



**PERSPECTIVA COGNITIVA Y METACOGNITIVA EN EL TRATAMIENTO DEL  
TRASTORNO DE PÁNICO: ESTUDIO DE UN CASO CLÍNICO**

Rubén Sanz Blasco y Dr. Juan José Miguel Tobal

Universidad Complutense de Madrid

**TREATMENT OF PANIC DISORDER FROM A COGNITIVE AND  
METACOGNITIVE PERSPECTIVE: A CLINICAL CASE STUDY**

Rubén Sanz Blasco y Dr. Juan José Miguel Tobal

Complutense University of Madrid

Dirección de contacto y envío de correspondencia:

Dr. Juan José Miguel Tobal  
Rubén Sanz Blasco  
Facultad de Psicología  
Campus de Somosaguas, s/n.  
28223. Pozuelo de Alarcón.  
Madrid, España.  
rubensanz@cop.es

## **Perspectiva cognitiva y metacognitiva en el tratamiento del trastorno de pánico: estudio de un caso clínico.**

El trastorno de pánico (TP), con y sin agorafobia, es consecuencia de atender selectivamente e interpretar de un modo distorsionado sensaciones fisiológicas benignas. En el presente artículo presentamos el estudio de un caso clínico de un varón de 32 años con diagnóstico de TP partiendo de una aproximación cognitivo-conductual, basándonos en el *Tratamiento del Control del Pánico* de Barlow (2002) y la *Terapia Cognitiva para el TP* (Clark et al., 1999). Los resultados pre y posttratamiento así como la generalización de los objetivos terapéuticos planteados muestran la eficiencia y eficacia del mismo.

**Palabras clave:** Trastorno de pánico, tratamiento cognitivo conductual, perspectiva cognitiva, caso clínico.

## **Treatment of panic disorder from a cognitive and metacognitive perspective: A clinical case study.**

Panic disorder, with and without agoraphobia, is consequence of paying attention to and interpreting physiological sensations in an erroneous manner. In the present article, we present a clinical case of a 32 year old man undergoing a cognitive-behavioural intervention, based on Barlow's Panic Control Treatment (2002) and Cognitive Therapy for panic Disorder (Clark et al., 1999). The pre and post-treatment results, as well as the generalization of the suggested therapeutic objectives, show the efficacy and efficiency of this treatment.

**Keywords:** Panic disorder, Cognitive Behavioural Therapy, Cognitive perspective, clinical case.



## **Perspectiva cognitiva y metacognitiva en el tratamiento del trastorno de pánico: estudio de un caso clínico.**

Desde una perspectiva cognitivo-conductual, se considera que el trastorno de pánico (TP), con y sin agorafobia, es la consecuencia de reaccionar con miedo ante sensaciones físicas benignas, como puede ser una elevación de la frecuencia cardiaca, la falta de aliento o la sensación de mareo (Barlow, 2002). Numerosos estudios han confirmado que las personas con TP desarrollan una hipervigilancia hacia su propia activación fisiológica e interpretan sus síntomas físicos de activación como peligrosos o amenazantes (Clark et al., 1997).

Una de las teorías cognitivas de mayor impacto en el estudio de los factores de instauración y mantenimiento del TP es la Teoría de los Cuatro Factores de Eysenck (1997). Ésta propone que el nivel de ansiedad experimentado por una persona proviene de cuatro fuentes de información diferentes: la valoración cognitiva que realiza de la estimulación ambiental, su activación fisiológica, su conducta y/o sus cogniciones. En los trastornos de ansiedad existen 2 sesgos cognitivos especialmente relevantes a la hora de procesar la información: los sesgos atencionales (la tendencia a atender selectivamente a la estimulación de tipo amenazante más que a la estimulación de tipo neutra) y los sesgos interpretativos (la tendencia a interpretar situaciones ambiguas como amenazantes).

El modelo de Eysenck asume la idea de que determinados trastornos de ansiedad están asociados a sesgos cognitivos sobre cada una de las fuentes de información, siendo los sesgos atencionales e interpretativos sobre la propia activación fisiológica los sesgos en los que se apoya el TP. Es por ello que se propugna la utilización del tratamiento cognitivo-conductual (especialmente la reestructuración cognitiva) con el objetivo de redirigir la atención hacia otros tipos de estimulación (entrenamiento atencional), interpretar las sensaciones corporales de forma menos amenazante (descatastrofización) y dotar al paciente de una mayor sensación de control al desconfirmar por sí mismo las creencias irracionales durante la exposición a las situaciones temidas sin hacer uso de conductas de seguridad (Salkovskis, Hackmann, Wells, Gelder, & Clark, 2007).

De acuerdo con el *Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures* (1993), los únicos 2 programas que cuentan con suficiente apoyo empírico como para ser considerados tratamientos bien establecidos para el TP son: el *Tratamiento del Control del Pánico* (Barlow, Craske, Cerny, & Klosko, 1989) y la *Terapia Cognitiva para el TP* (Clark et al., 1999). Los 2 programas son de características similares; recomendando una media de 12 sesiones (una por semana) de una hora de duración.

Presentamos el proceso de evaluación e intervención terapéutica de un paciente con diagnóstico de TP con agorafobia, siguiendo las directrices de estos protocolos adaptadas a las características idiosincrásicas del caso clínico.

## Método



### *Identificación del paciente*

Analizaremos el caso de P., varón de 32 años de edad en el momento que acude a consulta, soltero, sin hijos, de nivel sociocultural medio y fontanero de profesión. En la actualidad vive con su novia, con la que mantiene una relación desde hace 7 años. Refiere presentar una familia bastante “preocupadiza” por muchos aspectos de la vida cotidiana, describiendo a sus padres como obsesivos y siempre preocupados por algo.

### *Historia del problema*

El paciente acude a consulta aquejado de crisis de ansiedad intensas y repetidas en diferentes lugares públicos. El problema se inicia a mediados del año 2010 en un restaurante mientras celebraba una comida de empresa con sus compañeros. En ese momento sintió mareo, sudoración fría y visión borrosa que él atribuye a que la comida no le sentó bien. El paciente refiere que siempre ha sido una persona ansiosa y preocupada en exceso por las enfermedades pero que nunca ha estado en una situación como la que presenta actualmente. A partir de ese momento, la sintomatología se agravó progresivamente, generalizándose a situaciones parecidas a la primigenia (2-3 ataques de pánico por semana), evitando situaciones en las cuales temía sentirse indispuerto (butacas centrales del cine, lugares con presencia elevada de personas, restaurantes, etc). Se produjo un empeoramiento del cuadro clínico en los 7 meses previos a la fecha de la primera exploración (febrero 2011).

### *Evaluación*

La evaluación se dirigió fundamentalmente a aquellas conductas problema que el paciente presentaba en la actualidad de cara a la elaboración de un modelo explicativo y un plan de intervención con objetivos terapéuticos concretos, planteando el abordaje de los mismos con aquellas técnicas que se muestran más eficaces desde un punto de vista científico. La principal técnica empleada en el proceso de evaluación fue la entrevista individual semiestructurada, la cual apuntó desde los primeros momentos a un posible diagnóstico de TP con agorafobia. Para tener una medida pre y postratamiento se administraron los siguientes instrumentos de evaluación:

1.- Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA; Miguel Tobal y Cano Vindel, 2002). Evalúa la frecuencia de respuestas de ansiedad en el triple sistema de respuestas (cognitivas, fisiológicas y motoras) y en diferentes áreas situacionales (Ansiedad de evaluación, interpersonal, fóbica y ante situaciones de la vida cotidiana). Está basado en el modelo interactivo multidimensional de la ansiedad de Endler y en el modelo tridimensional de Lang. Presenta un formato “situación-respuesta” y está formado por 224 ítems, resultado de la interacción de 22 situaciones y 24 respuestas acordes con los sistemas cognitivo, fisiológico y motor. Además, incluye una situación abierta para que pueda ser descrita por la persona evaluada.

Las puntuaciones obtenidas por el paciente muestran un nivel en el rasgo de ansiedad correspondiente a un centil 90. A nivel cognitivo presenta un nivel de ansiedad severo (centil 95), destacando reiteradas anticipaciones, pensamientos distorsionados así como dificultad en la toma de decisiones cotidianas. A nivel fisiológico presenta un centil 85,



descendiendo sus puntuaciones en el componente motor de la ansiedad con un centil 75. En cuanto a las áreas situacionales o rasgos específicos que evalúa este instrumento se presentan las siguientes puntuaciones: en F-I, (ansiedad de evaluación) el paciente presenta un nivel de ansiedad severa (centil 90); en F-II (ansiedad interpersonal) se obtiene un centil 7, lo que corresponde a unos niveles bajos de ansiedad; en F-III o ansiedad fóbica se obtiene un nivel de ansiedad medio (centil 66); y por último, en el factor F-IV correspondiente a la ansiedad experimentada por una persona ante situaciones de la vida cotidiana se obtiene un centil de 94, lo que equivale a la presencia de un nivel de ansiedad severo.

2.-Inventario de Depresión de Beck (BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961; adaptado por Vázquez y Sanz, 1999). Cuestionario autoaplicado de 21 ítems que evalúan un amplio espectro de síntomas depresivos y se compone cada uno de cuatro afirmaciones acerca de la intensidad del síntoma, desde 0 (ausente o leve) hasta 3 (muy intenso). Presenta unas buenas propiedades psicométricas, siendo sensible al cambio terapéutico. La puntuación directa obtenida es de 16, correspondiente a un centil de 60 atendiendo a los baremos españoles de Vázquez y Sanz (1999), lo que indica unos niveles medios o moderados de síntomas depresivos. Dado que el paciente comienza a evitar gran parte de sus actividades reforzantes y de ocio y producirse una alteración importante de su vida cotidiana, los síntomas depresivos pueden considerarse secundarios al cuadro ansioso o, lo que es lo mismo, consecuencia del trastorno de pánico con agorafobia.

#### *Diagnóstico diferencial*

Atendiendo a la información recogida, tanto en las entrevistas clínicas como en los cuestionarios administrados, se puede determinar la presencia de un diagnóstico, según criterios DSM-IV TR (APA, 2000), de F40.01 trastorno de angustia con agorafobia [300.21]. Aunque el paciente se define como una persona intranquila en general a lo largo de su vida, sus niveles de adaptación actuales, así como el óptimo desarrollo en las diferentes áreas de su vida (laboral, familiar, de pareja, social), hace que no se pueda determinar la presencia de ningún otro trastorno mental en el eje I ni en el resto de los ejes de la evaluación multiaxial.

#### *Objetivos del tratamiento*

Como objetivo general se propuso disminuir los niveles de ansiedad, así como las crisis de pánico asociadas a la misma, alcanzando con ello unos niveles de funcionamiento integral óptimos. Para alcanzar dicho objetivo general se propusieron los siguientes objetivos específicos:

1.-Reducción de la actividad periférica simpática, dotando a la persona de estrategias fisiológicas de control de la ansiedad.

2.- Disminuir el sesgo atencional e interpretativo sobre los síntomas o sensaciones corporales, tratando de desarrollar una interpretación ajustada y realista de los mismos.

3.- Identificación y cambio de aquellos pensamientos que resultan distorsionados.

4.- Identificación y cambio de las creencias metacognitivas presentes en los trastornos de ansiedad (p.e., “No controlo mis emociones”, “Preocuparme hace que me proteja de ciertos peligros como marearme”, “Me estoy volviendo loco”, etc).

5.- Eliminar las conductas de evitación y las conductas de seguridad que mantienen el problema de ansiedad y que limitan la vida cotidiana del paciente.

A lo largo de la intervención se administraron diferentes autorregistros para cumplir con los objetivos planteados.

#### *Aplicación del tratamiento*

El tratamiento constó de 19 sesiones de intervención incluyendo en las mismas el proceso de evaluación pre y postratamiento. Las técnicas de modificación conductual aplicadas jerárquicamente fueron las siguientes:

1.- Psicoeducación: Se trata de una explicación adaptada al paciente sobre qué es la ansiedad, los modos de manifestarse así como la naturaleza de la respuesta de lucha/huida; cómo el miedo o la percepción de amenaza provoca un aumento de las respuestas de ansiedad; por qué las manifestaciones corporales temidas por el paciente son realmente inofensivas así como las consecuencias de la hiperventilación.

#### 2.- Técnicas de desactivación

- Entrenamiento en respiración abdominal
- Relajación muscular progresiva de Jacobson (1938)

El objetivo fundamental radica en tratar de reducir los niveles de activación fisiológica así como dotar al paciente de estrategias de control. Se le enseñó al paciente a respirar de manera diafragmática o abdominal en consulta, insistiéndole en la necesidad de su práctica en casa para automatizar cada vez más el proceso y conseguir el máximo beneficio de la técnica.

En las próximas sesiones, y aunque la respiración abdominal estaba resultando útil al paciente, reservando un tiempo de aproximadamente veinte minutos al final de cada sesión, se pasó a un entrenamiento en relajación muscular en su versión abreviada de cuatro grupos musculares:

- relajación de brazos.
- del área facial, nuca, hombros y espalda.
- pecho, estómago y vientre.
- caderas, muslos y pantorrillas, seguida de una relajación completa de todo el cuerpo.

Mediante ejercicios de tensión y relajación se enseñó al paciente a focalizar su atención sobre las sensaciones de tensión y distensión de los diferentes grupos musculares (p.e., cierra y aprieta tu puño derecho y nota la tensión muscular que se produce. Sigue con el puño cerrado y siente la tensión en tu mano, en el antebrazo.... ahora aflójalo lentamente

↳ sintiendo la diferencia entre las sensaciones de antes cuando los músculos estaban contraídos y ahora....). Una vez finalizada cada sesión de relajación se insistió en la importancia de la práctica diaria, practicando cada grupo muscular varios días consecutivos (preferiblemente una semana) antes de pasar al siguiente.

3.- Técnicas de distracción/reconducción y entrenamiento atencional. Se trata de aprender a externalizar el foco de atención hacia estimulación externa y no hacia sus sensaciones corporales (internalización), siendo este factor el desencadenante de los síntomas de ansiedad. Se comenzó explicando al paciente la relación que tenía su atención en el inicio de las manifestaciones de ansiedad. Seleccionando 3 estímulos auditivos que pudieran estar en el despacho con un nivel de saturación similar (p.e., golpeteo de los dedos del terapeuta en la mesa, ruido de la calle y un reloj) se le entrenó en focalizar su atención en los diferentes ruidos por separado, desatendiendo los estímulos restantes (p.e., Ahora quiero que prestes atención al ruido de mis dedos, desatendiendo el ruido de la calle así como del reloj... muy bien, ahora vamos a focalizar la atención sobre el ruido de la calle, desatendiendo el ruido de mis dedos y del reloj... ahora centramos la atención a saltos en cada estímulo según te lo vaya indicando....). Una vez finalizado el entrenamiento en consulta, se le animó a que practicara el mismo procedimiento como tarea para casa con ruidos seleccionados del ambiente cotidiano.

4.- Técnicas de reestructuración cognitiva y metacognitiva. Se persigue enseñar la relación existente entre pensamiento-emoción-conducta para aprender a identificar las creencias erróneas o pensamientos disfuncionales negativos y sustituirlos por otros más adaptativos y realistas. El objetivo fundamental radica en la desconfirmación de las creencias irracionales mediante el abandono de las conductas de seguridad, aumentar la motivación, poner fin a las constantes rumiaciones y dotar de estrategias en solución de problemas. Al finalizar cada sesión de reestructuración cognitiva se le entregaba al paciente (como tarea para casa) un auto-registro donde tenía que señalar los pensamientos que presentaba, el error de pensamiento que estaba cometiendo así como los pensamientos alternativos realistas. En este paciente en particular, la estrecha colaboración y el compromiso en las tareas encomendadas tuvieron un papel esencial en su mejoría clínica. Se mantuvo durante todo el proceso de cambio cognitivo un diálogo socrático, tratando de que fuera el propio paciente quien se diera cuenta de sus errores de pensamiento y que valorara sus pensamientos como posibles hipótesis a comprobar a través de sus experimentos conductuales.

Una vez que el paciente aprendió a detectar y regular el cambio en el contenido de sus pensamientos, se le enseñó el papel de las metacogniciones en el desarrollo del problema de ansiedad, es decir, se pasó a una enseñanza acerca de cómo procesamos la información emocional, debiendo entender y diferenciar entre una cognición simple y las valoraciones o creencias que tenemos acerca de nuestra actividad cognitiva. Hay que destacar que el paciente presentaba un gran número de creencias metacognitivas desajustadas del tipo “no controlo mis preocupaciones ni las crisis de ansiedad”, “Estar en alerta y preocupado me ayuda a no tener una crisis en el metro”, “creo que puedo volverme loco”, etc.

De manera complementaria, como técnica de índole cognitiva se le enseñó la técnica de detención del pensamiento y entrenamiento en autoinstrucciones. Se le explicó que en los problemas emocionales, de manera espontánea, aparecen pensamientos automáticos y negativos que disparan una posible reacción de ansiedad. Se trata de aprender a parar a

tiempo cadenas de pensamientos negativos que pueden desencadenar un episodio de ansiedad no deseado. El procedimiento se le explicó al paciente del siguiente modo:

- Vamos a elegir una palabra que tenga un significado especial para ti (p.e., para, stop, basta, se acabó, etc).
- En el momento en que aparecen los pensamientos negativos vamos a decirnos la palabra de detención dando una palmada o produciendo cualquier otra estimulación. A medida que vayamos mejorando no hará falta ningún estímulo externo para provocar la detención del pensamiento.
- Un vez detenido el pensamiento negativo introducimos algún pensamiento alternativo que tenga credibilidad para ti (“vamos”, “ánimo”, “adelante”, “lo voy a conseguir”...).

Con el objetivo de desarrollar en el paciente un estilo de afrontamiento basado en la solución de los problemas y no tanto en la preocupación, se trabajó la técnica o entrenamiento en solución de problemas (D`Zurilla & Goldfried, 1971). Se le explicó la relación existente entre las manifestaciones de ansiedad y un estilo cognitivo basado en la preocupación y no en la toma de decisiones y la solución de los problemas. Se le explicó de manera didáctica las cinco fases de la técnica (orientación hacia el problema, definición del problema, generación de soluciones alternativas, toma de decisión, ejecución y verificación). Seguidamente, tomando en consideración un ejemplo concreto de su vida cotidiana, se llegó entre terapeuta y paciente a una solución razonable siguiendo los pasos establecidos.

5.- Técnicas conductuales (exposición gradual in vivo así como ciertos experimentos conductuales). El procedimiento consistió en la exposición a aquellas situaciones temidas por el paciente sin llevar a cabo ciertas conductas de seguridad (p.e., tener localizadas las salidas de emergencia en el cine, llevar ansiolíticos encima ante la posibilidad de tener una crisis, etc) así como una exposición a ciertas sensaciones internas similares a las de un ataque de pánico como estrategia de desconfirmación de ciertas creencias irracionales más que con el objetivo clásico de debilitar el condicionamiento entre las señales corporales específicas y las reacciones de pánico, centrándonos más en el componente cognitivo del trastorno de pánico, como argumentan Clark et al.(1999). Hay que señalar que, aunque se aplicó la técnica de exposición con el objetivo de ceñirnos al protocolo de los tratamientos bien establecidos, el paciente comenzó a exponerse de manera individual a algunas situaciones temidas según se iba avanzando en el proceso de reestructuración cognitiva.

6.- Evaluación post-tratamiento y prevención de recaídas. A lo largo de las 3 últimas sesiones se llevó a cabo las mediciones de la evaluación post-tratamiento con los mismos instrumentos administrados al principio del mismo. A su vez, se trabajó en un módulo de prevención de recaídas, recordando los aspectos trabajados, las variables principales que determinaron el inicio del cuadro y la mejoría clínica así como unas pautas de mantenimiento de resultados (continuar con la práctica de las habilidades aprendidas, evitando que éstas caigan en el desuso, recordar la importancia de las variables cognitivas en el desarrollo del problema, enfocar los problemas como otros que se han aprendido a resolver, etc).

En la tabla 1, se muestra un cuadro resumen del plan de tratamiento establecido, incluyendo las técnicas seleccionadas y su orden de aplicación.





**Tabla 1.**

<b>Técnicas de tratamiento</b>	<b>Sesiones</b>
Evaluación clínica	1 y 2
Devolución de información	3
Psico-educación	3, 4
Entrenamiento en respiración abdominal	5 y 6
Entrenamiento en relajación muscular progresiva	7- 10
Reestructuración cognitiva	7- 16
Reestructuración meta-cognitiva	
Técnicas de distracción/reconducción y entrenamiento atencional (Papageorgiou & Wells, 1998).	
Detención del pensamiento y entrenamiento en auto-instrucciones.	
Entrenamiento en solución de problemas.	
Exposición gradual in vivo a las situaciones y sensaciones temidas (tareas para casa)	9- en adelante
Prevención de recaídas (repaso de las estrategias aprendidas) y evaluación post-tratamiento	17 y 18
Devolución de información	19
Planteamiento de seguimientos	(3, 6 y 12 meses)

## **Resultados**

Una vez finalizado el proceso terapéutico, los resultados obtenidos reflejan la idoneidad del tratamiento cognitivo-conductual en el abordaje del TP con y sin agorafobia.

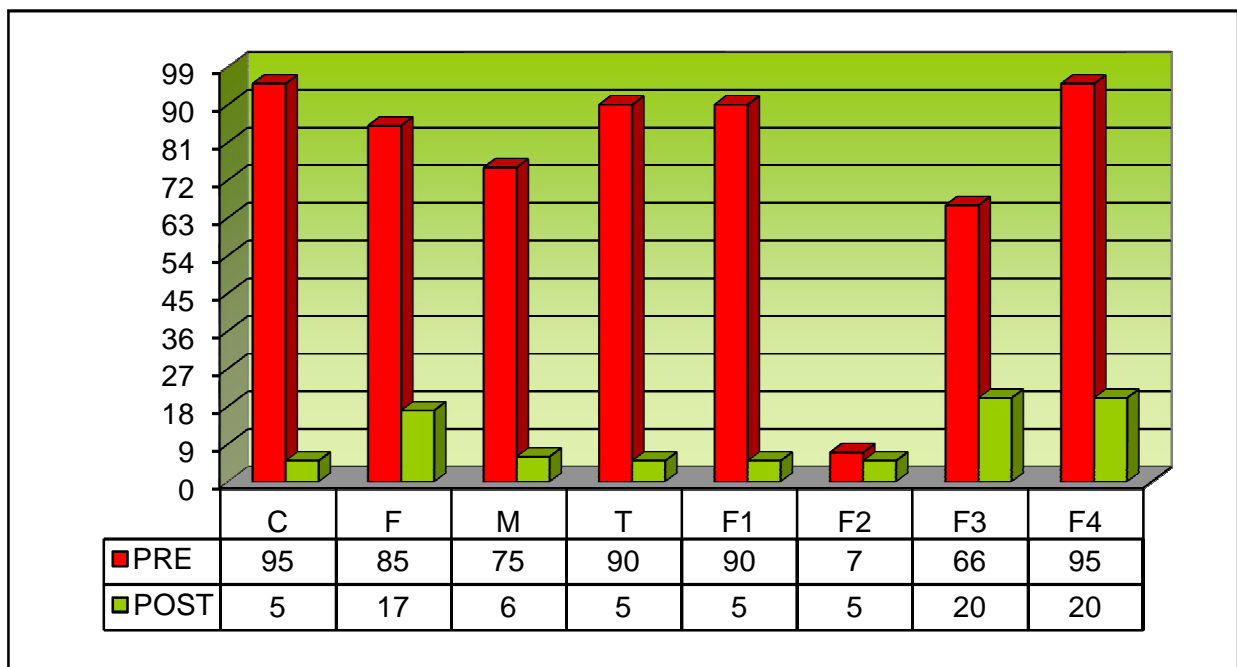
Atendiendo a un análisis cuantitativo de los resultados, observamos una reducción sincrónica en el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad –ISRA-, y en todas las áreas situacionales o rasgos específicos que evalúa dicho instrumento (ver gráfico 1). Al finalizar el tratamiento, el paciente no presenta crisis de ansiedad ni conductas de seguridad y evitación, habiendo recuperado la totalidad de sus actividades cotidianas. Nos gustaría destacar cómo las variables cognitivas han jugado un papel central en la mejoría clínica del paciente, utilizándose la técnica de exposición como adherencia al protocolo de los tratamientos bien establecidos.

Desde el momento en el cual el paciente comprendió la naturaleza del problema así como el papel que los sesgos atencionales e interpretativos tenían en el origen y mantenimiento del cuadro, dejó de padecer crisis de ansiedad, exponiéndose de manera casi automática y sin temor a las situaciones temidas (p.e., entrar al cine, montar en metro, etc).

En algunos estudios se ha demostrado cómo los tratamientos enfocados a un trastorno de ansiedad en particular producen, de manera secundaria, una mejoría clínica en la sintomatología del estado de ánimo y en otros cuadros de ansiedad no abordados de un modo concreto en dicha intervención (Barlow, Allen & Choate, 2004). En este sentido, atendiendo a los síntomas depresivos que presentaba el paciente al iniciar el tratamiento y que suelen ser comórbidos a los trastornos de ansiedad, el paciente muestra una clara reducción de dicha sintomatología en el Inventario de Depresión de Beck, disminuyendo los niveles de un centil de 60 a un centil 25. A su vez, el paciente refiere un nivel más moderado de la preocupación generalizada que había presentado a lo largo de su vida, lo cual nos hace pensar en una generalización de las técnicas utilizadas al componente de preocupación presente en la mayoría de los casos de trastornos de ansiedad.

Tras las pertinentes sesiones de seguimiento a los 3, 6 y 12 meses, el paciente se mantiene asintomático, refiriendo un alto nivel de satisfacción con los resultados obtenidos, recuperando el nivel de actividad previo a la aparición del problema y volviendo a enfrentarse a las situaciones que previamente temía con total normalidad. A su vez refiere, que su autoestima y seguridad en sí mismo también han ido mejorando al sustituir un estilo de afrontamiento de los problemas diarios basado en la preocupación por otro basado en la identificación y la solución de los mismos.

**Figura 1.**



C=Cognitivo; F=Fisiológico; M=Motor; T=Total; F1= Ansiedad de evaluación; F2= Ansiedad interpersonal, F3= Ansiedad fóbica, F4= Ansiedad cotidiana.

## Conclusiones y Discusión

A lo largo del presente artículo hemos podido comprobar, en un caso clínico real, la eficacia de las intervenciones cognitivo-conductuales en el trastorno de pánico con agorafobia. Esta evidencia se está poniendo de manifiesto no sólo desde un punto de vista aplicado sino desde una perspectiva experimental. A este respecto, desde hace unos años han aparecido un número considerable de investigaciones que muestran mediante estudios de neuroimagen cómo las intervenciones de índole cognitiva median en la respuesta del cortex prefrontal y el complejo amigdalino, modulando las emociones en los trastornos afectivos y de ansiedad (Freyer et al., 2011; Johanson, Risberg, Tucker, & Gustafson, 2006).

En este caso en particular, el tratamiento además de abordar el estilo de afrontamiento del paciente, las conductas de evitación y de seguridad así como la respuesta fisiológica mediante el uso de estrategias clásicas de exposición y desactivación, se centró fundamentalmente en el componente cognitivo y metacognitivo, que mantenía de un modo esencial las diferentes conductas problema. Tras 19 sesiones de intervención más tres de seguimiento, el paciente se muestra asintomático, habiéndose eliminado las conductas de evitación y de seguridad y afrontando su vida cotidiana con total normalidad. Como en cualquier proceso de terapia, hay que señalar que la colaboración del paciente, realizando las tareas para casa y asistiendo a las sesiones con total compromiso y regularidad, tuvo un papel importante en la efectividad de la intervención.

En cuanto a las limitaciones de nuestro trabajo hay que señalar dos aspectos fundamentalmente. En primer lugar, y aunque en este caso en particular el tratamiento constó de un número reducido de sesiones, hay que destacar que si las crisis de pánico y las conductas de evitación hubieran tenido un carácter más crónico a lo largo del tiempo, como suele ser habitual, seguramente se hubieran requerido un mayor número de sesiones para solucionar el problema. Por otro lado decir que, dado que nos encontramos ante un estudio de caso único con las limitaciones que ello conlleva, se debe ser prudente en la interpretación de los resultados encontrados, permitiéndonos un escaso poder de generalización hacia otros casos con el mismo diagnóstico pero con características diferenciales en diferentes variables. Por tanto, es necesaria la proliferación de trabajos que muestren los resultados de los tratamientos en las diferentes manifestaciones psicopatológicas, en casos clínicos con diferentes características tales como el sexo, la edad, topografía del problema, cronicidad, comorbilidad con otros diagnósticos, etc.

Para concluir, no podemos olvidarnos de destacar la responsabilidad de los psicólogos clínicos de utilizar aquellos tratamientos bien establecidos que, desde un punto de vista científico, se muestran más eficaces en el abordaje de las distintos trastornos psicológicos con el objetivo de dotar a la sociedad de soluciones eficientes y efectivas a una demanda cada vez más creciente como son los trastornos de ansiedad.

## Referencias

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4<sup>th</sup> ed., text revision). Washington, DC: Author.
- Barlow, D. H. (2002) *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.). New York: Guilford.
- Barlow, D.H., Allen, L.B., & Choate, M.L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behaviour Therapy*, 35, 205-230.
- Barlow, D.H., Craske, M.G., Cerny, J.A., & Klosko, J.S. (1989). Behavioral treatment of panic disorder. *Behaviour Therapy*, 20, 261-282.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Clark, D. M., Salkovskis, P. M., Öst, L. G., Breitholtz, E., Koehler, K. A., Westling, B. E., et al., (1997). Misinterpretation of body sensations in panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 203-213.
- Clark, D. M., Salkovskis, P. M., Hackmann, A., Wells, A., Ludgate, J., & Gelder, M. (1999). Brief cognitive therapy for panic disorder: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 583-589.
- D' Zurilla, T. & Goldfried, M. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of abnormal psychology*, 78, 107-126.
- Eysenck, M. W. (1997). *Anxiety and Cognition: A Unified Theory*. London: Psychology Press.
- Freyer, T., Kloppel, S., Tuscher, O., Kordon, A., Zurowski, B., Kuelz, A. K., et al. (2011). Frontostriatal activation in patients with obsessive-compulsive disorder before and after cognitive behavioral therapy. *Psychological Medicine*, 41, 207-216.
- Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation*. Chicago: University of Chicago Press.
- Johanson, A., Risberg, J., Tucker, D. M., & Gustafson, L. (2006). Changes in frontal lobe activity with cognitive therapy for spider phobia. *Applied Neuropsychology*, 13, 34-41.
- Miguel Tobal, J.J. & Cano Vindel, A. (2002). *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA): Manual*. Madrid: TEA.
- Papageorgiou, C. & Wells, A. (1998). Effects of attention training on hypochondriasis: a brief case series. *Psychological Medicine*, 28, 193-200.
- Salkovskis, P. M., Hackmann, A., Wells, A., Gelder, M. G., & Clark, D. M. (2007). Belief disconfirmation versus habituation approaches to situational exposure in panic

disorder with agoraphobia: A pilot study. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 877-885.

Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures (1993). *A report adapted by the APA Division 12 Board*. Washington: APA, 1-17.

Vázquez, C. & Sanz, J. (1999). Fiabilidad y validez de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978 en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*, 10, 59-81.