los pensamientos recurrentes catastróficos y automáticos (“¿y si me vuelvo loco?”, “¿y si me vuelve a ocurrir?”). En cuanto a los de tipo psicofisiológico, se observa que son las parestesias o una sensación extraña al respirar. Por otra parte, los antecedentes internos del sujeto próximos, suelen ser los mismos, tanto de tipo cognitivo (pensamientos irracionales, sensación de pérdida de control), como los de tipo físico (sensaciones de adormecimiento de las extremidades, sensaciones extrañas en el estómago o con la respiración y tener resaca (al ser un estado físico que no puede controlar, ya que el paciente no sabe qué tipo de sintomatología física va a tener).

En cuanto a la conducta problema, a nivel motor el paciente ante una bajada de medicación pide que se la vuelvan a subir, muestra tensión muscular y realiza estrategias de distracción. A nivel cognitivo, el paciente muestra hipersensibilidad a temas relacionados con padecer una enfermedad física o mental (“y si me pasa algo que me haga volverme loco,...”), hipervigilancia a las señales del cuerpo, preocupación por padecer una enfermedad, sufrimiento o locura (“me va a volver a dar”, “¿me estará volviendo a ocurrir?”), y una gran activación cognitiva que se manifiesta en un flujo muy rápido de pensamientos que el paciente intenta controlar sin obtener resultados.

Por otra parte, a nivel psicofisiológico, el paciente refiere sensaciones corporales “extrañas”, parestesias en los brazos y piernas, sensación de adormecimiento en el estómago, mayor activación corporal y tensión muscular y sensaciones raras al respirar.

En relación a los consecuentes a la conducta problema, los reforzadores externos a corto plazo son que le suben la medicación (R-), recomendación de recibir tratamiento psicológico y que el paciente lleva a cabo estrategias de control de la respiración que conoce porque se lo explicó una amiga suya que padece problemas de ansiedad (R-). A medio plazo, la consecuencia es que el paciente lleva un mayor tiempo con la medicación, ya que debe reducirse progresivamente (R-).

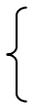
En cuanto a los reforzadores internos de la conducta problema, encontramos que se da un descenso de la activación fisiológica, un incremento de la hipersensibilidad y de la hipervigilancia (actuando todo esto como un refuerzo negativo, al reducir el malestar), pero que por otra parte se da un aumento y mantenimiento de las ideas catastróficas y automáticas

(C-). En relación a los autorrefuerzos que el paciente experimenta, encontramos que principalmente es un aumento de su sensación de control sobre las situaciones y sobre su propia sintomatología ansiosa (R-).

- Cadenas funcionales:

o Cadena de inicio del problema:

Estímulos discriminativos



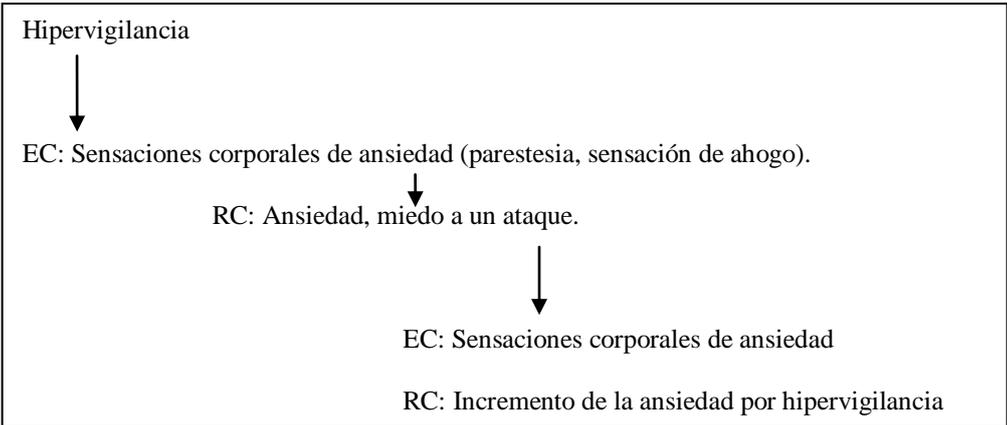
EI-RI: Ataque de pánico, miedo.
 EC: Señales corporales de ansiedad, pensamientos automáticos y catastróficos.
 RC: Ansiedad, miedo a un ataque. Miedo a volverse loco. Miedo al miedo.
 RO:
 - Escapar de la situación
 - Llamar al 112
 - Acudir a urgencias
 - Tomar un ansiolítico
 C: Reducción del malestar (por reforzamiento negativo)

EI= estímulo incondicionado; RI= respuesta incondicionada; EC= estímulo condicionado; RC= respuesta condicionada; ED= estímulo discriminativo; RO= respuesta operante; C= consecuencias.

o Nuevos ensayos de condicionamiento (a veces encubiertos):

EI-RI: Ataques de pánico (real o imaginado), miedo.
 EC: Señales corporales de ansiedad, pensamientos anticipatorios automáticos y catastróficos, generalización a otros estímulos.
 RC: Ansiedad, miedo.

o Aumento de la ansiedad por hipervigilancia:



- Mantenimiento de respuestas de evitación o escape:

ED: Se presenta una situación temida o se piensa en ella (EC), sentir ansiedad o miedo, anticipar las consecuencias catastróficas (“voy a perder el control”, “me voy a volver loco”).

RO: Salir de la situación, estrategias de evitación cognitiva y conductual (llevar encima la medicación, no hablar de los síntomas, etc.).

C: Disminución del malestar (Reforzamiento negativo).

- Conductas de seguridad y comprobación del estado físico:

ED: Encontrarse en una situación temida (conducir de noche, tener resaca o falta de sueño, que ocurra algo que genere una falta de control, etc.) o pensar en ella (EC), sentir ansiedad o miedo, anticipar las consecuencias catastróficas (“voy a perder el control”, “me voy a volver loco”). Pensar que puede tener una enfermedad física o psicológica.

RO: ir al médico, obtener información sobre el estado de salud.

C: Disminución del malestar (Reforzamiento negativo).

2.6 Hipótesis explicativa:

- Hipótesis de inicio:

Rafael sufrió hace dos años un ataque de pánico mientras conducía por la noche volviendo de su pueblo en Toledo. Sentía debilidad física (resaca, falta de sueño y cansancio) y comenzó a tener sensaciones fisiológicas extrañas que él interpretó de manera automática y catastrófica (me va a dar un infarto, me voy a morir). Él paró en el arcén de la carretera y el pánico llegó a su máxima intensidad. Fue al hospital y le medicaron por vía intravenosa un tranquilizante, lo que disipó las señales fisiológicas. Tras este primer episodio no se dieron más ataques de pánico tan fuertes, pero sí que se había producido la instauración del miedo a que se repitiera, y el condicionamiento con las señales fisiológicas.

- Hipótesis de mantenimiento:

La toma de medicación ha actuado como una conducta de evitación, reduciendo el malestar fisiológico y la activación general. En cambio, los pensamientos recurrentes, automáticos y persistentes continúan. El paciente atribuye el control del problema a una fuente totalmente

externa que es la medicación, y no a sus propias estrategias de afrontamiento. Por esto, los miedos y la angustia se disparan ante las bajadas de medicación.

2.7 Objetivos del tratamiento y técnicas empleadas:

Los objetivos finales de intervención que se plantearon, de acuerdo con las conductas problema que muestra el paciente fueron las siguientes:

- Eliminar (o al menos reducir) los ataques de pánico (o la ansiedad excesiva).
- Eliminar (o al menos reducir) la preocupación por ataques de pánico futuros.
- Eliminar (o al menos reducir) la hipervigilancia de las propias sensaciones físicas y los pensamientos catastróficos al respecto.
- Aprender a tolerar la ansiedad “normal” que producen muchas situaciones de la vida.
- Favorecer la retirada gradual de la medicación.

Por otra parte, las técnicas empleadas para la consecución de los objetivos se reflejan en la siguiente tabla (Ver tabla 1.7):

TABLA 1.7
Objetivos de intervención y técnicas empleadas

OBJETIVOS TERAPÉUTICAS	TÉCNICAS EMPLEADAS
<ul style="list-style-type: none"> • Eliminar (o al menos reducir) los ataques de pánico (o la ansiedad excesiva). 	<ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducación sobre la ansiedad. - Técnica de control de la respiración.
<ul style="list-style-type: none"> • Eliminar (o al menos reducir) la preocupación por ataques de pánico futuros. 	<ul style="list-style-type: none"> - Reestructuración cognitiva. - Parada de pensamiento junto con autoinstrucciones y distracción.
<ul style="list-style-type: none"> • Eliminar (o al menos reducir) la hipervigilancia de las propias sensaciones físicas y los pensamientos catastróficos al respecto. 	<ul style="list-style-type: none"> - Exposición interoceptiva con prevención de respuesta. - Parada de pensamiento junto con autoinstrucciones y distracción. - Reestructuración cognitiva.
<ul style="list-style-type: none"> • Aprender a tolerar la ansiedad “normal” que producen muchas situaciones de la vida. 	<ul style="list-style-type: none"> - Reestructuración cognitiva - Técnica de control de la respiración.
<ul style="list-style-type: none"> • Favorecer la retirada gradual de la medicación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrenamiento en habilidades de manejo de la ansiedad. - Reestructuración cognitiva.

2.8 Tratamiento elegido:

Para el diseño del tratamiento me basé en una adaptación del programa de tratamiento cognitivo-conductual de Botella y Ballester (1997) y en el Protocolo de Intervención Clínica Para los Problemas de Pánico y Agorafobia de la UAM (Calero, A., y Bados, A., 2010), diseñando finalmente un tratamiento estructurado en 14 sesiones de aproximadamente una hora de duración y de periodicidad semanal, que comenzaron el 1 de marzo de 2012.

La elección del tratamiento se realizó en función de las características de los anteriormente mencionados, ya que por una parte, el programa cognitivo-conductual de Botella y Ballester (1997) combina aspectos del programa de Barlow y del de Clark, por lo que considero que es muy completo, y por otra parte, el Protocolo de Intervención Clínica Para los Problemas de Pánico y Agorafobia de la UAM (Calero, A., y Bados, A., 2010) me ha resultado útil para la elección de las técnicas de intervención.

De cualquier manera, he incluido modificaciones con el fin de adaptarme al caso que nos ocupa, como por ejemplo, he precisado de un mayor número de sesiones de evaluación previa (3 en total) y en algunas ocasiones no he podido adaptarme a los tiempos que marca el programa de intervención. Todos estos aspectos que he ido modificando a lo largo de la terapia, están reflejados en la descripción de las sesiones.

2.9 Aplicación de la evaluación y tratamiento:

El número de sesiones llevadas a cabo hasta la fecha de presentación del trabajo fin de máster han sido 10. La periodicidad de las sesiones era semanal (excepto en el periodo de semana santa que no vi al paciente en dos semanas) y de una hora de duración cada sesión clínica.

A continuación presento el contenido de las sesiones clínicas de forma resumida, incluyendo el grado de consecución de los objetivos terapéuticos y algunas observaciones.

Por otra parte, con el fin de poderme adaptar a la entrega del presente Trabajo Fin de Máster, no puedo incluir las sesiones necesarias para finalizar el tratamiento y el seguimiento, ya que aún no las he llevado a cabo. Aun así, incluyo también la planificación de las sesiones que tengo planeado realizar (ver tabla 1.9).

A fin de no resultar repetitiva, quiero comentar que en cada una de las sesiones se ha aplicado en Inventario de Ansiedad de Beck, una escala de 0 a 10 “Estoy asustado de sentirme nervioso” y otra escala también de 0 a 10 para que el paciente puntuara acerca del “Grado de

preocupación por la aparición de ataques futuros” con el fin de analizar a posteriori la evolución del paciente.

Por otra parte, una de las grandes modificaciones que he incluido respecto al programa de Botella y Ballester (1997), es que he modificado la distribución de los contenidos y la aplicación de pruebas durante las sesiones de evaluación, adaptándola al caso que nos ocupa. Otra modificación que he incluido respecto al programa de referencia, es que he utilizado la respiración controlada como técnica para el control de la activación, mientras que los autores anteriormente citados proponen la respiración lenta (ocho ciclos de respiración lenta por minuto en los que el paciente debe aprender a inspirar por la nariz y a expirar por la boca para aprender a contrarrestar los efectos de la hiperventilación). Decidí cambiarlo ya que el paciente no sufría en la actualidad ataques de pánico y podría resultar más beneficioso para él trabajar con la respiración diafragmática completa, por lo muchos beneficios que conlleva.

- **Sesión nº 1: Evaluación**

- *Objetivos:*

Los objetivos que tenía como terapeuta para la primera sesión era establecer un buen rapport con el paciente e iniciar la evaluación.

- *Contenidos y desarrollo de la sesión:*

En esta primera sesión se produjo el establecimiento de la relación terapéutica y la recogida de información mediante la entrevista clínica. Comenzamos hablando el motivo de consulta y el comienzo y curso de los problemas (historia del problema), seguido por una descripción de los tres últimos episodios de crisis de ansiedad (recogiendo información referente a la situación, sensaciones corporales, pensamientos y comportamientos) y por la delimitación de las situaciones donde han ocurrido las crisis. El paciente relató la historia del problema y cómo el psiquiatra (tras aproximadamente un año y medio con la medicación) le recomendó asistir a terapia psicológica para favorecer la retirada gradual de la medicación, ya que en dos ocasiones en las que se había llevado a cabo una bajada en la medicación, el nerviosismo y la activación psicofisiológica habían aumentado en el paciente. También en esta sesión recogí información sobre el ámbito familiar, al que siempre presto atención (en todos los casos con los que trabajo, apoyándome en mi formación sistémica) y realicé el genograma del paciente. Por otra parte, exploré a grandes rasgos el nivel de adaptación del paciente en los diversos ámbitos de su vida (personal, social, pareja, familiar, laboral, etc.).

Al final de la sesión, le pregunté al paciente sobre sus expectativas de la terapia, explorando el cómo se daría cuenta de que la terapia está funcionando y el cómo se imaginaria él en unos meses si la terapia funcionara, y el comentó que se daría cuenta si pudiera ir conduciendo por la noche sin pensar en lo que le había ocurrido y sin que le asaltaran pensamientos negativos. En cuanto a cómo se imaginaría, él comenta que igual a cómo se encuentra ahora, solo que sin la medicación y sin ese miedo a volver a tener más ataques de pánico en el futuro.

Para finalizar, cumplimentamos el BAI y le informe al paciente de que íbamos a rellenarle todos los días en terapia para poder ver la evolución de su sintomatología ansiosa. Por último, como tarea, se le solicitó al paciente que registrara las situaciones ansiógenas de la semana y que cumplimentar el STAI y el ISRA (habiéndole explicado previamente al paciente las instrucciones para la realización).

- *Comentarios:*

Pienso que se llevó a cabo una buena consecución de objetivos, ya que obtuve mucha información sobre el caso y se produjo un buen establecimiento de la relación terapéutica lográndose alcanzar un clima adecuado en la terapia. Puse en práctica las habilidades que he estado desarrollando durante el Máster y las prácticas, como por ejemplo, la escucha activa, acoger al paciente y validar sus emociones, sentimientos y vivencias, y aceptándolo incondicionalmente. Me sorprendió ver el alto nivel de adaptación del paciente en los diversos ámbitos de su vida. El paciente se mostró expresivo y en general tranquilo.

- **Sesión nº 2: Evaluación**

- *Objetivos:*

Proseguir con la evaluación del caso y seguir generando un buen clima terapéutico.

- *Contenidos y desarrollo de la sesión:*

Dentro de esta segunda sesión se prosiguió realizando la entrevista clínica para llevar a cabo la recogida de información. Se pidió que el paciente describiera las situaciones o actividades evitadas por miedo a una crisis de angustia y se leyó en sesión una lista de 60 estímulos naturales que podían haberse condicionado de diversa índole. En cuanto a las situaciones o actividades evitadas, al principio el paciente evitaba coger el coche por la noche volviendo de su pueblo. Comentó que rápidamente empezó a evitar coger el coche por carretera, y que luego, al principio con la ayuda del Lexatin trató de exponerse a esas situaciones ansiógenas

que evitaba con buen resultado, hasta llegar al nivel de actividad premórbida. En la actualidad, si bien conducía con normalidad y asiduidad, el paciente remarca que en ocasiones, al volver de su pueblo en coche, le asaltaban de vez en cuando pensamientos automáticos (“¿Y si me vuelve a pasar? ¿Y si me da un ataque de pánico?”), y tenía una alta sensibilidad y autoatención a las sensaciones psicofisiológicas de su cuerpo. Respecto a otros estímulos que suelen evitarse en los problemas agorafóbicos, el paciente no mostraba ninguno.

También durante la sesión, se exploró la existencia de moduladores de las crisis y la causa percibida del trastorno. El paciente atribuyó la causa del primer ataque de pánico a que sentía mucha debilidad física (resaca, falta de sueño, etc.) y que al recibir la llamada amenazante de un desconocido diciéndole improperios e insultos, se sintió muy activado y nervioso. Después, al comenzar a sentir sensaciones corporales extrañas (parestesias, ahogo, estomago cerrado, etc.), él las atribuyó a que algo grave le estaba pasando (“me va a dar un infarto”, “me estoy volviendo loco”). Tras este primer episodio, el paciente expresa que su malestar y su ansiedad aumentaron a lo largo del tiempo y que él trataba de controlar la sintomatología, pero que no era efectivo. Por esto, decidió acudir al psiquiatra para recibir ayuda profesional y que le medicaran. La medicación ha funcionado muy bien sobre la sintomatología física, ya que los ataques remitieron totalmente, pero también es cierto que el paciente refiere pensamientos catastróficos y automáticos.

También exploré las actividades gratificantes y las actividades que el paciente realiza en su ocio y tiempo libre. El paciente comenta que entre semana trabaja en el banco y que durante los fines de semana trabaja en la discoteca que regenta junto con sus dos socios en su pueblo natal. Además, de sus ocupaciones laborales, R.M. participa en un grupo de música en su pueblo, está aprendiendo a tocar la guitarra junto con su hermana y antes jugaba en un equipo de fútbol. Tiene, por lo tanto un alto nivel de actividades, aspecto que luego manejaríamos en las sesiones.

Durante la sesión cumplimentamos el ASI-3 y la Escala de Inadaptación y se le pidió la tarea de registrar las situaciones ansiógenas de la semana y cumplimentar el BDI (previamente le explique al paciente las instrucciones para la realización).

- *Comentarios:*

Creo que logramos una buena consecución de objetivos, ya que seguí recabando información sobre el caso, y cómo la semana anterior ya obtuve algunas pistas sobre lo que podía estar pasando, había estado revisando bibliografía sobre los problemas de pánico y el trastorno por angustia, y había encontrado el protocolo de intervención de Calero y Bados (2010) y el libro de Botella y Ballester (1997). Por la búsqueda de referencias y gracias a la orientación que me proporcionaron mi tutora y mis compañeras, me sentí muy segura a nivel técnico, sabiendo por dónde tirar en la evaluación y logrando priorizar la recogida de información. Por otra parte, el clima terapéutico fue positivo para mí como terapeuta, y también para el paciente, quien lo comentó cuando le pedí feedback durante la sesión.

- **Sesión nº 3: Evaluación**

- *Objetivos:*

Proseguir con la evaluación del caso, aplicar pruebas para completar la evaluación.

- *Contenidos y desarrollo de la sesión:*

Continúe con la entrevista clínica y la recogida de información. En esta sesión exploré las consecuencias que ha acarreado el problema de ansiedad a diferentes niveles, personal, familiar, de pareja, laboral y social. En primer lugar, en cuanto a nivel personal, comenta que actualmente tiene un mayor miedo a padecer una enfermedad, tanto de índole física como mental. Reconoce que el ser aprehensivo ha sido una característica suya a lo largo de toda la vida, pero que se ha acentuado de manera notable. También, comenta que es bastante sensible a determinados estímulos físicos o psicológicos y que presta bastante más atención a sus señales psicofisiológicas desde que padeció los ataques de pánico. Por otra parte, dejó de beber y de fumar a consecuencia de los problemas de ansiedad (ya que él los achaca en parte a estos dos factores), aunque hace unos nueve meses que ha vuelto a beber y a fumar. En segundo lugar, el paciente no considera que la problemática que ha padecido haya afectado a sus relaciones familiares y de pareja. En tercer lugar, R.M. manifiesta que a nivel laboral no ha sufrido afectación ninguna, incluso comenta que cuando peor se encontraba antes de comenzar con la medicación, en el único ámbito dónde se sentía cómodo y sin temores era en el trabajo. Por último, a nivel social, a raíz de dejar de fumar y de beber, R.M. dejó de salir, aunque comenta que en el pueblo mantenía sus salidas cuando quedaba con sus amigos, y que él se tomaba cualquier tipo de bebida no alcohólica. Comenta que se ha sentido apoyado por

sus amigos, aunque remarca que tampoco es muy dado de hablar de sus problemas con los amigos, aunque dice que si lo hiciera seguro que se sentiría comprendido y apoyado.

Durante la sesión, también se exploraron los intentos de solución y la efectividad de los mismos. Para intentar solucionar la problemática, R.M. comenta que dejó de beber y de fumar, acudió al psiquiatra y puso en práctica unas estrategias y ejercicios de respiración que le enseñó la pareja de un amigo suyo que también padecía ataques de ansiedad (los llevaba a cabo durante los primeros meses en los que recibió la medicación. Comenta que cree que la efectividad de sus intentos de solución ha sido muy buena, ya que sobretodo gracias a la medicación, los ataques de pánico remitieron.

Otro de los aspectos que comentamos en la entrevista fue si creía que existía alguna característica personal suya que creyera que le había impedido solucionar el problema, R.M. se considera una persona poco expresiva en cuanto a sus propias emociones, sentimientos y pensamientos, tanto a nivel verbal como no verbal. El paciente refiere cosas como:

- “Yo puedo estar hirviendo por dentro pero no tengo ninguna señal física o verbal que lo demuestre.”
- “Me cuesta mucho expresar mis sentimientos. No recuerdo la última vez que les he dicho a mis padres o hermana lo que les quiero.”
- “Con la fusión que se ha dado en el banco en el que trabajo todos mis compañeros comentaban lo que pensaban y cómo se sentían (nerviosos, expectantes, etc.). Yo parecía estar como si nada.”

Por otra parte, explorando las cualidades positivas y los recursos que el paciente remarca de sí mismo y que le pueden ayudar a solucionar su problema, R.M. manifiesta que se considera cabezota y que suele conseguir lo que se propone (perseverancia), y que lo de no ser expresivo cree que también puede ser positivo, ya que le ayuda a no “revolcarse en sus miserias”. Para finalizar la evaluación, llevamos a cabo durante la sesión la aplicación de las siguientes pruebas: CDQ, IBQ, SCS, EEAG.

- *Comentarios:*

Considero que se dio una buena consecución de objetivos, finalizando el proceso de evaluación. El clima terapéutico fue positivo y en esta sesión R.M. mostró una mayor distensión y expresividad. Respecto a las tareas, al paciente le cuesta registrar las situaciones

ansiógenas, lo cual se trabaja también durante la sesión, dándole indicaciones sobre cómo hacerlo. Relación terapéutica fluida y buen rapport.

- **Sesión nº 4: Devolución de la información recogida**

- *Objetivos:*

Los objetivos de esta sesión fueron devolverle al paciente la información recogida y elaborada, así como el diagnóstico y las explicaciones funcionales de su problema.

- *Contenidos y desarrollo de la sesión:*

Durante esta sesión procedí a explicarle al paciente el análisis funcional de las conductas problema y las cadenas de aprendizaje. El paciente estuvo de acuerdo con la información recogida dentro del análisis funcional. Se quedó impresionado al recibir la formulación del caso en términos de aprendizaje, por ejemplo, mediante las cadenas, ya que cómo el mismo comentó, cuando padeces un problema psicológico como los problemas de ansiedad, lo vives como situaciones enmarañadas en las que no eres capaz de diferenciar lo que piensas, lo que haces o lo que sientes, por lo que recibir la información de forma organizada y diferenciada es bastante terapéutico y clarificador, y realmente tiene un impacto sobre la persona. Esto, de forma personal, me hizo darme cuenta de la importancia de hacer una buena devolución de la información resultante de la evaluación. Es algo que siempre nos han dicho en clase a lo largo de la carrera y del Máster, pero que no había comprobado nunca por mí misma.

Tras esto, expliqué al paciente las hipótesis de inicio y de mantenimiento del problema, tal y como aparecen reflejadas en el punto 2.6 del presente trabajo. El paciente se mostró conforme con las explicaciones proporcionadas.

Después le expliqué los resultados generales de la evaluación. Le comenté que tenía muy buenos niveles de adaptación en general, y que había mejorado notablemente respecto al momento del inicio de su problema. Le pedí que imaginara cuán diferentes habrían sido los resultados de la evaluación si esta hubiera tenido lugar hace un año y medio, y él lo ratificó.

Finalmente, le expliqué, de acuerdo con la formulación del caso elaborada, los objetivos que guiarían nuestro trabajo en las sesiones, que aparecen en el punto 2.7 del presente documento, y que se resumirían en los siguientes: eliminar (o al menos reducir la aparición) de los ataques de pánico (o la ansiedad excesiva), la preocupación por ataques de pánico futuros, la hipervigilancia de las propias sensaciones físicas y los pensamientos catastróficos al respecto,

aprender a tolerar la ansiedad “normal” que producen muchas situaciones de la vida y favorecer la retirada gradual de la medicación.

También le expliqué cuales serían las principales técnicas de tratamiento para lograr los objetivos terapéuticos. R.M. se mostró muy interesado y formuló muchas preguntas, sobretodo en referencia a la exposición.

Por último, se dejó un tiempo para que el paciente formulara otras dudas o preguntas que pudiera tener y que no hubiera realizado anteriormente, y para que pudiera comentar todo lo que quisiera. Rellenamos el BAI, como en todas las sesiones y se le pidió que siguiera registrando las situaciones ansiógenas de la semana. Se llevó a su casa el análisis funcional y las cadenas de aprendizaje.

- *Comentarios:*

Esta sesión me pareció muy interesante y fue una buena oportunidad para mí en cuanto a explicar de forma clara y sencilla el resultado de la evaluación, el análisis funcional, las cadenas y las hipótesis explicativas a un paciente. Me di cuenta de las dificultades que tuve, por ejemplo, en adecuar los términos para facilitar la comprensión por parte del paciente. Intenté hacerlo de la mejor manera posible, y creo que finalmente logramos una buena consecución de objetivos, y el paciente se mostró muy interesado en la devolución de la información y en la comprensión de lo que le ocurrió. La relación terapéutica fue fluida y se siguió manteniendo un buen rapport.

- **Sesión nº 5: Psicoeducación sobre la ansiedad**

- *Objetivos:*

Proporcionar psicoeducación sobre la ansiedad al paciente y presentar el modelo cognitivo del pánico.

- *Contenidos y desarrollo de la sesión:*

A continuación presentaré la primera sesión de tratamiento como tal. Según Botella y Ballester (1997), el carácter inesperado de las crisis de angustia, unido a la intensidad de las sensaciones corporales y cognitivas que las acompaña, hacen que los pacientes con pánico tengan un sentimiento de indefensión, miedo y falta de control sobre su problema. El ofrecer al paciente una oportunidad para comprender qué es lo que le ha pasado y porqué, genera en gran medida una disminución de esas emociones negativas.

Por esto, y de acuerdo con el programa terapéutico de Botella y Ballester (1997), comencé preguntándole al paciente qué es lo que entendía por ansiedad, y si lo consideraba algo positivo o negativo. Partiendo de sus comentarios, comencé con una explicación sobre qué es la ansiedad, remarcando el valor adaptativo que tiene este tipo de respuestas a nivel evolutivo (aunque validando que puede ser muy molesta y que puede parecernos muy peligroso para nosotros mismos cuando la estamos experimentando), ya que es una emoción más, e incidiendo sobre la ausencia de consecuencias perjudiciales de la ansiedad para el organismo. Ante esto, R.M. comentó que durante una de sus visitas a los servicios de urgencias cuando padeció uno de los ataques, un médico le remarcó que de ansiedad no se muere nadie. Eso a él le tranquilizó y le ayudó a manejar en cierta medida las crisis. Yo le proporcioné otros ejemplos para facilitar la asimilación de los contenidos. Cabe remarcar que fui haciendo pequeños resúmenes a lo largo de la sesión para remarcar los contenidos más importantes y para facilitar la asimilación de los mismos.

Continuamos la psicoeducación comentando las manifestaciones de la ansiedad a nivel del triple sistema de respuesta. Esto lo trabajamos de forma que el paciente fuera construyendo su propio conocimiento a través de sus experiencias y vivencias personales y después, yo completé la información mediante otras posibles manifestaciones a los tres niveles de respuesta. Remarqué especialmente el papel central de los pensamientos en el desencadenamiento de las respuestas ansiógenas y en los ataques de pánico, relacionándolo con la historia del paciente y con su sintomatología residual eminentemente de tipo cognitivo, y lo enlacé dentro de mi explicación con la presentación del modelo cognitivo de las crisis de angustia. Esto, tal y como indican Botella y Ballester (1997), lo realicé a partir de una crisis relatada por el paciente.

Finalmente, le pedí al paciente que me realizara un breve resumen para ver lo que él había comprendido de la sesión, y lo hizo relacionándolo con su experiencia personal. Reforcé su actitud y sus aprendizajes y le pedí como tarea que se leyera un material adicional sobre la ansiedad, para afianzar los contenidos recogidos en la sesión de psicoeducación.

- *Comentarios:*

Se dio una buena consecución de los objetivos, el paciente se muestra muy interesado por saber cómo funciona la ansiedad y relaciona los conceptos con sus propias vivencias. Comprende la importancia de los pensamientos en el desencadenamiento de las crisis.

Incluí dos modificaciones respecto al programa de tratamiento de Botella y Ballester, lo es que en lugar de pedir al paciente que registre las interpretaciones catastrofistas durante las crisis de la semana (tarea que incluyen los autores citados anteriormente), yo entregué un material al paciente para que profundizara en la conceptualización de la ansiedad. En segundo lugar, los autores incluyen en esta sesión la prueba de hiperventilación, yo preferí dejarlo para la siguiente sesión en la que comenzaría con el entrenamiento en respiración controlada.

- **Sesión nº 6: Control de la activación y entrenamiento en respiración controlada**

- *Objetivos:*

Comprobar la adquisición de conocimientos por parte del paciente sobre la ansiedad, trabajar el papel de la hiperventilación en las crisis e iniciar el entrenamiento en respiración lenta para favorecer el control de la activación.

- *Contenidos y desarrollo de la sesión:*

Al comenzar la sesión le pregunté al paciente si se había leído el material sobre la ansiedad y dijo que lo había leído deprisa y corriendo viniendo para consulta porque se le había olvidado hacerlo. Le dije que de todas formas íbamos a hacer un ejercicio para comprobar con qué información se había quedado de la sesión del día anterior, por si era necesario recuperar algo más. Entonces le propuse un role-playing en el que él era un experto en este tema y yo una persona que necesitaba información sobre la ansiedad ya que había sufrido un ataque de pánico y no entendía nada de lo que me había pasado. Esto sorprendió al paciente, quien comentó que se esperaba algo más parecido a un examen. Finalmente lo llevamos a cabo y la verdad es que el paciente lo hizo muy bien ya que a través de las preguntas que yo le iba haciendo él logro desarrollar los contenidos más importantes comentados en la sesión anterior. Le reforcé mucho y le dije que de todas formas estaría bien que se leyera el material adicional.

Tras esto, le propuse al paciente llevar a cabo una prueba de hiperventilación, ya que permite conocer muchas cosas acerca de las respuestas fisiológicas del paciente, y constituye el punto de partida para introducir la técnica de entrenamiento en respiración lenta. Le propuse llevar a cabo una prueba de respiración con los ojos cerrados que nos ayudaría a conocer más cosas sobre sus crisis. Le avisé de que podría sentir algunas sensaciones desagradables, pero que en ningún caso serían peligrosas para él. Entonces le modelé acerca de cómo tenían que ser las inspiraciones y expiraciones cuando yo le fuera marcando los tiempos. Se llevó a cabo la

prueba y al finalizar le pedí que estuviera un minuto prestando atención a sus sensaciones corporales, y después que dijera cómo de desagradables habían sido sus sensaciones comparadas con las del pánico (para ello le hice rellenar la hoja de respuestas a la hiperventilación). R.M. calificó la experiencia con un 3, en una escala de 0 (muy desagradable) a 10 (muy agradable). Las sensaciones que experimento fueron evaluadas como bastante similares a las de las crisis, pero con la diferencia en cuanto a intensidad (habían sido menos intensas durante la prueba). Remarcó la falta de aire, sensación de atragantamiento, opresión en el pecho, la sensación de irrealidad y el miedo a perder el control.

La prueba sirvió para que el paciente reflexionara acerca de la importancia de la hiperventilación en las crisis, ayudó a incrementar su sensación de control y le permitió comprender cómo es posible cortar el círculo vicioso del pánico. Además, favoreció que R.M. entendiera la idoneidad del entrenamiento en control de la respiración, en un ritmo de respiración opuesto a la hiperventilación que trata de utilizar toda la capacidad pulmonar, ejercitando una respiración diafragmática. Llevamos a cabo el entrenamiento y para finalizar la sesión le pedí que practicara la respiración controlada tumbado o sentado (dos veces al día durante 15 minutos).

- *Comentarios:*

Se consiguieron los objetivos de forma satisfactoria aunque se me hizo muy corta la sesión. No se incluyeron modificaciones respecto al programa de tratamiento de Botella y Ballester (1997), salvo que incluí en esta sesión la prueba de hiperventilación en lugar de hacerlo en la anterior.

- **Sesión nº 7: Entrenamiento en control de la respiración controlada II**

- *Objetivos:*

Continuar con el entrenamiento en la respiración controlada o diafragmática.

- *Contenidos y desarrollo de la sesión:*

Comencé la sesión preguntándole al paciente cómo había ido su semana como en todas las sesiones, y el relató algo que había pasado durante el fin de semana. Estando trabajando el sábado por la noche en la discoteca junto con sus socios, cuando ya estaban recogiendo y haciendo la caja (a eso de las 3 o 4 de la madrugada), llamaron a uno de sus mejores amigos

para darle la noticia de que su padre había muerto. Uno de los mayores miedos o preocupaciones del paciente versaba sobre que ocurriera una desgracia que desencadenara la aparición de un ataque de pánico. Pese a la dureza y dificultad de la situación, el paciente supo y pudo manejar la situación de una forma normalizada. Esto se utilizó como prueba de realidad (después de acoger y validar sus emociones y cogniciones sobre la situación). A raíz de esto, comentó que se sentía muy cansado aunque ya hubieran pasado dos o tres días, y que se sentía raro porque no había podido pasar un rato tranquilamente con su novia, actividad muy gratificante para él, debido a la falta de tiempo y a cómo había pasado todo. Indagando sobre si la falta de tiempo era algo habitual en su relación, el paciente comentó que si, que entre que él estaba con el bar y con su trabajo y ella finalizando la carrera que apenas se veían. Hablamos de la repercusión que esta situación podía estar teniendo sobre la relación de pareja, y el paciente comentaba que evidentemente repercutía, pero que llevando 6 años juntos no pensaba que el impacto negativo pudiera ser muy grande. Estuvimos trabajando sobre este tema, en el sentido de que él conectara con sus valores respecto a su relación de pareja y en cómo se podría manejar esa falta de tiempo.

Después de esto, le pregunte si había practicado la respiración, comentó que si, aunque no durante 15 minutos, sino por periodos más cortos de tiempo, y le pregunté si había tenido algún tipo de problemas con la respiración controlada en posición tumbado o sentado. Estuvimos trabajando algunas dificultades y le propuse entrenar de pie para poder generalizar el aprendizaje.

Para finalizar, le pedí que practicara la respiración controlada de pie o andando (dos veces al día durante 15 minutos) y que registrara las situaciones ansiógenas durante la semana.

- *Comentarios:*

Para esta sesión tenía pensado hacer el experimento conductual de los pares asociados, pero al traer el paciente esa vivencia ocurrida durante el fin de semana, decidí trabajar con lo que contó el paciente, acogiendo y validando su experiencia y remarcándolo como una prueba de realidad que reflejaba y demostraba que ante una situación complicada no tiene por qué darse un ataque de pánico. Además, el tema de la relación de pareja me pareció también interesante, ya que afectaba directamente al bienestar del paciente. De cualquier manera, la relación terapéutica fue fluida y el paciente se mostró muy comunicativo, más incluso que en las sesiones anteriores.

Respecto al grado de consecución de los objetivos, creo que aunque no nos ajustamos del todo a la agenda que yo tenía programada, fue positivo, ya que me proporcionó información relevante sobre el caso y me serví de la vivencia del paciente para generar un hilo conductor durante la sesión.

- **Sesión nº 8: Entrenamiento en técnicas de distracción y parada de pensamiento**

- *Objetivos:*

Realizar el experimento conductual de los pares asociados. Comenzar con el entrenamiento en técnicas de distracción y parada de pensamiento.

- *Contenidos y desarrollo de la sesión:*

Comentamos la realización de tareas. En primer lugar, R.M. había tenido dificultades para llevar a cabo la respiración lenta en posición de pie o andando. Esto fue debido a que estaba acostumbrado a llevarla a cabo por la tarde cuando descansaba y por la noche antes de dormir. Le propuse que lo intentara durante la semana.

Durante la sesión, llevamos a cabo el experimento conductual de los pares asociados. La finalidad del mismo, es que el paciente tome conciencia de los efectos de los pensamientos catastróficos sobre la ansiedad. Le pedí al paciente que cumplimentara una hoja de registro en la que se le pregunta por su grado de ansiedad general y hasta qué punto experimenta una serie de sensaciones habituales en el pánico. A continuación le pedí a R.M. que leyera en voz alta y concentrándose, una lista de 42 pares asociados que se indican a continuación y que se iban repitiendo en la lista de forma alterna.

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Falta de aire-asfixia 2. Opresión de pecho-ataque cardiaco 3. Entumecimiento o sensación de adormecimiento-ataque al corazón 4. Palpitaciones-morir 5. Vértigo-desmayo 6. Irrealidad-locura 7. Falta de control-enfermedad 8. Sensación en el estomago-ataque de pánico 9. Rigidez muscular-pérdida de control |
|---|

Tras la lectura, le pedí que cumplimentara otra vez el mismo registro. En la tabla 1.7, se puede observar que el grado de ansiedad subió de 0 a 3 y sus sensaciones de 0 a 2. Es un incremento

no muy elevado, pero al fin y al cabo se dio un aumento. Esta prueba tengo pensado realizarlo al final de la intervención y durante los dos seguimientos que tengo programados. Este experimento nos sirvió para relacionarlo con el modelo cognitivo del pánico comentado en la sesión de psicoeducación.

TABLA 1.8

Experimento conductual de los pares asociados

	TRATAMIENTO	POST	SEG. 1	SEG. 2
ANSIEDAD ANTES	0	-	-	-
ANSIEDAD DESPUÉS	3	-	-	-
SENSACIONES ANTES	0	-	-	-
SENSACIONES DESPUES	2			

Por otra parte, el registro de las situaciones ansiógenas, el paciente registró una situación en la que un lunes, por la tensión en el trabajo en el banco (han sido fusionados recientemente, han echado a gente y hay un clima de nerviosismo y tensión), cuando llegó a casa por la tarde le dolía mucho la cabeza. El comentó que se preocupó por ello y que comenzó a pensar si podía estar pasándole algo. Dijo que “cuanto más lo pensaba mas se extendía el dolor y mas fuerte era”. Pasado un rato, R.M. decidió no darle importancia y se puso a tocar la guitarra con su hermana. Esta situación nos vino genial en la sesión para trabajar el papel de la autoatención corporal en las crisis, el cual es central en los pacientes que padecen o han padecido crisis de ansiedad. Tenía programado realizar un experimento conductual que consistía en hiperventilar y en focalizar toda la atención en las sensaciones corporales, y después que me describiera con todo lujo de detalles un cuadro de la sala. Pero, aprovechando la situación expuesta por el paciente y dado que no teníamos mucho tiempo, trabajamos con la situación para que el paciente comprendiera el papel de la autoatención corporal, y a partir de ahí entender el sentido de el entrenamiento en técnicas de distracción y parada de pensamiento, con los que comenzamos a continuación, proponiéndole cinco tipos de actividades que podía practicar y automatizar durante la semana para poder distraerse de las sensaciones corporales cuando se sintiera amenazado por ellas. Las actividades eran centrarse en un objeto y describirlo, ejercicios de conciencia sensorial, ejercicios mentales (como contar de 0 a 100 de 3 en 3, decir animales por orden alfabético, buscar palabras que empiecen por la misma letra),

actividades absorbentes (leer, cantar, hablar, tocar la guitarra, hacer un crucigrama, etc.) y traer a la mente recuerdos y fantasías agradables lo mas vividos posibles.

Finalmente, como tarea se le pidió que siguiera practicando la respiración lenta y que comenzara con las técnicas de distracción y de parada de pensamiento.

- *Comentarios:*

Conseguimos los objetivos de forma satisfactoria, y el paciente quedó sorprendido con el experimento conductual de la los pares asociados y con las técnicas de distracción y parada del pensamiento. Relación terapéutica fluida.

- **Sesión nº 9: Discusión cognitiva**

- *Objetivos:*

Comenzar con la discusión cognitiva de las principales ideas catastrofistas e introducir la importancia de la exposición a los estímulos relacionados con las crisis.

- *Contenidos y desarrollo de la sesión:*

Al principio de la sesión comentamos los posibles problemas aparecidos con la respiración lenta y las técnicas de distracción y de parada de pensamiento. El paciente había comenzado con la respiración estando de pie o andando y con las de parada de pensamiento, aunque tampoco tuvo muchas situaciones en los que los pensamientos o las sensaciones le resultaran amenazantes. De cualquier forma, el paciente expresó que las que más le habían gustado eran las de conciencia sensorial (la cual le había sorprendido mucho) y las actividades absorbentes.

Tras esto, comenzamos con la discusión cognitiva de algunas de las interpretaciones catastrofistas de las sensaciones más frecuentes que el paciente ha experimentado en las crisis. Trate de guiar al paciente a través de una serie de preguntas o pasos en la búsqueda de evidencias de sus pensamientos catastróficos, utilizando el dialogo socrático, característico de la terapia cognitiva. Nos centramos en uno de los pensamientos centrales durante las crisis que R.M. había padecido: “Me va a dar un infarto”. La guía que utilizamos fue la siguiente:

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Pensamiento automático y catastrófico (enunciación) • ¿Qué probabilidad hay de que este en lo cierto? • ¿Existen otras explicaciones alternativas? • ¿Qué estoy pensando? • ¿Qué evidencias o razones a favor y en contra tengo contra ese pensamiento? • En el caso de estar en lo cierto; ¿Qué podría ser lo peor que me pasara? ¿sería tan horrible? • ¿Me resulta de alguna utilidad? |
|---|

Evidentemente la discusión cognitiva es algo mucho más complejo que lo que refiero en estas líneas, aun así, espero que sirva para reflejar cómo se trabajó en sesión en el reto de los pensamientos catastróficos de R.M.

Tras esto que nos llevó bastante tiempo de la sesión, le planteé brevemente al paciente la necesidad de afrontar las situaciones y los estímulos asociados a las crisis con el fin de poner a prueba las creencias del paciente y las técnicas aprendidas para manejar la ansiedad. En ese momento le reforcé verbalmente, ya que él se había ido exponiendo progresivamente a las situaciones asociadas con las crisis. Esto lo relacionamos con la medicación.

La tarea de la semana consistía en retar otra de las ideas catastrofistas: “Estoy perdiendo el control. Me vuelvo loco”, mediante el sistema con el que trabajamos en la sesión.

- *Comentarios:*

Conseguimos los objetivos de forma satisfactoria, la discusión cognitiva fue muy interesante ya que el paciente logró interiorizar que la clave es la interpretación que hacemos de las señales físicas de la ansiedad o las sensaciones corporales.

Respecto a las modificaciones introducidas respecto al programa de referencia, los autores proponen incluir la introducción de un registro destinado a evaluar la exactitud en la predicción de las crisis. Yo decidí no utilizarlo, debido a que los ataques de pánico remitieron al comenzar con la medicación. Por otra parte quiero añadir, que en esta sesión tuvo mucho peso el explicarle al paciente lo que había conseguido por si mismo exponiéndose a lo largo del tiempo transcurrido desde que comenzó el problema a las situaciones asociadas con las crisis (por ejemplo: conducir). Y se le reforzó para que continuara haciéndolo.

- **Sesión nº 10:**

- *Objetivos:*

Continuar con la discusión cognitiva o reto de las principales interpretaciones catastrofistas.

- *Contenidos y desarrollo de la sesión:*

En esta sesión tenía varias cosas preparadas (discusiones cognitivas o reto de las principales interpretaciones catastrofistas, discusión acerca de la tendencia a sobrepredecir la ocurrencia, intensidad y miedo de las crisis y la realización de algunos experimentos conductuales de apoyo a las discusiones cognitivas), pero el paciente acudió a consulta muy afectado.

Según lo que relató, había estado durante el fin de semana en la despedida de soltero de un amigo suyo del pueblo y lo pasó muy bien. El domingo por la tarde habló con su novia y ella le dijo de pronto y llorando que “no sabía qué sentía hacia él, que creía que ya no era lo mismo, y que le preocupaba no echarle de menos”. El paciente se quedó absorto, y decidió que tenía que verla y hablar con ella en persona así que fue a buscarla y trató de hablar con ella pidiéndola explicaciones e intentando solucionar la situación. Ella se mostró confundida sin saber qué decirle y le pidió tiempo. El paciente atribuye esto a que su pareja está muy agobiada con los exámenes de fin de carrera y a que han dejado bastante descuidada la relación. A raíz de este suceso y de que el paciente decidió no presionar a su pareja (ella tenía uno de los exámenes finales durante la semana), no habían vuelto a hablar del tema y R.M. estaba esperando a poder hacerlo durante el fin de semana. La situación general había tenido un impacto negativo sobre el paciente, quien refería sentirse apagado y con tensión. Además, debido a como se encontraba, había contestado mal a una compañera del trabajo, y se había sentido fatal, ya que según él, no acostumbraba a contestar o a tratar mal a la gente. Estuvimos trabajando durante toda la sesión sobre las vivencias del paciente, tratando de acoger y de permitir la ventilación emocional y potenciando sus propios recursos personales.

Con todo lo ocurrido, el paciente no había realizado la tarea de discusión cognitiva. Entendí la situación y le dije que no pasaba nada, y que cuando se asentaran las cosas la volveríamos a retomar. Como me pareció que podría ser una semana complicada para el paciente le pedí la tarea de que registrara situaciones o las sensaciones ansiógenas, con el fin de ver si lo que estaba ocurriendo en la vida del paciente tenía un impacto negativo sobre su ansiedad.

- *Comentarios:*

No conseguimos tratar los contenidos que yo había programado, pese a ello, creo que la sesión fue productiva y ajustada a las necesidades del paciente.

A continuación, dado que el tratamiento continúa y que no se pueden incluir unas conclusiones finales, presento también la planificación de las sesiones que llevaré a cabo próximamente. (Ver tabla 1.9). He decidido incluir la programación hasta la sesión nº 16, ya que me sigo tratando de ajustar al programa de tratamiento de referencia que he elegido, aunque quiero añadir que, por supuesto, la programación está abierta a modificaciones para seguir adaptándome a las necesidades individuales del paciente y a su evolución.

TABLA 1.9

Programación de las sesiones que llevaré a cabo en el futuro

Numero y objetivos de la sesión:	Planificación de la sesión:
<p>Sesión nº 11</p> <p>Exposición a estímulos internos y externos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Indagar sobre el tema pareja para ver cómo han evolucionado las cosas. - Recordatorio de las distorsiones cognitivas, evaluar si es necesario indagar más sobre ese aspecto. - Repaso de algunas de las situaciones o sensaciones evitadas. - Inconvenientes de la evitación. Recordatorio de la sesión de Psicoeducación. - Presentación de la exposición. Definición, ventajas y objetivos. - Normas para su aplicación. - Ejemplificación en la sesión de la exposición a una sensación temida. - Revisión de las conductas objetivo y elaboración de, al menos, una jerarquía. - Tarea: seguir elaborando las restantes jerarquías y comenzar la exposición a los primeros ítems de la conducta-objetivo por la que se desea comenzar.
<p>Sesiones nº 12, 13 y 14</p> <p>Exposición a estímulos internos y externos y discusión cognitiva</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de las tareas de exposición a estímulos internos y externos y refuerzo de la terapeuta al paciente por los progresos realizados. - Ejercicios de exposición a estímulos internos dentro de la sesión de terapia. - Discusión cognitiva de las ideas irracionales y de los pensamientos automáticos y catastrofistas. - Tarea: exposición progresiva a los ítems de las jerarquías. Registro y reto de las interpretaciones catastrofistas de las sensaciones que se producen en situaciones ansiógenas o que pueden desencadenar la crisis de angustia.
<p>Sesión nº 15</p> <p>Prevención de recaídas (I)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Valoración de la evolución del paciente a lo largo de la terapia. - Repaso del contenido de las sesiones anteriores. - Atribución de la mejoría por parte del paciente. - Refuerzo de la terapeuta. - Valoración de la creencia residual en las interpretaciones catastrofistas de las sensaciones corporales. - Expectativas futuras del paciente respecto a posibles crisis futuras y a la retirada definitiva de la medicación. - Conveniencia de generalizar el contenido de la terapia a otras sensaciones distintas de las habituales que pudieran aparecer en futuras crisis. - Conveniencia de seguir practicando las técnicas aprendidas a lo largo de la terapia. - Tarea: realizar el “examen de las crisis de angustia”.
<p>Sesión nº 16</p> <p>Prevención de recaídas (II)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Comentario de las respuestas dadas por el paciente a las cuestiones del examen: a) ¿Qué son las crisis de angustia y como se producen?; b) Pensamientos que tenía durante las crisis, evidencias a favor y en contra, datos de la terapia que han sido especialmente útiles; c) ¿Cómo puedo afrontar una crisis de angustia?

	<ul style="list-style-type: none"> - Valoración final de la terapia. - Emplazamiento para el post test y los posteriores seguimientos.
--	--

2.10 Factores relacionados con el terapeuta:

Por lo que respecta al estilo terapéutico que marcan Botella y Ballester (1997) para llevar a cabo el programa terapéutico en el que me he basado, los autores remarcan que es similar al estilo del terapeuta en la terapia cognitiva de Beck para la ansiedad o depresión. Se trata, pues, de un estilo directivo por parte del terapeuta, quien debe asegurarse de que los puntos fundamentales de la agenda son tratados en la sesión, unido a un papel muy activo por parte del paciente, que interviene no solo en el establecimiento de la agenda y la realización de las tareas semanales, sino en la propia discusión y modificación de sus pensamientos catastróficos. Los autores equiparan el trabajo en sesión, al trabajo de un equipo científico. Los pensamientos negativos del paciente son tratados como hipótesis y éste, junto con el terapeuta trabaja para recopilar evidencias que determinen si tales hipótesis son exactas o útiles. En lugar de proporcionar todas las respuestas a los pensamientos negativos de los pacientes, el terapeuta realiza una serie de preguntas mediante el estilo socrático y diseña tareas o experimentos conductuales que ayuden a los pacientes a evaluar y proporcionar sus propias respuestas a sus pensamientos. Se trata pues, de un “empirismo colaborador”.

Por último, los autores (Botella y Ballester, 1997), señalan la importancia de que se establezca en las sesiones un feedback frecuente que asegure la comprensión mutua. Por ejemplo, resulta deseable que el terapeuta pida al paciente varias veces a lo largo de la sesión que haga resúmenes de lo que ha entendido hasta el momento, o que exponga las dudas que tiene respecto al contenido de la sesión. También, el terapeuta debe hacer pequeños resúmenes de lo que ha entendido el paciente (mediante reflejar la información), siendo este el que confirma la validez de las conclusiones que el terapeuta ha extraído.

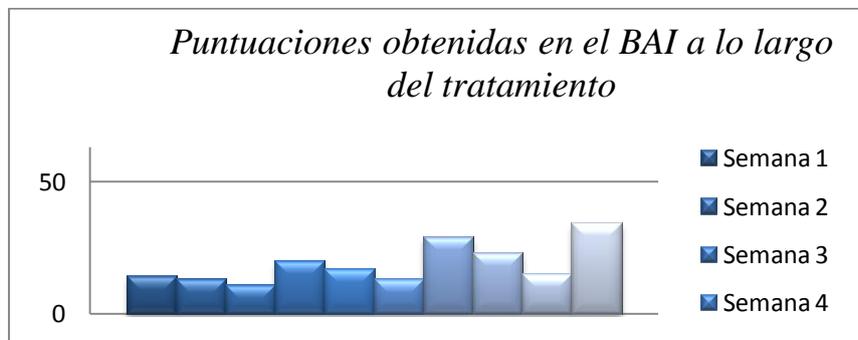
De cualquier manera, dentro de la bibliografía que he revisado (Botella y Ballester (1997), Bados (2006), Calero, A., y Bados, A. (2010), etc. se remarca que el terapeuta debe ser lo suficientemente flexible para adaptarse al desarrollo del programa y a las características propias y situacionales del paciente.

2.11 Diseño del estudio:

El diseño del estudio que he elegido es el diseño de un caso único (N=1), en el que se describe la evaluación y el tratamiento llevado a cabo.

2.12 Efectividad y eficiencia de la intervención:

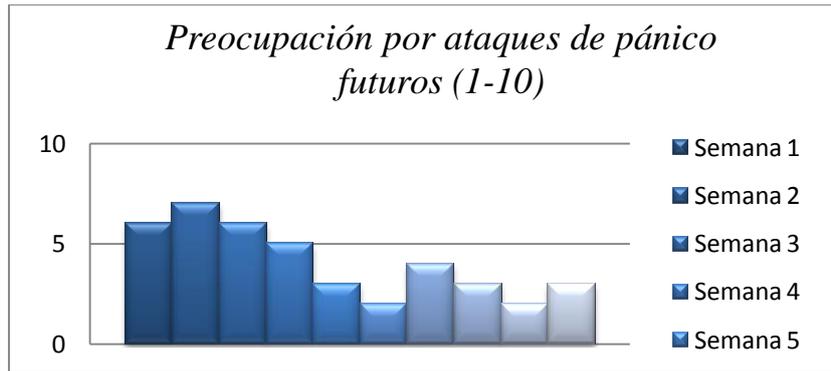
En cuanto al primer objetivo (eliminar (o al menos reducir) los ataques de pánico (o la ansiedad excesiva), los ataques de pánico continuaron sin darse, al igual que al principio del tratamiento, y en cuanto a la ansiedad excesiva, el grado de ansiedad recogido con el BAI durante las 10 semanas de tratamiento que llevamos, se puede observar en el siguiente gráfico:



*Gráfico que representa las puntuaciones obtenidas en el BAI a lo largo de las semanas

Se observa que todas las puntuaciones remarcan una baja ansiedad (0 a 21), exceptuando dos semanas, en las que el paciente reflejó haber sentido una ansiedad moderada. Estas dos puntuaciones coinciden con eventos estresantes (fallecimiento del padre de uno de sus mejores amigos y la última semana cuando su pareja le dijo que no sabía si quería continuar con la relación), por lo que puede ser una respuesta normal a los estresores situacionales).

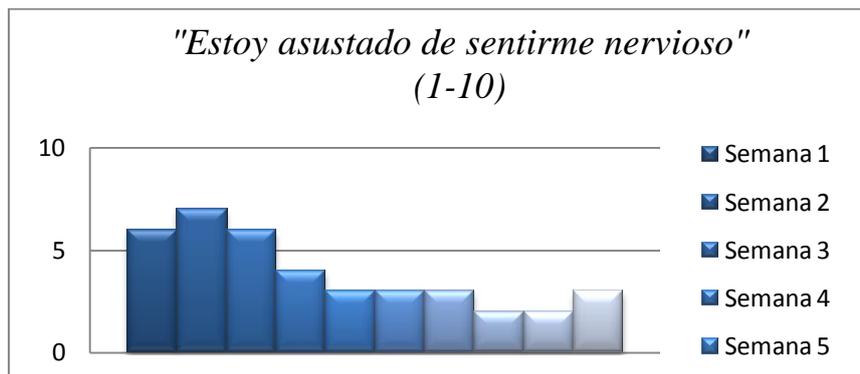
Por otra parte, en cuanto a la preocupación por ataques de pánico futuros, a lo largo de las sesiones recogimos la valoración subjetiva del paciente en una escala de 0 a 10 (0 = ausente, 10 = máxima). La evolución de las puntuaciones del paciente se recogen en el siguiente gráfico:



*Grafico que representa la preocupación por ataques de pánico futuros a lo largo de las semanas

Como se observa en el grafico, la preocupación por los ataques de pánico futuros sí que parece ser que haya ido disminuyendo a lo largo del proceso terapéutico.

A lo largo de las sesiones, también se recogió la valoración subjetiva del paciente en una escala de 0 a 10 (0 = ausente, 10 = máxima) sobre “estoy asustado de sentirme nervioso”. Los resultados se muestran en el siguiente gráfico:



*Grafico que representa el miedo a sentirse nervioso a lo largo de las semanas

Por lo que se refleja, también se podría decir que el miedo a sentirse nervioso ha ido disminuyendo progresivamente a lo largo de la terapia.

En cuanto a otro de los objetivos de la intervención, eliminar (o al menos reducir) la hipervigilancia de las propias sensaciones físicas y los pensamientos catastróficos al respecto, creo que aunque no tenga unos resultados definitivos debido a no haber terminado la terapia, poco a poco estamos trabajando en ello mediante las técnicas de parada del pensamiento y de reestructuración cognitiva, y próximamente comenzaremos con la exposición interoceptiva.

En relación a los otros dos objetivos de intervención que teníamos (aprender a tolerar la ansiedad “normal” que producen muchas situaciones de la vida y favorecer la retirada gradual

de la medicación), continuamos trabajando en ello en la terapia, ayudándonos de las situaciones que le van ocurriendo al paciente, y en cuanto a la bajada de la medicación, está siendo supervisada por su psiquiatra, aunque aún no se ha producido ninguna modificación desde la última bajada hace 2 meses.

Siento no poder incluir una valoración final sobre la efectividad y eficiencia de la intervención que incluya los principales resultados, pero dado que seguimos dentro del proceso de tratamiento y no lo hemos concluido aún, no he podido realizar la evaluación posterior ni los seguimientos.

3. Discusión:

- Limitaciones del estudio:

Tengo que decir que las limitaciones que presenta mi estudio son variadas. En primer lugar, la terapia no ha finalizado aún, así que no puedo incluir un análisis estadístico que demuestre si hay diferencias estadísticas significativas entre la evaluación previa y la posterior, por lo tanto, lo que he hecho es reflejar la evaluación y la parte del tratamiento que ha sido llevado a cabo hasta ahora, con el fin de poderme ajustar a los tiempos de la entrega del presente trabajo.

En segundo lugar, tampoco he podido realizar los seguimientos que tengo pensados llevar a cabo una vez se finalice la terapia, que incluyen elementos para promover el mantenimiento y generalización a la vida cotidiana.

En tercer lugar, he tratado de ajustarme en la medida de lo posible al programa de tratamiento para el trastorno por pánico sin agorafobia de Botella y Ballester (1997), pero sin dejar de ser flexible para lograr atender al paciente con las demandas que va trayendo a consulta. Creo que durante la terapia han surgido diferentes situaciones con las que no contaba durante la evaluación previa (por ejemplo con la crisis de pareja), por lo que he tenido y tendré que adaptar los objetivos con los que yo voy a terapia para poder acoger las vivencias del paciente. Esto puede ser contemplado como algo lógico y normal o como una deficiencia

metodológica. De cualquier manera me parecía apropiado comentar este aspecto en este punto.

A modo de resumen, la principal limitación del presente estudio es que el caso aún está en desarrollo, por lo que he tratado de reflejar la evaluación y la parte del tratamiento llevado a cabo, junto con la evolución de algunas variables como la ansiedad a lo largo de las semanas, la preocupación por ataques de pánico futuros o el miedo a sentirse nervioso.

- Valoración de los resultados en el contexto de la formulación clínica y del tratamiento realizado:

Atendiendo a las limitaciones expuestas anteriormente, no se puede incluir una valoración final de los resultados en el contexto de la formulación clínica y del tratamiento realizado. Aun así, creo que la formulación clínica que he realizado sobre el caso es apropiada y puede ajustarse a la realidad del paciente, y que el tratamiento que he aplicado y ha estado basado en gran medida en el programa de tratamiento de Botella y Ballester (1997), ha sido llevado a cabo por mi parte con flexibilidad, o al menos eso he intentado, para no crear un ambiente rígido dentro de la terapia.

En cuanto a la generalización de los aprendizajes, creo que contábamos con un arma de doble filo que es que los ataques habían remitido totalmente gracias a la medicación, que está muy bien, pero me preocupaba que los aprendizajes llevados a cabo en la terapia no se pudieran generalizar del todo a la vida del paciente. Aun así, creo que finalmente se está produciendo una buena generalización a la vida cotidiana, por ejemplo con los ejercicios de respiración diafragmática y con la discusión cognitiva. Creo que me ha servido mucho el trabajar las vivencias que el paciente traía a consulta hilándolo con los objetivos y contenidos de la sesión que yo tenía preparados, ya que así surgía todo de una forma natural y tenía un mayor grado de significación para el paciente, con lo que los aprendizajes han sido más rápidos.

Me gustaría añadir, que aún teniendo en cuenta las limitaciones del estudio, que son varias y complejas, creo que la terapia le está resultando útil al paciente, ya que me lo ha expresado así, y que al menos se refleja en las variables anteriormente expuestas, aunque no se pueda incluir una valoración final de la significación del cambio terapéutico.

- El ajuste a la ética de la intervención:

En cuanto al ajuste a la ética, quiero comentar varias cosas en relación a los cuatro principios que se entienden como fundamentales y que son los siguientes (Beauchamp y Childress, 1999, citado en del Río, 2005):

- Principio de autonomía. Se refiere a la obligación de respetar los valores y opciones personales de cada persona en las decisiones básicas que le atañen personalmente. He tratado de llevar a la práctica este principio y de potenciar en todo momento la autonomía del paciente, que ya de por sí era muy buena, por ejemplo, generando espacios en los que el paciente pudiera expresar sus opiniones o pareceres respecto al tratamiento, y recogéndolas de forma adecuada.
- Principio de beneficencia. Se refiere a actuar en beneficio del paciente, pero respetando la autonomía de este. Creo que también he tratado de actuar de forma consecuente con este principio, diseñando las sesiones de una forma adaptada al caso y pensando en el beneficio final del paciente y en sus necesidades..
- Principio de justicia. Cada paciente debe ser tratado con igual consideración y respeto que los demás pacientes, tal y he tratado de llevarlo a la práctica, por ejemplo, esto con el paciente no me resultaba complicado, pero con los niños con los que he trabajado siempre lo he tenido en mente, prestándoles la misma atención y poniendo en juego todas las habilidades que tengo al igual que con los adultos.
- Principio de no maleficencia. Se trata, ante todo, de no hacer daño al paciente ni de someterlo a riesgos innecesarios. He tratado de tener cuidado para no actuar con negligencia (por ejemplo, tratando de salvaguardar la confidencialidad en las supervisiones, velando por la intimidad del paciente) y tratando de no causar un daño, aunque sea sin pretenderlo.

Por último, en cuanto a mis propias competencias y conocimientos, he tratado de buscar asesoramiento, ya que nunca había llevado un caso con estas características y he intentado documentarme exhaustivamente, ya que como terapeuta, debo conocer el alcance y límites de mis competencias y conocimientos, y, por tanto, tratar de que eso no interfiera en mi práctica clínica, o al menos que la interferencia sea la menor posible.

- Autoevaluación del trabajo desempeñado:

Dentro del ejercicio de mi profesión, he tratado de hacerlo lo mejor que he podido, no solo con este caso, sino en cada una de mis actuaciones como psicóloga durante las prácticas, con cada una de las personas con las que he tenido el lujo (porque en verdad lo es) de trabajar. De hecho, el taller de habilidades del psicólogo me dio muchas pistas para saber cuáles eran mis fortalezas y mis debilidades en terapia.

Pienso que el máster me ha servido para adquirir unas habilidades, conocimientos y actitudes hacia la terapia, que me han ayudado en gran medida para desenvolverme dentro del rol de psicóloga clínica que representa a la UAM. Es cierto que hay cosas, seguramente bastantes, que no acabo de manejar a la perfección, como por ejemplo me ha ocurrido con la reestructuración cognitiva, en la que me cuesta bastante llevar a la práctica el diálogo socrático, generando que sea el paciente quien llegue a sus propias conclusiones y no yo quién las proporcione.

Otro aspecto que creo que puedo mejorar (y me di cuenta durante la sesión de psicoeducación) es adecuar mi lenguaje y poderme mover fácilmente y de forma natural entre un estilo más técnico y uno más coloquial para favorecer la comprensión y la asimilación de la información.

Algo que también me ha resultado complicado es encontrar el punto medio entre seguir un programa de tratamiento elaborado pero sin caer en la rigidez. He tratado de manejarlo sin presión e intentando en todo momento vincular las vivencias del paciente a la terapia. Me he dado cuenta de que contextualizar esos contenidos es todo un arte y que tienen un gran impacto en la terapia. En algunas ocasiones, como en la última sesión que he relatado, es impactante, cómo cuando ocurre algo así en la vida del paciente, tienes que poner en juego la empatía, la escucha activa y el acoger y validar al paciente, facilitándole al menos un entorno seguro en el que pueda hablar sobre lo que le preocupa y sobre lo ocurrido.

A nivel de conocimientos, estoy contenta conmigo misma, ya que aunque no tuviera todos los conocimientos necesarios sobre el trastorno, la forma de evaluación y el tratamiento, he llevado a cabo un proceso de documentación que me ha resultado muy productivo a la hora de

enfrentarme al caso y a la planificación y ejecución de las sesiones, al igual que he hecho con todos los pacientes con los que he trabajado.

Por otra parte, quiero resaltar el buen clima terapéutico que se ha generado con el paciente durante las sesiones. Creo que para conseguirlo ha sido indispensable la buena disposición del paciente y su apertura a llevar a cabo nuevos aprendizajes, y que yo he sabido aprovecharlo junto con la puesta en práctica de mis habilidades y conocimientos. Una de las herramientas que he utilizado es el sentido del humor, que me parece tremendamente valioso, intentando, claro está, utilizarlo en la justa medida.

Para finalizar quiero añadir que una de las cualidades que mas valoro de mi misma como persona y como terapeuta es la ilusión y las ganas que le pongo a lo que hago, creo que esto ha sido un aspecto que me ha servido de mucho en mis intervenciones, además de creer en las personas con las que trabajo, en el sentido de que son valiosos y en que pueden conseguir sus propias metas incrementando así su bienestar psicológico.

A nivel general creo que lo he intentado hacer lo mejor posible, creo que siempre tendré cosas que mejorar, lo cual no deja de ser magnífico, y que he tratado de disfrutar de la terapia, pudiendo ofrecer mis habilidades técnicas y personales a los pacientes. En definitiva, tanto el máster, como las practicas del mismo, y en concreto el caso que os he presentado, han sido una gran experiencia que me ha servido para mejorar, además de un auténtico lujo.

4. Referencias bibliográficas:

- American Psychiatric Association (2002). DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona: Masson.
- American Psychological Association Task Force on Psychological Intervention Guidelines (1995). *Template for developing guidelines : Interventions for mental disorders and psychological aspects of physical disorders*, Washington, D.C: American Psychological Association
- Bados, A. (2000). *Agorafobia y ataques de pánico*. Madrid: Pirámide.
- Bados, A. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la agorafobia. *Psicothema*, 13, 453-464.
- Bados, A. (2005). Agorafobia y pánico. Extraído el 3 de marzo de 2012 de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/358/1/115.pdf>
- 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>
- Ballester, R. y Botella C. (1991). Tratamiento psicológico del trastorno de pánico: adaptación del programa cognitivo-comportamental de Clark. *Análisis y modificación de conducta*, 56, 871-894.
- Ballester, R. y Botella C. (1996). Curso clínico y resultados a largo plazo en el tratamiento cognitivo-comportamental del trastorno de angustia con agorafobia. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 1, 49-72.
- Ballester, R., Botella, C. (1992). Aplicación del programa terapéutico de Clark a un caso con trastorno de pánico. *Psicothema*, 4, 69-88.
- Barlow, D.H. (1988). *Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford Press.
- Barlow, D.H. (1997). Cognitive behavior therapy for panic disorder: Current status. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58, 32-37.
- Botella, C. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno de pánico. En M. Pérez, J.R. Fernández, C. Fernández e I. Amigo (Eds.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos* (pp. 187-310). Madrid: Pirámide.
- Botella, C. y Ballester, R. (1995). Trastorno de pánico. En V.E. Caballo y J.A. Carrobbles (Eds.), *Manual de Psicopatología y Trastornos Psiquiátricos* (vol.1). Madrid: Pirámide.

- Botella, C. y Ballester, R. (1997). Trastorno de pánico: evaluación y tratamiento. Barcelona: Martínez Roca.
- Caballo, V. E. (Dir.) (2005). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos: estrategias de evaluación, problemas infantiles y trastornos de ansiedad*. Madrid: Pirámide.
- Calero, A., y Bados, A. (2010). Protocolo de intervención clínica para los problemas de pánico y agorafobia. Extraído el 13 de marzo de 2012 de http://web.uam.es/centros/psicologia/paginas/mpcs/doc/protocolo_panicoagorafobia.pdf
- Chambless, D.L., Ollendick, T.H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and Evidence. Extraído el 15 de marzo de 2012 de http://www.terapiabreveyeficaz.com.ar/Documentos/23Empirically_Supported_Psychological_Interventions.pdf
- Froján, M. X. (Coord.) (1998). *Consultoría conductual: Terapia psicológica breve*. Madrid: Pirámide.
- McKay, M., Davis, M., & Fanning, P. (1985). *Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.
- Moreno, P. J. y Martín, J. C. (2008). *Tratamiento psicológico del trastorno de pánico y de la agorafobia: manual para terapeutas*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Roca, E. y Roca, B. (1999). *Cómo tratar con éxito el pánico (con o sin agorafobia)* (2ª ed.). Valencia: Ediciones ACDE.