

Comorbilidad entre trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de pánico con agorafobia.

Caso clínico

Comorbidity between generalized anxiety disorder and agoraphobic panic disorder. Single-case

Mireia Ribas Canturri y Yolanda Martínez Ortega
Divisió de Salut Mental. Fundació Althaia, Xarxa Assistencial i
Universitària de Manresa.

Recibido: 03/12/2014

Aceptado: 26/03/2015

Resumen

En la práctica clínica es muy común la comorbilidad entre diversos trastornos, especialmente en los del grupo de ansiedad. El presente estudio de caso pretende estudiar las características psicopatológicas y clarificar el diagnóstico en una paciente de 31 años de edad con síntomas de pánico, agorafobia y ansiedad generalizada. Se realizó un análisis detallado de los síntomas, las conductas problema y el análisis funcional, concluyendo que presentaba un trastorno de pánico con agorafobia y un trastorno de ansiedad generalizada comórbido. El tratamiento consistió en 12 sesiones de terapia cognitivo-conductual y entrenamiento en mindfulness. La paciente alcanzó los objetivos que se habían establecido a corto plazo y refirió una disminución del malestar y de las conductas problema. Aun habiendo abandonado el tratamiento a la octava sesión, en el seguimiento a los 6 meses no cumplía criterios para ninguno de los trastornos. Los resultados hallados se limitan a un único caso, pero pueden ser de utilidad para valorar las dificultades diagnósticas que aparecen en la práctica clínica, así como para ejemplificar la utilidad del abordaje psicológico en los trastornos de ansiedad.

Palabras clave: Comorbilidad, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico y agorafobia.

Summary

Throughout clinical practice, comorbidity has proved to be very common among several disorders, especially in anxiety disorders. The present survey aims to study the psychopathologi-

Correspondencia: Dra. Mireia Ribas Canturri
C/ Doctor Llatjós s/n
08240 MANRESA (Barcelona). España.
Correo electrónico: mireiarib@gmail.com

cal characteristics and clarify a 31-year-old patient's diagnosis suffering from panic disorder, agoraphobia and generalized anxiety disorder. A detailed analysis of symptoms, problem behavior, functional behavior was carried out concluding that it was a case of comorbid panic disorder with agoraphobia and generalized anxiety disorder. The treatment consisted of a 12-session cognitive behavior therapy and mindfulness training. The patient reached the objectives set in a short term period and reported a decrease in discomfort and of problem behaviors. In spite of having stopped the treatment on the 8th session, six months later, she didn't fulfill standards of any of the previous disorders. The results simply state it to be a single-case study. However, they can be of great use to value the diagnosis difficulties that can appear throughout clinical practice as well as to illustrate the utility of psychological performance in anxiety disorders.

Key words: Comorbidity, generalized anxiety disorder, panic disorder and agoraphobia.

INTRODUCCIÓN

La comorbilidad entre trastornos mentales es un fenómeno muy común. Respecto al trastorno de pánico (TP) y el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) existe aún cierta controversia. Estudios epidemiológicos y de familia señalan que se trata de distintos trastornos, mientras que los expertos en la práctica clínica han confirmado mediante numerosos estudios que existe un grado elevado de coincidencias entre los dos trastornos en términos de fenomenología, características de personalidad y efectividad del tratamiento farmacológico (Mavissakalian y Zamar, 2000).

Epidemiología

Según la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 1994), la prevalencia anual y a lo largo de la vida del TAG se ubica alrededor del 3-5 % respectivamente. Otros estudios muestran prevalencias anuales de 3,1 % y a lo largo de la vida de 5,7 % (Kessler, Berglund, Demler, Jin, Merikangas y Walters, 2005; Kessler, Wai Tat Chiu; Demler y Walters, 2005). Estudios epidemiológicos recientes indican que cerca del 3 % de la población ha sufrido a lo largo de un año algún trastorno de ansiedad de elevada prevalencia como el TAG y el trastorno de estrés postraumático (TEPT), (Sandin, Rodero, Santed y García-Campayo, 2006). Se calcula que entre el 67 %-93 % de los pacientes con TAG, sea este o no el principal diagnóstico, presentarán al menos otro problema asociado (Bados, 2009). Se estima que el 37 % de las personas con TAG

presentó, a lo largo del mes anterior, algún otro trastorno de ansiedad; siendo el TP, con o sin agorafobia, el segundo más prevalente (14 %) por detrás de la fobia social (21 %), según hallazgos de Hunt, Issakidis y Andrews (2002), citado en Bados (2009).

Respecto a la prevalencia del TP, datos epidemiológicos obtenidos en distintos países encuentran una prevalencia anual entre el 1,5-3,5 % y, a lo largo de la vida de 1,6 %-2,2 % (Botella, 2001). Otros datos indican prevalencias anuales de 2,7 % y a lo largo de la vida de 4,7% para este trastorno (Kessler *et al.*, 2005; Kessler *et al.*, 2005). Se ha observado que del 65 % al 88 % de los pacientes con TP padecen también otros trastornos clasificados en el Eje I del DSM-IV (APA, 1994), siendo los más frecuentes otros trastornos de ansiedad seguidos de los trastornos del estado de ánimo. Estos últimos parecen aumentar a medida que la evitación agorafóbica es más grave.

En un estudio de Mavissakalian y Zamar (2000) en el que comparaban el comportamiento anterior, durante y después de la terapia de 71 pacientes con TP y 46 con TAG, encontraron que dos terceras partes de los pacientes del grupo de TP cumplía criterios de TAG. Sus resultados apuntaban a un mayor número de similitudes que de diferencias entre ambos grupos.

Tratamiento de elección para el TP

Desde la aparición del DSM-III (APA, 1980) se han producido cambios centrales en el modo de entender este trastorno, desarrollándose programas

específicos de tratamiento (Botella, 2001). Con el paso del tiempo se ha puesto de manifiesto que la terapia cognitivo-conductual (TCC) especialmente diseñada para el TP es el tratamiento más eficaz, y suele incluir los siguientes componentes: psicoeducación de la ansiedad y el pánico, reestructuración cognitiva, exposición, entrenamiento en respiración y/o entrenamiento en habilidades de afrontamiento. Los tratamientos bien establecidos que han mostrado mayor eficacia son: el programa de tratamiento del control del pánico (TCP) del grupo Barlow y la terapia cognitiva (TC) del grupo Clark (Botella, 2001; Caballo, 2007). En ambos casos se trata de tratamientos manualizados muy claros y estructurados en los que el clínico puede hacer pequeñas variaciones para adaptarlos a las necesidades del paciente (Botella, 2001).

Tratamiento de elección para el TAG

Dentro del grupo de terapias validadas empíricamente, la TCC ha sido la que mejor eficacia ha demostrado en los pacientes con TAG (Rodríguez, 2010). Ensayos clínicos han demostrado que la TCC es un tratamiento eficaz en comparación con placebo, el no tratamiento, lista de espera y con la terapia de apoyo no directiva (Behar, Dobrow, Hekler, Mohlman y Staples, 2011). Además, las mejoras se mantienen un año después de la terapia. Sin embargo, las tasas de respuesta son variables a lo largo de los estudios (Borkovec y Ruscio, 2001). La actual ampliación en la conceptualización del TAG y su tratamiento ha dado paso a modelos basados en las terapias de tercera generación, integrando enfoques basados en la atención/aceptación con los modelos cognitivo-conductuales existentes (Behar *et al.*, 2011).

Beneficios del *Mindfulness* en los trastornos de ansiedad

La atención plena o *mindfulness* (AP) ha sido incorporada durante las últimas décadas dentro de los tratamientos psicológicos, en especial de los trastornos de ansiedad y depresión. Se trata de entrenar la consciencia metacognitiva; atender a la calidad de la atención, con la finalidad de hacerse consciente de las reacciones automáticas y los procesos psicológicos reaprendidos que, con frecuencia, contribuyen al desequilibrio emocional y la conducta disfuncional (Miró *et al.*, 2011).

Aunque todavía hacen falta más estudios aleatorizados y con grupos de control adecuados para establecer la eficacia de la AP en este tipo de trastornos, Miró *et al.* (2011) en una revisión sistemática hallaron resultados prometedores.

Objetivos del estudio

La elevada comorbilidad entre los trastornos de ansiedad, así como las similitudes entre algunos de ellos, dificulta en el ámbito clínico el diagnóstico de estos pacientes y, en consecuencia, su tratamiento y pronóstico.

El presente trabajo pretende estudiar las características psicopatológicas y clarificar el diagnóstico en una paciente con síntomas de pánico, agorafobia y ansiedad generalizada, así como exponer el tratamiento que se planteó y los resultados obtenidos.

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Lucía era una mujer de 31 años que vivía con su pareja desde hacía 7 años. Finalizó la enseñanza secundaria obligatoria (ESO). Trabajaba como camarera en una cafetería desde hacía 1 año y medio, y sabía que en un mes no le iban a renovar el contrato. Empezó a buscar trabajo activamente mientras ayudaba en el negocio familiar (bar-restaurante). En cuanto a las relaciones familiares, explicó tener buena relación con la parte materna. Por el contrario, apenas mantenía contacto con la familia paterna debido a la ausencia del padre durante su niñez.

Datos evolutivos y psicobiografía

No presentó dificultades en el desarrollo evolutivo. Tuvo una crianza monoparental por parte de la madre, dado que el padre las abandonó antes de que ella naciera.

Terminada la enseñanza obligatoria decidió trabajar debido a dificultades económicas familiares. A lo largo de su historia laboral, Lucía trabajó como dependienta y como camarera. La paciente refirió haber tenido buena relación con los compañeros de trabajo y que en ningún caso le habían llamado la atención.

Antecedentes médicos personales

Tenía tendinitis en la musculatura adjunta al omóplato derecho desde los 29 años y presente to-

avía en el momento de la consulta, por lo que realizaba tratamiento fisioterapéutico y farmacológico.

Antecedentes psiquiátricos personales

Explicó que a los 15 años había realizado 4-5 sesiones con psicología por iniciativa de la madre. Al preguntarle por el motivo de consulta, dijo “estaba rebelde, lo normal en una adolescente” y dio algunos ejemplos como discusiones con la madre o absentismo escolar. No disponía de informes.

Consumo de cannabis en ámbitos lúdico-sociales de los 16 hasta los 22 años.

Antecedentes psiquiátricos familiares

La madre de Lucía recibió tratamiento antidepresivo durante 2 años a raíz de la separación de su segunda pareja. La paciente sospechaba que su padre tenía problemas de abuso de alcohol.

ANÁLISIS DEL MOTIVO DE LA CONSULTA

Acudió a urgencias a los 31 años tras presentar una crisis de ansiedad mientras conducía. Desde urgencias fue derivada al Centro de Salud Mental de Adultos (CSMA) de la misma localidad por presentar sintomatología ansiosa que le impedía “hacer vida normal”.

Concretamente, Lucía explicó que durante el último mes había padecido ataques de pánico con taquicardia, dificultades para respirar, sensación de mareo, presión en el pecho, parestesias y miedo a perder el control. Las crisis duraban entre 10 y 15 minutos y se asociaban a situaciones agorafóbicas, tales como hacer cola en el supermercado, quedarse sola en casa, viajar en coche, etc. Debido al temor a experimentar más crisis, Lucía explicaba que evitaba dichas situaciones o bien intentaba afrontarlas, pero se marchaba al experimentar malestar. Mencionó algunas conductas de seguridad que utilizaba al intentar afrontar las situaciones (e.g. tomar valerianas, tener el coche siempre disponible, etc.).

Además experimentaba preocupaciones en torno a distintos ámbitos de su vida cotidiana: rendimiento y futuro laboral, salud propia y de sus allegados, el estado de sus relaciones sociales. Dichas preocupaciones solían estar presentes a lo largo del día, generándole un estado de ansiedad cons-

tante por lo que decía sentirse desbordada, con tensión muscular y sensación de un nudo en el estómago. La paciente consideraba que no podía manejar su tendencia a preocuparse en exceso.

Respecto al estado de ánimo, mostraba cierta apatía, labilidad emocional e irritabilidad, así como presencia de pensamientos automáticos negativos (“no puedo más, nunca me sentiré bien, me voy a quedar sola”, dijo).

También presentaba dificultades en la conciliación y mantenimiento del sueño. La paciente explicaba que le resultaba difícil relajarse, y que algunas noches se despertaba nerviosa y no conseguía volver a dormirse.

HISTORIA DEL PROBLEMA

Se identificó el inicio del problema hacía 2 años. Inicialmente, la sintomatología se caracterizaba por la presencia de crisis de ansiedad inesperadas. Progresivamente aumentó la frecuencia de las crisis, y aparecieron conductas de evitación ante situaciones como quedarse sola en casa, viajar en coche, asistir a fiestas sin tener la posibilidad de marcharse, etc. Lucía evitaba dichas situaciones por temor a experimentar los síntomas físicos de ansiedad. Así mismo, presentaba preocupaciones acerca de la familia, la salud y el trabajo, que le generaban un estado de ansiedad prolongado a lo largo del día y una leve afectación del estado de ánimo que se caracterizaba por irritabilidad y apatía.

Transcurrido aproximadamente un año, Lucía empezó a presentar problemas de conciliación y mantenimiento del sueño.

Durante los 6 meses anteriores a la primera visita, las conductas evitativas habían disminuido, pero habían aumentado las conductas de huida y de seguridad. Seguía con el estado prolongado de ansiedad y preocupaciones desproporcionadas. También persistían los problemas de conciliación y mantenimiento del sueño, que consideraba afectaban a su rendimiento y estado de ánimo.

ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS PROBLEMA

Análisis topográfico

La paciente presentó 3 tipos de conductas problema que se manifestaron en distintos contextos:

evitación de situaciones agorafóbicas, el afrontamiento de las cuales le producía ataques de pánico o malestar intenso; hiperpreocupaciones y tendencia a la catastrofización; y perturbaciones del sueño. Las conductas problema se muestran en la Tabla 1.

Análisis funcional

Se identificaron, como antecedentes de las conductas problema, algunos rasgos de personalidad de la paciente (tendencia a preocuparse, sobreexigencia, elevado sentido de responsabilidad), así como variables contextuales que precipitaron el inicio del problema (encontrarse en situación de paro, elevado tiempo que pasaba sola, dificultades para encontrar empleo). Los síntomas de las conductas problema se muestran en la Tabla 2.

Las consecuencias de las conductas problema eran: sentimientos de indefensión, ansiedad anticipatoria, evitación de situaciones agorafóbicas, cierto grado de apatía, hipostenia, sentimientos de impotencia, labilidad emocional, disminución de las AVD, problemas de sueño, aislamiento social, preocupación por su estado de salud y cómo este afectaba a su rendimiento y sus relaciones.

Para ilustrar mejor el funcionamiento y mantenimiento del problema se expone un ejemplo que explicó la paciente:

“Siempre he sido una chica ansiosa, muy preocupada por los demás y responsable. Cuando me quedé sin trabajo pasaba la mayor parte del tiempo pensando en si encontraría otro, tenía miedo de que echaran a mi pareja, no pudiésemos pagar el alquiler y nos echasen fuera del piso. A mi madre no podía pedirle dinero. Pensaba que discutiríamos, dejaríamos la relación y me quedaría sola. Ya no veo a la mayoría de mis amigos porque tengo miedo de ponerme nerviosa, otros viven fuera del pueblo y me siento incapaz de conducir. Además, en el trabajo los clientes me preguntan cómo estoy, yo intento disimularlo, pero me hundo y siento que no puedo más”.

Diagnóstico diferencial y orientación diagnóstica (DSM-IV)

Para el diagnóstico diferencial se revisaron los principales trastornos de ansiedad y del estado de ánimo.

Tabla 1
Conductas problema

Ansiedad ante situaciones agorafóbicas			
Situación	Intensidad	Frecuencia	Duración
Hacer cola	6/10	> mitad de las ocasiones	10 min
Asistir a fiestas, reuniones sociales	8-9/10	Casi en todas las ocasiones	10 min
Viajar en coche	8-9/10	Casi en todas las ocasiones	15 min
Quedarse sola en casa	7/10	> mitad de las ocasiones	15 min
Esperar a una cita sola	6/10	Casi en todas las ocasiones	15 min
Preocupación exagerada y tendencia a la catastrofización			
Situación	Intensidad	Frecuencia	Duración
Familia	8/10	Cada día	Semanas
Amigos	9/19	Casi cada día	1 mes
Ámbito laboral	9/10	Casi cada día	> 1 mes
Salud propia y de los demás	8/10	Casi cada día	> 1 mes
Alteraciones del sueño			
Alteración	Intensidad	Frecuencia	Duración
Dificultad de conciliación	7/10	Mitad de los días	45-90 min
Dificultad de mantenimiento	8/10	< mitad de los días	30-60 min

Tabla 2
Síntomas asociados a las conductas problema

Fisiológicos	Cognitivos	Conductuales
Situaciones agorafóbicas		
Presión en el pecho Hiperventilación Taquicardia Parestesias Sensación de mareo Inquietud psicomotriz	Pensamientos relacionados con la aprensión a la ansiedad Pensamientos relacionados con la duración de la ansiedad Miedo a padecer un desmayo Miedo a la evaluación social Miedo a los ataques de pánico Atención a los síntomas Atención a las posibilidades de huir	Evitación Huida Conductas de seguridad Renunciar a actividades
Preocupaciones exageradas y catastrofización		
Presión en el pecho Irritabilidad Tensión muscular Labilidad emocional Dificultad para relajarse Indecisión	Rumiaciones Pensamientos catastróficos sobre situaciones presentes o futuras Anticipación de situaciones Valoraciones negativas de su estado relacionadas con preocupaciones	Llamar por teléfono Asegurarse de las necesidades o estado de otras personas Hablar siempre de los temas de preocupación
Alteraciones del sueño		
Tensión muscular Estado elevado de activación Irritabilidad Presión en el pecho Impaciencia	Rumiaciones sobre las preocupaciones Anticipación del estado al día siguiente	Tomarse valerianas Mirar la TV Consultar la hora que es

Fobia simple: las conductas evitativas y de ansiedad se relacionaban con más de una situación fóbica.

Trastorno de hipocondría: Las preocupaciones no solo se limitaban a la salud y no hacía comprobaciones relativas a la salud/enfermedad.

Trastorno obsesivo-compulsivo: Las preocupaciones no eran obsesivas y no realizaba ni compulsiones ni rituales.

Fobia social: Los miedos no estaban relacionados con las relaciones sociales, sino con la posibilidad de tener una crisis o de que pasase algo catastrófico.

Trastorno depresivo mayor: No permanecía triste la mayor parte del tiempo, sino ansiosa. La sintomatología anímica estaba presente, pero era leve y no cumplía criterios para un diagnóstico de ese grupo.

La paciente presentaba sintomatología compatible con dos trastornos, TP y TAG. Se descartó que los ataques de ansiedad fuesen resultado de una exacerbación de los síntomas del TAG, y que las preocupaciones solo se asociasen a las situaciones agorafóbicas. El diagnóstico multiaxial se presenta en la Tabla 3.

ESTABLECIMIENTO DE LAS METAS DEL TRATAMIENTO

Las expectativas hacia el tratamiento por parte de Lucía consistían en reducir su estado de constante ansiedad y recuperar sus ocupaciones habituales (relaciones sociales, actividades de la vida diaria). Se consideraron también las variables identificadas mediante el análisis funcional, y se estableció

Tabla 3
Diagnóstico multiaxial DSM-IV

Eje I	Trastorno de pánico con agorafobia (300.21). Trastorno de ansiedad generalizada (300.02).
Eje II	No existe afectación en este eje.
Eje III	Tendinitis en el omóplato derecho.
Eje IV	Problemas relativos al grupo primario de soporte.
Eje V	GAF: 65.

como meta general del tratamiento que la paciente lograra llevar una vida activa con actividades variadas.

ESTUDIO DE LOS OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

A corto plazo los objetivos planteados fueron los siguientes:

1. Reducir el tiempo de conciliación a un máximo de 30 minutos y el número de despertares nocturnos a la mitad.
2. Ampliar la diversidad y el número de actividades incorporando 1 de cada área: social, física, lúdica, de exterior y de aprendizaje.
3. Disminuir el estado de ansiedad a un malestar subjetivo máximo de 5/10.
4. Entender la preocupación como algo no necesariamente positivo.
5. Aprender a detectar los pensamientos automáticos y a distanciarse de ellos.
6. Eliminar las conductas de evitación, de huida y las de seguridad en las situaciones agorafóbicas.

A largo plazo se planteó:

1. Normalizar el patrón de sueño tardando un máximo de 20 minutos en conciliarlo y con despertares solo ocasionales.
2. Mantener la rutina de actividades variadas.
3. Reducir la ansiedad mantenida a lo largo del día a un malestar subjetivo máximo de 3/10.
4. Entender los pensamientos automáticos negativos como actividad mental.
5. Focalizar la atención hacia el presente ante preocupaciones anticipatorias.
6. Realizar las conductas agorafóbicas con un

malestar subjetivo máximo de 3/10 y sin conductas de seguridad.

7. Exponerse a posibles situaciones agorafóbicas futuras si sucediesen.

SELECCIÓN DEL TRATAMIENTO MÁS ADECUADO

Se partió de la TCC, modelo que ha demostrado su eficacia en ambos trastornos (TP y TAG). Se incluyeron los siguientes componentes de tratamiento: psicoeducación, activación conductual, reestructuración cognitiva, autoinstrucciones, relajación (respiración y relajación progresiva) y exposición gradual en vivo (Bados, 2009). Además, se incorporaron elementos de entrenamiento en *mindfulness*.

El plan terapéutico consistió en 12 sesiones de 45 minutos. El tratamiento se dividió en 2 fases. Una primera fase intensiva de 8 sesiones semanales con el objetivo de enseñar las técnicas a la paciente y entrenarla en su aplicación. Una segunda fase de seguimiento, con 4 sesiones cada 2 meses, en la que se pretendía abordar los componentes entrenados en la primera fase e incidir en ellos según sus necesidades y dificultades, con el fin de generalizar las habilidades aprendidas. Los componentes de cada sesión aparecen en la Tabla 4.

Se ofreció a la paciente la posibilidad de realizar una visita con psiquiatra para valorar la necesidad de tratamiento farmacológico.

SELECCIÓN Y APLICACIÓN DE LAS TÉCNICAS DE EVALUACIÓN Y RESULTADOS OBTENIDOS EN ESTA FASE

Para la evaluación del caso se seleccionaron los siguientes instrumentos:

Exploración psicopatológica

Durante la primera visita se procedió a realizar la exploración psicopatológica que hizo posible determinar la sintomatología y contexto que caracterizaba el cuadro clínico. Dicha sintomatología se ha especificado anteriormente en el apartado "Análisis del motivo de consulta".

Se identificó la presencia de crisis de ansiedad, estado ansioso prolongado a lo largo del día, preo-

Tabla 4
Sesiones del tratamiento

Sesión	Contenido	Tareas entre sesiones
Fase intensiva		
1	Primera entrevista. Psicoeducación en TCC. Pautas de higiene del sueño.	Autorregistro del sueño.
2	Evaluación psicométrica. Psicoeducación en el funcionamiento de la ansiedad para ambos trastornos.	Autorregistro de los ataques de pánico. Autorregistro de las preocupaciones.
3	Activación conductual. Relajación muscular progresiva. Respiración diafragmática.	Relajación muscular progresiva 15 minutos/día. Respiración diafragmática 5 minutos/día. Incorporar una nueva actividad durante la semana.
4	Reestructuración cognitiva del valor de las preocupaciones. Reestructuración cognitivas de las consecuencias catastróficas.	Experimentos conductuales.
5	Jerarquía de las situaciones agorafóbicas. Autoinstrucciones. Exposición interoceptiva. Explicación de la exposición en vivo.	Exposición en vivo cada día.
6	Resolución de dificultades y motivación para continuar la exposición en vivo.	Exposición en vivo cada día.
7	Introducción al <i>Mindfulness</i> . Detección y observación de los pensamientos automáticos.	Detección de los pensamientos automáticos mediante <i>Mindfulness</i> en respiración 15 minutos/día.
8	<i>Mindfulness</i> , escaneo corporal.	Escaneo corporal 20 minutos/día.
Fase de seguimiento		
9	Exploración psicopatológica del estado actual. Evaluación psicométrica.	Según la principal dificultad u interferencia en las AVD.
10	Agregar las nuevas actividades como rutinas. Plantear la exposición a los ítems más difíciles de la jerarquía.	Exposición en vivo.
11	Valoración del progreso a lo largo de la terapia y validación del esfuerzo. Planteamiento de los objetivos después de la terapia.	Concretar objetivos para el estilo de vida y metas después de la terapia.
12	Prevención de recaídas. Evaluación psicométrica retest.	Seguir practicando las técnicas aprendidas durante la terapia.

cupaciones exageradas asociadas a la familia, situación laboral, amigos y salud, cierto grado de irritabilidad y apatía, y dificultades en la conciliación y mantenimiento del sueño. Además se descartaron alteraciones en la orientación, nivel de conciencia, sensorpercepción, lenguaje y alimentación.

Autoinformes

Beck Depression Inventory-II, BDI-II (Beck, Steer y Brown, 2011). Consta de 21 ítems con escala tipo Likert de 4 opciones de respuesta. La adaptación española ha mostrado buenas propiedades psicométricas, buena consistencia interna, siendo similar los estudios realizados con la versión original (Sanz, García-Vera, Espinosa, Fortún y Vázquez, 2005). Mayores puntuaciones indican mayor gravedad del cuadro.

State-Trait Anxiety Inventory, STAI (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970). Evalúa ansiedad estado y ansiedad rasgo, consta de 40 ítems en formato de respuesta tipo Likert de 4 puntos. Proporciona puntuaciones percentiles.

Panic and Agoraphobia Scale, PAS (Bandelow, 1995). Evalúa la gravedad del trastorno de pánico. Consta de 13 ítems, en formato de respuesta tipo Likert de 5 puntos, agrupados en 5 escalas: ataques de pánico, agorafobia, ansiedad anticipatoria, discapacidad y preocupación por la salud. A mayor puntuación en cada una, se considera mayor gravedad.

Generalized Anxiety Disorder Inventory, GADI (Argyropoulos *et al.*, 2007). Evalúa criterios DSM-IV del TAG. Se utilizó la versión de 22 ítems, de respuesta tipo Likert de 5 puntos. Se considera que a mayor puntuación mayor gravedad de los síntomas.

Inventario Clínico Multiaxial de Millon – III, MCMI-III (Millon, Davis y Millon, 1999). Consta de 175 ítems que evalúan 11 patrones clínicos de personalidad y 3 de la patología grave de la personalidad, además de diversos síndromes clínicos.

En todas la pruebas se obtuvieron puntuaciones elevadas, que indicaban la presencia de síntomas depresivos, ataques de pánico, ansiedad anticipatoria, agorafobia y ansiedad asociada a las preocupaciones. En el MCMI-III, las puntuaciones más elevadas en las escalas de personalidad fueron en la “Esquizotípica” y la “Paranoide”. Respecto a las escalas clínicas, obtuvo puntuaciones elevadas

en las escalas “Trastornos de ansiedad” y “Trastorno distímico”. Sin embargo, los resultados de las escalas de validez, con puntuaciones elevadas en las escalas de “Sinceridad” y “Devaluación” así como puntuaciones bajas en “Deseabilidad”, sugerían prudencia en la interpretación de los resultados. En la Tabla 5 figuran las puntuaciones obtenidas en los autoinformes.

Tabla 5
Resultados de la evaluación

Pruebas	Puntuaciones
BDI-II (PD)	46
STAI (PC)	
Estado	70
Rasgo	99
PASS (PD)	23
GADI (PD)	72
MCMI-III (PREV)	
1. Esquizoide	61
2A. Fóbica (evitativa)	65
2B. Depresivo	57
3. Dependiente (sumisa)	53
4. Histriónica	19
5. Narcisista	50
6A. Antisocial	52
6B. Agresivo-Sádica	59
7. Compulsiva (rígida)	47
8A. Pasivo-Agresiva (negativista)	62
8B. Autodestructiva (masoquista)	48
S. Esquizotípica	86
C. Límite (<i>borderline</i>)	60
P. Paranoide	76
A. Trastorno de ansiedad	105
H. Trastorno somatoformo	88
N. Trastorno bipolar	71
D. Trastorno distímico	101
B. Dependencia del alcohol	59
T. Dependencia de sustancias	59
R. Trastorno de estrés postraumático	61
SS. Pensamiento psicótico	68
CC. Depresión mayor	88
PP. Trastorno delirante	93
X. Sinceridad	87
Y. Deseabilidad social	40
Z. Devaluación	96
V. Validez	–

PD Puntuación directa; PC Puntuación centil; PREV Prevalencia.

Autorregistros

Se utilizaron autorregistros sobre la frecuencia, duración e intensidad de las conductas problema, así como el contexto en que sucedían. En total se utilizaron 4 autorregistros distintos: ataques de pánico, preocupaciones exageradas, problemas de sueño y AVD. Los autorregistros se implementaron para establecer la línea base y obtener información acerca de la evolución a lo largo del tratamiento.

Observaciones durante las visitas

Durante las sesiones, se observaba la posible presencia de sintomatología ansiosa y/o depresiva, el cumplimiento y dificultades en realizar las tareas entre sesiones, y la percepción subjetiva de bienestar/malestar de la paciente.

APLICACIÓN DEL TRATAMIENTO

Se mantuvo el diseño del tratamiento de una primera fase intensiva de 8 sesiones, a razón de una sesión por semana. Se considera que hubo una buena adherencia al tratamiento, la paciente realizaba los registros y decía seguir las indicaciones que se le sugerían. A lo largo de las sesiones se mostró colaboradora y comprometida. Sin embargo, después de la 8ª sesión, Lucía abandonó el tratamiento, sin llegar a realizar la fase de seguimiento.

EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO

Los resultados que se comentan en este apartado corresponden a la finalización de la fase intensiva del tratamiento. Se obtuvieron a partir de autorregistros, verbalizaciones de la paciente en consulta y observaciones de la terapeuta. No se dispone de datos cuantitativos de la evolución (medidas retest) debido al abandono del tratamiento.

Los autorregistros realizados mostraron una disminución de las conductas de evitación (e.g. conducir, ir a fiestas, estar sola en casa y hacer cola).

Respecto a las situaciones agorafóbicas, para reducir la ansiedad anticipatoria la paciente hacía uso de la respiración diafragmática. Durante las exposiciones, Lucía experimentaba un malestar subjetivo variable de entre 5-7 sobre 10, pero no ha-

cía uso de conductas de seguridad. En las ocasiones en que había realizado conductas de huida, regresaba rápidamente hasta que disminuía la ansiedad. A lo largo de la exposición y al finalizarla, se reforzaba ella misma con autoinstrucciones positivas (“yo puedo hacerlo, lo he conseguido”, decía).

En cuanto a las preocupaciones, fue capaz de entenderlas como actividad mental y centrarse en la tarea que estuviera realizando, reduciendo así el tiempo que pasaba preocupada casi a la mitad. Ello se vio favorecido también por el aumento del número de AVD instrumentales (e.g. ir a la piscina 3 veces por semana, ir a tomar café acompañada 2 veces a la semana, dedicar 1 hora al día a actividades de bisutería, realizar una actividad lúdica con su pareja o una amiga 1 vez a la semana). Lucía hacía uso de la práctica informal del *mindfulness* ante preocupaciones. También utilizaba la relajación muscular progresiva los días que se sentía más tensa.

El tiempo de conciliación del sueño se redujo a 30 minutos. Los despertares nocturnos se afrontaban con una actitud de aceptación que facilitaba la reconciliación.

A lo largo de las sesiones, Lucía verbalizó sentirse más motivada y vital, planteándose emprendiendo proyectos laborales a corto y medio plazo.

La impresión clínica fue que Lucía aprendió y practicó las estrategias entrenadas durante las sesiones. Su actitud durante la terapia siempre fue colaboradora y proactiva. La paciente alcanzó en su mayor parte los objetivos planteados a corto plazo, e incorporó nuevas actividades logrando un estilo de vida más activo.

SEGUIMIENTO

Después de seis meses de finalizar la fase intensiva del tratamiento, se contactó telefónicamente con Lucía. Esta comentó que las mejorías clínicas se mantenían, de modo que no presentaba los síntomas que motivaron la consulta o bien estos no interferían en sus ocupaciones. Explicó que cuando experimentaba algún síntoma de ansiedad o alguna preocupación desproporcionada, seguía aplicando las estrategias entrenadas durante el tratamiento. Comentó que reinició sus estudios y se sentía capaz de afrontar nuevos estresores con

mayor sensación de autoeficacia. Lucía ya no cumplía criterios diagnósticos de TAG ni TP con agorafobia, así que se acordó realizar una última sesión para formalizar el alta de la institución y pedir su consentimiento informado para la realización de este trabajo retrospectivo.

OBSERVACIONES

Para establecer el diagnóstico diferencial se tuvo en cuenta el análisis de la sintomatología ansiosa y de los dominios cognitivo-conductuales relacionados con los síntomas. Buscar los mecanismos subyacentes a los trastornos en cada caso puede ayudar a esclarecer el diagnóstico, cobrando más importancia en los casos de comorbilidad donde la sintomatología se superpone. También consideraron las variables de vulnerabilidad y las precipitantes (e.g. las características de personalidad y la situación de desempleo, etc.). Este planteamiento se ajusta a modelos teóricos transdiagnósticos, que a partir del reconocimiento de los factores de vulnerabilidad compartidos por los diferentes trastornos de ansiedad, tratan de dar cuenta de las comunalidades observadas entre estos trastornos (Tortella-Feliu, 2014). Todo ello nos llevó a concluir que la sintomatología, a pesar de sus comunalidades, tenía entidad suficiente como para constituir dos trastornos en sí mismos.

Aunque no se dispuso de medidas cuantitativas retest que permitieran establecer de manera objetiva la magnitud del cambio respecto a su estado inicial, los autorregistros que aportaba durante las visitas, así como la información que aportó tras 6 meses de haber abandonado el tratamiento, permitió conocer la estabilidad psicopatológica y el mantenimiento de los beneficios del tratamiento. Estudios de abandono en la práctica clínica revelan porcentajes que oscilan entre el 30 y 35 % de los casos con trastornos de ansiedad (Bados, 2009). Sería bueno disponer de más estudios que analicen los motivos de abandono del tratamiento y cómo se podría mejorar la adherencia en estos casos.

Trabajos sobre las variables predictoras de mejores resultados de tratamiento en pacientes con diagnóstico de TAG destacaron la ausencia de trastornos comórbidos del Eje I, estar casado o vivir en pareja, una relación marital no conflictiva y no encontrarse con un nivel socioeconómico bajo.

También se halló que la presencia de TP y un mayor número de diagnósticos comórbidos se asociaban a peores resultados en los siguientes 6 meses (Bados, 2009). En un estudio se comprobó que 5 sesiones de TCC pueden ser suficientes para aquellos pacientes con buen pronóstico, mientras que entre aquellos con mal pronóstico no hubo diferencias entre 9 y 15 sesiones de media; concluyendo que las características de los pacientes pueden tener una influencia más grande que la duración de la terapia en cuanto a recuperación se refiere (Durham *et al.*, 2004). En el caso que aportamos, aun habiendo realizado la paciente únicamente 8 sesiones y presentando factores de mal pronóstico (e.g. abandono terapéutico) esta logró mantener los beneficios y que las conductas problema no interfiriesen en su vida diaria.

En cuanto al *mindfulness*, como componente terapéutico en trastornos de ansiedad, algunos estudios mostraron que después de tres años de seguimiento, las personas mantenían la reducción de los niveles de ansiedad alcanzados tras el entrenamiento en Reducción del estrés basado en la atención plena (Miró *et al.*, 2011). Sin embargo, para dilucidar esta cuestión todavía harían falta más estudios que confirmen estos resultados a largo plazo.

Las limitaciones del presente trabajo incluyen el no disponer de datos cuantitativos longitudinales (retest), el hecho de haber realizado un tratamiento personalizado y no manualizado que dificulta la comparación con otros casos. Sin embargo, permite aportar una descripción detallada de la fenomenología del caso, así como la contextualización de sus características particulares y el planteamiento de un tratamiento ajustado a las necesidades e idiosincrasia de la paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. **American Psychiatric Association** (1980). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3^a ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association. (Barcelona Masson, 1984).
2. **American Psychiatric Association** (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4^a ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association. (Barcelona Masson, 1994).
3. **Argyropoulos, S.V., Ploubidis, G.B., Wright, T.S., Palm, M.E., Hood, S.D., Nash, J.R.,**

- Taylor, A.C., Forshall, S.E., Anderson, I. M., Nutt, D. J. y Potokar, J.P.** (2007). Development and validation of the generalized anxiety disorder inventory (GADI). *Journal of Psychopharmacology*, 21(2): 145-152.
4. **Bados, A.** (2009). Trastorno de Ansiedad Generalizada. Facultat de Psicologia: Departament de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològics. Universitat de Barcelona, UB.
 5. **Bandelow, B.** (1995). Assessing the efficacy of treatments for panic disorder and agoraphobia, II: The panic and agoraphobia scale. *International Clinical Psychopharmacology*, 10(2): 73-81.
 6. **Beck, A.T, Steer, R.A. y Brown, G.K.** (2011). BDI-II. Inventario de Depresión de Beck –II. Madrid: Pearson Educación, S.A.
 7. Behar, E., Dobrow, I., Hekler, E., Mohlman, J. y Staples, M. (2011). Modelos teóricos implicaciones en el tratamiento. *RET, Revista de Toxicomanías*, 63: 15-36.
 8. **Borkovec, T.D. y Ruscio, A.M.** (2001). Psychotherapy for generalized anxiety disorder. *The Journal of clinical psychiatry*, 62(11):37-42.
 9. **Botella, C.** (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno de pánico. *Psicothema*, 13(3): 465-478.
 10. **Caballo, V.** (2007). Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos. (Vol.1). Madrid: Siglo XXI.
 11. **Durham, R.C., Fisher, P.L., Dow, M.G., Sharp, D., Power, K.G., Swan, J.S. y Morton, R.V.** (2004). Cognitive behaviour therapy for good and poor prognosis generalized anxiety disorder. A clinical effectiveness study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11: 145-157.
 12. **Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K.R. y Walters, E.E.** (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62: 593-602.
 13. **Kessler, R.C., Wai Tat Chiu, Demler, O. y Walters, E.E.** (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62: 617-627.
 14. **Mavissakalian, M.R. y Zamar, N.** (2000). Generalized Anxiety Disorder: Participation in Controlled Efficacy Trails. *Comprehensive Psychiatry*, 41(4): 253-258.
 15. **Millon, T., Davis, R. y Millon, C.** (1999). MCMI-III. Inventario Clínico Multiaxial de Millon – III. Madrid: TEA Ediciones, S. A.
 16. **Miró, M.T., Perestelo-Pérez, L., Pérez, J., Rivero, A., González, M., De la Fuente, J. y Serrano, P.** (2011). Eficacia de los tratamientos basados en mindfulness para los trastornos de ansiedad y depresión: una revisión sistemática. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16(1): 1-14.
 17. **Rodríguez, R.** (2010). Ansiedad rasgo y creencias relacionadas con trastornos de ansiedad: Una comparación entre el trastorno de ansiedad generalizada y otros cuadros de ansiedad. *Perspectivas en psicología*, (7): 8-15.
 18. **Sandín, B., Rodero, B., Santed, A., y García-Campayo, J.** (2006). Sucesos Vitales Estresantes y Trastorno de Pánico: Relación con el inicio del trastorno, la gravedad clínica y la agorafobia. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11(3): 179-190.
 19. **Sanz, J., García-Vera, M.P., Espinosa, R., Fortún, M. y Vázquez, C.** (2005). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y salud* 16(2): 121-142.
 20. **Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E.** (1970). STAI. Manual for the State-Trait Inventory. Palo Alto: Consulting Psychological Press.
 21. **Tortella-Feliu, M.** (2014). Los trastornos de ansiedad en el DSM-5. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de enlace*, 110: 62-69.