

ESTUDIO DE CASO ÚNICO: EFICACIA DE UN TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL EN UN TRASTORNO DE PÁNICO EN UN ADOLESCENTE

Isabel Fernández-Montes Rodríguez
Irene Casanova Menal
Verónica Cabañas Rojas
Psicólogas Internas Residentes.
Unidad de Salud Mental Comunitaria Campo de Gibraltar.

SINGLE CASE STUDY: EFFECTIVENESS OF A COGNITIVE- BEHAVIORAL TREATMENT IN A PANIC DISORDER IN AN ADOLESCENT

Isabel Fernández-Montes Rodríguez
Irene Casanova Menal
Verónica Cabañas Rojas
Psicólogas Internas Residentes.
Unidad de Salud Mental Comunitaria Campo de Gibraltar.

AFILIACIÓN INSTITUCIONAL (Correspondencia)

Isabel Fernández-Montes Rodríguez
Correo: ochavefdez@hotmail.com

Estudio de caso único: Eficacia de un tratamiento cognitivo-conductual en un trastorno de pánico en un adolescente

Resumen

Se describe el caso clínico de un adolescente de catorce años con Trastorno de Pánico. El objetivo es comprobar la eficacia de la intervención psicológica realizada, compuesta de 8 sesiones de una hora de duración con una frecuencia quincenal. Dicha intervención se trató de un Tratamiento Cognitivo-Conductual, que incluía como componentes: psicoeducación, exposición (en imaginación, en vivo e interoceptiva), reestructuración cognitiva, respiración, relajación y técnicas de distracción, entre otras. Los resultados obtenidos en el pre y postratamiento muestran una reducción de la sintomatología de ansiedad y de los ataques de pánico, tanto en número como en intensidad. Se discuten los resultados de la intervención, que confirman la eficacia del tratamiento propuesto.

Palabras clave: trastorno de pánico, cognitivo-conductual, ansiedad, estudio de caso

Single case study: effectiveness of a cognitive-behavioral treatment in a panic disorder in an adolescent

Abstract

The clinical case of a fourteen-year-old adolescent with Panic Disorder is described. The main aim of this study is presenting the effectiveness of the psychological intervention, consisting of eight one-hour sessions, with a biweekly frequency. The cognitive behavioral therapy included psycho-education, exposure (in imagination, in vivo and interoceptive), behaviour restructuring, respiration, relaxation training, distraction training, among others. The results obtained in the pre and post treatment show a decrease of anxiety symptoms and panic attacks, both in number and intensity. Intervention results which confirm the effectiveness of treatment are discussed.

Key words: panic disorder, behavioral-cognitive treatment, anxiety, case study

Estudio de caso único: Eficacia de un tratamiento cognitivo-conductual en un Trastorno de Pánico en un adolescente

INTRODUCCIÓN

El **trastorno de pánico**, según el DSM-5 (APA, 2013), se caracteriza por ataques de pánico inesperados y recidivantes. Un ataque de pánico es la aparición súbita de miedo intenso o de malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos y durante este tiempo se producen cuatro (o más) de los síntomas siguientes:

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

Además, al menos a uno de estos ataques le ha seguido un mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas:

1. Inquietud persistente ante la posibilidad de tener más crisis o sus consecuencias (por ejemplo, perder el control, sufrir un infarto de miocardio, “volverse loco”).
2. Un cambio significativo de mala adaptación en el comportamiento relacionado con los ataques (p. ej., comportamientos destinados a evitar los ataques de pánico, como evitación del ejercicio o de las situaciones no familiares).

Por último, las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (por ejemplo, hipertiroidismo). Y tampoco pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, como fobia social, fobia específica, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés postraumático o trastorno por ansiedad de separación.

Aunque el caso que se presenta trata de un adolescente de 16 años, no hay diferencia significativa entre el Trastorno de pánico en adultos y en la adolescencia; por lo cual, la teoría y práctica psicológica se basará en la literatura encontrada y aplicada a la edad adulta.

En los ataques de pánico, hay un aumento en la actividad autónoma pero los cambios fisiológicos observados no son de gran intensidad, siendo iguales a los acontecidos en otras actividades como el ejercicio físico. Pueden agotar al sujeto y mantener una ansiedad residual moderada o alta, sin llegar a ser peligrosos. Suelen durar menos de 30 minutos, aunque pueden llegar hasta 1 ó 2 horas o incluso más, siendo la fase más intensa de menor brevedad.

Los ataques (no el trastorno) son muy comunes en la población no clínica. Norton, Dorward y Cox (1986) encontraron que un 36% de estudiantes habían tenido uno o más ataques en un período de un año. La diferencia de los ataques de la población no clínica en relación al trastorno consistía en que en ésta se asociaban más a situaciones de tipo social y que las cogniciones no eran tan catastrofistas como en la población clínica.

Los síntomas somáticos más frecuentes son las palpitaciones, vértigos-mareos y temblores, encontrándose por igual tanto en adultos como en niños (Belloch, A., 1996).

Street, Craske y Barlow (1989), propusieron clasificar los ataques de pánico en esperados-inesperados (dependiendo de si el sujeto espera o no que ocurra); y en señalados-no señalados (dependiendo de si hay una señal externa que indique el inicio del ataque o no la hay). Consideraron que el más frecuente era el señalado-esperado; y el más infrecuente era el no señalado-esperado. Señalaron que sólo el primer ataque es verdaderamente inesperado, y que los siguientes se producen por condicionamiento a señales externas y/o interoceptivas.

Otra clasificación fue la de Klein y Klein (1989), recogida en el DSM-IV, cuyo criterio es que la persona conozca o no aquello que desencadena la crisis: crisis de angustia inesperadas o no señaladas (la crisis se inicia sin desencadenante ambiental); crisis de angustia situacionales o determinadas situacionalmente (la crisis aparece inmediatamente después de la exposición a un desencadenante ambiental); y crisis de angustia más o menos relacionadas con una situación determinada o situacionalmente predisuestas (la crisis tiene más probabilidad de aparecer al exponerse el individuo a ciertos desencadenantes ambientales, aunque no siempre existe dicha asociación).

Para algunos autores, el pánico y la ansiedad fóbica no son cualitativamente distintos, sino que forman parte de un continuo de gravedad. El pánico sería una ansiedad muy intensa con un comienzo súbito o muy rápido. (Craske, 1988) Sin embargo, otros consideran que el pánico se produce en situaciones en las que existe un peligro presente y se asocia a una tendencia a escapar; y la ansiedad es un estado de preparación para un peligro futuro, siendo menos intenso y repentino que el pánico (Klein y Klein, 1989).

El principal problema del trastorno de pánico no lo constituyen los ataques, sino el temor a sufrirlos. El malestar es tan intenso y es semejante en sintomatología a problemas físicos (como un infarto), que el sujeto desarrolla ansiedad anticipatoria, miedo al miedo (Goldstein y Chabless, 1978) o fobofobia. Por ello, manifiestan conductas de evitación, más relacionadas con un diagnóstico de agorafobia, que provoca

mayor grado de malestar e incapacitación, tanto social como laboral, mayores niveles de depresión, obsesión, alcoholismo, etc.

El DSM 5 (APA, 2013) indica que, en población general, la prevalencia estimada para un trastorno de pánico en los Estados Unidos y varios países europeos se ubica entre el 2% y el 3% en adultos y adolescentes. Las tasas para trastorno por pánico muestran un incremento gradual durante la adolescencia, particularmente en mujeres, seguido del inicio de la pubertad y llegando al punto máximo en la madurez (APA, 2013). La edad de inicio del trastorno se sitúa en torno al final de la adolescencia (Weissman et al, 1997).

La agorafobia es el principal trastorno comórbido en pacientes con trastorno por ataque de pánico (Kaplan & Sadock, 2008). En un estudio realizado en la comunidad europea, se comprobó una mayor comorbilidad de pacientes diagnosticados de trastorno de pánico con trastornos de ansiedad, trastornos somatomorfos, afectivos y, principalmente, agorafobia (Goodwin, et al., 2005).

Se plantea estructurar los programas de tratamiento incluyendo uno o más elementos terapéuticos que actúan sobre diferentes aspectos del Trastorno de Pánico (Barlow y Cerny, 1988; Barlow, Craske, Cerny y Klosko, 1989; Barlow y Craske, 1989; Clark y Salkovskis, 1987; Rapee, 1986). Los componentes terapéuticos más recientes incluidos en estos programas son el reentrenamiento en respiración (Kraft y Hoogduin, 1984; Salkovskis et al., 1986), la relajación aplicada (Öst, 1988; Barlow et al., 1989; Michelson et al., 1990), la inervación vagal (Sartory y Olajide, 1988), la reestructuración cognitiva (Sokol y Beck, 1986, citado en Beck, 1988; Clark et al., 1999; Margraf et al., 1989; Salkovskis, Clark y Hackman, 1991) y la exposición interoceptiva (Barlow et al., 1989; Craske, Brown y Barlow, 1991; Telch et al., 1993).

Los tratamientos eficaces (Pérez y cols, 2005) para tratarlo son:

- **Programa de Tratamiento del Control del Pánico de Barlow** (Barlow y Craske, 1994), que incluye: componente educativo, exposición en vivo a las sensaciones interoceptivas (elemento principal), reestructuración cognitiva, entrenamiento en respiración y/o relajación, y tareas para casa (práctica de exposición a sensaciones internas y situaciones externas).
- **Programa de Terapia Cognitiva de Clark y Salkovskis** (Salkoskis y Clark, 1991), que se basan en el modelo de Beck que plantea que los ataques de pánico recurrentes se producen por una interpretación errónea y catastrófica de las sensaciones corporales que se experimentan, lo que produce un aumento de la ansiedad, que a su vez aumenta las sensaciones físicas iniciales. Sus componentes son: componente educativo, reestructuración cognitiva (elemento principal), procedimientos comportamentales, recomendaciones para abandonar “conductas de seguridad” (por ejemplo: abandono de amuletos), y tareas para casa (registros cognitivos, experimentos conductuales, etc.).

Concretamente, para el caso que se nos presenta, hemos llevado a cabo un programa de tratamiento multicomponente en el que hemos tratado de reunir varias de las técnicas propuestas por los programas “eficaces” descritos más arriba. Hemos usado como técnicas principales la Psicoeducación, la Exposición progresiva, Entrenamiento en Técnicas de Desactivación Fisiológica, Reestructuración cognitiva y Tareas para casa.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Descripción del caso

Se trata de un adolescente de 14 años que, en Septiembre del 2017, acude a la consulta de una Unidad de Salud Mental Comunitaria, derivado por su médico de Atención Primaria por presentar “ansiedad cuando está con mucha gente y con muchas luces; él lo describe percibiéndolo como si estuviera en un sueño”. Acude acompañado de su madre y su tía materna. Comentan que su madre sufrió un accidente cerebrovascular en 2013, dejándole secuelas a nivel cognitivo y motor; motivo por el cual convive de lunes a viernes con sus abuelos maternos, y los fines de semana con sus padres. Niegan antecedentes familiares o personales de Salud Mental. Se evalúan los datos evolutivos del paciente encontrando cada hito del desarrollo dentro de los datos normativos. Respecto a la escolarización, se encuentra actualmente cursando 3º E.S.O., con un rendimiento académico medio-bajo.

Motivo de consulta e Historia del problema

El paciente (MA) refiere crisis de ansiedad descrita como: “se me empieza a acelerar el corazón, me asfixio, empiezo a perder incluso la visión, con puntitos en un ojo, y a verlo todo como si estuviera en un sueño...”. Describe que la primera vez que le ocurrió fue hace un año, coincidiendo con la feria de su pueblo, en la que consumió alcohol por primera vez, pero comenta que ese episodio concreto no fue a más. Un año más tarde, coincidiendo de nuevo con la feria, volvió a ocurrirle una nueva crisis de ansiedad, negando el consumo de tóxicos esta vez. Desde entonces (hace 3 meses), presenta repetidas crisis de ansiedad que se producen, según cuenta, cuando está con mucha gente o cuando hay muchas luces; aunque en las últimas semanas afirma que le ocurre incluso sentado en su casa mientras juega a videojuegos. Desde entonces, evita sitios en los que piensa que va a haber aglomeraciones; ha dejado de salir con sus amigos porque no puede evitar pensar continuamente que le va a ocurrir de nuevo, y también evita ir a jugar al fútbol con ellos; también intenta no salir a los pasillos de su instituto cuando hay mucha gente, etc. Comenta que desde la última crisis de ansiedad (hace 3 días), nota como si le hubiera quedado algo en la garganta, con presencia de tos repetida. No refiere alteración del patrón del sueño ni de la alimentación.

La tía materna es la que se encarga de supervisar la educación que le dan a MA ya que comenta que, de lunes a viernes, la educación que recibe éste por parte de los abuelos es la adecuada, pero cuando llega los fines de semana a casa de sus padres, éstos son muy permisivos, sin horarios ni rutinas determinadas. Desde que su madre sufrió un ictus cerebral en el año 2013, viven de esta manera. Aunque la tía afirme que,

incluso antes del episodio cardíaco de la madre, le habían marcado muy poco los límites y las pautas educativas, la madre comenta que en los últimos años no se puede hacer cargo como quisiera de sus hijos y, por eso, determinaron que sería mejor que se fueran con los abuelos de lunes a viernes, que es cuando han de tener un horario más estricto por el instituto, los estudios, actividades extraescolares, etc.

Tiene una hermana de 18 años, con la que convive tanto en casa de sus abuelos como en casa de sus padres. La describen como “problemática”. La tía materna cuenta que no es un buen ejemplo ya que es desobediente y mala influencia para MA cuando están mucho tiempo juntos. Así, describe, MA muestra una conducta inadecuada, especialmente con la madre, con estallidos de agresividad verbal y mostrando una conducta desafiante cuando se frustra. MA reconoce y apoya la apreciación de la tía sobre la influencia de su hermana.

MA afirma que la figura que le da seguridad cuando comienzan las primeras señales de ansiedad es la tía materna, a la que recurre para que pueda tranquilizarle. Ésta le suele indicar que no se ponga nervioso, que se tumbe en la cama con la luz apagada.

Por otro lado, hay dos amigos a los que ha contado su problema, que dice que le suelen ayudar cuando comienza a sentirse mal en clase.

En la exploración, se encuentra consciente y orientado en las tres esferas. No se observan ni signos ni síntomas psicóticos; las funciones cognitivas superiores están conservadas; lenguaje fluido y adecuado al contexto; buena resonancia afectiva; y no impresiona rasgos disfuncionales de la personalidad. Por último, se encuentra eufémico, no presenta síntomas de desánimo o tristeza.

EVALUACIÓN

- **Evaluación inicial y continuada** durante las sesiones de evaluación e intervención, mediante entrevista clínica semi-estructurada con el fin de recoger información y desarrollar hipótesis de inicio y mantenimiento de la sintomatología y, así, poder desarrollar el análisis funcional del caso para individualizar la intervención cognitivo-conductual.
- **Escala de Pánico y Agorafobia (Panic and Agoraphobia Scale, PAS; Bandelow, 1998)**. Consta de 13 ítems valorados de 0 a 4 según descriptores específicos que varían de ítem a ítem. Los síntomas se califican haciendo referencia a la semana anterior. El cuestionario presenta cinco subescalas: a) ataques de pánico (frecuencia, intensidad y duración), b) evitación agorafóbica (frecuencia, extensión, importancia de las situaciones evitadas), c) ansiedad anticipatoria (frecuencia, intensidad), d) incapacidad y deterioro funcional (familia, vida social o de ocio, trabajo o tareas domésticas), y e) preocupaciones por la salud (preocupación por los síntomas de ansiedad, creencia en una causa orgánica). Cada subescala consta de tres ítems, excepto la c) y e) que tienen sólo dos. Existe además

un ítem no puntuable que evalúa si predominan los ataques esperados o espontáneos. A mayor puntuación, mayor gravedad; sin puntos de corte.

- La puntuación de MA fue:
 - Ataques de pánico: 4 de 12.
 - Evitación agorafóbica: 7 de 12.
 - Ansiedad anticipatoria: 6 de 8.
 - Incapacidad y deterioro funcional: 4 de 12.
 - Preocupaciones por la salud: 0 de 8.
 - Puntuación total: 17 de 52.

- **Trastorno de Pánico. Diario del paciente (Whitaker, 2001)** (en Bobes J., García, M.P., Bascarán, M.T., Sáiz, P. A., Bousoño, M. (2002)). Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica.: se trata de un instrumento basado en un diario que debe cumplimentar el paciente cada noche, anotando aspectos relacionados con: ansiedad anticipatoria, presencia de ataques de pánico, síntomas durante los ataques, y, si los ha habido, señalar la duración, intensidad, si ha ocurrido en una situación esperada o inesperada, y qué síntomas se presentaron. Así, permite recoger la presencia de ataques de pánico, temor, expectativa y evitación de las crisis. Por ejemplo, en la primera semana se recogieron los siguientes datos significativos (el resto del registro se encuentra en el apartado Resultados):

NÚMERO DE SEMANA	PORCENTAJE DE TIEMPO PREOCUPADO POR LOS ATAQUES	INTENSIDAD DE LA PREOCUPACIÓN POR LOS ATAQUES (0-10)	DESCRIPCIÓN DEL ATAQUE DE PÁNICO
Primera semana	70%	6	Síntomas: “palpitaciones”, “sudoración”, “asfixia”, “mareado”, “sensación de irrealidad”. Duración: “5 minutos”. Intensidad: “7”. Tipo de ataque: “inesperado”.

- **Escala de Ansiedad de Hamilton (Hamilton, 1959):** Se trata de una escala heteroadministrada por un clínico tras una entrevista. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma. Los puntos de corte que se proponen para los tipos “Ansiedad psíquica” y “Ansiedad somática” son los siguientes: puntuación de 0 a 5: no ansiedad;

puntuación de 6 a 14: ansiedad leve; puntuación de 15 o más: ansiedad moderada/grave. Para la “Ansiedad total”, se proponen esas mismas puntuaciones multiplicadas por dos, es decir: de 0 a 10/11: no ansiedad; de 12 a 28/29: ansiedad leve; y de 30 o más: ansiedad moderada/grave. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento.

- La puntuación de M fue:
 - Ansiedad psíquica: 8 de 28. Esta puntuación, según los puntos de corte indicados arriba, corresponde a una ansiedad “leve”.
 - Ansiedad somática: 16 de 28. Esta puntuación, según los puntos de corte indicados arriba, corresponde a una ansiedad “moderada”.
 - Ansiedad total: 24 de 56. Esta puntuación, según los puntos de corte indicados arriba, corresponde a una ansiedad “leve”.
- Durante la evaluación e intervención terapéutica, se pide al paciente que recoja una serie de auto-registros, más adelante descritos.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

En base a la información recogida en la entrevista clínica, y por los resultados obtenidos en las escalas que se administraron, se considera que MA cumple criterios para el diagnóstico, según DSM-5, de F41.0 Trastorno de Pánico (ya descrito en el apartado “Introducción”).

FORMULACIÓN CLÍNICA DEL CASO

Analizando cómo y cuándo fue el comienzo de la sintomatología que presentaba el paciente, se desarrolla una **hipótesis de origen**, basándonos en la “Teoría de los dos factores de Mowrer (1960) o Modelo bifactorial Mediacional. Este modelo propone que la primera fase, en la que se adquiere el síntoma de ansiedad, se produce por un condicionamiento clásico en el que se produce una respuesta condicionada de miedo, que tiene propiedades de impulso ya que es capaz de motivar una respuesta de escape/evitación. Si lo aplicamos al caso que se nos presenta, los elementos que compondrían el modelo serían:

- Estímulo Incondicionado: consumo de alcohol.
- Estímulo Condicionado: multitud, luces, ruido excesivo (estímulos que estaban presentes en el momento que consumió alcohol en la feria).
- Respuesta Incondicionada y Condicionada: mareo, visión borrosa, sensación de estar en un sueño, etc.

Esta respuesta ocurrió la primera vez que M se expuso al estímulo incondicionado (consumo de alcohol) y condicionado (multitud, luces, ruido...), pero no se mantuvo ni se cronificó. Un año después, cuando M vuelve a exponerse al estímulo condicionado, aunque no se presentara el estímulo incondicionado, desarrolla la respuesta condicionada (mareo, visión borrosa, sensación de estar en un sueño) que, esta vez, sí se mantiene, cronifica y empeora. Esta respuesta no se asocia al consumo de

alcohol que, en un principio, la originó; por lo cual, M interpreta de manera distorsionada estos síntomas, creyendo que se trata de un problema cuyo origen es orgánico, influido por alguna patología cardíaca. Este hecho, aumenta la respuesta ansiosa en M y amplía los síntomas de la primera respuesta: taquicardia, sudoración, asfixia, parestesia...

Todo ello contribuye a reforzar la **hipótesis de mantenimiento** que, según el modelo de Mowrer (1960) constituiría la segunda fase, producida por un condicionamiento instrumental u operante que, ante la aparición del estímulo condicionado o su proximidad, el individuo escapa/evita para reducir la respuesta de ansiedad condicionada, ya que es considerada como aversiva y peligrosa. Al realizar esta evitación activa, el sujeto no aprende a evitar un estímulo aversivo, sino más bien a escapar del estímulo condicionado o fóbico. Es decir, se mantiene porque reduce el miedo; no porque evite el estímulo incondicionado que produjo la respuesta incondicionada y, ahora, condicionada.

Aplicándolo al caso que nos ocupa, M comienza a evitar ciertas situaciones que asocia a sus síntomas (RC), tales como sitios con mucha gente (pasillos de su instituto o los recreos), escenarios de noche que impliquen la presencia de muchas luces, actividades que aumenten su frecuencia cardíaca (jugar al fútbol con sus amigos). Esta evitación produce una reducción en la sintomatología ansiosa y del miedo, con lo cual él comprende que son esos sitios y situaciones los que ocasionan en él las crisis de ansiedad, reforzándose esta teoría cuando, en alguna ocasión, ha intentado exponerse a dichas situaciones y ha tenido que usar el escape, apartándose de esos estímulos, para disminuir los síntomas ya descritos.

Por último, con el paso del tiempo y debido a las repetidas crisis que sufre, MA desarrolla una ansiedad flotante, especialmente somática, que provoca que, incluso sin estar presente el EC (por ejemplo, jugando a videojuegos) se presenten los síntomas equivalentes a una crisis de ansiedad.

Se planteó la hipótesis de que la situación y la estructura familiar estuvieran influyendo negativamente en la sintomatología y manteniéndola en el tiempo. Pero se rechaza dicha suposición ya que no coinciden en el tiempo (el accidente cerebrovascular de la madre fue en 2013, y el primer episodio de crisis ansiosa de MA fue en 2016); y, además, preguntando y explorando hasta qué punto dicha situación afecta a MA, se considera que no supone un factor influyente para el mantenimiento del problema que nos atañe, aunque sí podríamos incluirlo como factor predisposicional.

De forma esquemática, resumiendo todo lo recogido en este apartado y añadiendo algunos puntos que ya se apuntaban en la historia del problema, se presenta la siguiente Tabla:

ANTECEDENTES (A)	CONDUCTA (B)	CONSECUENTES (C)
<ul style="list-style-type: none"> • PREDISONENTES: ✓ Accidente cerebrovascular de la madre en 2013. ✓ Alta permisividad de los padres. ✓ Baja estructuración de horarios y rutinas en la dinámica familiar. ✓ Baja tolerancia a la frustración. • DESENCADENANTES: ✓ Consumo de alcohol en la feria por primera vez. • SITUACIONALES: ✓ EXTERNAS: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Multitudes. ✓ Ruido. ✓ Muchas luces. ✓ Ejercicio físico. ✓ INTERNAS: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Asociaciones distorsionadas entre las situaciones externas y la conducta. 	<ul style="list-style-type: none"> • FISIOLÓGICO O EMOCIONAL ✓ Palpitaciones o aceleración cardíaca. ✓ Asfixia y sensación de ahogo. ✓ Dolor torácico. Molestias en la garganta. ✓ Náuseas, mareo. ✓ Visión borrosa, desrealización. • SUBJETIVO O COGNITIVO ✓ Procesamiento automático de las situaciones externas, valoradas como amenazantes. ✓ Interpretaciones catastrofistas de los síntomas. ✓ Creencia de incontrolabilidad. ✓ Distorsiones cognitivas: Inferencia arbitraria y Generalización excesiva para explicar la conclusión que asocia el estímulo y la respuesta. • CONDUCTUAL O MOTOR ✓ Acudir a su tía materna como estímulo de seguridad. ✓ Tumbarse, respirar. ✓ Evitación/escape de las situaciones que él considera aversivas. ✓ Autoobservación excesiva. 	<ul style="list-style-type: none"> • ACORTO PLAZO: ✓ Evitación de las situaciones externas, que reduce la sintomatología ansiosa. ✓ Escape de la situación, una vez que se produce la Conducta (C), que reduce la sintomatología. ✓ Atención, especialmente, por parte de la tía materna. • A MEDIO/LARGO PLAZO: ✓ Desarrollo de ansiedad flotante, especialmente, somática. ✓ Hipervigilancia. ✓ Generalización de las primeras situaciones que le ocasionaban crisis de ansiedad a otros estímulos y situaciones. ✓ Aislamiento social y evitación generalizada.

OBJETIVOS DE INTERVENCIÓN

En base al análisis funcional, los objetivos a cumplir en la fase de tratamiento son:

- Conceptualizar la sintomatología que presenta para su explicación y comprensión y, así, adquirir sensación de responsabilidad y control sobre ella.
- Establecer límites en casa de los padres, así como desarrollar un Estilo de crianza Autoritativo o Democrático, y de Educación Positiva para reducir y prevenir problemas de conducta.
- Estructurar un horario y rutinas adecuadas en casa de los padres.
- Reducir la ansiedad flotante y la hipervigilancia.
- Desarrollar sensación de control para los síntomas de las crisis de ansiedad.
- Disminuir la autoobservación.
- Eliminar la asociación entre determinados estímulos (multitudes, ruido, luces o ejercicio físico) y el desarrollo de las crisis de ansiedad, rompiendo el automatismo en la valoración de estas situaciones externas como amenazantes.
- Afrontar el miedo de forma activa mediante la eliminación de escape y/o evitación.
- Prevención de recaídas.

Dichos objetivos se consideraron como primarios, adjudicando la técnica correspondiente según orden de gravedad (empezamos por lo que causa mayor malestar), según criterios constructivos (empezamos entrenando habilidades más básicas) y según criterios que faciliten la adherencia (empezamos con técnicas que tengan efectos muy visibles y a corto plazo).

Los objetivos han sido determinados atendiendo a un buen nivel de ejecución, adaptación y validez social de MA en su medio ambiente, considerando la especificidad de las situaciones para ciertas técnicas. Éstas han sido mostradas eficaces para el caso y sintomatología que nos atañe.

TRATAMIENTO

Se inició Tratamiento Cognitivo-Conductual con MA, con encuentros programados con frecuencia quincenal, con una duración por sesión de una hora aproximadamente.

El siguiente cuadro pretende resumir los objetivos y contenidos distribuidos por sesiones:

NÚMERO DE SESIÓN	OBJETIVOS	CONTENIDO
Sesión 1 y 2	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación del caso • Creación de un plan de intervención individual • Establecer objetivos del tratamiento • Recoger datos pre-tratamiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Recogida de información • Formulación de hipótesis • Formulación del caso • Devolución de la información y planteamiento de la intervención • Autorregistro • Administración de pruebas y test de evaluación psicológica
Sesión 3	<ul style="list-style-type: none"> • Conceptualizar la sintomatología que presenta. Adquirir sensación de responsabilidad y control sobre ella. • Establecer límites en casa de los padres. Desarrollar un Estilo de crianza Autoritativo o Democrático, y de Educación Positiva • Estructurar un horario y rutinas adecuadas en casa de los padres. • Reducir la ansiedad flotante y la hipervigilancia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación • Pautas educativas a los padres • Horario y rutinas en casa de los padres • Entrenamiento en Respiración diafragmática (RD) • Entrenamiento en Relajación Muscular Progresiva (RMP)
Sesión 4 y 5	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar sensación de control para los síntomas de las crisis de ansiedad. • Disminuir la autoobservación. • Eliminar la asociación entre determinados estímulos y el desarrollo de las crisis de ansiedad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Exposición en imaginación • Exposición interoceptiva • Técnicas de distracción • Reestructuración cognitiva

Sesión 6 y 7	<ul style="list-style-type: none"> Afrontar el miedo de forma activa. 	<ul style="list-style-type: none"> Exposición en vivo Entrenamiento en RD y RMP
Sesión 8	<ul style="list-style-type: none"> Prevención de recaídas. 	<ul style="list-style-type: none"> Refuerzo de la mejoría Prevención de recaídas

A continuación, se enumeran los objetivos específicos que habíamos propuesto, acompañados de la técnica que se le aplica. A su vez, dichos objetivos, influirán también en los fines generales de toda intervención psicológica: mejorar la salud mental y la calidad de vida.

Sesión 1 y 2

En estas primeras sesiones, llevamos a cabo un proceso de recogida de datos y evaluación del caso, lo cual ya está descrito en los epígrafes: Evaluación, Diagnóstico clínico y Formulación del caso.

Pautamos a MA que llevara a cabo un Autorregistro de las situaciones externas que consideraba que le producían las crisis de ansiedad, en las que rellenará las siguientes variables: “qué ocurre” (qué pasa a su alrededor en ese momento, realizando una descripción exhaustiva de lo presente y de lo previo a la situación), “qué siento” (describiendo sensaciones externas e internas de lo que se está produciendo), “qué pienso” (identificando pensamientos automáticos y procesados de la situación, de los síntomas, del futuro próximo en referencia a dicha situación, etc.), “qué hago” (conductas que lleve a cabo cuando se produzcan las crisis de ansiedad y/o inmediatamente después) y, por último, una “valoración 0-100 de la ansiedad” en cada una de las situaciones registradas (siendo 0 lo mínimo; y 100 lo máximo). Para poder tener información acerca de sus ataques de pánico o síntomas de ansiedad en su vida cotidiana solicitamos que, como tarea para casa, nos trajera en cada una de las sesiones que acordábamos, un registro de qué estaba pasando en el momento en el que se producía la ansiedad. Encontramos en la siguiente tabla un ejemplo de este autorregistro:

QUÉ OCURRE	QUÉ SIENTO	QUÉ PIENSO	QUÉ HAGO	NIVEL DE ANSIEDAD (0-100)
Estoy jugando al fútbol con amigos en el campo de fútbol de mi barrio.	Opresión en el pecho. Taquicardia Angustia	“No puedo respirar” “Me va a dar un infarto”	Dejo de jugar. Me voy a mi casa a contárselo a mi tía.	70

Sesión 3

- Conceptualización de la sintomatología que presenta para su explicación y comprensión y, así, adquirir sensación de responsabilidad y control sobre ella.

Para este propósito se aplica la Psicoeducación y Biblioterapia acerca de la Ansiedad y del Trastorno de Pánico: modelo explicativo (antecedentes, conducta y consecuentes), de manera general e individualizada y cómo estos refuerzan la conducta y la asociación que queremos trata.

El paciente venía con una idea equivocada de sus síntomas: consideraba que tenían un origen orgánico y daba una interpretación errónea a los primeros síntomas del ataque de pánico, haciendo que estos se agravaran, dándose de esta manera el círculo vicioso de la ansiedad. Por tanto, el primer paso que llevamos a cabo fue explicar este proceso al paciente con el fin de que comprendiera de dónde venían esos síntomas, cual había sido su inicio (condicionamiento clásico) y por qué se estaba manteniendo (condicionamiento operante). Nos servimos de la “Formulación del caso” referida en el anterior epígrafe, y se lo expusimos de forma oral y escrita. El paciente quedó satisfecho con la explicación: “ahora entiendo lo que me ocurre... se trata de ansiedad; si vuelve a ocurrirme un ataque de pánico, pensaré en esta explicación y no creeré que me va a dar un ataque al corazón, por ejemplo”.

- Estructuración de límites en casa de los padres y desarrollo de un Estilo de crianza Autoritativo o Democrático, y de Educación Positiva para reducir y prevenir problemas de conducta.

Se aplican algunas estrategias y pautas educativas del programa de escuela de padres (Programa EDUCA. Escuela de Padres. Educación positiva para enseñar a tus hijos. Díaz Sibaja, Comeche y Díaz, 2009), tales como Psicoeducación o Técnicas de modificación de conducta (refuerzo, castigo, refuerzo diferencial de otras conductas o de conductas incompatibles, coste de respuesta, contrato de contingencias).

Se acordó con MA, madre y tía que recogerían un plan de actividades que querían que realizara o no realizara el paciente y, en función de su cumplimiento, le reforzarían o castigarían. Como refuerzo utilizaron, entre otras cosas, que todos los días jugara media hora a la videoconsola, o que le compraran su prenda de ropa favorita en el caso de que estudiara, por ejemplo, dos horas al día durante dos semanas. Como castigo utilizaron, entre otros, retirarle la videoconsola durante una semana en el caso de que no cumpliera el tiempo estimado de estudio.

- Establecimiento de horario y rutinas en casa de los padres.

Se desarrolló un horario, que redactaron en común MA y sus padres, donde se recogía las actividades básicas de la vida diaria (comidas, higiene, limpieza en casa, hora de levantarse y acostarse, etc.) con su correspondiente hora de inicio y de terminación, así como contingencias de la adecuada o inadecuada realización de dicho horario.

- Reducir la ansiedad flotante y la hipervigilancia.

Para este objetivo, nos servimos de las dos siguientes técnicas de desactivación fisiológica:

- Respiración diafragmática, caracterizada por tasas bajas de inspiración, volúmenes elevados de aire y respiraciones predominantemente abdominales.
- Relajación muscular progresiva de Jacobson, registrando la sensación subjetiva de relajación antes y después, de 0 a 10 (siendo 0 lo mínimo y 10 lo máximo de relajación) y, además, apuntando el lugar y la hora donde se realiza. Primero, se practicó en la consulta y, después, se le pidió que lo practicara dos veces al día en su casa, en condiciones óptimas (en silencio, con luz tenue, tumbado y, si puede ser, con música relajante).

Sesión 4 y 5

- Desarrollar sensación de control de los síntomas de las crisis de ansiedad.

Realizamos la técnica de Exposición en imaginación a situaciones que le producían las crisis de ansiedad, o similares, acompañadas de Exposición interoceptiva a las sensaciones temidas que se recogían en el “qué siento” del registro.

Le pautamos que, durante el tiempo que pasara hasta la siguiente sesión, practicara en casa las sensaciones que a él tanto le angustiaban:

- Indicamos que corriera todos los días durante 2-3 minutos a la máxima velocidad que pudiera, para exponerse a la sensación de taquicardia.
- Para la hiperventilación, indicamos que respirara de modo que inhalara más aire del que exhalara para hacerle ver, además, que paradójicamente sus síntomas no son por falta de aire, sino por lo contrario: está introduciendo más oxígeno del que necesita.
- Por último, indicamos que provocara la sensación de irrealidad mediante el mantenimiento de la mirada en un punto fijo durante 2 minutos. El paciente comentó que éste fue el ejercicio que más le costó realizar ya que la sensación de irrealidad, de estar en un sueño, provocaba en él mucha angustia y, según sus palabras, era lo que peor llevaba. Por ello, indicamos que al principio aguantara 1 minuto y, una vez que lo había superado, aguantara 1,5, para finalmente conseguir llegar a los 2 minutos. Estos ejercicios fueron tomados como ejemplo del libro “Tratamiento psicológico en grupo de pánico. Controla el pánico antes de que el pánico te controle a tí” (Díaz-Sibaja y Comeche, 2009).

Tras cada uno de estos ejercicios, habiendo conseguido las sensaciones buscadas, le comentamos que debía finalizar aplicando la técnica de la respiración

tranquilizadora para que pudiera volver a un estado de activación basal, de modo que así, también pudo ganar sensación de autocontrol sobre sus síntomas.

- Disminuir la autoobservación.

Usamos para ello algunas técnicas de distracción como:

- Centrarse en un objeto: describir con todo lujo de detalles un objeto complejo, atendiendo a la forma, el color, el tamaño, la textura, etc. Practicamos con MA la descripción exhaustiva de estímulos que encontramos en la consulta, por ejemplo, un cuadro. También, entrenamos la descripción de un objeto imaginario para que, en el caso de que no detectara ningún objeto con suficiente estimulación como para ocupar toda su atención, no tuviera ningún problema y él mismo pudiera generárselo. Practicamos al principio, el escenario de una playa y nos centramos en lo que percibíamos visualmente, los sonidos, los olores, etc. Y, después, pedimos que él mismo fuera quien se imaginara una escena que pudiera describir con numerosos elementos.
- Realizar actividades absorbentes: cualquier actividad que distraiga lo suficiente como para que la ansiedad no pueda ser pensada ni atendida. Además, será más eficaz si dicha actividad es agradable. Aprovechando uno de los hobbies de MA, el dibujo, indicamos que siempre llevara un papel y un lápiz a mano para que cuando pudiera tener un atisbo de los primeros síntomas de ansiedad, comenzara a pintar de manera que toda su atención pudiera ser absorbida por esta actividad.
- Eliminar la asociación entre ciertos estímulos (multitudes, ruido, luces, ejercicio físico) y el desarrollo de las crisis de ansiedad, rompiendo el automatismo en la valoración de estas situaciones externas como amenazantes.

Utilizamos la Reestructuración cognitiva para aquellos pensamientos distorsionados, recogidos en “qué pienso”. Se proporciona a MA una ficha denominada “El poder de las interpretaciones” del libro “Tratamiento psicológico en grupo de pánico. Controla el pánico antes que el pánico te controle a ti” (Díaz-Sibaja y Comeche, 2009). (2009) para que considere la diferencia entre un infarto de miocardio y los síntomas de la crisis de ansiedad, con la explicación de por qué se producen dichos síntomas.

Llevamos a cabo una tabla en la que, en la parte izquierda recogimos los pensamientos que en el registro había apuntado como “qué pienso” y en la parte derecha, pautamos que contestara a las siguientes cuestiones:

- Qué pruebas tengo de que este pensamiento es cierto.
- Busca un pensamiento alternativo que te permita superar la distorsión cognitiva del apartado izquierdo.
- Qué pruebas tienes de que este nuevo pensamiento es cierto.
- Nivel de creencia del nuevo pensamiento del 0 al 100, siendo el 100 la máxima puntuación.

Primero, practicamos varios de los ejemplos en la consulta y, después, pautamos como tarea para casa que lo realizara él mismo, y lo veríamos en la siguiente sesión. Por ejemplo:

PENSAMIENTOS RECOGIDOS EN "QUÉ PIENSO"	QUÉ PRUEBAS TENGO DE QUE ESTE PENSAMIENTO ES CIERTO	PENSAMIENTO ALTERNATIVO	QUÉ PRUEBAS TENGO DE QUE EL PENSAMIENTO ALTERNATIVO ES CIERTO	NIVEL DE CREENCIA DEL PENSAMIENTO ALTERNATIVO (0-100)
"Creo que me voy a desmayar."	"Ninguna porque, de todas las veces que he tenido la crisis de ansiedad, nunca he llegado a desmayarme."	"Se trata de una crisis de ansiedad que, una vez que llegue a su intensidad más alta, disminuirá y no durará más de 5-10 minutos."	"Mi ansiedad siempre acaba disminuyendo y, más aún, cuando no la atiendo."	75

Sesión 6 y 7

- Afrontamiento del miedo, eliminando la conducta de escape/evitación.

Usamos la técnica de Exposición en vivo jerarquizada y planificada, según el registro de situaciones descritas antes, comenzando por aquello que presente en la escala de valoración de la ansiedad una puntuación menor. Se recoge, de igual modo, el registro de esta exposición con los apartados "qué ocurre", "qué siento", "qué pienso", "qué hago" y "valoración de la ansiedad 0-100)", antes y después de la exposición, y resultados o comentarios tras ésta.

Por ejemplo, pautamos con MA que de manera progresiva fuera exponiéndose a la situación del pasillo de su clase, con lo que ello conllevaba: enfrentarse a un sitio cerrado, con mucha gente y ruido. Para hacerlo progresivo, le indicamos que primero saliera al canto de la puerta; tras conseguir esto, que saliera un metro y que, además, lo complementara con las técnicas de distracción que se describen más adelante. Finalmente, como el resultado buscado se adquirió con relativa facilidad, pautamos que saliera de manera "normal" con sus compañeros al pasillo, y no se obtuvo ninguna dificultad al respecto.

Sesión 8

- Prevención de recaídas.

Se refuerzan las mejoras y avances que ha tenido MA a lo largo de la terapia mediante refuerzo verbal, reconociendo sus logros y su adquisición de locus de control interno. Se insistió en esta última sesión en proseguir con el entrenamiento en las técnicas utilizadas, de forma que se convirtieran en prácticas automáticas que él pueda utilizar a lo largo de su vida, sin necesidad de que hubiera una patología para tener que usarlas.

RESULTADOS PRE-POST TRATAMIENTO

Se presentan a continuación los resultados obtenidos antes y después del tratamiento en cada uno de los instrumentos de evaluación que se utilizaron, y que ya fueron descritos anteriormente:

- **Escala de Pánico y Agorafobia** (Panic and Agoraphobia Scale, PAS; Bandelow, 1998), se obtuvieron como resultados, antes y después del tratamiento:

	P R E - TRATAMIENTO	P O S T - TRATAMIENTO
ATAQUES DE PÁNICO	4/12	0/12
EVITACIÓN AGORAFÓBICA	7/12	0/12
ANSIEDAD ANTICIPATORIA	6/8	1/8
INCAPACIDAD Y DETERIORO FUNCIONAL	4/12	0/12
PREOCUPACIONES POR LA SALUD	0/8	1/8
PUNTUACIÓN TOTAL	21/52	2/52

- **Trastorno de Pánico. Diario del paciente** (Whitaker, 2001): se recogió durante el tiempo en que duró el tratamiento psicológico, tres crisis de ansiedad, coincidiendo con la primera, segunda y cuarta semana, puntuados en el diario de la siguiente manera:
-

	ANSIEDAD ANTICIPATORIA (PORCENTAJE / INTENSIDAD 0-10)	DURACIÓN	INTENSIDAD (0-10)	SITUACIONAL O INESPERADO	SÍNTOMAS
PRIMERA SEMANA	70% / 6	5 minutos	7	Inesperado	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Palpitaciones ▪ Sudoración ▪ Asfixia ▪ Mareado ▪ Sensación de irrealidad

SEGUNDA SEMANA	70% / 6	3-4 minutos	6	Inesperado	<ul style="list-style-type: none"> ■ Palpitaciones ■ Asfixia ■ Mareado ■ Sensación de irrealidad
C U A R T A SEMANA	40% / 4	5 minutos	3	Inesperado	<ul style="list-style-type: none"> ■ Palpitaciones ■ Asfixia ■ Sensación de irrealidad

En las semanas restantes, no sufrió ningún ataque de pánico, y la ansiedad anticipatoria fue bajando hasta llegar a un porcentaje del “20%” en la última semana, con una intensidad de la preocupación por los ataques de “2”.

- **Escala de Ansiedad de Hamilton** (Hamilton ,1959), los resultados obtenidos, antes y después, del tratamiento fueron:

	PRE-TRATAMIENTO	POST-TRATAMIENTO
ANSIEDAD PSÍQUICA	8/28	1/28
ANSIEDAD SOMÁTICA	16/28	3/28

Se comprueba, atendiendo a las tablas y gráficos de Resultados, que ha habido una disminución en las puntuaciones de varias de las variables medidas antes y después del tratamiento: concretamente, en la Escala de Pánico y Agorafobia (Bandelow), observamos que disminuyen los ataques de pánico, la evitación de las situaciones asociadas a éstos, la ansiedad anticipatoria, la incapacidad y deterioro funcional, así como la puntuación total. Si bien, ha habido un aumento de un punto en la puntuación de preocupaciones por la salud.

Se contrastan algunos de estos resultados con los obtenidos en el Diario del paciente (Whitaker), ya que se observan bajadas de puntuación en la ansiedad anticipatoria, tanto en tiempo como en intensidad; y bajadas del número de ataques de pánico así como en el número de síntomas de éstos, llegando a no tener ninguno en las últimas semanas.

Y, por último, la medida de la ansiedad psíquica y la ansiedad somática que nos proporciona la Escala de Ansiedad (Hamilton) también nos muestra cómo ésta es menor en ambos tipos y, por tanto, en la ansiedad total.

DISCUSIÓN

El objetivo que nos planteábamos con este trabajo era comprobar la eficacia de un programa multicomponente basado en la inclusión de técnicas cognitivo-conductuales. Tras comprobar la disminución de las variables medidas, se considera que dicho programa ha sido eficaz puesto que ha conseguido disminuir tanto los ataques de pánico, como la ansiedad (anticipatoria, somática y psíquica), así como las conductas de evitación de las situaciones que se asociaban a los síntomas de pánico. Estos resultados

son congruentes con la revisión realizada por Botella en el año 2001, que concluyen que en casos de trastorno de pánico, el programa de primera elección y bien establecido son “el programa de tratamiento de control de pánico” (Barlow y Craske, 1994) y “el programa de terapia cognitiva para el trastorno de pánico” (Salkoskis y Clark, 1991). Los elementos centrales de dichos programas son la exposición interoceptiva y la reestructuración cognitiva, respectivamente; elementos que hemos utilizado como parte importante del tratamiento multicomponente que hemos elegido.

Se ha conseguido mejorar la funcionalidad del paciente en los ámbitos familiar, social y escolar. Además, verbalizado por el propio paciente, ha aumentado su autoeficacia y percepción de control debido a la descripción, comprensión y explicación de cuáles eran sus síntomas, cuál el origen, y cuál la razón de mantenimiento. Esto permite que, si más adelante volviera a experimentar síntomas similares a los de una crisis de ansiedad (para lo cual se trabajó la prevención de recaídas), pueda llevar a cabo las técnicas y pautas dadas en consulta y practicadas fuera de ésta, para evitar la intensificación y/o cronificación del problema.

Además, la madre y la tía materna mostraron su satisfacción frente a la mejoría de MA, tanto para los síntomas de ansiedad, como para los problemas de comportamiento que presentaba. Incorporar a la familia a la terapia ha supuesto un reto, ya que las dos mostraban un alto nivel de ansiedad, que podía servir como modelo a MA. Además, su forma de dar órdenes (mediante gritos, con contingencias dadas de manera inconsistente e incoherente) influía negativamente en la mejoría del paciente. Por ello, se consideró que, en primer lugar, y de manera simultánea al tratamiento del pánico, debía ir una intervención dirigida a la reestructuración de límites, rutinas y horarios. Esto resultó muy positivo ya que mejoró la dinámica y ambiente familiar, y potenció los avances que MA iba teniendo en la terapia.

Fue muy beneficiosa la actitud colaboradora del paciente y su alto nivel de insight. Las fases psicoeducativas de la terapia cognitivo-conductual, le permitieron partir de una buena base comprensiva de la situación para saber cuáles eran los componentes en los que había que incidir y cómo él debía implicarse en cada uno de ellos para la superación de la sintomatología.

Como particularidad de encontrarnos con un caso clínico en adolescencia, se tuvo que adaptar algunas de las técnicas tales como las de distracción, ya que el paciente comentó una ocasión en clase en la que comenzó a sufrir los primeros síntomas del ataque de pánico y, según contó, intentó hablar con un compañero de clase para ocupar parte de su atención en la conversación y, así, no autoobservarse de tal manera que aumentara la sintomatología. Tras esto, indica que le pusieron un punto negativo por hablar en clase. De esta manera, recomendamos a la madre y tía materna que hablaran con profesor/tutor de MA para que tuviera en consideración la situación por la que estaba pasando, de modo que no interpretara erróneamente alguna actitud o conducta de MA como falta de atención, sino como parte del trastorno de pánico que presentaba, o como parte de la intervención psicológica que en consulta pautábamos.

Por último, fue también beneficioso e influyente de manera positiva que MA no presentara síntomas depresivos ni síntomas agorafóbicos asociados, uno de los síntomas comórbidos más frecuentes en pacientes con trastorno de pánico. La ausencia de comorbilidad facilitó en gran medida que se consiguieran resultados tan óptimos y, además, en tan poco tiempo.

Para futuras investigaciones, habría que considerar la posibilidad de contar con una muestra más amplia o con un grupo control, ya que al tratarse de un estudio de caso único AB presenta ciertas limitaciones en lo que a validez o generalización se refiere. También, sería interesante realizar distintas evaluaciones posteriores a la finalización del tratamiento que nos permitan observar si los cambios se mantienen a largo plazo. Por otro lado, sería importante analizar el peso de los distintos componentes del programa para comprobar aquellos que son más eficaces o eficientes y, así, poder optimizar y economizar los recursos que se emplean en la intervención.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (APA) (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4ª edición (DSM-IV)*. Washington: APA.
- American Psychiatric Association (APA) (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4ª edición (DSM-IV-TR)*. Washington: APA.
- American Psychiatric Association (APA) (2013). *DSM-5 Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4ª edición (DSM-5)*. Washington: APA.
- Bandelow B., Brunner E., Broocks Al, Beinroth D., Hajak G., Pralle L., y cols (1998). The use of the Panic and Agoraphobia Scale in a clinical trial. *Psychiatry Research*, 77, 43-49.
- Barlow, D. H. y Cerny, J. A. (1988). *Psychological treatment of panic*. Nueva York: Guilford.
- Barlow, D. H. y Craske, M. G. (1989). *Mastery of your anxiety and panic*. Albany, NY: Graywind.
- Barlow, D. H., Craske, M. G., Cerny, J. A. y Klosko, J. S. (1989). Behavioral treatment of panic disorder. *Behavior Therapy*, 20, 261-282.
- Beck, A.T. (1988). Cognitive approaches to panic disorder: Theory and therapy. En S. Rachman y J.D. Maser (dirs.), *Panic: Psychological perspectives*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Belloch, A., Sandín, B.; Ramos, F. (1996). *Manual de psicopatología (Vol. 2)*. Madrid: McGraw-Hill.
- Beurs, E., Chambless D.I., Goldstein A.J. (1997). Measurement of panic disorder by a modified panic diary. *Depress Anxiety*, 6, 133-139.
- Bobes J., García, M. P., Bascarán, M. T., Sáiz, P. A., Bousoño, M. (2002). *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica*. Barcelona: Ars Medica.
- Botella, C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno de pánico. *Psicothema*, 13(3), pp. 465-478.
- Caballo, V., Mateos, P. M. (2000). El tratamiento de los trastornos de ansiedad a las puertas del Siglo XXI. *Psicología Conductual*, 8(2), 173-215.

- Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24(4), 377-496.
- Clark, D. M. (1989). Anxiety states: Panic and generalized anxiety. En K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk y D. M. Clark, *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide* (pp. 52-96). Oxford: Oxford University Press.
- Clark, D. C. y Salkovskis, P. M. (1987). *Cognitive treatment for panic attacks: Therapist's manual*. Oxford: Autor.
- Craske, M. G., Brown, T. A. y Barlow, D. H. (1991). Behavioral treatment of panic disorder: a two-year follow-up. *Behavior Therapy*, 22, 289-304.
- Craske, M. G., Lewin, M. R. (1998). Trastorno por pánico. En V. Caballo. *Manual para el tratamiento cognitivoconductual de los trastornos psicológicos (Vol. 1)*. Madrid: Siglo XXI.
- Díaz-Sibaja, M. A. y Comeche-Moreno, M. I. (2009). *Tratamiento psicológico en grupo de pánico. Controla el pánico antes que el pánico te controle a ti*. Madrid: Publicaciones www.psicologiadelasalud.es
- Díaz-Sibaja, M. A., Comeche-Moreno, M. I., Díaz, M. (2009) *Programa EDUCA. Escuela de Padres. Educación positiva para enseñar a tus hijos*. Madrid: Pirámide.
- Echeburúa, E. (1992). *Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad*. Madrid: Pirámide.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1998). Tratamiento psicológico de la agorafobia. En V. Caballo, *Manual para el tratamiento cognitivoconductual de los trastornos psicológicos (Vol. 1)*. Madrid: Siglo XXI.
- Goodwin, R. D., Faravelli, C., Rosi, S., Cosci, F., Truglia, E., de Graaf, R. y Wittchen, H.U. (2005). The epidemiology of panic disorder and agoraphobia in Europe. *European Neuropsychopharmacology*, 15, 435-443.
- Goldstein, A. J. y Chambless, D. L. (1978). A reanalysis of agoraphobia. *Behavior Therapy*, 9, 47-59.
- Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*; 32, 50-55.
- Kaplan, H. J. y Sadock, B. J. (2008). *Sinopsis de psiquiatría*. Buenos Aires: Panamericana.
- Klein, D. F. y Klein, H. M. (1989). The definition and psychopharmacology of spontaneous panic and phobia. En P. Tyrer, *Psychopharmacology of anxiety*. Oxford: Oxford University Press.
- Kraft, A. R., and Hoogduin, C. A. L. (1984). The hyperventilation síndrome. A pilot study of the effectiveness of treatment. *British Journal of Psychiatry*, 145, 534-542.
- Margraf, J., Gobel, M. y Schneider, S. (septiembre, 1989). Comparative efficacy of cognitive, exposure and combined treatment for panic disorder. Comunicación presentada en la reunión anual de la European Association for Behavior Therapy, Viena.
- Michelson, L. K. y Marchione, K., Geennwald, M., Glanz, L., Testa, S. y Marchione, N. (1990). Panic disorder: Cognitive-behavioral treatment. *Behavior Research and Therapy*, 28, 141-151.
- Mowrer, O. (1960). *Learning theory and behaviour*. Nueva York: Wiley.

- Norton, G. R., Dorward, J., y Cux, B. J. (1986). Factors associated with panic attack in non-clinical subjects. *Behavior Therapy*, 17, 239-252.
- Pérez, M; Fernández, J. R.; Fernández, C. y Amigo, I. (2005). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I*. Madrid: Pirámide.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1992). *Clasificación internacional de las enfermedades-Décima revisión (CIE-10)*. Madrid: OMS.
- Öst, L-G. (1988). Applied relaxation vs progressive relaxation in the treatment of panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 13-22.
- Rapee, R. (1986). Differential response to hyperventilation in panic disorder and generalized anxiety disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 24-28.
- Salkovskis, P., Clark, D. y Hackmann, A. (1991). Treatment of panic attacks using cognitive therapy without exposure or breathing retraining. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 91-94.
- Sandín, B (2005). Evitación interoceptiva: nuevo constructo en el campo de los trastornos de ansiedad. *Revista de Psicopatología y Psicología clínica*, 10(2), 103-114.
- Sartory, G. y Olajide, D. (1988). Vagal innervation techniques in the treatment of panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 431-434.
- Street, L. L., Craske, M. G. y Barlow, D. H. (1989). Sensations, cognitions and the perception of cues associated with expected and unexpected panic attacks. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 189-198.
- Telh, M. J., Lucas, J. A., Schmidt, N. B., Hanna, H. H., LaNae Jaimez, T. y Lucas, R (1993). Group cognitive-behavioral treatment of panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 279-288.
- Weissman, M. M., Bland, R. C., Canino, G. J., Faravelli, C., Greenwald, S., Hwu, H.G., Joyce, P. R., Karam, E. G., Lee C. K., Lellouch. J., Lepine, J. P., Newman, S. C., Oakley-Browne, M. A., Rubio-Stipec, M., Wells, J. E., Wickramartne. P. J., Wittchen, H. A., Yeh, E. K. (1997). The cross national epidemiology of panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 54, 305-309.