



**Universidad Internacional de La Rioja**  
**Grado en Psicología**

---

# El trastorno de pánico, un estudio de caso.

---

Trabajo fin de grado presentado por: Gabriela Beatriz Torres Achicanoy  
Titulación: Grado en Psicología  
Línea de investigación: Propuesta de Intervención en Psicología Clínica  
Director/a: Eduardo González Fraile

Valencia, España

Septiembre de 2018

Firmado por: Gabriela Beatriz Torres Achicanoy

CATEGORÍA TESAURO: 651302

Terapia y Modificación de Conducta.

# ÍNDICE

	Pág.
<b>1. Introducción.....</b>	<b>6</b>
1.1. Planteamiento del problema investigativo.....	7
1.2. Justificación.....	11
1.3. Objetivos.....	13
1.3.1. Objetivo general.....	13
1.3.2. Objetivos específicos.....	13
<b>2. Marco Teórico.....</b>	<b>14</b>
2.1. El trastorno de pánico.....	14
2.1.1. Manifestaciones.....	15
2.1.2. Prevalencia.....	15
2.1.3. Etiología.....	16
2.1.4. Desarrollo y curso.....	19
2.1.5. Diagnóstico diferencial.....	20
2.1.6. Tratamiento.....	22
2.2. La Ansiedad anticipatoria.....	26
2.2.1. Triple sistema de respuesta.....	27
2.3. Entrenamiento ABC en relajación.....	29
2.3.1. Los estados R.....	29
2.3.2. Las creencias R.....	30
2.3.3. Las actitudes R.....	31
2.3.4. Psicoeducación sobre la relajación ABC.....	31
2.3.5. Entrenamiento de la técnica ABC.....	31
2.3.6. Construcción de los guiones de relajación.....	32
2.3.7. Técnicas de relajación del modelo ABC.....	32
<b>3. Metodología de Estudio.....</b>	<b>36</b>
3.1. Tipo de investigación.....	36
3.2. Diseño de investigación.....	36
3.3. Unidad de trabajo.....	36
3.4. Instrumentos.....	37
3.5. Propuesta de intervención.....	38
3.5.1. Objetivos.....	38
3.5.2. Plan de tratamiento.....	39
<b>4. Resultados.....</b>	<b>42</b>
4.1. Entrevista clínica.....	42
4.1.1. Información demográfica.....	42
4.1.2. Motivo de consulta.....	42

4.1.3.	Historial médico. ....	43
4.1.4.	Historial psiquiátrico.....	43
4.1.5.	Historial educativo. ....	43
4.1.6.	Historial laboral. ....	44
4.1.7.	Historial familiar. ....	45
4.1.8.	Historia social.....	45
4.1.9.	Impresión diagnóstica.....	46
4.2.	Inventario de ansiedad de Beck –BAI .....	47
4.3.	Autorregistro conducta-problema .....	47
4.4.	Autorregistro de relajación ABC .....	48
4.5.	Inventario SRSI .....	49
4.6.	Factores de predisposición .....	49
<b>5.</b>	<b>Discusión.....</b>	<b>51</b>
5.1.	Limitaciones del presente estudio .....	54
5.2.	Líneas futuras de investigación .....	54
<b>6.</b>	<b>Conclusiones .....</b>	<b>55</b>
	<b>Referencias Bibliográficas .....</b>	<b>57</b>
	<b>Anexos .....</b>	<b>62</b>

## Índice de figuras

	Pág.
Figura 1. Retroalimentación de la crisis de pánico. ....	15
Figura 2. Trastorno de pánico .....	19
Figura 3. Diagnóstico diferencial del trastorno de pánico.....	20
Figura 4. Incremento del nivel de ansiedad en el trastorno de pánico.....	26
Figura 5. Resultados de la aplicación BAI pre y post.....	47
Figura 6. Estados R aplicación pre y post.....	49

## Índice de tablas

Pág.

Tabla 1. Criterios diagnósticos del DSM 5 .....	8
Tabla 2. Criterios Diagnósticos de la CIE10 .....	9
Tabla 3. Estados R .....	30
Tabla 4. Creencias R .....	30
Tabla 5. Entrenamiento ABC .....	31

## Resumen

La presente investigación describe un estudio de caso único, con una paciente de 26 años, que padece un trastorno de pánico. Para conceptualizar el caso clínico se utilizaron como instrumentos para la evaluación, la entrevista clínica, la escala de ansiedad de Beck – BAI, el Inventario de Smith sobre Estados – R de Relajación (SRSI), junto con dos autorregistros para la conducta problema y para la evaluación. Posteriormente, se analizó el sistema de respuesta de la ansiedad junto con los factores de predisposición y de protección de la paciente con el fin de proponer un programa de intervención para el tratamiento el trastorno de pánico. Dicha propuesta de intervención tuvo en cuenta las aportaciones teóricas y prácticas de la psicología clínica cognitivo - conductual e incorporó como elemento novedoso las aplicaciones prácticas del entrenamiento en relajación ABC.

Inicialmente se propuso como objetivo desarrollar y evaluar la efectividad de una intervención de corte cognitivo - conductual para el manejo del trastorno de pánico. Sin embargo, durante la intervención no se llegó a realizar el cierre terapéutico, con lo cual no se puede presentar la evaluación del programa terapéutico. Lo que si se presenta es el resultado obtenido de doce sesiones de intervención para posteriormente dar continuidad a la investigación de tal forma que en un siguiente trabajo se evalué la efectividad del programa de intervención.

Durante el desarrollo de la propuesta de intervención se logró una mejoría clínica sobre el control de los síntomas psicofisiológicos de la paciente. Dichos cambios se reflejan en las valoraciones de pretest y posttest de la Escala de Ansiedad de Beck-BAI y del inventario de Smith sobre los estados de relajación (SRSI).

**Palabras Clave:** Crisis de pánico, Ansiedad anticipatoria, Entrenamiento ABC en relajación, Trastorno de pánico.

## 1. Introducción

Para el desarrollo de la presente investigación se reconoce a la ansiedad como un elemento central en la psicopatología del ser humano. Al respecto los trastornos de ansiedad se consideran como un problema frecuente de la salud mental. "...más de 260 millones de personas en el mundo sufren trastornos de ansiedad, situación que afecta su bienestar personal y su capacidad de trabajo" (Organización Mundial de la Salud - OMS, 2017, p.1).

Considerando ésta realidad, se reconoce que las entidades de la salud pública y de la educación pueden aportar en ampliar con su investigación al conocimiento del tratamiento de la ansiedad y favorecer la calidad de vida de las personas que padecen dicho trastorno. Por tanto, la presente investigación busca aportar a la comunidad académica sobre la praxis y las manifestaciones de la ansiedad, específicamente en el caso del trastorno de pánico, así como en sus formas de tratamiento en el ámbito clínico de la psicología.

A continuación se presenta un estudio de caso con una paciente de 26 años, que manifestó en consulta un malestar clínico producido por un trastorno de pánico. Para su manejo clínico, se utilizaron los referentes teórico-prácticos disponibles sobre el trastorno de pánico además del entrenamiento en relajación ABC propuesto por Smith en 2009.

Así, el objetivo central de ésta investigación fue proponer una estrategia de intervención, que incluyera el entrenamiento en relajación ABC como aspecto innovador para contrarrestar la activación del tripe sistema de respuesta de la ansiedad experimentada en el trastorno de pánico. Al final del escrito se presentan los datos de la evaluación, al inicio y durante la ejecución del programa. Las sesiones correspondientes al cierre terapéutico del programa y del caso clínico se dejan para futuras investigaciones que se centren en valorar la efectividad del tratamiento proporcionado.

Consecuentemente se presenta un estudio de caso único con metodología mixta, los resultados descritos, recogen la información de los datos cuantitativos y cualitativos recopilados durante el proceso de la intervención. La información obtenida permitió conceptualizar las manifestaciones del trastorno de pánico, así como los factores de predisposición y de protección de la paciente para fundamentar los planteamientos de la intervención clínica.

Para llevar a cabo la investigación se estipularon cinco fases. La primera consistió en la revisión y documentación teórico – práctica existente sobre el trastorno de pánico. En un segundo momento se realizó la evaluación de la ansiedad experimentada por la paciente,

para identificar la línea base de la cual se partía. En un tercer momento se identificaron los factores de predisposición asociados a la presencia del trastorno de pánico así como los de protección con los que cuenta la paciente. Seguidamente en cuarto lugar se inició el diseño de un programa psicológico a partir de la propuesta del entrenamiento en relajación ABC. En un quinto y último paso se elaboró el análisis y la discusión de los resultados así como la presentación de las conclusiones finales.

### **1.1. Planteamiento del problema investigativo**

Para iniciar con la conceptualización del trastorno de pánico, se presenta una revisión general sobre los conceptos de ansiedad para poner en situación al lector<sup>1</sup> y posteriormente se describen las características definitorias del trastorno de pánico.

En sus antecedentes la ansiedad se ha definido por “los sentimientos de tensión, de aprensión, de nerviosismo, de preocupación y de la activación del sistema nervioso autónomo” (Spielberger, Pollans y Worden, 1984, p.97). Una ampliación de este mismo concepto reconoce a la ansiedad como:

Una reacción autónoma de un organismo que se produce después de la presentación de algún estímulo nocivo...esta ansiedad podría ocurrir de forma irracional, es decir, ante situaciones de escaso peligro objetivo o bien en las que se carece de un peligro real, lo que se conoce como la ansiedad patológica. (Wolpe, 1968, p. 235).

Conceptos más recientes sobre la ansiedad se encuentran en los aportes de Sandín (2009) quien menciona que la ansiedad surge como una respuesta aprendida de naturaleza anticipatoria, respuesta que se adquiere o se mantiene según los principios del condicionamiento clásico y operante. Así mismo Barlow (2002) describe la ansiedad como un proceso cognitivo-afectivo en el que el individuo tiene un sentido de impredecibilidad e incontrolabilidad de los acontecimientos y las emociones potencialmente negativas y perjudiciales.

Como aspecto importante es necesario reconocer que en la categoría nosológica de la ansiedad se encuentra el trastorno de pánico, lo más característico son sus crisis de pánico, éstas se definen como una reacción de profundo miedo sin causa aparente que dura algunos minutos. Al respecto, Moreno y Martín (2009), definen el trastorno de pánico como un sufrimiento de una o múltiples crisis de pánico. Describen las crisis como inesperadas y repentinas. Entre las sensaciones que suscitan en los pacientes se encuentran la percepción de estar sufriendo un infarto al corazón, un derrame cerebral o la creencia de

---

<sup>1</sup> A lo largo de todo este documento se utilizará el género gramatical masculino para referirse a ambos géneros. Tan sólo cuando la oposición de sexos sea un factor relevante en el contexto se explicitará una u otra condición.

estarse volviendo loco. Dichas sensaciones a su vez, se suman a la inquietud persistente del paciente por volver a experimentar una nueva crisis.

Para Moreno y Martín (2009), el trastorno de pánico se caracteriza por presentar fuertes reacciones simpáticas a las que se suman reacciones psicofisiológicas. En este sentido, se argumenta que el ataque de pánico refleja la activación de un sistema de alarma para responder al peligro de asfixia y para estimular el escape rápido ante situaciones potencialmente mortales.

Otro aspecto a tener en cuenta es que el trastorno de pánico puede acompañarse o no de agorafobia. La agorafobia se manifiesta en situaciones en las que le resulta difícil o embarazoso escapar al paciente tras la experimentación de una crisis de pánico, para ampliar la información al respecto el lector puede remitirse a los criterios diagnósticos de la agorafobia del DSM 5.

En relación a la forma de experimentar el trastorno de pánico, se conoce gracias a los aportes de Moreno y Martín (2009) que depende de las características propias de cada persona, es decir se trata de una patología que se puede presentar a cualquier edad de la vida, en la que sus síntomas varían al igual que su frecuencia de aparición. A continuación en la Tabla 1 se revisarán los criterios diagnósticos de Asociación Americana de Psiquiatría – APA, para el trastorno de pánico:

**Tabla 1. Criterios diagnósticos del DSM 5**

<p><b>A.</b> Un ataque de pánico es la aparición súbita de miedo o de malestar intenso (se puede producir desde un estado de calma o desde un estado de ansiedad) que alcanza su máxima expresión en minutos y durante este tiempo se producen cuatro (o más) de los síntomas siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardíaca.</li><li>2. Sudoración.</li><li>3. Temblor o sacudidas.</li><li>4. Sensación de dificultad para respirar o de asfixia.</li><li>5. Sensación de ahogo.</li><li>6. Dolor o molestias en el tórax.</li><li>7. Náuseas o malestar abdominal.</li><li>8. Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo.</li><li>9. Escalofríos o sensación de calor.</li><li>10. Parestesias (sensación de entumecimiento o de hormigueo).</li><li>11. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (separarse de uno mismo).</li><li>12. Miedo a perder el control o de «volverse loco».</li><li>13. Miedo a morir. Nota: Se pueden observar síntomas específicos de la cultura (p. ej. zumbidos de oídos, dolor de cuello, dolor de cabeza, gritos o llanto incontrolable).</li></ol> <p><b>B.</b> Al menos a uno de los ataques le ha seguido un mes (o más) de uno o los dos hechos siguientes:</p>
--

1. Inquietud o preocupación continua acerca de otros ataques de pánico o de sus consecuencias (p. ej., pérdida de control, tener un ataque de corazón, «volverse loco»).

2. Un cambio significativo de mala adaptación en el comportamiento relacionado con los ataques (p. ej., comportamiento destinados a evitar los ataques de pánico).

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

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

Extraído de APA, 2015, p. 133-134.

Por otra parte, la OMS en la CIE 10, describe como criterios diagnósticos para las crisis de pánico o "ansiedad episódica paroxística", los siguientes:

**Tabla 2. Criterios Diagnósticos de la CIE 10**

**A.** El sujeto experimenta ataques de pánico que no se asocian de forma consistente con una situación u objeto específicos, y que se producen espontáneamente (es decir, los episodios son impredecibles). Los ataques de pánico no se asocian con un ejercicio físico intenso o con la exposición a situaciones peligrosas o amenazantes para la vida.

**B.** Un ataque de pánico se caracteriza por todos lo siguiente:

1. Es un episodio diferenciado de intenso miedo o de malestar.

2. Se inicia abruptamente.

3. Alcanza su máxima intensidad en pocos minutos y dura, por lo menos, algunos minutos.

4. Se presentan al menos cuatro de los síntomas enumerados a continuación, de los cuales uno debe ser del grupo a) y d).

**Síntomas autonómicos:**

a) Palpitaciones o golpeo del corazón, o ritmo cardíaco acelerado.

b) Sudoración.

c) Temblores o sacudidas.

d) Sequedad de boca (no debida a medicación o deshidratación).

**Síntomas relacionados con el tórax y abdomen:**

e) Dificultad para respirar.

f) Sensación de ahogo.

g) Dolor o malestar en el pecho.

h) Náuseas o malestar abdominal (p. ej., estómago revuelto)

**Síntomas relacionados con el estado mental:**

i) Sensación de mareo, inestabilidad o desvanecimiento.

j) Sensación de que los objetos son irreales (desrealización) o de que uno mismo está distante o "no realmente aquí" (despersonalización).

k) Miedo a perder el control, a volverse loco o a perder el conocimiento.

l) Miedo a morir.

**Síntomas generales:**

m) Sofocos de calor o escalofríos.

n) Aturdimiento o sensaciones de hormigueo.

**C. Criterio de exclusión usado con más frecuencia.** Los ataques de pánico no se deben a una enfermedad orgánica, trastorno mental orgánico (F00-F09) u otros trastornos mentales, como esquizofrenia y trastornos relacionados (F20-F29), trastornos del humor (afectivos) (F30-F39) o trastornos somatomorfos (F45).

El grado de variación individual, tanto en el contenido como en la severidad, es tan grande, que, si se desea, puede especificarse en dos grados, moderado y grave, mediante un quinto carácter:

F41.00 Trastorno de pánico moderado (por lo menos cuatro ataques de pánico en un período de cuatro semanas).

F41.01 Trastorno de pánico grave (al menos cuatro ataques de pánico por semana en un período de unas cuatro semanas).

Extraído de OMS, p. 113-114.

Como se puede entender en los criterios diagnósticos descritos, la experimentación del trastorno de pánico es una experiencia de temor extremo que va acompañada de sensaciones físicas y cognitivas, las mismas que se producen en una situación real de peligro, es por eso que la persona vive en un estado de constante ansiedad que la predispone a padecer alteraciones en la regulación de su sistema nervioso y la lleva a experimentar un estado de activación psicofísica permanente.

Es importante mencionar que el trastorno de pánico según los reportes de la OMS (2017) representa algunos costes económicos importantes relacionados con las visitas médicas y con las ausencias laborales o escolares. Al respecto, se reconoce que las consecuencias funcionales del trastorno varían según la particularidad propia de quien lo padece, afectando en mayor o menor medida su nivel de capacidad social, ocupacional y física.

En este sentido se mencionan algunas consecuencias que suelen ser comunes en la mayoría de las personas que padecen el trastorno (Roca, 2003). Las más evidentes están relacionada con el deterioro en el funcionamiento socio laboral, que se manifiesta en una baja en la autoestima, la depresión, así como en las actitudes hipocondríacas y en casos extremos en el abuso de alcohol o de ansiolíticos. Otro aspecto que menciona Roca es que el miedo al pánico además de provocar restricciones en la vida del paciente puede generar una dependencia hacia los familiares y los amigos, por el constante miedo a estar solo en el momento de la crisis. Finalmente otra consecuencia común estaría relacionada con una alta predisposición a la dependencia de la medicación y/o de sustancias psicoactivas.

Como ha podido observar el lector, los trastornos de ansiedad y específicamente el trastorno de pánico, son una categoría de especial interés en la intervención de la psicología clínica ya que se ha demostrado que en los casos en los que la persona no recibe un tratamiento oportuno y eficaz, el trastorno tiene un peor pronóstico, llegando a desarrollar patologías concomitantes como el caso de la agorafobia (Belloch, Sandín y Ramos, 2009).

Siguiendo con la importancia del tratamiento, la evidencia clínica refleja que existe un efecto devastador en las personas que lo padecen por lo que se hace importante intervenir la patología desde el punto de vista clínico. Se conoce gracias a los aportes de Sandín (2009) que sin un tratamiento adecuado, las consecuencias entre otras serían (a) que los pacientes podrían perpetuar los ataques de pánico durante años, (b) un cambio en el modo de vida ya que la persona desarrollarían un miedo constante a salir de su casa y a eludir aquellas situaciones en las que creerían podrían sufrir otro ataque, (c) algunas personas presentarían dificultades a la hora de ser productivas en su trabajo porque los síntomas les impedirían realizar actividades cotidianas por temor a padecer nuevas crisis, (d) muchas personas sufrirían depresiones graves e incluso llegarían a pensar en el suicidio y (e) serían más propensa al abuso de las sustancias psicoactivas así como de los medicamentos.

En relación a los tratamientos que han resultado más eficaces para el trastorno del pánico las líneas de intervención discurren entre dos grandes corrientes, por un lado los que defienden el tratamiento farmacológico para normalizar los niveles de los procesos químicos cerebrales y por otro los que son defensores de la psicoterapia para conseguir un mayor control sobre la ansiedad. Estas dos corrientes coinciden en reconocer la importancia de un tratamiento adecuado y oportuno, como herramienta eficaz, para detener en la persona el progreso de los trastornos de pánico (Belloch et al, 2009). De los mismos autores se conoce, que entre las terapias psicológicas que han resultado más efectivas para el tratamiento del trastorno de pánico esta la terapia cognitivo – conductual. Esta terapia se basa en detectar el estímulo fóbico y en realizar una exposición ya sea en vivo, simbólica o grupal, para posteriormente valorar los supuestos cognitivos del paciente a través de la terapia cognitiva o de la terapia de exposición conductual. Al respecto se menciona que “los estudios han demostrado que no es necesario cuestionar directamente las creencias disfuncionales, para obtener efectos comparables a los de la Reestructuración Cognitiva en cuanto al cambio de cogniciones” (Roca, 2003. p.11).

## **1.2. Justificación**

La presente investigación es importante dado que explora el trastorno de pánico para sumar a las investigaciones que sobre el tema se realicen. Se reconoce de esta forma que el trastorno manifiesta consecuencias que avanzan en el tiempo y afectan la calidad de vida de los pacientes. En el estudio de caso en cuestión, la principal queja referida por la paciente en consulta, fue que una vez experimentadas las crisis de pánico, sus síntomas somáticos tales como mareos o taquicardia eran interpretados como signos de catástrofe, lo

que a su vez le incrementaba el temor generándole un círculo vicioso ansioso que afectaba su día a día.

Al respecto, Sarason y Sarason (2006) mencionan que la marcada ansiedad que experimentan los pacientes, puede convertirse en un estado de constante expectativa que lleva a la persona a preocuparse y a sentir pánico ante la situación temida mucho antes de tener que afrontarla. Las investigaciones desarrolladas por Moreno y Martín (2009), demuestran que sin un tratamiento eficaz el trastorno de pánico se convierte en una enfermedad crónica además de deteriorante con períodos tanto de mejoría como de exacerbación, de ahí la importancia práctica y teórica que supone la presente investigación.

Por otra parte, ésta investigación no pretendió sustituir el manejo del tratamiento farmacológico, ni el de las terapias actuales, sino que como ya se ha mencionado buscó aportar, como profesionales de la salud, en la investigación con nuevas formas de tratamiento del trastorno de pánico utilizando como novedad el entrenamiento en relajación ABC para el manejo del pánico sumado a los aportes de la terapia conductual - cognitiva de la psicología clínica.

De este modo, con la presente investigación se pretendió disminuir los síntomas deteriorantes del trastorno de pánico y desarrollar en la paciente conductas más adaptativas. Para el desarrollo de la investigación se buscó tomar medidas fiables y válidas, por lo que se utilizaron instrumentos validados tales como el Inventario de ansiedad de Beck y el Inventario de Smith para los estados de relajación junto con las herramientas de evaluación propias de la psicología clínica tales como la entrevista y los autorregistros. Lo que se persiguió con las herramientas de evaluación fue atender a las demandas de la paciente así como emplear los elementos más idóneos para conceptualizar del trastorno de pánico.

Por lo anterior, se considera que ésta investigación ofrece un aporte teórico y práctico para las futuras investigaciones que sobre el tema se realicen ya que permite ampliar los conocimientos sobre el trastorno de pánico, además de ofrecer herramientas sobre la intervención clínica del trastorno.

### **1.3. Objetivos**

#### **1.3.1. Objetivo general.**

Analizar el sistema de respuesta de la ansiedad junto con los factores de predisposición y de protección en una paciente de 26 años con el fin de diseñar un programa de intervención para el tratamiento del trastorno de pánico.

#### **1.3.2. Objetivos específicos.**

- Reconocer el triple sistema de respuesta de la ansiedad en la paciente.
- Identificar los factores de predisposición y de protección asociados al trastorno de pánico.
- Proponer un programa de intervención para manejo del trastorno de pánico.
- Evaluar el triple sistema de respuestas de la ansiedad después de la aplicación del programa de intervención propuesto para el trastorno de pánico.
- Determinar la efectividad del programa desarrollado teniendo en cuenta el control y el manejo de las manifestaciones de los Estados R.
- Identificar el alcance de la aplicación del programa de trastorno de pánico para la modificación cognitiva conductual de la paciente.
- Valorar si existe una mejora significativa a nivel clínico en relación a los síntomas psicofísicos experimentados por la paciente al inicio del tratamiento y los resultados finales de la intervención propuesta.

## 2. Marco Teórico

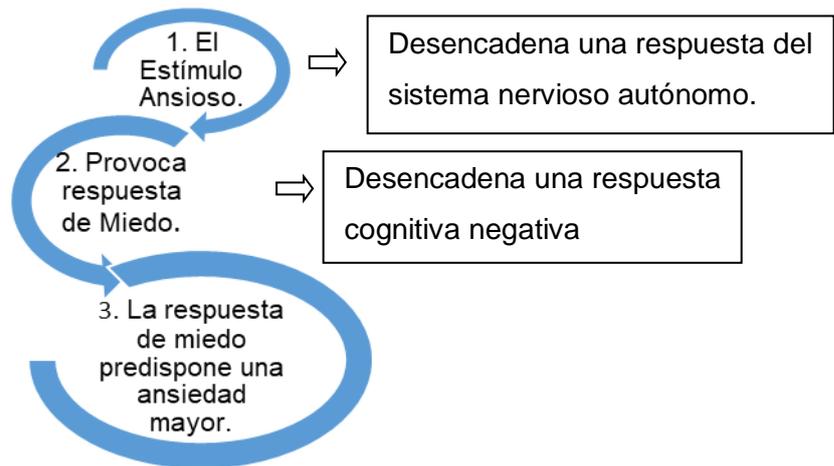
### 2.1. El trastorno de pánico

Cuando la persona se enfrenta ante una situación probable o real de amenaza, su cuerpo reacciona instintivamente huyendo o afrontando la situación mediante una respuesta inmediata (Saviñón, Solís y Johnson, 2002). Éste mecanismo instintivo funciona a modo de supervivencia y de protección, sin embargo cuando se pone en marcha la ansiedad en situaciones desproporcionadas con respecto a la realidad puede convertirse en un ataque de pánico (Osma, García y Botella 2014). De esta manera la ansiedad experimentada de forma recurrente y desproporcionada, sería el proceso del mantenimiento del trastorno de pánico, el cual según la OMS (2017) se define como una reacción de profundo miedo sin causa aparente que dura apenas algunos minutos.

Es importante reconocer tal como lo menciona el DSM 5 (2015), que los ataques de pánico se producen en el contexto de cualquier trastorno de ansiedad así como en otros trastornos mentales (p. ej., trastornos depresivos, trastorno de estrés postraumático, trastornos por consumo de sustancias) y en algunas afecciones médicas (p. ej., cardíacas, respiratorias, vestibulares, gastrointestinales), cuando se produce en estas situaciones no se considera como un trastorno sino como un especificador dentro del trastorno principal. Por el contrario, para que el ataque de pánico se diagnostique como un trastorno de pánico es necesario que el paciente cumpla con los criterios diagnósticos descritos por la APA o por la OMS. Estas clasificaciones junto con una valoración específica permitirán caracterizar y diagnosticar el trastorno de pánico desde una perspectiva clínica.

Para comprender el fenómeno del trastorno del pánico se parte de la definición proporcionada por Moreno y Martín (2009) quienes describen que existen dos fuerzas que se unen (a) por un lado un estado de ansiedad que predispone a padecer molestias en la regulación del sistema nervioso (dificultad de relajarse, disparo automático de la sensación de alerta, cambios bruscos de ritmos de respiración, etc.) y (b) por otro lado la percepción del estado ansioso como algo terrible, enigmático y sumamente desagradable.

A continuación en la figura 1 se representa el ciclo de retroalimentación experimentado en el pánico descrito previamente.



**Figura 1. Retroalimentación de la crisis de pánico. (Elaboración propia).**

Desde el punto de vista del trastorno psicológico Camerini (2003) menciona que el principal problema es la evitación a las situaciones en las que se cree que podría suceder un ataque (la situación en la que la persona se sentiría 'atrapada'). Esta conducta produce el miedo a padecer una crisis de ansiedad o un ataque de pánico en situaciones de indefensión (estar lejos, solos, encerrados, con mucha gente, delante de personas ante las que se quiere quedar bien, etc.).

### **2.1.1. Manifestaciones.**

El pánico tiene como característica esencial un “acceso brusco de miedo o malestar intenso que alcanza su máximo en cuestión de segundo. Dicho malestar se define como un ataque de pánico que puede surgir en un estado de calma así como en uno de ansiedad” (DSM 5, 2015, p.214). Según su aparición los ataques de pánico se pueden clasificar en recurrentes o inesperados. Los primeros se caracterizan por tener una señal que lo desencadena y en los segundos no existe una señal desencadenante.

### **2.1.2. Prevalencia.**

El trastorno de pánico “está creciendo en todo el mundo y se estima que una de cada 20 personas sufrirá en algún momento de su vida un trastorno de pánico” (Kirschbaum, 2001, p.1). En su mismo artículo, se menciona que el trastorno de pánico resulta ser un trastorno muy invalidante ya que la persona tiene miedo durante el ataque y después de padecerlo, generando un círculo vicioso. “Las estadísticas indican que la proporción es de 2,5 mujeres por cada hombre” (Kirschbaum, 2001, p.1).

En este mismo sentido según los datos del APA (2015) se estima que en Europa existe entre un 2 y 3% de adultos y adolescentes que padecen el trastorno de pánico. Las mujeres se ven más afectadas que los varones en una proporción aproximada de 2:1. Su aparición global se produce mayoritariamente en la población mayor de 14 años de edad, alcanza su máximo en la edad adulta y disminuye su aparición en las personas mayores.

### **2.1.3. Etiología.**

Dentro de la etiología del trastorno existen estudios que explican su origen. Sandín (2009) menciona que la aparición de los ataques de pánico podría producirse en momentos de elevado estrés personal, así como cuando existen sucesos vitales negativos que son percibidos como situaciones amenazantes. El autor también menciona que puede anteceder a la aparición el hecho de haber padecido ansiedad de separación.

Adicionalmente en la revisión teórica se encuentran tres grandes posturas relacionadas con los factores de riesgo asociados al trastorno de pánico.

1. La predisposición biológica y la sensibilidad a la ansiedad. Belloch, Sandín y Ramos (2009) aportan que la teoría de Reiss enfatiza la sensibilidad a la ansiedad como variable de vulnerabilidad, desarrollo y mantenimiento del pánico.

2. Una segunda postura se desarrolla a partir de los aportes de Clark (citado en Belloch et al. 2009) quien propone un modelo cognitivo para explicar los procesos etiopatogénicos del pánico. Describe que las sensaciones asociadas a la hiperventilación son interpretadas de forma catastrófica lo que induce un incremento de la ansiedad junto con los síntomas de hiperventilación, de esta forma se crea un feedback negativo que termina con la aparición del ataque de pánico. Actualmente se reconoce la importancia de las interpretaciones cognitivas, sin embargo el modelo no ha resultado concluyente empíricamente de tal forma que no se deduce que dichas interpretaciones sean necesarias ni suficientes para explicar el trastorno de pánico.

3. Belloch, Sandín y Ramos (2009) mencionan una tercera postura que reconoce los procesos de condicionamiento pavloviano interoceptivo como el marco de referencia más sólido para explicar la génesis y permanencia del trastorno de pánico

Por su parte la APA (2015) describe tres grandes grupos relacionados con los factores de riesgo asociados al trastorno de pánico, a saber:

**1. Temperamentales.** Mencionan que las personas que tienen una predisposición a experimentar emociones negativas sumadas a una sensibilidad a la ansiedad son más propensas a experimentar los ataques de pánico.

Adicionalmente Osma, García y Botella (2014) en su publicación sobre personalidad y trastorno de pánico plantean que asociados a los factores de riesgo se encuentran los estilos parentales sobreprotectores y rígidos así como las características psicopatológicas de los progenitores. Destacan tres rasgos de personalidad con relación al trastorno.

- *La inhibición conductal.* Describe como rasgo de temperamento la tendencia a ser cauto, callado y conductualmente reservado en las situaciones familiares.
- *La sensibilidad a la ansiedad.* Este modelo propuesto por Reiss describe la tendencia a responder con ansiedad ante los estresores. En el estudio de Drost, Van Der, Antypa, Zitman, Van Dyck, y Spinhoven, (2012) se estudian tres factores cognitivos, entre los que se encuentra la sensibilidad a la ansiedad, sus resultados indican que, eliminando la influencia de los rasgos de personalidad neuroticismo y extraversión, la sensibilidad a la ansiedad es un componente específico relacionado con el trastorno de pánico.
- *La percepción de control de la ansiedad.* Las personas con trastorno de pánico a menudo piensan que no pueden controlar sus experiencias emocionales o situaciones vitales estresantes por lo que emplean sus esfuerzos en prevenir o reducir sus niveles de ansiedad.

Por su parte, Sarason y Sarason (2006) mencionan que los pacientes pueden tener una personalidad insegura, temerosa, dependiente, pasiva, ansiosa o tímida, características que preceden la posibilidad de sufrir un ataque de pánico. Adicionalmente Roca (2003), describe que una personalidad dependiente, temerosa o en general más predispuesta de lo común a asustarse ante situaciones internas o externas se consideraría como un factor predisponente psicológico. Sin embargo, tal como apuntan Vélez, Garzón y Ortiz (2008) es importante destacar que solamente la combinación de varios factores genéticos, de aprendizaje y desencadenantes, conduciría a un trastorno de ansiedad.

**2. Ambientales.** Se destacan factores de estrés asociados a la historia personal tales como abusos sexuales, malos tratos, etc. En el mismo sentido Camerini (2003) aporta algunos factores relacionados con el grupo familiar ya que reconoce la existencia de una influencia paterno – filial por lo que es necesario considerar los valores junto con las creencias del grupo de crianza, así como sus métodos, formas de disciplina utilizados, los modelos ofrecidos por los adultos significativos, el lugar que ocupa el paciente en relación a sus hermanos, etc. A continuación se mencionan algunos estilos parentales propuestos por Cárdenas, Fera, Palacios y De la Peña (2010), que actuarían como factores de riesgo para predisponer cuadros de ansiedad en los pacientes:

- *Padres sobre protectores:* Este estilo de crianza tiene a reforzar la creencia de que todo afuera es peligroso y que conviene evitar salir del círculo familiar.

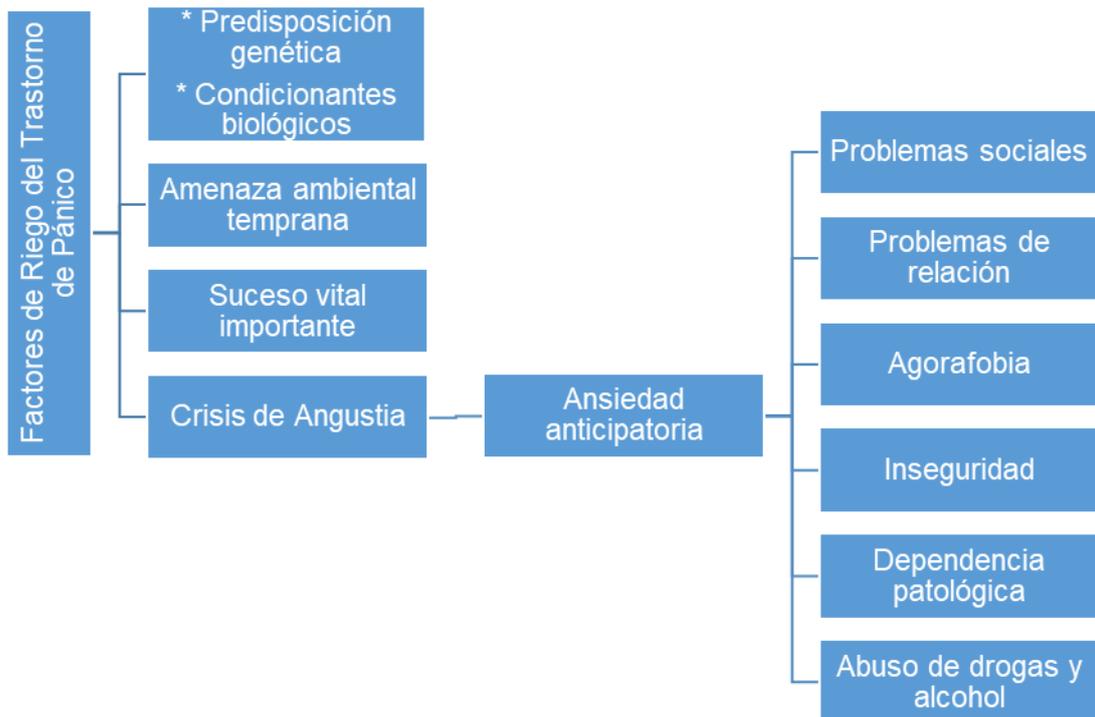
- *Ausencia parental:* Esta puede ser física o psicológica, de uno o de ambos padres. Se produce cuando no se logran cubrir las necesidades básicas de afecto, de orientación, los límites y la supervisión en la crianza.
- *Abuso infantil.*
- *Expectativas parentales* que demanden del niño un comportamiento de adulto, más allá de sus posibilidades.
- *Reglas familiares rígidas.*
- *Aprobación según el desempeño.* La aprobación según el desempeño, lleva a la creencia errónea de que una persona tiene valor únicamente cuando realiza algo valioso.
- *Supresión o negación de sentimientos*

Cabe aclarar que a pesar de que algunos de estos rasgos coincidan con el pasado de la persona, no significa que ésta no pueda modificarlos y que de por sí lleven a la presencia de un trastorno. Se describen para ser tenidos en cuenta como factores de riesgo que se asocian a la predisposición del trastorno de pánico.

**3. Genéticos y Fisiológicos.** Actualmente no se ha podido determinar los genes exactos responsables de la transmisión del pánico, pero se conoce gracias a Saviñón et al. (2002) que existe un riesgo para el trastorno de pánico entre los hijos de los padres que han padecido ansiedad, depresión o trastornos bipolares.

Por su parte las investigaciones desarrolladas por Reyes (2010) mencionan que existe un riesgo de presentar los ataques de pánico que oscila entre el 15 y 17% en parentesco de primer grado con pacientes afectados de este trastorno. El riesgo en el caso de gemelos es del 24,31%, lo que indica que los ataques de pánico pueden ser transmitidos genéticamente.

Saviñón et al. 2002, aportan que el miedo a padecer una nueva crisis provoca restricciones en la vida cotidiana que generan en la mayoría de los casos una dependencia hacia sus familiares y amigos, por miedo a estar solos en el momento de las crisis además de un descenso marcado en la autoestima. Para recopilar los factores de riesgo que se han desarrollado anteriormente, en la figura 2 se presenta un esquema de las posibles causas que conducen al trastorno de pánico, así como algunas de sus posibles consecuencias propuestas por Saviñón et al.



**Figura 2. Trastorno de pánico. (Saviñón et al. 2002)**

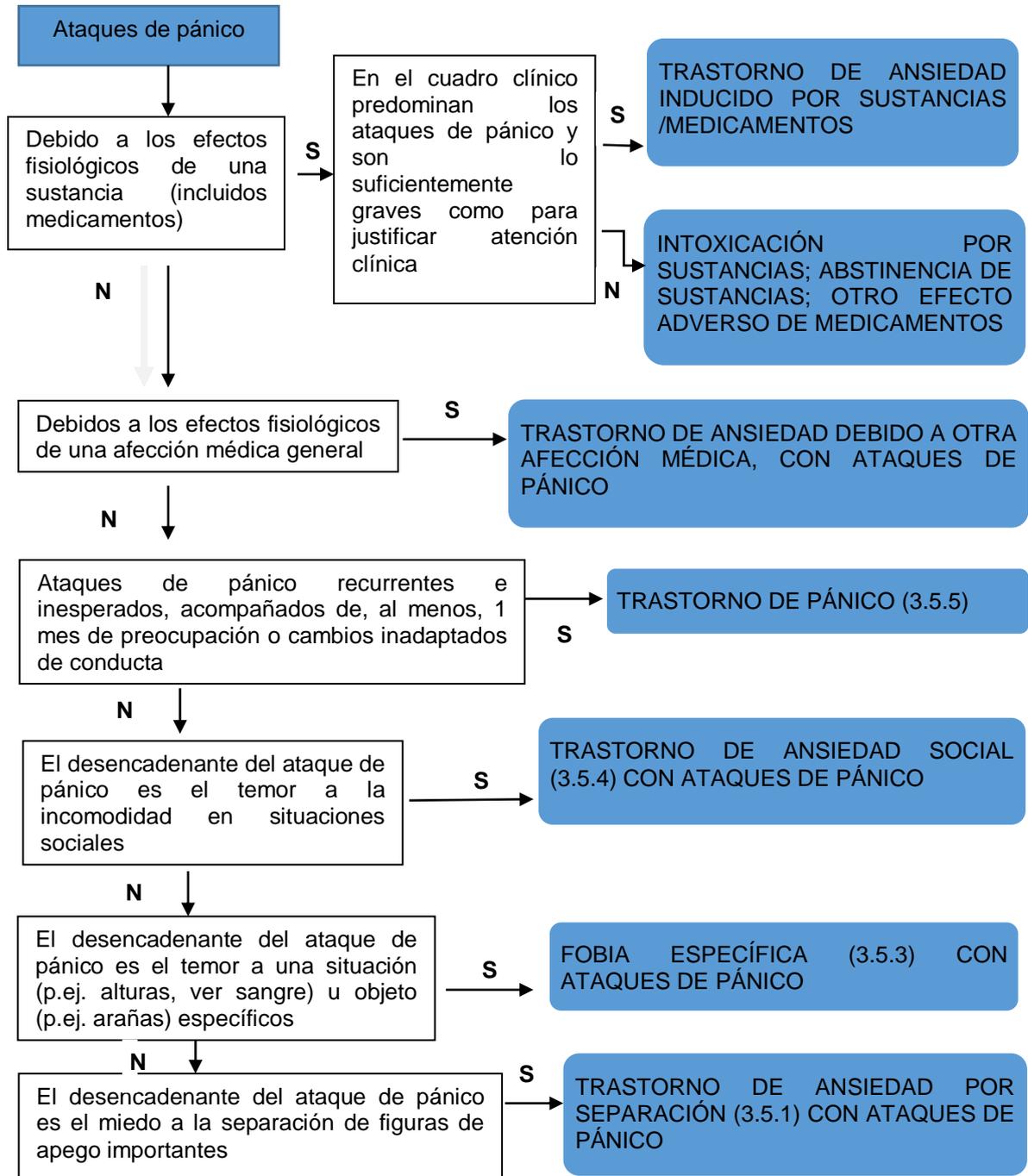
#### **2.1.4. Desarrollo y curso.**

La APA (2015) menciona que el curso es crónico con oscilaciones y que además se puede complicar si existe comorbilidad con otros trastornos. Barlow (2012), en sus estudios realizados menciona que algunas personas pueden manifestar ataques episódicos durante un espacio amplio de tiempo mientras que otros pueden tener una sintomatología más intensa y continuada en el tiempo. Con relación al curso Barlow también aporta que sólo una minoría logra remitir completamente durante algunos años sin recaídas.

Como se puede ver el trastorno de pánico, conlleva generalmente a una disminución significativa de la calidad de vida de quien lo padece en los ámbitos sociales, laborales, familiares, académicos, entre otros. Dependiendo de las estrategias de afrontamiento la persona puede aparte de desarrollar conductas de evitación y de escape ante situaciones sociales, desarrollar conductas asociadas a la consumo de alcohol o sustancias psicoactivas. (Belloch, et al. 2009). Otra consecuencia del trastorno de pánico es un incremento importante de consultas médicas antes de ser diagnosticado correctamente y la utilización de estudios complementarios de elevado costo. (Cárdenas et al. 2010).

### 2.1.5. Diagnóstico diferencial.

Para identificar las características propias del trastorno de pánico y diferenciarlas de otros trastornos concomitantes, se representa en la figura 3 las características del diagnóstico diferencial recogidos en el DSM 5 (APA, 2015).



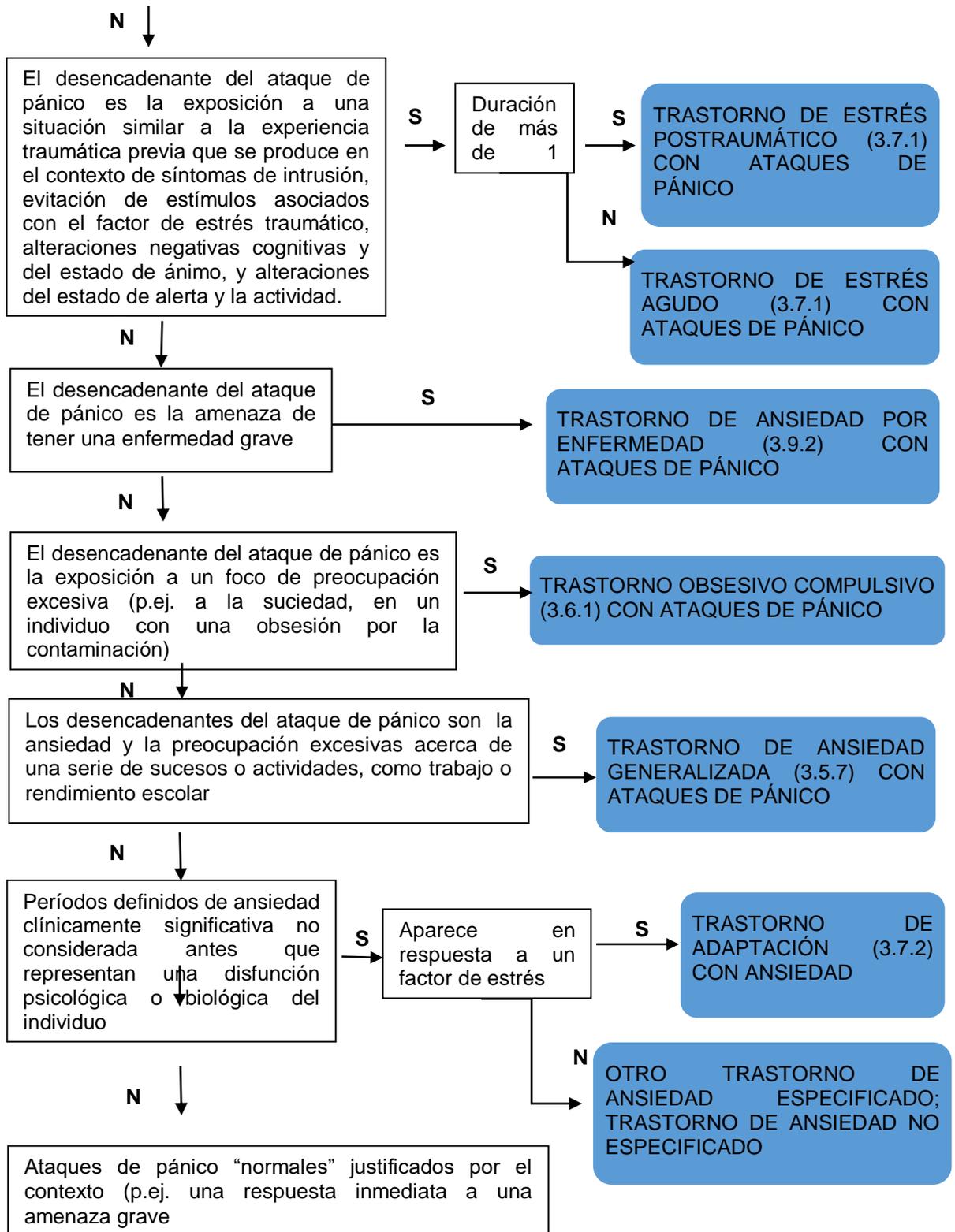


Figura 3. Diagnóstico diferencial del trastorno de pánico. (APA, 2015, p. 81-82)

### 2.1.6. Tratamiento.

Los primeros estudios sobre el trastorno de pánico en los años 80 y su tratamiento se realizaron con base en las teorías biológicas. Se conoce gracias a los aportes de Roca, que hasta los primeros años de la década de los 80,

Los tratamientos disponibles para el trastorno de pánico eran poco eficaces: al no haberse identificado claramente los estímulos desencadenantes de las crisis de pánico, las aproximaciones de la terapia de conducta tradicional, como la exposición en vivo, no parecían relevantes para tratar este problema (Roca, 2003, p.4).

Posteriormente, los tratamientos psicológicos eficaces se basaron en la observación de las sensaciones internas del paciente, así "una vez detectado este estímulo fóbico, el tratamiento psicológico se realizaba con técnicas de exposición y técnicas cognitivas que llevan a una re-evaluación del supuesto peligro que entrañarían esas sensaciones". (Roca, 2003, p.4).

Belloch et al. (2009) aportan que en los años 80 se elaboró un protocolo de tratamiento por el grupo de investigación de Barlow, que se denominó *Tratamiento del Control de Pánico*. El tratamiento era exponer al paciente a las sensaciones físicas similares a las producidas en las crisis de pánico. Además incorporó técnicas de reestructuración cognitiva y de entrenamiento en respiración. Así, el protocolo de intervención se basó en cuatro componentes fundamentales:

1. Observación y comprensión del trastorno,
2. Técnicas de control físico,
3. Reestructuración cognitiva y
4. Exposición interoceptiva, en este apartado se utilizó exposición al estímulo fóbico.

Para finalizar con el abanico de tratamientos se presentan como principales técnicas conductuales dentro del tratamiento de la ansiedad que han resultado ser las más comunes en la práctica tanto por su fácil aplicación como por su efectividad:

- **La desensibilización sistemática** introducida por Wolpe en 1958 y sustentada en el concepto de "inhibición recíproca". Martín y Pear (2000) la definen como un tipo de contra condicionamiento en el que se asocia una situación placentera e incompatible con la ansiedad como puede ser la relajación, de esta forma, se contribuye a bloquear la ansiedad ante los estímulos que la persona considera amenazantes. El tratamiento termina con la desensibilización con exposición en vivo, es decir, confrontando en la vida real la situación amenazante.

- **Las técnicas de inundación o de exposición in vivo**, según los aportes Ruíz, Díaz, y Villalobos (2012) se conoce que tienen eficacia demostrada para el tratamiento de las fobias.

Un trabajo más reciente sobre los tratamientos de pánico se encuentra en Belloch et, al. (2009) quienes mencionan que Clark, Salkovskis y con Beck publicaron sus trabajos relacionados con la *Terapia Cognitiva del Pánico*. Este modelo de tratamiento tal como describe Barlow (2002) utiliza la reevaluación cognitiva de las sensaciones físicas y considera que el elemento que desencadena y mantiene el trastorno de pánico son las interpretaciones catastróficas sobre las sensaciones interoceptivas, por lo que se busca que el paciente cuestione sus creencias, las ponga a prueba y las modifique.

Con relación a las intervenciones descritas Osma et al. (2014) mencionan que las investigaciones demuestran que el tratamiento cognitivo - conductual resulta ser el más efectivo comparado con diversos antidepresivos en el tratamiento del trastorno de pánico. Al respecto se conoce por el National Institute for Health and Clinical Excellence - NICE que “las intervenciones sustentadas por pruebas de mayor duración del efecto son, en orden descendente: Terapia psicológica cognitivo - conductual, terapia farmacológica (ISRS) y la auto-ayuda basados en principios de la terapia cognitivo - conductual (NICE, 2009, p. 6).

Además las investigaciones realizadas por NICE concluyen que el tratamiento cognitivo - conductual es más barato en el primer año de tratamiento y su efecto es mayor a medida que aumenta el tiempo de seguimiento. Por su parte Moreno y Martín (2009), también recomiendan como tratamiento empíricamente probado el cognitivo - conductual para la angustia, colocándolo al mismo nivel que la farmacoterapia. Moreno y Martín, concluyen que el tratamiento debe suministrarse según las preferencias del paciente y su estado clínico. Insisten que el tratamiento cognitivo - conductual es el más eficaz y que debe suministrarse lo antes posible y, a ser posible, sin tratamiento farmacológico (salvo el estrictamente necesario para reducir una ansiedad inmanejable al inicio). Con respecto al debate sobre los tratamiento psicológicos sumados a los farmacológicos los autores concluyen que el tratamiento farmacológico no es lo mejor en cuanto a resultados y adherencia al tratamiento, ya que manifiestan que reducen la motivación del paciente, que aprende a tratar las crisis de ansiedad utilizando la medicación, lo que a su vez refuerza la necesidad de la medicación como estrategia de afrontamiento.

Adicionalmente Moreno y Martín (2009), mencionan que existen criterios de exclusión al momento de iniciar un tratamiento cognitivo - conductual, estos son:

- Cuando existe la presencia de un trastorno de personalidad como diagnóstico principal.

- Cuando existe la presencia de esquizofrenia, de trastornos bipolares y de otros trastornos graves que a veces presentan crisis de ansiedad.
- Cuando existe la presencia del trastorno hipocondríaco y del trastorno obsesivo como diagnóstico principal.
- Cuando existe una ganancia secundaria por parte del paciente tras la manifestación del trastorno.

A su vez mencionan algunos criterios a tener en cuenta en el momento de derivar al paciente al tratamiento farmacológico:

- Cuando el paciente bien informado expresa sus preferencias por el tratamiento farmacológico.
- Cuando no se puede pautar de forma adecuada las sesiones del tratamiento psicológico.
- Cuando por circunstancias personales le sea más fácil al paciente adherirse al tratamiento farmacológico que al tratamiento psicológico.
- Cuando los tratamientos farmacológicos representen mayor eficacia, efectividad y eficiencia que el tratamiento psicológico.

Para finalizar con el apartado de tratamientos se presenta en líneas generales las premisas de las teorías que dan origen a los tratamientos de corte cognitivo - conductuales.

#### **2.1.6.1. Teoría conductista.**

Skinner (1979) menciona que el conductismo se basa en que todas las conductas son aprendidas y que en algún momento de la vida se asociaran a los estímulos favorables o desfavorables. Desde este planteamiento se explica que la ansiedad es el resultado de un proceso de condicionamiento, de manera que las personas que la padecen han aprendido erróneamente a asociar estímulos en principio neutros con acontecimientos vividos como traumáticos y, por tanto, amenazantes, de manera que cada vez que se reproduce el contacto con dichos estímulos, se desencadena la ansiedad asociada a la amenaza.

Los tratamientos conductistas o de modificación de la conducta presuponen que una determinada conducta puede entenderse como una respuesta condicionada a un estímulo por lo que la base del tratamiento consistirá entonces en contra condicionar las conductas y facilitar el aprendizaje de otras formas de respuesta más adecuadas (Belloch et al. 2009).

### **2.1.6.2. Teoría cognitiva.**

Esta teoría es complementaria a la anterior por lo que se habla de abordajes de tipo cognitivo - conductual. Los cognitivistas señalan que el problema básico se centra en la atribución que cada persona hace ante una determinada percepción (Beck, 2013). El proceso se basa en la interpretación que da la persona a la señal de alarma o ante la situación ansiosa, lo que al ser percibido como un peligro provoca en el organismo una respuesta neurofisiológica de ansiedad. De esta manera se cierra el círculo vicioso que desde el punto de vista cognitivo es capaz de perpetuar la ansiedad (Osma et al. 2014).

### **2.1.6.3. Teoría cognitivo – conductual.**

La revisión de las publicaciones sobre las investigaciones dirigidas a evaluar la eficacia de los tratamientos, así como los estudios de meta-análisis, han demostrado claramente que la terapia cognitivo - conductual es altamente eficaz en el tratamiento del trastorno de pánico con o sin agorafobia (Osma et al. 2014). En este mismo sentido “los afectados responden muy bien al tratamiento adecuado, lográndose tasas de recuperación superiores al 80% con psicoterapias breves” (Reyes, 2010, p.18).

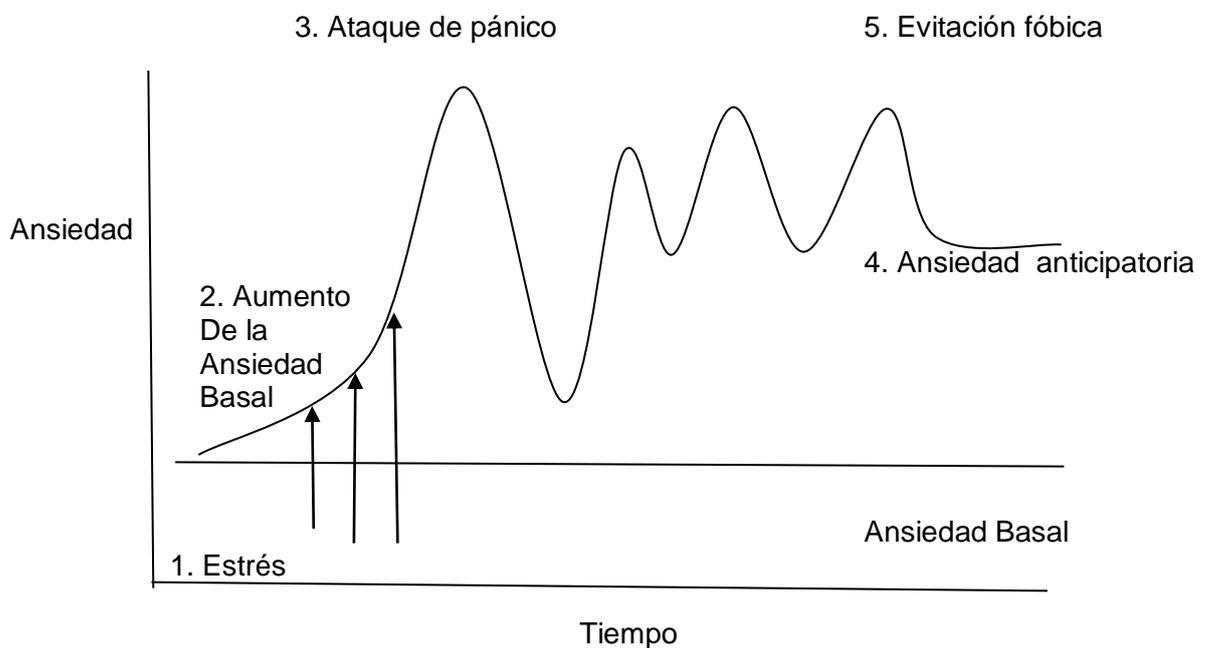
En la perspectiva cognitiva-conductual se utiliza, principalmente:

- La psicoeducación acerca de los mecanismos que desencadenan y mantienen los ataques de pánico. Esta información permite al paciente reinterpretar sus síntomas físicos de tal manera que el significado atribuido originalmente a los signos y síntomas (me estoy muriendo) se transforme en una interpretación no catastrófica (estoy teniendo un ataque de pánico, pero no me voy a morir), reduciendo de esta manera la ansiedad.
- Se utilizan los registros de los pensamientos, de los sentimientos y de los hechos que anteceden en el tiempo al ataque de pánico.
- Las reformulaciones que reestructuran los esquemas cognitivos y que dan un sentido positivo al ataque de pánico (cada vez que usted tiene un ataque de pánico, su cuerpo le está indicando que esta sobrecargado de estrés y que tiene que parar).
- Los síntomas emocionales (ansiedad, miedo) son abordados eficazmente por medio de técnicas conductuales, obteniendo una desensibilización del recuerdo traumático del primer ataque de pánico, así como neutralización de la ansiedad anticipatoria frente a las situaciones en que probablemente se desencadene el ataque de pánico. (Caro, 2003, p.4-5).

## 2.2. La Ansiedad anticipatoria

La ansiedad anticipatoria es un fenómeno que se repite en las personas que han experimentado el trastorno de pánico, se produce cuando la respuesta ansiosa deja de ser adaptativa y manifiesta una respuesta desproporcionada frente a una situación. En este sentido Moreno y Martín (2009) describen la ansiedad anticipatoria como un estado de "miedo al miedo", esta sensación puede ser muy incapacitante y confundirse con un estado de ansiedad generalizada. Lo que se destaca es que en la ansiedad anticipatoria la persona está continuamente pendiente de sus sensaciones corporales además de alerta ante las posibles señales de aviso que anuncien la inminencia de una nueva crisis de pánico, lo que genera una tensión sumada a una hipervigilancia continua para evitar verse sorprendido por futuras crisis.

En la Figura 4 se representa la curva de la ansiedad y su aumento en el tiempo junto con las respuestas de evitación y de escape.



**Figura 4. Incremento del nivel de ansiedad en el trastorno de pánico. (Nutt, D. Bell, C. y Malizia, A. en Brannon, L. y Feist, J. (2001)).**

Por su parte, Barlow (2002) aporta que ésta experiencia de temor extremo va acompañada de sensaciones físicas y cognitivas, las mismas que se producen en una

situación real de peligro, es por eso que la persona vive en un estado de constante ansiedad que la predispone a padecer alteraciones en la regulación de su sistema nervioso y le lleva a experimentar un estado de activación psicofísica permanente. Hay personas que pueden desarrollar cierto grado de ansiedad anticipatoria después de una o dos crisis, mientras que otras no llegan a desarrollarla jamás, incluso tras frecuentes crisis. (Belloch et al. 2009)

Para la presente investigación se entiende que la ansiedad anticipatoria es un estado secundario tras la presentación de un ataque de pánico. Se manifiesta cuando la persona, a pesar de no sufrir un nuevo ataque, vive atemorizada por la posibilidad de que la crisis se repita. De esta forma, se entiende que en el trastorno de pánico se inicia de forma súbita y que la repetición de los ataques predisponen en una fase posterior la aparición de los síntomas de hipervigilancia tales como la taquicardia, la opresión en el pecho, las palpitaciones, los mareos o las palmas sudorosas. Beck (2013) aporta que el ciclo del pánico se retroalimenta a su vez con los pensamientos catastróficos generados a partir de los síntomas psicofísicos que generan las crisis lo que desencadena una respuesta de lucha o huida que normalmente se origina tras la percepción de una amenaza.

Para ampliar los conceptos sobre la respuesta ansiosa, se describe la teoría de Lang en la que se explica que la respuesta se manifiesta en tres áreas: (a) la fisiológica, somática o corporal; (b) la cognitiva, mental o subjetiva y (c) la conductal o comportamental. Estos tres sistemas, si bien se manifiestan en forma conjunta, pueden ser activados en mayor o menor grado dependiendo de cada persona (Martínez et al. 2012).

### **2.2.1. Triple sistema de respuesta.**

A continuación se detallan los sistemas de respuesta que se manifiestan en la crisis de ansiedad desarrollados por Martínez et al. (2012).

**1. Sistema subjetivo-cognitivo** está relacionado con la propia experiencia interna. Incluye variables relacionadas con la percepción y la evaluación subjetiva de los estímulos y de los estados asociados a la ansiedad (experiencias de miedo, pánico, alarma, inquietud, preocupación, aprensión). Se destaca que el componente subjetivo es el elemento central, ya que sin él la ansiedad no tendría valor clínico.

**2. Sistema fisiológico-somático**, los cambios fisiológicos más característicos consisten en un incremento de la actividad del sistema nervioso autónomo. La respuesta autónoma puede reflejarse tanto en los cambios externos (sudoración, dilatación pupilar, temblor, incremento de la tensión muscular, palidez fácil, etc.) como en los internos (taquicardia, aumento de la presión arterial, disminución de la salivación, etc.). Algunas de estas

respuestas pueden ser controladas por la persona, mientras que otras son involuntarias o difícilmente controlables.

**3. Sistema motor-conductual**, engloba todas las respuestas observables de la conducta. Estas pueden ser cambios en la expresión facial, movimientos o posturas corporales. Fundamentalmente hacen referencia a la respuesta de escape y de evitación que manifiesta la persona.

Por otra parte Reyes (2010) propone una clasificación más detallada para la manifestaciones de la respuesta de ansiedad.

**1. Síntomas fisiológicos, somáticos o neurovegetativos de la ansiedad**, son aquellos producidos por la hiperactividad del sistema nervioso autónomo o neurovegetativo, en particular del sistema nervioso simpático, que tienen a su cargo la respuesta de alarma, y se manifiestan en el cuerpo humano.

**2. Síntomas cardiovasculares**, están relacionados con este grupo (a) la taquicardia o el pulso acelerado, (b) la elevación de la tensión arterial, (c) las palpitaciones, (d) la opresión en el pecho y (e) la palidez o el rubor.

**3. Síntomas respiratorios**, se encuentran (a) la sensación de ahogo o la falta de aire, (b) el ritmo respiratorio acelerado y superficial y (c) la disnea.

**4. Síntomas gastrointestinales**, se pueden presentar (a) las náuseas, (b) la sensación de atragantamiento o la dificultad para tragar, (c) los vómitos, (d) las diarreas y los cólicos intestinales, (e) la flatulencia o los gases y (f) la aerofobia o tragar aire.

**5. Síntomas genitourinarios**, existen (a) el orinar frecuentemente, (b) el dolor al orinar, (c) la disminución del deseo sexual o anorgasmia, (d) la eyaculación precoz y (e) la impotencia o la disfunción eréctil en el hombre.

**6. Síntomas neurovegetativos**, están (a) la sequedad de las mucosas, especialmente de la boca y los lagrimales, (b) la sudoración excesiva, especialmente en la cara, las axilas, las manos y las plantas de los pies y (c) la sensación de desmayo inminente.

**7. Síntomas neurológicos**, son (a) los temblores, (b) el hormigueo o las parestesias, (c) las cefaleas tensionales, especialmente en la nuca, (d) la hipersensibilidad a los ruidos, los olores o las luces intensas y (e) los mareos o inestabilidad.

**8. Síntomas psicofísicos**, se refieren a la fatigabilidad y el agotamiento.

**9. Síntomas mentales cognitivos o subjetivos**, La ansiedad cuando es persistente da lugar a alteraciones de las funciones mentales superiores, además de generar pensamientos, ideas e imágenes negativas. Los temores o miedos que pueden llegar a ser muy intensos están relacionados con (a) el terror o pánico, (b) la sensación de inseguridad, (c) la agresión, (d) la preocupación, (e) los sentimientos de minusvalía o inferioridad, (f) la

incapacidad de afrontar diferentes situaciones, (g) el sentirse amenazado anticipando eventuales peligros, (h) la indecisión, (i) la dificultad o falta de concentración, (j) la apatía, (k) la pérdida de la objetividad y la capacidad para pensar con lucidez.

**10. Síntomas comportamentales**, en esta categoría están (a) la inquietud o la hiperactividad, (b) la parálisis motora o inmovilidad, (c) los movimientos torpes, temblorosos o desorganizados, (d) los tics o tartamudeos, (e) el comportamiento de evitación o escape.

Una vez descritas las formas de tratamiento disponibles en el trastorno de pánico junto con las teorías psicológicas que las respaldan, se presentan los componentes del entrenamiento ABC en relajación que sirvieron para la fundamentación de la propuesta de intervención de la presente investigación.

### **2.3. Entrenamiento ABC en relajación**

Esta técnica sugiere que “la relajación consiste en mantener la atención de forma pasiva y simple mientras se reduce la conducta manifiesta y la actividad cognitiva o encubierta” (Smith, 2009, p.18). De esta forma se entiende la relajación como un estado de concentración mantenida de forma pasiva y simple. Smith aporta que las personas tienen varios momentos de focalización pasiva simple gracias a la música, la poesía, el arte, la oración, sin embargo, tales instantes aparecen y desaparecen con extrema prontitud. Así, lo que busca el entrenamiento ABC es conseguir mantener el momento de relajación de forma ininterrumpida, mediante la práctica de una técnica formal de relajación.

Smith (2009), explica que la técnica ABC se basa en las evidencias experimentales y propone un enfoque (a) atencional, (b) conductual y (c) cognitivo por lo que se denomina ABC. Incluye las técnicas de meditación, de imaginación, de yoga, de relajación muscular progresiva y de entrenamiento autógeno. En su conceptualización intervienen tres constructos básicos, que determinan la efectividad de la relajación, estos son (a) los Estados-R, (b) las Creencias-R y (c) las Actitudes-R.

#### **2.3.1. Los estados R.**

Smith (2009) ha revelado que la relajación evoca como mínimo 9 estados mentales especiales dentro del dominio de los Estados R, dichos estados son indispensables para que se produzca la relajación. La técnica permite identificar que Estados R son deseables para el paciente, de tal forma que mediante ensayo y error se descubra que combinaciones de técnicas le resultan más efectivas para evocar los estados esperados.

Para Smith los Estados R que se busca experimentar son:

**Tabla 3. Estados R**

- |   |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. Somnolencia: Sentirse "adormecido, somnoliento"</li><li>2. Desconexión: Sentirse "distante, alejado, indiferente"</li><li>3. Relajación Física: Sentirse "físicamente flácido, caliente y pesado"</li><li>4. Silencio Mental: Sentirse "la mente permanece en silencio, tranquila y libre de pensamiento"</li><li>5. Relajación Mental: Sentirse "a gusto, en paz"</li><li>6. Fortaleza y Conciencia: Sentirse "con energía, seguridad, claro, concentrado y consciente"</li><li>7. Gozo: Sentirse "feliz, contento, disfrutando"</li><li>8. Amor y Agradecimiento: Sentir "amor hacia los otros, generalmente agradecimiento"</li><li>9. Devoción: Sentirse "espiritual, reverente, devoto"</li></ol> |
|---|

Extraído de Smith, 20009, p.9

### 2.3.2. Las creencias R.

Smith (2009), las define como aquellos pensamientos y opiniones que el paciente refiere sobre la relajación, dichas creencias tienen un profundo impacto en el entrenamiento de relajación ABC. Las creencias en este sentido "son perspectivas casi filosóficas que conducen a un estado de relajación más profundo y generalizado" (Smith, 2009, p.15)

Resulta importante identificar los grupos de las cogniciones asociadas a la relajación. Al respecto se conocen 8 tipos de creencias asociadas a la relajación:

**Tabla 4. Creencias R**

- |  |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. Optimismo: Ver el mundo con optimismo</li><li>2. Aceptación: Aceptar las cosas que no puedan cambiarse</li><li>3. Honestidad: Ser honesto consigo mismo y con los otros</li><li>4. Tomárselo con tranquilidad: Saber cuándo dejar que las cosas sigan su curso y tomárselas con tranquilidad</li><li>5. Amor: Relacionarse con otros con amor y compasión.</li><li>6. Sabiduría interna: Confiar en la sabiduría del cuerpo que es curativa</li><li>7. Dios: Confiar en el amor y la guía de dios</li><li>8. Perspectiva profunda: Situar las preocupaciones en una perspectiva más profunda.</li></ol> |
|--|

Extraído de Smith, 20009, p.15

El tratamiento contribuye a fomentar el desarrollo de más creencias racionales y más adaptativas para la práctica de la relajación, con lo que se obtiene una generalización de los Estados R a la vida en general (Smith, 2009).

### **2.3.3. Las actitudes R.**

Smith (2009) tiene en cuenta que las actitudes que favorecen o desfavorecen la relajación están continuamente relacionadas con las Creencias R. El entrenamiento ABC en relajación no concluye con la instrucción de las técnicas. Sin embargo, se propone que la segunda tarea fundamental es abordar las actitudes y las creencias de la persona mediante la reestructuración cognitiva, un elemento central de la terapia cognitivo - conductual.

Una vez descritos los tres componentes, básicos que configuran el ABC de la relajación, se describen los protocolos de intervención para el desarrollo de la técnica.

### **2.3.4. Psicoeducación sobre la relajación ABC.**

Uno de los primeros pasos en el entrenamiento ABC en relajación consiste en aportar una orientación sobre la naturaleza del programa. La preparación tal como aporta Smith (2009), busca explicar la naturaleza del entrenamiento en relajación, así como la evaluación de las destrezas y la posible selección de técnicas. El objetivo global consiste en capacitar a la persona en descubrir las diferentes técnicas de relajación que le evocan diferentes Estados R.

En el entrenamiento ABC se pone en marcha un ciclo de renovación de las actitudes y de las creencias que a su vez fomenta la relajación. De esta forma Smith (2009) explica como con los Estados R, las Creencias R y las Actitudes R interactúan se contribuye a mejorar la salud del paciente, a partir del bienestar proporcionado por la relajación.

### **2.3.5. Entrenamiento de la técnica ABC.**

Smith (2009) refiere que la mayoría de los pacientes prefieren programas individualizados de entrenamiento, en el presente caso al desarrollar un estudio de caso, se entiende que el entrenamiento ABC en relajación trata de satisfacer este ideal presentando. Los ejercicios se presentan en tres fases:

#### **Tabla 5. Entrenamiento ABC**

<p>1. Entrenamiento preliminar. Comienza enseñando al paciente cinco o seis técnicas de relajación entre ellas (a) la relajación muscular progresiva, (b) el entrenamiento autógeno, (c) los ejercicios de relajación, (d) el yoga, (e) los estiramientos, (f) la imaginería y (g) la meditación. Se deben enseñar versiones “purificadas” de cada técnica para que los pacientes puedan identificar los efectos que proporciona cada técnica.</p> <p>2. Selección de ejercicios. Seleccionar con el paciente los ejercicios que le parezcan más</p>
--

idóneos y con los cuales se sienta más cómodo.

3. Desarrollo del programa. Diseñar ejercicios, palabras sugerentes de los estados de relajación deseados (Estado R) y afirmaciones de creencias favorables a la relajación (Creencias R) para luego integrarlas al programa de intervención del paciente.

Extraído, Smith, 2009, p.29.

### **2.3.6. Construcción de los guiones de relajación.**

Consiste en la selección de los ejercicios que prefieren los pacientes. Smith (2009), explica que después de varias semanas de entrenamiento como mínimo en cinco técnicas, el paciente y el terapeuta, seleccionan los ejercicios o fragmentos de ejercicios deseados e identifican un orden para la presentación y la ejecución del programa.

Es importante añadir recursos, entre los que se encuentran palabras o frases que sugieren varios Estados o Creencias R. Smith, explica,

las hipótesis básicas de la teoría ABC de la relajación son (a) diferentes técnicas de relajación que producen diferentes efectos y sirven para diferentes personas y (b) todas las técnicas de relajación producen Estados R específicos apoyados por las Creencias R (Smith, 2009, p.32).

Finalmente se detallan las seis técnicas de relajación propuestas por el entrenamiento ABC en Relajación.

### **2.3.7. Técnicas de relajación del modelo ABC.**

**La relajación muscular progresiva.** Ésta técnica permite disminuir el estado de tensión mantenido por la ansiedad así como contrarrestar posibles contracturas y el agarrotamiento muscular. Es original de Jacobson y utiliza la contracción - relajación de forma progresiva en los diferentes grupos musculares (Belloch et al. 2009).

Ruiz et al. (2012), explican que el procedimiento de la técnica consiste en escoger un grupo muscular, seguidamente se le pide a la persona que respire profunda y pausadamente un par de veces, a la vez que contrae los grupos musculares, por ejemplo: "Contraiga con fuerza su pierna, intente experimentar la tensión" ahora "suelte la tensión e intente sentir la distensión". Esto se hace con cada grupo muscular del paciente, de forma pausada y sucesivamente.

Brannon y Feist (2001) aportan que como consideraciones a tener en cuenta en su desarrollo es necesario elegir un momento y lugar adecuado donde no existan interrupciones. Debe el paciente colocar los brazos a lo largo del cuerpo cómodamente con

las palmas hacia abajo, las piernas extendidas y ligeramente separadas sin cruzarlas. Puede acompañarse o no de música ambiental. Se debe indicar al paciente que cierre los ojos e inicie una técnica de respiración profunda descrita anteriormente durante un par de minutos. Una vez conseguido un ritmo respiratorio adecuado es deseable que se mantenga a lo largo de toda la sesión de relajación. Se pide a la persona que vaya recorriendo las diversas partes del cuerpo mentalmente según las instrucciones que se le proporcionen y realizando los ejercicios de tensión y de distensión muscular.

**El entrenamiento autógeno.** Ésta técnica fue propuesta por Schultz tiene en cuenta las sensaciones de calor y de peso en los grupos musculares hasta inducir estados de relajación profunda. La práctica repetida permite que los pacientes aumenten su habilidad para inducirse estado de relajación, a su vez conviene utilizar un tono de voz lento y monótono además de explicar al paciente la idea principal de la conexión la mente y el cuerpo (Blanco et al. 2014).

Beck (2013) aporta que esta técnica gira en torno a la sugestión, al control mental producido propiamente por el paciente. Consiste en repetir simple y pasivamente frases e imágenes que sugieren las sensaciones de relajación. Existen 6 ejercicios autógenos:

- 1) Ejercicio de pesadez.
- 2) Ejercicio de calor.
- 3) Ejercicio de pulsación.
- 4) Ejercicio respiratorio.
- 5) Regulación abdominal.
- 6) Ejercicio de la cabeza.

La estrategia fundamental consiste en repetir mentalmente frases e imágenes que sugieran la relajación somática. El primer nivel se concentra en la superficie corporal, específicamente en las sensaciones asociadas a la piel y a los músculos esqueléticos. El segundo nivel se centra en los órganos y en los procesos internos como el sistema gastrointestinal ("Mi estómago está tranquilo"), el corazón ("los latidos del corazón son lentos") y la respiración. (Cárdenas et al. 2010, p.8).

**Ejercicios de respiración.** En situaciones de ansiedad es muy frecuente que la persona mantenga un tipo de respiración superficial y ocasionalmente entrecortada con suspiros (Blanco et al. 2014). Al respecto Martínez, Inglés, Cano y García (2012) aportan que la respiración diafragmática o profunda es la que mejor controla los estados de ansiedad ya que en ella no se moviliza únicamente el pecho sino que se desplaza el abdomen, de ésta forma se ventilan los pulmones obteniendo una mejor oxigenación de la sangre.

Smith (2009) añade que durante la respiración se debe permitir que el paciente se repita internamente algunas frases tranquilizadoras del tipo: "Me estoy tranquilizando", "No me va

a pasar nada". Estos ejercicios puede realizarlos en casa, también es posible llevarlos a cabo de forma discreta en lugares públicos como transportes o incluso haciendo la compra en un supermercado.

**Estiramiento de yoga.** Buscan hacer hincapié en una técnica de estiramientos simples, los ejercicios podrían ser muy efectivos para reducir los niveles de tensión músculo esquelético hasta alcanzar un nivel "medio" (Smith, 2009). Para el desarrollo de la técnica Smith refiere que se debe prolongar las vocales al momento de decirlas ("Leeeentaaamente estiramos"). Esta técnica ayuda a reducir la tensión muscular y conlleva un movimiento tanto suave como continuo a través de estiramientos junto con la relajación. Para cada ejercicio se requiere unos 20 segundos para estirar cada grupo muscular indicado, cuando se ha estirado un músculo, la persona aguanta el estiramiento y presta atención a las sensaciones agradables durante unos pocos segundos.

**Imaginería.** Chóliz (s.f.), la define como la representación encubierta (o mental) de cualquier actividad que resulte relajante para la persona. La autora describe tres categorías en la práctica de la imaginería:

- 1) *De sensaciones*, la persona trata de imaginar sensaciones asociadas con una actividad o entorno relajante. En esta categoría se recomienda implicar todos los sentidos del paciente. Existen 4 categorías de estímulos que han resultado ser efectivas estas son las referidas a viajes, paisajes exteriores, agua y a los aspectos internos de cada persona.
- 2) *La narrativa*, en lugar de concentrarse en sensaciones, se selecciona una historia simple que narra una actividad cuyo final queda abierto.
- 3) *La intuitiva*, presenta una historia o trama que termina con un estímulo u objeto en el que la persona ha de concentrarse; tras una breve narración la persona que trata de relajarse se encuentra con un estímulo simple por ejemplo un pozo, una roca, etc.

Smith (2009) argumenta que la imaginería tiende a evocar los Estados-R de alegría, amor, agradecimiento, devoción y desconexión. Con esta técnica la persona crea o recrea mentalmente una actividad o entorno que produce relajación.

**Meditación.** De todas las técnicas revisadas, Smith, refiere que la meditación es la forma de relajación más pasiva y focalizada y a la vez la más desafiante. A continuación se enuncian las instrucciones para la meditación.

Mantener una concentración pasiva y simple que conlleva la atención continua a un estímulo simple o al flujo momento a momento... Se presentan instrucciones globales del siguiente modo: "Presten atención a un estímulo simple. Cada vez que se produzca alguna distracción, vuelvan a prestar atención al estímulo". (Smith, 2009, p.41).

De esta forma, la meditación se considera como una técnica cognitiva que parece producir cierto impacto sobre los síntomas somáticos. Belloch et al. (2009), aportan que la técnica no es indicada para personas que encuentren dificultades para concretarse o que se distraigan con facilidad.

### **3. Metodología de estudio**

#### **3.1. Tipo de investigación**

La presente investigación fue de tipo mixto. Se consideró de carácter cualitativo en base a las aportaciones de Buendía y Colás (2009), quienes describen que este tipo de investigación brinda un método que permite comprender la interacción con el mundo social. Así, éste tipo de investigación permitió indagar y analizar las expresiones junto con la subjetividad propia de la paciente relacionada con el trastorno de pánico.

La investigación cualitativa facilitó la recolección y sistematización de los datos ya que su metodología es flexible y abierta. Por otra parte, enriqueció la investigación para comprender la trayectoria del trastorno de pánico como un todo unificado en el contexto histórico - social de la realidad de la paciente.

Buendía y Colás (2009), mencionan que la investigación cualitativa centra su interés en investigar las acciones e interacciones humanas para luego interpretarlas, por lo que se considera que a través de este tipo de investigación se puede elaborar un análisis detallado del sistema de respuestas de la ansiedad junto con los factores de predisposición y de protección de la paciente.

Para dar inicio a la propuesta de intervención se utilizaron las herramientas de la investigación cuantitativa para establecer la línea base de partida. El enfoque cuantitativo tal como aportan Hernández, Fernández y Baptista (2010) permitió una recolección de datos para comprender el trastorno de pánico con base en la medición numérica y el análisis estadístico de los resultados obtenidos

#### **3.2. Diseño de investigación**

En congruencia con los aportes de Hernández et al. (2010) se conoce que los diseños de investigación cuasiexperimentales, son aquellos en los cuales no se presenta la condición de aleatoriedad en la conformación de la unidad de trabajo. Por lo que, se entiende que la presente investigación al ser una intervención de caso único, se enmarca dentro de los diseños cuasiexperimentales.

#### **3.3. Unidad de trabajo**

La investigación se desarrolló con una mujer de 26 años.

### 3.4. Instrumentos

- La entrevista clínica. En el anexo A, se plantean los criterios generales que se desarrollaron en su aplicación.

- El inventario de ansiedad de Beck –BAI. (ver anexo B). Se escoge este instrumento de medición ya que por criterio de la investigadora se considera que los ítems que se recogen en su cuestionario, reflejan la mayoría de las quejas referidas en consulta por la paciente. Este inventario se realizó como medida pretest al inicio de la intervención y luego se aplicó pasadas doce sesiones, lo que permitió a evaluar el nivel de ansiedad experimentado por la paciente en dos momentos. Beck. y Steer. (2011) describen como el BAI consiste en 21 elementos es una escala de tipo Likert que mide la severidad de la ansiedad. Las puntuaciones obtenidas se pueden interpretar desde Nada (0 puntos), Leve (1 punto), Fue desagradable pero lo pude soportar (2 puntos) hasta Casi no lo podía soportar (3).

La puntuación total varía de 0 a 63 puntos. La puntuación total de la escala se clasifica de la siguiente manera Beck y Steer. (2011): Mínima (0 y 7 puntos), Leve (8 y 15 puntos), Moderada (16 y 25 puntos) y Severa (26 y 63 puntos). El inventario tiene una alta consistencia interna del alfa de Cronbach de 0,92.

Beck y Steer (2011) defienden que la adaptación española del BAI muestra buenos índices psicométricos para medir tanto la presencia como la gravedad de la sintomatología ansiosa. En la adaptación española de la Escala BAI, que fue realizada en colaboración con Pearson Clinical - Talent y la Universidad Complutense de Madrid en 2011 se planteó que:

La adaptación española del BAI está basada en un análisis exhaustivo de sus propiedades psicométricas de fiabilidad de consistencia interna, validez convergente y discriminante, validez factorial y validez de criterio en dos muestras de pacientes con trastornos psicológicos que totalizaban 392 pacientes, dos muestras de adultos de la población general que totalizaban 348 adultos y dos muestras de estudiantes universitarios que totalizaban 727 estudiantes (Sanz, 2014, p.10).

Adicionalmente, Beck y Steer (2011) añaden que los índices son similares a los de la versión original.

Para complementar la información del BAI y del sistema de respuesta de la ansiedad en la paciente, se utilizó el autorregistro de la conducta problema desarrollado a través de la autoobservación directa (ver anexo C).

- Se aplicó el Inventario de Estados de Relajación de Smith (SRSI), con el fin de medir el nivel de relajación y de activación fisiológica (ver anexo D). Este instrumento proporcionó

información sobre los Estado-R en dos momentos, al inicio de la intervención y después de doce sesiones. El inventario es un auto-informe que consta de 36 ítems que miden 18 estados de relajación o Estados-R, siendo estos: (a) Ansiedad, (b) Somnolencia, (c) Desconexión, (d) Relajación Física, (e) Descanso, (f) Relajación Mental, (g) Aceptación, (h) Tranquilidad Mental, (i) Plena Consciencia, (j) Lucidez, (k) Sorpresa, (l) Profundidad, (m) Atemporalidad, (n) Energía, (o) Felicidad, (p) Inocencia, (q) Agradecimiento y (r) Devoción. El inventario es una escala tipo Likert de cuatro puntos, desde 1 (nada) hasta 6 (extremadamente). La fiabilidad (alfa de Cronbach) para la escala SRSI ha oscilado desde 0,70 hasta 0,80 (Rey, 2015, p. 121).

- Se utilizó un autorregistro de relajación ABC (ver anexo E). Ésta herramienta ayudó a identificar los síntomas estresantes, junto con la técnica de relajación ABC utilizada. Esta información le permitió a la paciente retroalimentar sus Estados-R junto con sus emociones. Al final se propuso una última casilla en la que la paciente podía realizar un proceso de autoevaluación sobre sus conductas de relajación.

### **3.5. Propuesta de intervención**

El tercer y último objetivo de la investigación fue proponer un programa de intervención de acuerdo a las necesidades de la paciente y al caso clínico particular. A continuación se presenta la estructura general del programa la cual puede verse en forma de guía de intervención en el Anexo F.

#### **3.5.1. Objetivos**

##### **3.5.1.1. Objetivo general.**

Identificar y controlar el triple sistema de respuestas asociado al trastorno de pánico en la Paciente.

##### **3.5.1.2. Objetivos específicos.**

- Reconocer los Estados-R
- Disminuir la activación fisiológica.
- Reestructurar las creencias irracionales que puedan predisponer estados de ansiedad.

- Controlar las respuestas de evitación y escape.
- Determinar si existe un cambio significativo clínico entre el sistema de respuesta del inicio de la intervención, respecto a la valoración final al cierre terapéutico.

### **3.5.2. Plan de tratamiento**

El tratamiento busca abordar el triple sistema de respuesta de la ansiedad. En este sentido el componente fisiológico se trabajó a través de las técnicas de relajación propuestas por Smith (2009). Para abordar el componente cognitivo se identificaron los pensamientos generadores de ansiedad y se propuso la reestructuración cognitiva. Con el componente comportamental se buscó disminuir tanto las conductas de evitación como de escape para generar estrategias de afrontamiento y así ampliar el repertorio de conductas más adaptadas.

El programa consta de 18 sesiones de 60 minutos, la atención psicológica fue individualizada y se realizó una vez cada semana.

#### **1. Evaluación y psicoeducación (Sesiones 1, 2 y 3)**

Se realizó la evaluación a través de la entrevista semiestructurada con la paciente y se amplió la información con los padres, quienes acudieron a la segunda sesión programada. Posteriormente, se procedió a conceptualizar el problema, incentivando la alianza terapéutica y la motivación al cambio. También se explicaron los lineamientos del modelo de intervención cognitivo – conductual junto con las tareas a desarrollar que permitieron realizar el análisis funcional, adicionalmente, se exploraron las conductas de evitación y de escape junto con el funcionamiento psicosocial general de la paciente.

Durante esta fase inicial se aplicaron los instrumentos de evaluación contemplados para establecer la línea base. En la tercera sesión se despejaron las dudas sobre la fase psicoeducativa y se retroalimentó la información sobre las manifestaciones psicofísicas relacionadas con sus episodios de ansiedad. Igualmente se proporcionó retroalimentación para el autorregistro de las conductas-problema con el fin de obtener la mayor información posible de los episodios de crisis de pánico y así poder iniciar con las estrategias de intervención.

#### **2. Entrenamiento en relajación ABC: Fase I (Sesiones 4, 5, 6, 7)**

Se inició con la fase psicoeducativa sobre el entrenamiento en relajación ABC y la retroalimentación del registro de autoevaluación junto con el autorregistro de relajación, se explicó su funcionamiento haciendo referencia al ideal de la conducta esperada por la paciente.

Después de la primera fase de intervención se inició la formación y capacitación de las técnicas de relajación ABC, se inició con la respiración diafragmática con el fin de preparar a la paciente para la realización de las técnicas de relajación ABC. Posteriormente, se explicó cada una de las seis técnicas fundamentales de relajación, esto permitió retroalimentar los Estados-R de la paciente así como proporcionar información sobre la naturaleza multidimensional de los efectos de la relajación, sus motivaciones, sus creencias y sus actitudes.

Durante la intervención se procuró que las sesiones se desarrollarán de manera interactiva, vivencial, participativa, reflexiva y evaluativa. En el proceso educativo se adaptaron los contenidos y las técnicas de relajación ABC.

### **3. Entrenamiento en relajación ABC: Fase II (Sesiones 8, 9, 10)**

Se proporcionó información a la paciente de los resultados de la escala de Beck –BAI y del Inventario SRSI, con el fin de facilitar la identificación de los síntomas que predisponen la conducta-problema.

Posteriormente se realizó la selección de los ejercicios que resultaron para la paciente más idóneos. Se realizó una presentación guiada de las técnicas de relajación ABC durante dos sesiones, explicando la teoría y la práctica ABC. Posteriormente, se retroalimentó las buenas prácticas así como los posibles errores de ejecución relacionados con la puesta en práctica de las técnicas de relajación.

Adicionalmente se evaluaron los efectos de la relajación y de la aplicación de las técnicas ABC para retroalimentar las motivaciones, las creencias, las actitudes y las conductas de evitación y de escape de la paciente relacionadas con el trastorno de pánico

### **4. Entrenamiento en relajación ABC: Fase III (Sesiones 11, 12, 13)**

Se construyeron los guiones de relajación. Se incluyeron tres técnicas, (a) la relajación muscular progresiva que contiene (b) los ejercicios de respiración y en tercer lugar (c) la imaginación. Se explicó a la paciente el uso de los guiones de relajación y se inició conjuntamente la fase de demostración con el fin de corregir posibles errores en la ejecución. En las dos últimas sesiones se inició el ensayo general por parte de la paciente.

Finalmente se retroalimentó el proceso realizado en consulta teniendo en cuenta la información proporcionada en la entrevista clínica, con el registro de conductas, con el Inventario SRSI y con la Escala BAI. Este encuadre terapéutico se realizó para en un segundo momento continuar con las siguientes fases del programa de intervención. Los resultados presentados corresponden a las fases 1, 2 y 3 previamente descritas, de la última fase quedan por trabajar a posteriori una sesión.

Se contempla para la última sesión de esta fase de intervención cuestionar la evidencia de los pensamientos de la paciente, la retribución, la búsqueda de alternativas con el propósito de facilitar la identificación de las distorsiones cognitivas e iniciar la modificación cognitiva en la paciente.

**5. Consolidación y modificación de conductas (Sesiones 14 y 15)**

Se busca aumentar la efectividad de la paciente, por lo que se propondrán situaciones en las que la paciente pueda aumentar su nivel de ansiedad para que pueda practicar las habilidades aprendidas y contrarrestar las recaídas. El objetivo es que la paciente reconozca que la ansiedad puede manifestarse en diferentes escenarios de su vida y que ella debe practicar habilidades adaptativas dentro y fuera de las sesiones para lograr la consolidación de la modificación cognitivo - conductual.

**6. Seguimiento (Sesiones 16, 17 y 18)**

Se espera hasta que la paciente haya logrado un control de su ansiedad para realizar el cierre terapéutico, de lo contrario se evaluarán las limitaciones y se reelabora el plan de intervención. Se proponen 3 sesiones, la primera al mes, la segunda a los 3 meses y la última dentro de 6 meses.

## **4. Resultados**

A continuación se presentan los resultados de la evaluación e intervención realizada con la paciente. Como ya se mencionó previamente, se utilizaron seis instrumentos para la recolección e interpretación de la información proporcionada por la paciente y su entorno familiar (padre y madre). La presentación de los resultados así como su discusión, se construyen a partir de tres sesiones de evaluación y nueve sesiones de intervención, aún no se ha dado por terminada la intervención así que queda para un segundo momento de la investigación la presentación del cierre terapéutico y la valoración del impacto del programa en la paciente.

Para poder analizar el sistema de respuesta de la ansiedad junto con los factores de predisposición y de protección manifiestos en la paciente, se empleó como estrategia de evaluación y de seguimiento, (a) la entrevista clínica, (b) la escala de ansiedad de Beck – BAI, (c) un autorregistro de la conducta-problema, (d) el Inventario SRSI y (e) un autorregistro de relajación. A continuación se presenta la información que se considera relevante para caracterizar el caso de la paciente, previo consentimiento firmado por la misma.

### **4.1. Entrevista clínica**

#### **4.1.1. Información demográfica.**

Mujer de 26 años, soltera, de procedencia colombiana, trabaja como ingeniera de caminos y reside hace 5 años en España.

#### **4.1.2. Motivo de consulta.**

Paciente que refiere presentar una crisis de nervios sin causa aparente hace aproximadamente ocho meses, dice que se encontraba en su casa descansando cuando experimento un episodio: “tenía mucho dolor en el pecho y me costaba respirar, tenía mareos y luego no pude ir a trabajar”. Posteriormente menciona que durante los meses siguientes ha tenido dos crisis más. La primera le ocurrió en su trabajo y la segunda cuando estaba en casa de una amiga, las crisis fueron tan intensas que se vio obligada a interrumpir lo que estaba haciendo para ir al hospital por urgencias. Añade que ha tenido varias visitas a su médico de cabecera, quién después de practicarle varias pruebas decide recomendarle

que pida apoyo psicológico ya que no encuentra ninguna manifestación relacionada con la presencia de una enfermedad médica.

#### **4.1.3. Historial médico.**

Paciente que cuando nació pesando 3,5 kilos, nacimiento por parto eutócico. No refiere complicaciones durante el proceso de gestación ni en el nacimiento. Escala de desarrollo psicomotriz acorde con un desarrollo normal.

Cuando tenía 14 años comenta que presentó molestias gástricas, en su momento le realizaron las pruebas correspondientes. Los resultados en la prueba de glicemia dieron normales, también se le realizó una gastroscopia reflejando que presentaba un cuadro de gastritis sin presencia de *Helicobacter pylori*. El médico le recetó omeprazol y cuidado en la dieta.

Con relación a las crisis de pánico comentó que en las dos ocasiones que tuvo que acudir al hospital por urgencias médicas, se le realizaron los exámenes respectivos, sin encontrar hallazgos importantes. En ambas oportunidades el médico le inyectó dipirona (metamizol, es un fármaco que se utiliza para el tratamiento del dolor), le recomendó reposo y le dio el alta médica.

#### **4.1.4. Historial psiquiátrico.**

Refiere no haber presentado algún síntoma o alteración psiquiátrica. Tampoco existen antecedentes psiquiátricos relacionados con el trastorno de pánico en su núcleo familiar.

#### **4.1.5. Historial educativo.**

A lo largo de su vida ha tenido un desempeño académico alto, siempre ha obtenido calificaciones muy altas. Se considera una persona “responsable y dedicada” a sus estudios. Reconoce que sus padres desde pequeña le inculcaron la importancia del estudio y de “ser siempre la mejor en lo que hace”. Adicionalmente comenta que tiene una hermana 10 años mayor que ella, que siempre ha destacado en los estudios y quien ha sido su punto de referencia académico junto a sus padres.

A nivel vocacional inició sus estudios universitarios con 16 años, cuando estaba en cuarto año de carrera de ingeniería de caminos, tuvo una sensación de “vacío y agotamiento” lo que le llevo a replantearse si realmente le gustaba la carrera que estaba

estudiando. Inicio un proceso de terapia vocacional para identificar sus intereses y preferencias. Comenta que durante el cuarto año de carrera se encontraba “muy confundida” no sabía si abandonar los estudios o iniciar estudios relacionados con artes o música. Finalmente decidió terminar la carrera que estaba estudiando y volvió a su ciudad natal a vivir con sus padres, donde inició su vida laboral.

Adicionalmente comenta que el proceso de adaptación a la universidad fue muy difícil para ella, porque aparte de que acarreó una mudanza de ciudad, también le implicó el enfrentarse a vivir sola y el tener que alejarse de su familia y de sus amigos.

#### **4.1.6. Historial laboral.**

Después de un año de terminada su carrera, cuando tenía 23 años inicio su vida laboral, reconoce que ésta situación no le genero mucho estrés porque, previamente en sus estudios, había realizado prácticas profesionales, así que ya conocía el mundo laboral.

Su primer trabajo lo desempeño como residente de obra, menciona que fue un trabajo agotador porque tenía a su cargo la responsabilidad de entregar un puente y manejar a un grupo de 14 obreros. Refiere que en su ambiente laboral existe una prevalencia mayor de hombres así que ella al verse una mujer joven y sin mucha experiencia ha tenido que asumir un papel de “jefa”. Menciona que el trabajo le resulto muy estresante por los plazos de entrega de la obra, comenta que siempre tenía que quedarse hasta la noche en el trabajo para poder cumplir las demandas de su jefe, lo que le agotaba físicamente a parte de quitarle tiempo para su descanso y su vida personal.

Trabajo durante un año en la empresa hasta que decidió renunciar porque empezó a manifestar “crisis de gastritis”, menciona que sentía mucho estrés y que se encontraba muy enferma para cumplir las demandas laborales. Durante este período recibió apoyo psicológico porque volvió la idea de que no servía para la ingeniera de caminos y empezó a considerar el iniciar a estudiar una nueva carrera universitaria, sin decidirse finalmente por ninguna.

Posteriormente estuvo un año sin trabajar, estuvo conviviendo con sus padres hasta que a los 26 años decidió volver a desempeñarse como ingeniera de caminos e independizarse en una nueva ciudad, menciona que este trabajo le ha supuesto organizar nuevamente su tiempo y rutinas junto con el cambio de ciudad pero que siente que lo puede manejar aunque reconoce que existen momentos en los que el trabajo le va muy bien y otros en los que coinciden con la presentación de los informes de gestión o de entrega de resultados que

le generan estrés, sin embargo, menciona que se encuentra a gusto con su vida laboral actual.

#### **4.1.7. Historial familiar.**

La paciente proviene de una familia tradicional, sus padres llevan casados 37 años y en su familia se destacan los valores del respeto, la responsabilidad, el trabajo y el altruismo. La estructura familiar se compone de:

- Padre (62) es médico cirujano de profesión, se considera como una persona responsable, trabajadora. Se destaca una alta motivación a nivel académico, previamente a su carrera de medicina, estudio una licenciatura en biología. Se considera una persona que está constantemente aprendiendo. En la entrevista psicológica refiere encontrarse satisfecho con todos los logros laborales, académicos y personales alcanzados. Se evidencia un estilo parental permisivo.

- Madre (66) estudio administración y dirección de empresas, actualmente se dedica a la compra y venta de artículos de belleza. Comparte los valores de la responsabilidad y el trabajo. Se considera una persona muy “acelerada” que le gusta hacer las cosas bien y que “todo esté listo a tiempo”. Comparte con su marido un estilo parental permisivo.

- Hermana (36) está casada hace 3 años, tiene una hija de 1 año. A nivel profesional estudio un doctorado en educación y se dedica a trabajar en una empresa privada. Se considera una persona respetuosa, altruista y trabajadora. A nivel personal menciona encontrarse satisfecha con los logros obtenidos.

#### **4.1.8. Historia social.**

En el momento de la intervención la paciente no tiene pareja sentimental, refiere “no estoy buscando una pareja, estoy conociendo chicos pero no quiero comprometerme, estoy mejor sola”. Comenta haber tenido un par de relaciones sentimentales duraderas pero que terminaron porque ella decidió dejarlas. Entre los motivos de las rupturas menciona que eran chicos que solían ser muy celosos y que ella no se sentía bien en la relación.

Con relación al grupo de amigos, la paciente no se considera una persona muy sociable. Reconoce que su círculo de amigos es limitado, menciona “escojo a mis amigos, no me gusta ser amiga de todo el mundo”. A nivel personal no se evidencian problemas para entablar relaciones interpersonales.

#### 4.1.9. Impresión diagnóstica.

#### Idx: 300.01 (F41.0). Trastorno de pánico

##### 4.1.9.1. Diagnóstico diferencial.

Para establecer un diagnóstico diferencial se tuvo en cuenta la figura 3 (p. 21 del texto). Este diagnóstico se ha diferenciado de los siguientes posibles trastornos.

- **Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica:** Se ha descartado que los ataques de pánico que ha sufrido la paciente se deban a alteraciones fisiológicas o a alguna enfermedad médica general.
- **Trastorno de ansiedad inducido por sustancias o medicamentos:** Se descarta en la paciente el consumo de la cafeína de forma regular. Igualmente se descarta el uso de alguna sustancia o medicamento que pueda provocar las crisis de pánico.
- **Ataques de pánico que aparecen como parte de un trastorno mental:** Durante la exploración en la entrevista clínica se descarta la presencia de algún otro trastorno mental.
- **Trastorno de ansiedad social:** La paciente refiere que desde su juventud ha vivido situaciones estresantes a lo largo de su vida que le han generado ansiedad, sin embargo, ninguna de por sí sola ha desencadenado un ataque de pánico.
- **Exposición a una experiencia que provoca extrema ansiedad:** Los ataques de pánico en la paciente en su fase inicial han aparecido de forma súbita sin causa aparente.
- **Ataque de pánico aislado:** La paciente ha manifestado tres crisis de pánico que han aparecido de forma súbita.
- **Ataques con síntomas limitados:** Las crisis de pánico en la paciente cuentan con más de cuatro síntomas del criterio A del DSM 5 (APA, 2015): (a) palpitaciones y aceleración de la frecuencia cardíaca, (b) sudoración, (c) sensación de asfixia, (d) molestias en el tórax y (e) náuseas acompañadas de malestar abdominal.
- **Trastorno de ansiedad por separación:** El cuadro clínico de la paciente no se explica mejor por la presencia de las crisis ante la separación de sus figuras de apego importantes.

Por lo anterior se confirma después de la entrevista clínica y los demás instrumentos aplicados que las crisis de pánico no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental.

## 4.2. Inventario de ansiedad de Beck –BAI

El inventario de ansiedad de Beck se utilizó como medida pretest y postest. La puntuación inicial obtenida por la paciente fue de 37 puntos, denotando una ansiedad severa. Después de doce sesiones de iniciado el programa de tratamiento psicológico se volvió a aplicar el Inventario con un resultado de 12 puntos indicado un nivel de ansiedad leve, lo que reflejó un cambio clínico significativo a nivel clínico de los síntomas.

En la figura 5 se representa gráficamente las puntuaciones obtenidas y la variación de los resultados desde el inicio de la intervención hasta el momento actual. Los ítems que son necesarios seguir trabajando están relacionados con el sistema de respuesta cognitivo - conductual, demostrando un gran control sobre el sistema de respuesta fisiológico-somático.

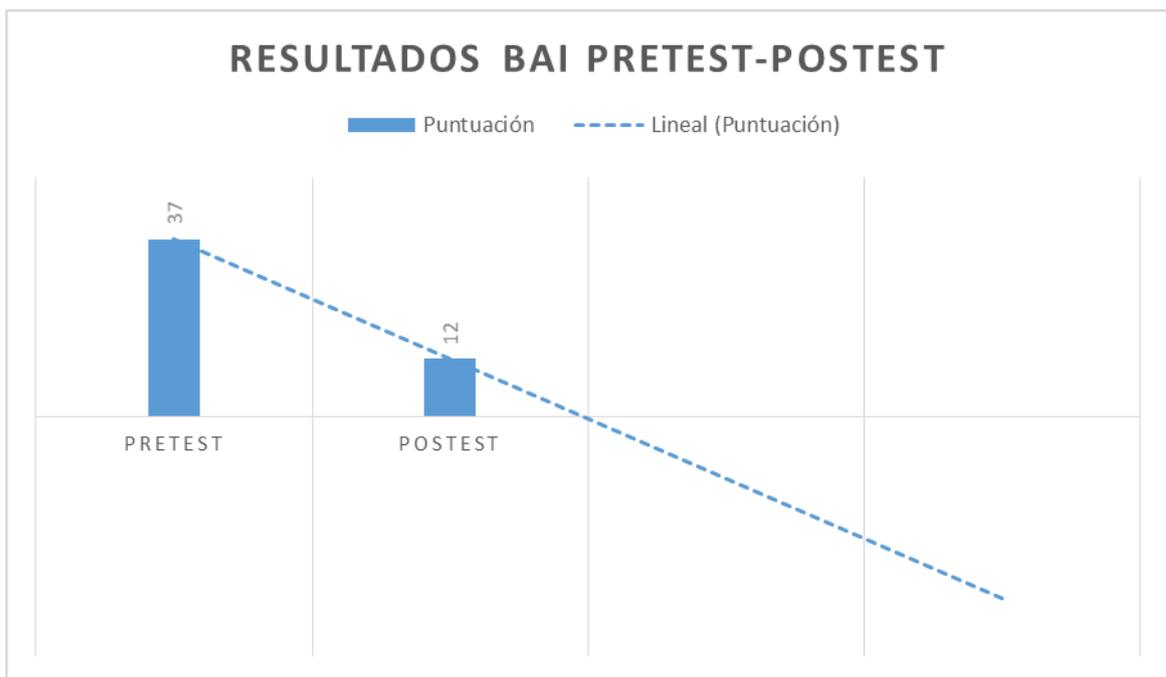


Figura 5. Resultados de la aplicación BAI pre y post. (Elaboración propia).

## 4.3. Autorregistro conducta-problema

El autorregistro al inicio de las consultas permitió recopilar la siguiente información sobre las características del cuadro clínico ansioso.

**1. En el sistema subjetivo-cognitivo**, la paciente se sentía (a) torpe, incapaz de relajarse, (b) inestable, (c) atemorizada y asustada, (d) nerviosa, (e) con sensación de bloqueo, (f) insegura, (g) con miedo a perder el control, (h) temor a morir. Como pensamientos irracionales se destaca el miedo a morir, el miedo a salir sola por la calle y el miedo a no ser capaz de salir de la situación.

**2. En el sistema fisiológico-somático**, los cambios fisiológicos más característicos en la paciente fueron, (a) las palpitaciones junto con la aceleración de la frecuencia cardíaca, (b) la sudoración, (c) la sensación de asfixia, (d) las molestias en el tórax (e) las náuseas acompañadas de malestar abdominal, (f) los mareos, (g) los temblores en las manos y (h) los problemas digestivos.

**3. En el sistema motor-conductual**, la paciente manifestó respuestas de evitación y de escape ante su ambiente laboral y su actividad social principalmente con sus amigos. Estas conductas únicamente se tienen en cuenta para la línea base de la cual parte la investigación, en las sesiones planteadas para evaluar la efectividad del programa de intervención se espera analizar los cambios logrados por la paciente y proporcionar resultados concluyentes a partir de las valoraciones pre y post.

#### **4.4. Autorregistro de relajación ABC**

Para retroalimentar el entrenamiento ABC se elaboró un autorregistro en el que la paciente identificó los componentes del entrenamiento de la relajación junto con una autovaloración sobre la conducta esperada. (Anexo E).

En este autorregistro como elementos estresantes que podrían desencadenar posibles crisis por el fenómeno de la ansiedad anticipatoria se destacan, (a) las situaciones en las cuales se encuentra sola y (b) las situaciones que demanden mucho esfuerzo a nivel laboral o social tales como entrega de obras, acudir a reuniones sociales con mucha gente desconocida.

La técnica ABC más utilizada por la paciente fue la imaginería y la relajación muscular progresiva. Los Estados-R más experimentados durante la relajación fueron los de paz y tranquilidad.

En relación a su motivación inicial y durante las sesiones, la paciente se mostró colaborativa desde el inicio, se evidenció una alta motivación para la realización de las técnicas de relajación junto con una creencia favorable sobre su efecto positivo.

En la última casilla del autorregistro se buscó que la paciente logrará a través del autocontrol realizar un proceso de autoevaluación para valorar si su conducta actual se acercaba a la conducta ideal esperada. En relación a este apartado durante la evolución del tratamiento se desarrolló una visión positiva sobre el acercamiento a la conducta ideal.

#### 4.5. Inventario SRSI

En el inventario de Smith sobre los estados de relajación (SRSI), obtuvo una puntuación de 32 denotando un nivel alto de activación fisiológica. Después de iniciar el programa de entrenamiento la puntuación varió obteniendo una puntuación de 17, demostrando una mejoría significativa a nivel clínico.

En la evaluación inicial prevalecen los estados de ansiedad y desconexión, producto de las crisis de pánico experimentadas así como el aumento de la sensación de pérdida de control. En la figura 6 se representa gráficamente las puntuaciones obtenidas y la variación de los resultados desde el inicio y después de doce sesiones de tratamiento en lo relacionado con los Estados-R evaluados.

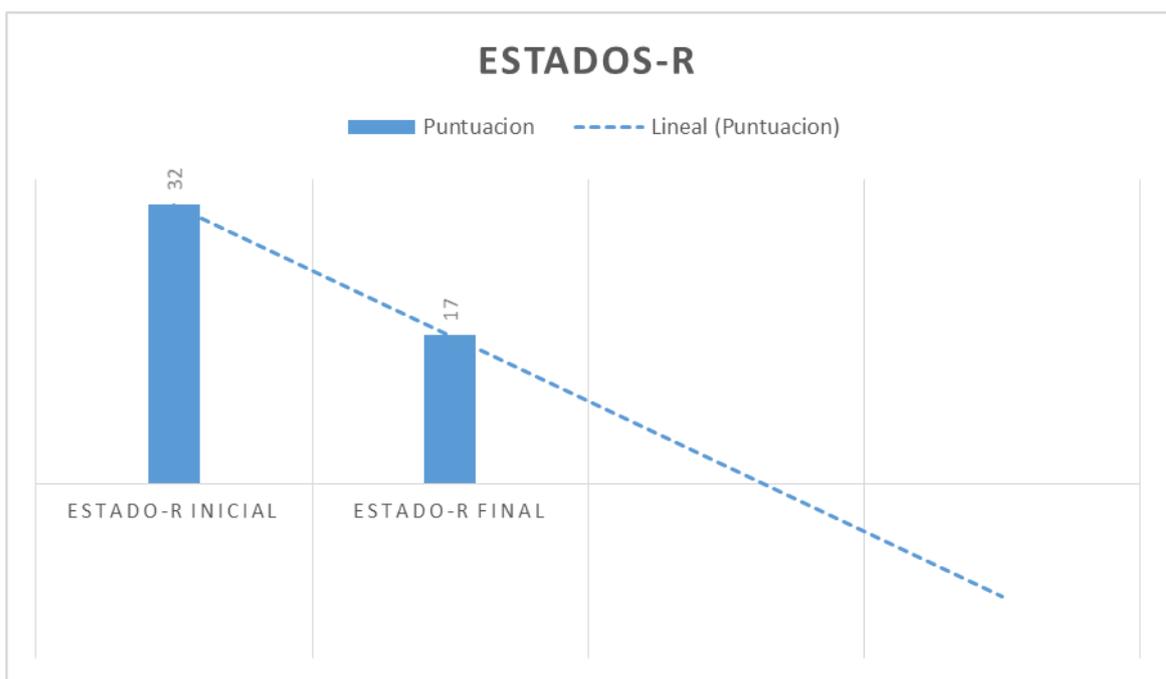


Figura 6. Estados R aplicación pre y post. (Elaboración propia).

Un segundo objetivo planteado durante el proceso de investigación fue identificar los factores de predisposición y de protección asociados a la presencia de la ansiedad en la paciente. A continuación se presenta la información relevante sobre ellos.

#### 4.6. Factores de predisposición

Durante el proceso de evaluación e intervención no se identificaron factores desencadenantes situacionales para los tres episodios de pánico experimentados, encontrando que éstos ocurrieron de forma inesperada. Sin embargo, al momento actual la

paciente manifiesta síntomas asociados a la ansiedad anticipatoria “el miedo a al miedo”. Razón por la cual se exploraron las situaciones que podrían desencadenar en la paciente respuestas de evitación y de escape que pudieran aumentar la probabilidad de aparición de la ansiedad anticipatoria experimentada.

Al indagar por las situaciones que podrían desencadenarle estrés o ansiedad, la paciente mencionó que su ambiente laboral era muy “estresante” y que quería renunciar a su trabajo. En la conceptualización del caso clínico se determinó que la ansiedad en el momento de la consulta estaba relacionada con el miedo a presentar otros ataques de pánico y sus posibles consecuencias. Por lo que se considera que esta situación le ha llevado a desarrollar conductas de evitación y de escape a nivel socio laboral.

En las posteriores crisis la paciente refirió “tengo mucho dolor en el pecho y me cuesta respirar, tengo mareos y no puedo ir a trabajar”, adicionalmente manifestó tener dificultad para respirar, además de sudoración, sensación de mareo y náuseas intensas. Desde entonces vive “aterrorizada de que le siga ocurriendo durante toda mi vida”. A nivel social comentó “me da miedo salir sola a la calle y que me dé una crisis de nervios, así que prefiero quedarme siempre en casa y trato de salir lo menos posible”. A nivel laboral comenta “trato de ir sólo al trabajo, pero cada día me encuentro peor, cada vez que me levanto siento náuseas, incluso vómito y en dos ocasiones he tenido que regresarme del trabajo para la casa porque he tenido crisis de gastritis”.

Cuando la paciente manifestó “me da miedo salir sola a la calle y que me dé una crisis de nervios, así que prefiero quedarme siempre en casa y trato de salir lo menos posible”, “trato de salir sólo al trabajo, pero cada día me encuentro peor, cada vez que me levanto siento náuseas, incluso vómito y en dos ocasiones he tenido que regresarme del trabajo para la casa porque me han dado crisis de gastritis”, se evidenció el impacto a nivel socio laboral de las crisis de pánico, impacto que podría predisponerle pensamientos irracionales sobre la posible aparición de nuevas crisis del pánico. Así, se entiende que se hace necesario un trabajo de reestructuración cognitiva así como uno de modificación conductual del repertorio de evitación y de escape para propiciar conductas más adaptativas.

## 5. Discusión

Al inicio de la intervención, el principal motivo de consulta que disparaba la respuesta de alarma en la paciente eran las palpitaciones, la aceleración de la frecuencia cardíaca, la sudoración, la sensación de dificultad para respirar, lo que sumando al reconocimiento de la ansiedad anticipatoria como un posible factor de predisposición en la paciente, permitió decidir que la intervención psicológica debería encaminarse en un primer momento al abordaje de los Estados-R (la somnolencia, la relajación mental, el descanso, la relajación física y la desconexión) relacionados con la relajación básica. De esta forma se entrenó en su control y manejo de la ansiedad anticipatoria para posteriormente seguir trabajando con los Estados-R restantes.

Desde el tipo de respuesta cognitiva la paciente se manifestó creencias relacionadas con el miedo a perder el control o a morir. En este ámbito, la psicología desde el campo de acción clínico ofrece una variedad de posibilidades de abordajes, entre los que se destacan tal como aporta Roca (2003), las intervenciones de tipo cognitivo - conductual, por haber demostrado mayor eficacia clínica. En el caso particular se propuso un abordaje desde la propuesta ABC de relajación junto con las intervenciones cognitivo – conductuales.

Del caso clínico descrito se puede entender que hace ocho meses la paciente experimentó su primer ataque de pánico situación que ha sido recurrente en los cuatro meses siguientes a la primera crisis. A nivel socio laboral las crisis han tenido un impacto generando una conducta de evitación y de escape, lo que ha afectado su nivel de actividad social y laboral. Se considera que la paciente padece un trastorno de pánico ya que manifiesta la sintomatología descrita por APA (2005) y se conoce que los primeros episodios han aparecido sin causa aparente. Durante la entrevista clínica no se identificaron desencadenantes situacionales para los tres episodios posteriores. Por lo que se entiende que la ansiedad en el momento de la consulta está relacionada con el miedo a presentar otros ataques de pánico y sus posibles consecuencia, situación que actualmente le ha llevado a desarrollar conductas de evitación y de escape a nivel socio laboral.

Se entiende que el proceso de aprendizaje de la ansiedad se estableció hace aproximadamente cuatro meses, cuando la paciente estaba en su puesto de trabajo preparando un informe de gestión y sintió “como si le fuera a dar otra crisis” refirió un malestar que describió como “intenso”, recuerda haber tenido dificultad para respirar, sudoración, sensación de mareo y unas náuseas intensas sumadas al miedo de repetir nuevamente una crisis de pánico. Esta situación la llevó a manifestar una respuesta de alarma que termino con una visita al hospital por urgencias. En esta ocasión la paciente

valoro como catastróficos los síntomas físicos percibidos lo que sumado a una interpretación errónea le desencadenó una respuesta de huida del ambiente laboral.

Así, se entiende que una pauta de alarma estaría relacionada con las crisis de gastritis, esta alarma podría desencadenar una respuesta ansiosa en la paciente y la podría llevar a relacionar esos síntomas con la posible aparición de una nueva crisis de pánico. La paciente en consulta comentó “he tenido crisis de gastritis desde pequeña y siempre que me pongo nerviosa, me dan ganas de vomitar y me pongo muy enferma, entonces pensé que era la gastritis lo que me estaba molestando”. Continuando con el relato mencionó “tengo miedo de que me siga ocurriendo durante toda mi vida”.

Se entiende en consonancia con Sarason, I. y Sarason B. (2006) que la herencia, los acontecimientos estresantes de la vida y el pensar de manera exagerada ante las reacciones corporales normales influyen en la aparición de las crisis. Al respecto, no se evidencian factores asociados a la herencia, lo que si se evidenció es que la paciente muchas veces manifestó reacciones exageradas ante situaciones sociales o labores en las cuales se evaluaba su desempeño.

Relacionado con los factores de predisposición están los estilos parentales descritos previamente por Cárdenas et al. (2010). Al respecto, se destaca en lo relacionado con la paciente que la aprobación según el desempeño como parte del estilo de crianza recibido, podría predisponerle para mantener la creencia errónea de que una persona tiene valor únicamente cuando realiza algo valioso. En este sentido, la paciente reconoció exigirse demasiado a sí misma, la aparición de este pensamiento ha coincidido con los episodios de molestias a nivel gastrointestinales y con la aparición de conductas de huida ante las situaciones ansiosas.

En el proceso de investigación se consideró importante indagar sobre los factores de predisposición y de protección con el fin de identificar los factores de riesgo y de protección que configurarían los estilos de respuesta en la paciente. Esta información permitió encaminar las acciones de intervención para facilitar el desarrollo de estrategias de afrontamiento más adaptivas frente a las crisis de pánico experimentadas, por esta razón, el entrenamiento ABC se complementó con la entrevista clínica y el diseño de los autorregistros.

Por otra parte se encontró evidencia en los cambios clínicos significativos para apoyar el entrenamiento ABC ya que tal como se ha descrito, su aplicación ha atenuado el malestar psicológico producido por el cuadro del trastorno de pánico experimentado por la paciente. Además, resulto interesante en la medida que el programa permitió contemplar diferentes posibilidades de técnicas de relajación, lo que facilitó educar y entrenar a la paciente según

sus intereses, motivaciones junto con sus creencias en el manejo y control de la activación psicofísica propia del trastorno de pánico.

Otro aspecto a destacar del entrenamiento ABC es que al contar para su aplicación con los inventarios de respuestas, se pudo establecer mediciones comparativas para facilitar tanto el análisis como la retroalimentación de la intervención. Adicionalmente, los inventarios aplicados a la paciente permitieron hacer consciente la forma de respuesta psicofísica frente al trastorno de pánico, haciendo evidente tanto el nivel de activación fisiológica experimentado como las creencias y motivaciones asociadas a cuadro clínico.

Durante la intervención desarrollada con la paciente gracias a la aplicación del entrenamiento en relajación ABC y la intervención cognitivo - conductual, se logró una mejoría clínica sobre el control de los síntomas psicofisiológicos, sin embargo, se necesita completar el programa de intervención para concluir sobre la efectividad del mismo y valorar su alcance para futuras investigaciones sobre el trastorno de pánico.

Por otra parte es importante mencionar que los instrumentos aplicados para la intervención resultaron enriquecedores en dos sentidos. El primero porque proporcionaron información complementaria sobre el triple sistema de respuesta de la ansiedad en la paciente. Y en un segundo momento porque se utilizaron como una herramienta de feedback, que junto con la etapa de psicoeducación, resultaron útiles para incentivar las estrategias autorreguladoras del trastorno de pánico en la paciente.

A nivel clínico se puede aportar en relación a la paciente, que a lo largo de su vida ha manifestado ante situaciones estresantes síntomas ansiosos, sin embargo estos síntomas no han generado una respuesta inadaptada frente al estrés psicosocial experimentado. Por lo que se consideraría que la ansiedad en la paciente forma parte de su repertorio normal de expresión emocional y que no es indicativo de un trastorno mental.

Igualmente, se considera importante destacar que la alianza terapéutica junto con la evaluación sistemática de los síntomas referidos en la evaluación clínica favoreció la motivación e implicación de la paciente para comprender el trastorno de pánico y movilizar estrategias de afrontamiento adecuadas frente a las crisis de pánico.

Se recomienda hacer hincapié en las siguientes sesiones en los Estados-R relacionados con la desconexión y la sensación de pérdida de control. La paciente en su autorregistro evidencia dificultad para lograr estados globales de desconexión, quizás producto de una preocupación excesiva por la pérdida de control de las crisis de pánico.

## **5.1. Limitaciones del presente estudio**

Se entiende que el trastorno de pánico es un fenómeno complejo y variable a lo largo del tiempo, por lo que se considera que la principal limitación del presente estudio se centra en los tiempos de estudio y de análisis del trastorno, sin embargo se espera que los resultados obtenidos y las reflexiones escritas sirvan como aporte para las investigaciones que sobre el trastorno de pánico se realicen.

Adicionalmente se encuentra que la falta del cierre terapéutico es una limitación por lo que es importante, insistir en el cierre del proceso de intervención haciendo hincapié en la autorregulación del sistema de respuesta cognitivo - conductual, para afianzar el control sobre los sistemas de respuestas fisiológico-somáticas y subjetivo-cognitivas.

Otro aspecto a tener en cuenta se relaciona con el control y la manipulación de las variables, durante el presente proceso de investigación se primaron los aspectos de carácter descriptivos por considerarlos más idóneos en el caso particular descrito.

## **5.2. Líneas futuras de investigación**

El aspecto principal se centraría en evaluar la efectividad del programa de intervención propuesto, el entrenamiento ABC en relajación no se ha utilizado previamente para manejo del trastorno de pánico, con lo cual, sería una experiencia interesante valiosa de documentar para aportar en las alternativas de intervención desarrolladas actualmente en el trastorno de pánico.

Se recomienda para futuras investigaciones que sobre el tema se realicen ampliar su campo de aplicación del estudio de caso a grupos poblacionales, con el fin de validar la experiencia terapéutica con diferentes personas que padecen el trastorno de pánico. En este sentido se hace necesario ampliar los criterios de rigurosidad científica para desarrollar validez externa y generalizar los resultados obtenidos para mayor aprovechamiento de la comunidad científica.

## 6. Conclusiones

Se considera importante en investigaciones sobre el trastorno de pánico tener en consideración la evaluación del triple sistema de respuesta ya que en el caso particular de la paciente, favoreció la conceptualización del trastorno junto con su diagnóstico, además de facilitar la planificación de la propuesta de investigación.

Es importante al analizar el caso clínico y sus intervenciones no perder de vista que las manifestaciones del pánico revisten una variabilidad que viene dada por la subjetividad de la persona y la forma como ésta interpreta y cómo afronta sus diferentes problemáticas.

Se destaca la importancia de la aplicación de las técnicas ABC, posterior a las doce sesiones de intervención ya que se logró una disminución significativa en las valoraciones de pretest y posttest. La puntuación inicial en la Escala de Ansiedad de Beck-BAI obtenida por la paciente fue de 37 puntos, denotando una ansiedad severa. Después de doce sesiones se aplicó por segunda vez la escala con resultado de 12 puntos, esta variabilidad en la puntuación denoto un nivel de ansiedad leve, demostrando una mejoría significativa de los síntomas a nivel clínico.

Con relación al inventario de Smith sobre los estados de Relajación (SRSI), la puntuación inicial fue 32 denotando un nivel alto de activación fisiológica. Después de iniciar el programa de entrenamiento la puntuación varió obteniendo una puntuación de 17. Así, la aplicación de los instrumentos psicométricos demostró una disminución del estado ansioso inicial en la paciente.

En relación al sistema de respuesta de la paciente se evidenció una alta activación psicofísica que se manifestó al inicio de la intervención con quejas relacionadas con el dolor de pecho, la respiración, mareos, sudoración y nauseas intentas. Dicha sintomatología disminuyó con la fase de psicoeducación y la intervención de técnicas ABC de relajación.

Las respuestas conductuales de la paciente se asociaron a la evitación y al escape en el ámbito socio – laboral sin llegar a experimentar agorafobia. Estas respuestas fueron manifestadas al inicio de la intervención, sin embargo este aspecto junto con las respuestas cognitivas debe continuar trabajándose a profundidad durante el desarrollo del programa de intervención con el fin de determinar acciones concluyentes.

Relacionado con los factores de predisposición y de protección de la paciente se considera que estos aportaron información relevante para conceptualizar el caso clínico, sin embargo se considera que no es necesario plantearlo como objetivo específico para futuras investigaciones dado que esta evaluación ya está inmersa en el proceso de evaluación de corte modelo cognitivo - conductual.

Es importante generar en las valoraciones clínicas varios canales de recogida de la información, en el caso particular resulto de bastante utilidad la aplicación de varias técnicas de recolección de la información tales como la entrevista clínica, la escala de ansiedad BAI, los autorregistros de conducta – problema y de relajación junto con el inventario SRSI para la adecuada conceptualización e intervención del trastorno de pánico.

Se destaca la importancia de la psicoeducación en el trastorno de pánico, ya que le permitió a la paciente además de conocer en que consiste las manifestaciones clínicas el conocer las estrategias de control, afianzando sus estrategias de autorregulación cognitivo – conductuales.

## Referencias Bibliográficas

Asociación Americana de Psiquiatría – APA (2015). DSM 5 Manual de Diagnóstico Diferencial. Editorial Panamericana.

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

Beck, A. y Steer, R. (2011). Manual. BAI. Inventario de Ansiedad de Beck - Adaptación española. Madrid: Pearson Educación.

Beck, A. (2013). Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad. Descleé de Brouwer.

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2009). Manual de Psicopatología (vol. II). Madrid: McGraw-Hill.

Blanco, C., Estupiñá, F., Labrador, F., Fernández-Arias, I., Bernaldo-de-Quirós, M. y Gómez, L. (2014). El uso de las técnicas de relajación en la práctica de una clínica de psicología. Anales de psicología (p. 403-411).

Brannon, L. y Feist, J. (2001): Psicología de la Salud. Madrid: Paraninfo.

Buendía, L. y Colás, P. (2009). Métodos y técnicas cualitativas de investigación en psicopedagogía. Madrid: McGrawHill.

Camerini, O. (2003): Las Terapias Cognitivas. Madrid: Pirámide

Cárdenas, E., Fera, M., Palacios, L. y De la Peña, F. (2010). Guía clínica para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Caro, S. (2003). La Relajación Consciente como base de las Técnicas de mejoramiento de la salud. Barcelona: Editorial Plaza y Janes.

Chóliz (s.f.). Técnicas para el control de la activación: Relajación y Respiración. Valencia: Universidad de Valencia.

Drost, J., Van Der, A., Antypa, N., Zitman, F., Van Dyck, R. y Spinhoven, Ph. (2012). General, specific and unique cognitive factors involved in anxiety and depression disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 36, (p. 621-633).

Hernández, R., Fernández, C. y Batista, L. (2010). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill: México.

Kirschbaum, A. (2001). Una sensación de entrar al borde del abismo. Las mujeres son más propensas a sufrir ataques de pánico. *Clarín*: Argentina. Recuperado el 12 de septiembre de 2018, [https://www.clarin.com/sociedad/mujeres-propensas-sufrir-ataques-panico\\_0\\_By42wue0Ke.html#activateComments](https://www.clarin.com/sociedad/mujeres-propensas-sufrir-ataques-panico_0_By42wue0Ke.html#activateComments)

Martin, G. y Pear, J. (2000): *Modificación de Conducta*. (5a Ed.) Madrid: Prentice Hall Hispanoamérica, S. A.

Martínez-Monteaquedo, M., Inglés, C., Cano, A. y García-Fernández, J. (2012). Estado actual de la investigación sobre la teoría tridimensional de la ansiedad de Lang.

Moreno, P. y Martín, J. (2009). *Tratamiento psicológico del trastorno de pánico y la agorafobia: Manual para terapeutas*. Editorial Desclée de Brouwer. Recuperado el 12 de septiembre de 2018, <http://ebookcentral.proquest.com/lib/univunirsp/detail.action?docID=3194302>

National Institute for Health and Clinical Excellence - NICE (2009). Recuperado el 12 de Septiembre, de <http://www.nice.org.uk>

Organización Mundial de la Salud - OMS (1994). *CIE 10: Trastornos mentales y del comportamiento*. Meditor.

Organización Mundial de la Salud - OMS (2017) *Día Mundial de la Salud Mental 2017: La salud mental en el lugar de trabajo*. Recuperado el 12 de septiembre de 2018, en [http://www.who.int/mental\\_health/es/](http://www.who.int/mental_health/es/)

Osma, J., García, A. y Botella, C. Personalidad y trastorno de pánico: un estudio en revisión. *Anales de Psicología*, 2014, vol. 20 No 2 (mayo), (p. 381-394). Recuperado el 12 de septiembre de 2018, <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.2.150741>

Reyes, J. (2010). *Trastornos de ansiedad. Guía práctica para diagnóstico y tratamiento*.

Roca, E. (2003). *El Trastorno de Pánico y su Tratamiento: Terapia Cognitiva Focal en Formato de Grupo*.

Ruíz, M. A., Díaz, I., y Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitiva conductuales*. Bilbao: Descleé de Brouwer.

Sandín, B. (2009). *Teorías sobre los trastornos de Ansiedad: En Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2009). Manual de Psicopatología (vol. II)*. Madrid: McGraw-Hill.

Sanz, J. (2014). Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en la práctica clínica. *Revista Clínica y Salud*, 25, (p. 39-48).

Sarason, I. y Sarason B. (2006). *Psicología Anormal el Problema de la Conducta Inadaptada* México: Prentice Hall Hispanoamérica, S. A.

Smith J. C. (2009). *Entrenamiento ABC en relajación: una guía práctica para los profesionales de la salud*. Bilbao: Descleé de Brower.

Skinner, B. (1979). *Contingencias de Reforzamiento: Un análisis teórico (1ª Ed.)* México: Editorial Trillas S. A.

Spielberger, C. Pollans, C. y Worden, T. (1984). *Anxiety Disorders*. In 5. M. Turner, y M. Hersen (Eds), *Adult psychopathology and diagnosis* (p. 263—303).

Saviñón, J. Solís, F., y Johnson O. (2002). *Trastornos por pánico: Aspectos clínicos y psicofarmacológicos*. *Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, (p. 97-106).

Vélez, D. Garzón, C. y Ortiz, D. (2008). Características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *International Journal of Psychological Research*, (p. 34-39).

Wolpe, J. (1968). Psychotherapy by reciprocal inhibition. *Conditional reflex: a Pavlovian journal of research and therapy* (p. 234-240).

# **ANEXOS**

## Anexo A

### Entrevista clínica semi-estructurada

Para la entrevista clínica se contemplaron los siguientes apartados:

- Información demográfica básica: Sexo, edad, grupo étnico, domicilio, lugar de procedencia, estado civil.
- Descripción de la enfermedad actual o del problema presente:
  - Una descripción de los síntomas y quejas actuales
  - La gravedad de los síntomas
  - La extensión y la duración de los síntomas
  - Tiempo transcurrido desde la aparición de los síntomas
  - Tratamientos y grado de éxito obtenido
  - Medicaciones y dosis
  - Evaluaciones previas
- Rutinas laborales, domésticas y sociales, incluyendo actividades recreativas, pasatiempos y programas de ejercicios
- Fuentes de tensión actuales, incluyendo crisis familiares, historial de abuso, relaciones interpersonales angustiosas, cambios o problemas de trabajo y preocupaciones financieras
- Historial médico
- Historial psiquiátrico
- Historial educativo
- Historial vocacional
- Fechas y tipos de puestos de trabajo ocupados
- Motivos para dejar un trabajo
- Estabilidad laboral
- Nivel más alto de logros
- Complejidad del trabajo y nivel de responsabilidad e independencia
- Evaluaciones del desempeño
- Historial del nacimiento y del desarrollo prematuro
- Historia familiar
  - Edad y estado de salud del núcleo familiar
  - Logros educativos de padres, hermanos e hijos
  - Logros ocupacionales de padres, hermanos e hijos
  - Historial psiquiátrico de padres, hermanos e hijos
  - Historial médico y neurológico de padres, hermanos e hijos

## Anexo B

### Escala de ansiedad de Beck – BAI

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy.

		<b>En Absoluto</b>	<b>Levemente</b>	<b>Moderadamente</b>	<b>Severamente</b>
1	Torpe o entumecido.				
2	Acalorado.				
3	Con temblor en las piernas.				
4	Incapaz de relajarse.				
5	Con temor a que ocurra lo peor.				
6	Mareado, o que se le va la cabeza.				
7	Con latidos del corazón fuertes y acelerados.				
8	Inestable.				
9	Atemorizado o asustado.				
10	Nervioso.				
11	Con sensación de bloqueo.				
12	Con temblores en las manos.				
13	Inquieto, inseguro.				
14	Con miedo a perder el control.				
15	Con sensación de ahogo.				
16	Con temor a morir.				
17	Con miedo.				
18	Con problemas digestivos.				
19	Con desvanecimientos.				
20	Con rubor facial.				
21	Con sudores fríos o calientes.				

## Anexo C

### Autorregistro de conducta-problema

Fecha y Hora	1	2	3	4	5	6	7
	Que estaba haciendo antes.	Que estaba pensando	Describa que sensaciones físicas tuvo durante el episodio.	Valore en una escala la intensidad de las sensaciones (1-10).	Que pensó durante el episodio	Cómo reacciono durante el episodio Qué hizo.	Cuánto duro el episodio

### Indicaciones

- 1) Es importante que en esta casilla se describa que actividad estaba realizando antes de que se produjese el episodio la crisis de pánico.
- 2) En esta casilla se deben describir todos los pensamientos o imágenes que sucedían antes del episodio de pánico. A veces resulta difícil identificar que pensaba antes, por lo que se invita a la paciente para que intente hacer consciente las ideas, pensamiento o imágenes que suceden antes del episodio.
- 3) Es importante describir todas las sensaciones físicas que siente durante el episodio. Pueden ser variadas y manifestarse con dolores de pecho, cabeza, dificultad para respirar, etc.
- 4) Se sabe que la intensidad de todas las sensaciones físicas no es igual, por lo que se incentiva para que se valore en una escala de 1 a 10 el malestar que producen. Las puntuación 1 es muy bajo y 10 es una intensidad o malestar muy alto.
- 5) Describir los pensamientos que se vienen a la cabeza durante el episodio de ansiedad.
- 6) Describir que hizo inmediatamente después del episodio y cómo se sintió (tristeza, ansiedad, etc.)
- 7) Es necesario que intente determinar la duración del episodio.

## Anexo D

### Inventario SRSI

Marque el grado en que se está sintiendo en el momento actual:

1. Me siento a gusto  
\_ 1. En absoluto \_ 2. Un poco \_ 3. Moderadamente \_ 4. Completamente
2. Me siento consiente, concentrado, claro  
\_ 1. En absoluto \_ 2. Un poco \_ 3. Moderadamente \_ 4. Completamente
3. Mi mente está en calma, en silencio, quieta  
\_ 1. En absoluto \_ 2. Un poco \_ 3. Moderadamente \_ 4. Completamente
4. Mis manos, brazos o piernas están relajados, cálidos y pesados  
\_ 1. En absoluto \_ 2. Un poco \_ 3. Moderadamente \_ 4. Completamente
5. Me siento feliz  
\_ 1. En absoluto \_ 2. Un poco \_ 3. Moderadamente \_ 4. Completamente
6. Estoy somnoliento, adormecido  
\_ 1. En absoluto \_ 2. Un poco \_ 3. Moderadamente \_ 4. Completamente
7. Me siento agradecido  
\_ 1. En absoluto \_ 2. Un poco \_ 3. Moderadamente \_ 4. Completamente
8. Me siento distante y alejado de las preocupaciones y problemas  
\_ 1. En absoluto - 2. Un poco \_ 3. Moderadamente \_ 4. Completamente
9. Me siento gozoso  
\_ 1. En absoluto \_ 2. Un poco \_ 3. Moderadamente \_ 4. Completamente
10. Me siento "atemporal", "infinito" y "sin límites"  
\_ 1. En absoluto \_ 2. Un poco \_ 3. Moderadamente \_ 4. Completamente
11. Mis músculos están relajados y flácidos  
\_ 1. En absoluto \_ 2. Un poco \_ 3. Moderadamente \_ 4. Completamente
12. Me siento amoroso  
\_ 1. En absoluto \_ 2. Un poco \_ 3. Moderadamente \_ 4. Completamente
13. Me siento indiferente y desapegado de las preocupaciones y problemas  
\_ 1. En absoluto \_ 2. Un poco \_ 3. Moderadamente \_ 4. Completamente
14. Me siento en paz  
\_ 1. En absoluto \_ 2. Un poco \_ 3. Moderadamente \_ 4. Completamente
15. Mi mente está en silencio y en calma, sin pensar en nada  
\_ 1. En absoluto \_ 2. Un poco \_ 3. Moderadamente \_ 4. Completamente
16. Me siento devoto y reverente  
\_ 1. En absoluto \_ 2. Un poco \_ 3. Moderadamente \_ 4. Completamente
17. Me siento somnoliento  
\_ 1. En absoluto \_ 2. Un poco \_ 3. Moderadamente \_ 4. Completamente
18. Me siento energizado, seguro de mi o fortalecido  
\_ 1. En absoluto \_ 2. Un poco \_ 3. Moderadamente \_ 4. Completamente
19. Me siento espiritual  
\_ 1. En absoluto \_ 2. Un poco \_ 3. Moderadamente \_ 4. Completamente
20. Mis músculos están tensos, tirante  
\_ 1. En absoluto \_ 2. Un poco \_ 3. Moderadamente \_ 4. Completamente
21. Me siento triste, deprimido, melancólico  
\_ 1. En absoluto \_ 2. Un poco \_ 3. Moderadamente \_ 4. Completamente

## Anexo E

### Autorregistro de relajación

Fecha y Hora	1	2	3	4	5
	Describa que síntoma estresante siente	Qué técnica ABC utiliza	Describa Estado R experimentado	Describa como se siente	Valore su Estado R actual y compárelo con el Estado R ideal.

### Indicaciones

Se pide a la paciente que cumplimente el autorregistro después de cada ejercicio de relajación teniendo en cuenta la información previamente adquirida sobre el Entrenamiento en Relajación ABC.

- 1) Es importante que en esta casilla identifique los síntomas o situaciones que la paciente considera estresantes.
- 2) Debe escribir la técnica ABC utilizada.
- 3) En esta casilla se deben describir los Estados-R experimentados después de la aplicación de la técnica ABC.
- 4) Es importante describir todas las sensaciones físicas durante la aplicación de la técnica ABC. Pueden ser variadas y manifestarse desde dolores musculares, dificultad para respirar, hasta estados de bienestar y calma.
- 5) Se pide a la paciente que inicie una autoevaluación. Debe describir una valoración comparando su conducta actual con una conducta ideal a alcanzar.

## Anexo F

### Programa de intervención para el trastorno de pánico

Sesión	Objetivo	Acciones	Duración
1	Evaluación inicial con la paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>*.Aplicación de la entrevista clínica semi –estructurada a la paciente.</li> <li>*.Explicación sobre los autorregistros que se trabajaran en terapia.</li> <li>*.Tarea para casa: Cumplimentar el autorregistro de la conducta – problema.</li> </ul>	60 minutos
2	Evaluación del trastorno de pánico	<ul style="list-style-type: none"> <li>*. Entrevista con los padres.</li> <li>* Aplicación de Inventario de ansiedad de Beck –BAI a la paciente.</li> <li>*.Aplicación del Inventario SRSI a la paciente.</li> <li>*.Retroalimentación del autorregistro de la conducta – problema a la paciente.</li> <li>*.Tarea para casa: Cumplimentar el autorregistro de la conducta – problema</li> </ul>	60 minutos
3	Psicoeducación del problema clínico	<ul style="list-style-type: none"> <li>*. Fase de psicoeducación sobre el trastorno de pánico.</li> <li>*.Retroalimentación del autorregistro de la conducta – problema a la paciente.</li> <li>* Explicación para cumplimentar el autorregistro de evaluación.</li> <li>*.Tarea para casa: Cumplimentar el autorregistro de evaluación.</li> </ul>	60 minutos
4	Entrenamiento en relajación ABC: Fase I	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Fase de psicoeducación del entrenamiento en relajación ABC.</li> <li>*.Retroalimentación del autorregistro de evaluación.</li> <li>* Tarea para casa: Cumplimentar el autorregistro de relajación</li> </ul>	60 minutos
5	Entrenamiento en relajación ABC: Fase I	<ul style="list-style-type: none"> <li>*. Retroalimentación sobre los Estados R, Creencias R y Actitudes R.</li> <li>*. Tarea para casa: Dudas o inconvenientes sobre entrenamiento en relajación ABC.</li> </ul>	60 minutos
6	Entrenamiento en relajación ABC: Fase I	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Introducción de las técnicas ABC de relajación, explicación de la imaginiería, los estiramientos, el yoga y la meditación.</li> <li>* Iniciación a la respiración diafragmática.</li> <li>*. Tarea para casa: Ensayo conductual de las técnicas relajación.</li> </ul>	60 minutos
7	Entrenamiento en relajación ABC: fase I	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Introducción de las técnicas ABC de relajación, explicación de la relajación muscular progresiva.</li> <li>* Explicación del entrenamiento autógeno.</li> <li>* Evaluación de los efectos, motivaciones, creencias y actitudes acerca de la relajación.</li> <li>*. Tarea para casa: Ensayo conductual de las técnicas relajación</li> </ul>	60 minutos
8	Entrenamiento en relajación ABC: Fase II	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Retroalimentación de la aplicación de los Inventarios Beck –BAI y de SRSI.</li> <li>*. Retroalimentación de los ensayos conductuales de las técnicas de relajación.</li> <li>* Selección de los ejercicios que le parezcan más</li> </ul>	60 minutos

		idóneos a la paciente para controlar los síntomas ansiosos.	
9	Entrenamiento en relajación ABC: Fase II	* Presentación guiada de los ejercicios escogidos para la relajación paciente – terapeuta. *. Tarea para casa: Entrenamiento de las cinco técnicas de relajación.	60 minutos
10	Entrenamiento en relajación ABC: Fase II	* Corrección de errores en la ejecución de las técnicas de relajación. * Evaluación de los efectos, motivaciones, creencias y actitudes acerca de la relajación y el trastorno de pánico. *. Tarea para casa: Autorregistro de evaluación.	60 minutos
11	Entrenamiento en relajación ABC: Fase III	* Construcción de guiones de relajación. *. Ensayo paciente-terapeuta del guion de relajación. * Retroalimentación de registro de evaluación. * Tarea para casa: ensayo conductual de los guiones de relajación.	60 minutos
12 <sup>2</sup>	Entrenamiento en relajación ABC: Fase III	* Retroalimentación del proceso de intervención. *. Ensayo paciente-terapeuta del guion de relajación. * Tarea para casa: Ensayo conductual de los guiones de relajación.	60 minutos
13	Entrenamiento en relajación ABC: Fase III	* Retroalimentación de inconvenientes en la ejecución de los guiones de relajación. *. Evaluación de las creencias asociadas al trastorno de pánico. * Tarea para casa: Identificar pensamiento e ideas relacionadas con el trastorno de pánico.	60 minutos
14	Consolidación y modificación de conductas	*. Debate Socrático sobre creencias distorsionas o erróneas sobre el trastorno de pánico. *. Valoración de supuestos cognitivos y conductuales sobre crisis de pánico.	60 minutos
15	Consolidación y modificación de conductas	*. Valoración sobre la puesta en práctica las habilidades aprendidas. * Hablar sobre las posibles recaídas. *. Retroalimentación del proceso cognitivo - conductual con la paciente	60 minutos
16	Seguimiento al mes de la remisión	*. Evaluación sobre la puesta en práctica las habilidades aprendidas y contrarrestar recaídas.	60 minutos
17	Seguimiento a los tres meses de la remisión	*. Evaluación sobre la puesta en práctica las habilidades aprendidas y contrarrestar recaídas	60 minutos
18	Seguimiento a los seis meses la remisión	*. Evaluación sobre la puesta en práctica las habilidades aprendidas y contrarrestar recaídas * En caso de remisión de sintomatología principal del trastorno se procede al cierre terapéutico.	60 minutos

<sup>2</sup> Durante el proceso de terapéutico se completaron las 3 sesiones de evaluación y las siguientes 9 sesiones de intervención del programa.