



MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL

SANITARIA

Curso 2018-2019

Trabajo Fin de Máster

Eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual Grupal en el
Tratamiento del Trastorno de Pánico y la Agorafobia

Autora: Ana María Bermejo Nieto

Tutora: María del Carmen Neipp

López

Convocatoria: Septiembre 2019

Resumen

El presente trabajo tiene como propósito comprobar la eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual en formato grupal para el trastorno de pánico y la agorafobia. La intervención se realizó a nivel ambulatorio con una muestra clínica de seis pacientes de un centro de salud mental público español. El diagnóstico fue establecido por el médico psiquiatra basado en los criterios de la quinta edición del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5. Para la evaluación de los síntomas se utilizó el cuestionario de pánico y agorafobia CPA, el inventario de autoevaluación STAI para evaluar el nivel ansiedad y el inventario autoadministrado BDI-II para la evaluación de los síntomas depresivos. Se realizaron 12 sesiones de una hora y media de duración y una periodicidad semanal. La terapia incluía como componentes: psicoeducación, exposición (en imaginación, en vivo e interoceptiva), reestructuración cognitiva, respiración, relajación y técnicas de distracción. Se utilizó el manual de autoayuda “Programa Psicológico de Intervención del Pánico y la Agorafobia” propuesto por Ortega y Ortuño (2015) basado en el Programa de Tratamiento del Control del Pánico de Barlow y Craske (2006). Tras la intervención, la mayoría de pacientes tuvieron una mejora de la sintomatología relacionada con el pánico y la agorafobia, y en menor medida de los síntomas depresivos, siendo la sintomatología ansiosa igual o incluso mayor en algunos casos.

Palabras clave: *terapia cognitivo-conductual grupal, trastorno de pánico, agorafobia*

Abstract

This work's goal is checking effectiveness of Cognitive Behavioural Therapy, in group format, when treating Panic and Agoraphobia Disorder. Field work was run at outpatient level in a public mental health center in Spain. Diagnosis was issued by a psychiatrist doctor based on DSM-5 manual for statistics and diagnosis on mental disorders, 5th edition. CPA questionnaire for panic and agoraphobia was used for symptom evaluation, STAI self evaluation inventory was used to determine anxiety levels, and self applied BDI-II inventory was used for depression symptoms. Twelve sessions were run, one and half hour long each, one sesión per week. Therapy included as components: psicoeducation, exposure (imagined, live and interoceptive), cognitive re-structuring, breathing, relaxation, and distraction techniques. Self treatment manual "Psychological Program for Intervention on Panic and Agoraphobia" proposed by Ortega & Ortuño (2015) based on Panic Control Treatment Program (Barlow & Craske, 2006) was applied. After treatment, most patients improved on symptoms related to panic and agoraphobia, and to a lower extent, also to depression symptoms, while anxiety remained stable, or was even higher in some cases.

Key words: group cognitive-behavioural therapy, panic disorder, agoraphobia

Introducción

Según el DSM-5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014), en el trastorno de pánico se presentan crisis de angustia inesperadas y recurrentes, y al menos una de ellas va seguida durante un mínimo de un mes de preocupación o inquietud continua acerca de otros ataques o sus consecuencias y/o por un cambio significativo y de mala adaptación en el comportamiento relacionado con las crisis.

Un ataque de pánico es la aparición súbita de miedo o malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos y durante ese tiempo se producen cuatro o más de los siguientes síntomas: palpitaciones, sudoración, temblor, sensación de dificultad respiratoria, sensación de ahogo, dolor en el tórax, náuseas o malestar abdominal, sensación de mareo, escalofríos o sensación de calor, parestesias, desrealización o despersonalización, miedo a perder el control o “volverse loco” y miedo a morir. Por otra parte, los ataques no se deben a los efectos directos de abuso de sustancias o de una condición médica, y no pueden ser explicados por la presencia de otra enfermedad mental (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

La imprevisibilidad de los ataques de pánico puede llevar a conductas de evitación que den lugar a aislamiento, problemas de funcionamiento, y una disminución de la calidad de vida (Davidoff, Christensen, Khalili, Nguyen, y IsHak, 2012).

El trastorno de pánico se caracteriza por su resistencia a la remisión espontánea y la comorbilidad con otros trastornos como la depresión, el alcohol u otras adicciones (Botella, 2001). Además, puede tener graves consecuencias sociales y económicas, ya que un gran porcentaje de las personas que lo padecen, sufren aislamiento social y muchos de ellos tienen que dejar de trabajar (Klerman, 1991; Mitte, 2005; Tsao, Mystkowski, Zucker, y Craske, 2005).

Aproximadamente una de cada tres personas con trastorno de pánico desarrolla agorafobia con una prevalencia de alrededor del 0,17%, desarrollar agorafobia sin antecedentes de ataques de pánico es muy poco frecuente (Bienvenu, y otros, 2006).

En la agorafobia se produce un miedo o ansiedad intensa acerca de dos o más de las situaciones siguientes: usar el transporte público, estar en espacios abiertos, estar en sitios cerrados, hacer cola o estar en medio de una multitud y estar solo fuera de casa. Estas situaciones provocan miedo o ansiedad y la persona las evita o las teme debido a la idea de que escapar podría ser difícil o podría no disponer de ayuda si aparecieran síntomas de un ataque de pánico, estas situaciones se evitan activamente, requieren la presencia de un acompañante o son soportadas con un intenso malestar, (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014)

La Agorafobia suele ser una consecuencia de las crisis de pánico, ante la incapacidad de poder explicarse por qué le suceden las crisis, la persona acaba asociando los ataques con la situación y comienza a evitarla (Bados, 2004). En el estudio realizado por Baker (1989) para evaluar cómo se comportan las personas inmediatamente después de la primera crisis de pánico, se muestra que el 66% había comenzado a mostrar comportamientos evitativos en la primera semana tras el ataque.

Según el DSM-5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014), 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. Su curso suele ser crónico y su remisión sin tratamiento inferior al 10% (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Uno de los estudios epidemiológicos más destacados, sobre la prevalencia de los trastornos mentales, realizados en población general española y utilizando una muestra representativa de las distintas comunidades españolas es el ESEMeD-España (Haro, y otros, 2006). Según este estudio, el porcentaje de hombres que había presentado Agorafobia a lo largo de su vida fue de 0.47% y de 0.95% para el Trastorno de Pánico, frente al 0.76% de mujeres para la Agorafobia y 2.39% de mujeres para el trastorno de pánico.

La edad de comienzo del trastorno de pánico, con o sin agorafobia, está entre los 20 y 35 años, y la proporción hombre-mujer es 1:2. Respecto a la agorafobia sin pánico la edad de comienzo es de 20 a 30 años y la proporción varón mujer es 1:5. (Belloch, Sandín, y Ramos, 2008). Aunque su evolución existen fluctuaciones, suele ser crónico y muestra un bajo porcentaje de remisiones (Keller, y otros, 1994). El pronóstico a largo plazo sin un tratamiento adecuado es, según (Botella, 2001), peor que el de la depresión mayor.

El trastorno de pánico constituye uno de los trastornos mentales que más atención ha recibido por parte de los investigadores White, Brown, Somers y Barlow (2006). La investigación se ha dedicado al estudio de la eficacia de las diferentes intervenciones psicológicas y farmacológicas para mejorar los síntomas de pánico. Especial atención se ha prestado a la terapia cognitiva conductual y a las intervenciones farmacológicas, por separado o en combinación (Barlow, Gorman, Shear, y Woods, 2000). De acuerdo con los criterios del Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures (1995), y de acuerdo con Barlow, Raffa, y Cohen (2002), los tratamientos para el trastorno de pánico que han recibido apoyo empírico son los basados en el modelo cognitivo-conductual. Especialmente el tratamiento de control de

pánico desarrollado por Barlow y sus colaboradores (Barlow y Craske, 2006) y la terapia cognitiva del grupo de investigación de Clark y Salkovskis (1996)..

En el metaanálisis realizado por Sánchez, Rosa, Marín y Gómez (2010), también se han examinado otros tratamientos psicológicos para el trastorno de pánico, pero no han proporcionado beneficios tan significativos, en términos estadísticos, en la reducción de los síntomas del pánico y la agorafobia. Estos otros tratamientos son la desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares, la terapia de regulación de las emociones, y la terapia Gestalt. Diversos metaanálisis que han abordado la diferencia en la eficacia de los tratamientos psicológicos y farmacológicos han demostrado buenos resultados de la eficacia de la terapia cognitiva y la exposición en vivo, ambos, solas o en combinación (Cox, Endler, Lee, y Swinson, 1992; Mitte, 2005; Van Balkom, y cols, 1997).

Sánchez, Rosa, Marín y Gómez (2010) concluyen tras su metaanálisis, que los resultados muestran que el tratamiento psicológico tiene una eficacia clínicamente significativa para el trastorno de pánico, así como para los síntomas de la agorafobia, ansiedad generalizada, depresión, sensaciones corporales, ajuste global, y otras medidas relacionadas. Sus resultados mostraron que el tratamiento más eficaz para el trastorno de pánico, con o sin agorafobia, es el que combina la exposición (interoceptivo como no interoceptiva) con técnicas de relajación, entrenamiento de la respiración o manejo de la ansiedad.

De las diferentes variantes de la exposición, la exposición en vivo es la que proporciona mayores beneficios. En cuanto a la agorafobia, la exposición fue la técnica más relevante, aunque al contrario que en el trastorno de pánico, las diferencias encontradas entre las distintas técnicas de intervención no resultaron tan marcadas. Estos resultados coinciden, en general, con algunos de los metaanálisis publicados

(Clum, Clum, y Surls, 1993; Mattick, Andrews, Hadzi-Pavlovic, y Christensen, 1990; Van Balkom, y cols, 1997).

Aunque podemos afirmar que la exposición es el tratamiento de elección para reducir los comportamientos de pánico, la inclusión del entrenamiento de relajación y las técnicas respiratorias son muy recomendables porque contribuyen a mejorar los efectos de la exposición (Moreno y Martín, 2007).

Según el modelo cognitivo-conductual de Barlow (2002), éste conceptualiza el primer ataque de pánico inicial como un disparo erróneo del “sistema del miedo” bajo circunstancias estresantes de la vida, en individuos fisiológicamente vulnerables. A partir de la naturaleza traumática de los primeros ataques de pánico, Barlow propone que se desarrollan asociaciones de miedo condicionadas clásicamente con aspectos del entorno. Se desarrolla una aprensión ansiosa sobre la recurrencia del pánico, y esta anticipación del pánico puede a la vez aumentar su ocurrencia. En la práctica la mayor diferencia entre los enfoques de Barlow y Clark es que en el primero, se hace hincapié en la exposición a las sensaciones interoceptivas, mientras que el segundo se centra más en el componente cognitivo.

En el modelo de tratamiento desarrollado por el grupo de Barlow, la exposición del paciente a las sensaciones interoceptivas juega un papel central. El tratamiento de Barlow incluye: un componente educativo que enseña al paciente acerca del pánico, los factores que lo originan y su recurrencia; terapia cognitiva con el objetivo de modificar las creencias erróneas acerca pánico y ansiedad, así como las cogniciones que sobreestiman la amenaza y el peligro que representan los ataques; también incluye el entrenamiento en relajación muscular progresiva, lo que implica la contracción y

relajación de varios grupos musculares prestando atención a las sensaciones y por último, el programa incluye ejercicios para casa, que varían según la fase de la terapia.

La terapia del control del pánico de Barlow (TCP) es reconocida hoy como una de las mejores formas de superar las crisis de pánico y la agorafobia. El manual de autoayuda que se ha utilizado en la intervención, “Programa Psicológico de Intervención del Pánico y la Agorafobia” (Ortega y Ortuño, 2015), está basado en el de Barlow y Craske (2006).

También se ha examinado empíricamente el formato de aplicación de la terapia psicológica, individual y en grupo. Sharp, Power y Swanson, (2004) mostraron que tanto la terapia cognitivo-conductual individual y de grupo, fueron claramente superiores a un grupo de control sin tratamiento, pero no hubo diferencias significativas entre ambos formatos. Estudios sobre la eficacia de la intervención psicológica grupal llevan a considerar este formato como una opción terapéutica eficaz para los trastornos de ansiedad (Lidbeck, 2003; Sharp, Power, & Swanson, 2004).

Dada la eficacia demostrada de la Terapia Cognitivo Conductual en el tratamiento del trastorno de Pánico y la Agorafobia, tanto a nivel individual como grupal, y teniendo en cuenta los escasos recursos con los que cuenta la sanidad pública, especialmente en el área de salud mental, una intervención grupal permitiría optimizar los recursos y aumentando la periodicidad de la sesiones, pasando a tener ahora una frecuencia semanal, suponiendo a su vez este formato, una oportunidad de aprendizaje vicario y la posibilidad de ser fuente de apoyo a un grupo de mujeres, que, debido a su trastorno, se encontraban socialmente muy aisladas.

Objetivos y contenido de la intervención

Objetivo general

Analizar la eficacia del programa de intervención de tipo cognitivo-conductual basado en Barlow y Craske (2006) en el tratamiento del Trastorno de Pánico y la Agorafobia en una muestra ambulatoria española.

Los objetivos específicos

- Hacer psicoeducación con los pacientes acerca del trastorno, explicándoles las causas, los factores desencadenantes y mantenedores del problema y las técnicas para afrontarlo y resolverlo.
- Entrenar al paciente en las técnicas de manejo de la ansiedad.
- Aplicar las estrategias aprendidas en sesión a su vida diaria.
- Aumentar el manejo de las crisis de pánico.
- Reducir la frecuencia e intensidad de las crisis.
- Reducir las conductas evitativas.
- Mantener los beneficios conseguidos.

Hipótesis

Atendiendo a la teoría, se plantearon diversas hipótesis:

Hip. 1. Tras la intervención, los participantes presentarán una disminución de los síntomas de pánico y agorafobia.

Hip. 2. Tras la intervención, los participantes mostrarán una reducción de los síntomas de depresión y ansiedad

Método

Participantes

La muestra estaba formada por pacientes de la Unidad de Salud Mental del Hospital Universitario de Torre Vieja, con diagnóstico de trastorno de pánico, agorafobia o ambos establecido según criterios DSM-5 por su psiquiatra. Los pacientes fueron remitidos al grupo por su psicólogo o médico psiquiatra. Inicialmente se seleccionaron 18 sujetos, de los cuales 8 no quisieron formar parte de la intervención; de los 10 que comenzaron el tratamiento, 4 de ellos abandonaron en las primeras sesiones. El grupo que concluyó el tratamiento estaba compuesto de 6 mujeres, aunque una de las pacientes faltó a la última sesión, por lo que no se tienen sus datos de la evaluación post intervención. Las edades de las participantes estaban comprendidas entre los 23 y los 45 años de edad, con un nivel cultural medio y medio-bajo, y siendo la mitad de la muestra de nacionalidad distinta a la española. Todas las participantes tenían diagnóstico conjunto de Trastorno de Pánico y Trastorno de Agorafobia, se encontraban en tratamiento psicológico y farmacológico antes del comienzo de la intervención grupal, y estaban de baja laboral. La terapia psicológica individual cesó durante las semanas de tratamiento en grupo, mientras que el seguimiento con psiquiatría continuó con normalidad durante el proceso.

Variables e Instrumentos:

Evaluación del pánico y la agorafobia:

- Cuestionario de pánico y agorafobia CPA: construido por Sandín y Chorot (1997). La finalidad del cuestionario es la evaluación de las características asociadas al pánico, y el diagnóstico del trastorno de pánico (con o sin agorafobia) y de la agorafobia sin historia de trastorno de pánico. El CPA es un

autoinforme que consta de 40 ítems e incluye 6 secciones: la primera sección incluye los 21 primeros ítems, y se centra específicamente en la evaluación de las características relacionadas con los ataques de pánico. La segunda sección incluye los ítems 22, 23 y 24, y evalúa los tres criterios del DSM-IV para el diagnóstico del trastorno de pánico (preocupación o miedo a otros posibles AP, preocupación por las consecuencias del AP, y perturbación en la vida del individuo). La tercera sección (ítems 25, 26 y 27) es complementaria la segunda, y evalúa el nivel de interferencia laboral, social y familiar de los AP. La cuarta sección (ítems 28 y 29) evalúa la evitación de actividades que suelen vincularse a un incremento de la percepción de ciertas sensaciones somáticas, así como el nivel de interferencia asociado (laboral, social o familiar). La quinta sección evalúa la agorafobia a partir de los ítems 30, 31 y 32.). La sexta sección (ítems 33 al 40) evalúa algunos aspectos que han sido relacionados con la experiencia de los ataques de pánico, tales como la ocurrencia de sucesos vitales y la historia familiar de AP. Al contrastar los diagnósticos de trastorno de pánico efectuados con el CPA y los que se habían efectuado previamente con la ADIS-M se obtuvo un 91% de acuerdo entre ambos métodos en lo que concierne al diagnóstico de este trastorno. Este resultado sugiere que el CPA es tan eficaz como la entrevista clínica para establecer el diagnóstico del trastorno de pánico (Sandín, Chorot, Valiente, Sánchez-Arribas, y Santed Germán, 2004).

Evaluación de la sintomatología depresiva:

- BDI-II adaptación española Beck, Steer, Brown, Sanz y Vázquez (2011) del original Beck Depression Inventory II de Beck, Steer y Brown (1996). Este inventario consta de 21 ítems, y tiene como objetivo identificar y medir la gravedad de síntomas típicos de la depresión en adultos y adolescentes a partir

de 13 años. Los ítems del BDI-II son consistentes con los criterios recogidos en el DSM-IV para el diagnóstico de los trastornos depresivos. La puntuación global permite estimar la intensidad de la depresión. La puntuación obtenida va de 0 a 63 puntos y los puntos de corte son 0-9 (*normal*), 10-18 (*depresión leve*), 19-29 (*depresión moderada*) y 30-63 (*depresión grave*). El análisis de la consistencia interna del estudio de la adaptación española del cuestionario BDI-II arrojó un coeficiente alfa de 0.87, lo que replica los coeficientes encontrados en la literatura con muestras semejantes (Sanz, Perdigón, & Vázquez, 2003).

Evaluación de la sintomatología ansiosa:

- STAI: adaptación española de Buela, Guillén y Seisdedos (2011) realizada por el departamento de I+D de TEA Ediciones, basada en la versión original del State Trait Anxiety Inventory de Spielberger, Gorsuch, y Lushene (1970). Es una prueba con 40 ítems de escala tipo Likert con tres alternativas de respuesta (0 “*casi nunca*”, 1 “*a veces*”, 2 “*a menudo*”, y 3 “*casi siempre*”) en función de la frecuencia con la que se presentan conductas de ansiedad. El objetivo del cuestionario STAI es evaluar dos conceptos independientes de la ansiedad, la ansiedad como estado (A/E) y la ansiedad como rasgo (A/R), cada una de ellas con 20 cuestiones. La ansiedad como estado evalúa un estado emocional transitorio, caracterizado por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de atención y aprensión y por hiperactividad del sistema nervioso autónomo. La ansiedad como rasgo señala una propensión ansiosa, relativamente estable, que caracteriza a los individuos con tendencia a percibir las situaciones como amenazantes. La puntuación total en cada uno de las subescalas oscila entre 0 y 60 puntos. En muestras de la población española se han encontrado niveles de consistencia interna que oscilan, tanto para la

puntuación total como para cada una de las subescalas, entre 0.84 y 0.93

(Fonseca, Paino, Sierra, Lemos y Muñiz, 2012).

Material de apoyo durante el tratamiento

- Manual de autoayuda “Programa Psicológico de Intervención del Pánico y la Agorafobia” propuesto por Ortega y Ortuño (2015) basado en el Programa de Tratamiento del Control del Pánico de Barlow (Barlow y Craske, 2006).

Destinatarios de la intervención y nivel de intervención

Los destinatarios de la intervención son pacientes con Trastorno de Pánico, Trastorno de Agorafobia o ambos, de la Unidad de Salud Mental del Hospital Universitario de Torre vieja. El formato de la intervención fue en grupo. Se estableció un mínimo de 8 participantes y un máximo de 18.

Los pacientes debían de cumplir los siguientes criterios de inclusión:

- Mayores de 18 años.
- Cumplir criterios de trastorno de pánico con o sin agorafobia.
- Pudiendo presentar sintomatología depresiva comórbida.
- El trastorno de pánico con o sin agorafobia podrá ser crónico o de inicio reciente, priorizando éstos últimos.
- Se excluirán los pacientes que cumplan criterios de:
 - Trastornos por consumo de sustancias.
 - Trastorno de ansiedad social, Trastorno de ansiedad generalizada, Trastorno de ansiedad por separación, Fobia específica.
 - Trastorno obsesivo compulsivo.
 - Trastorno de estrés post-traumático.
 - Trastornos de personalidad.

La función de la intervención fue de tipo terapéutico.

Procedimiento

El tratamiento se llevó a cabo sobre la base del programa cognitivo-conductual de Barlow (Barlow y Craske, 1989), se utilizó para ello el manual de autoayuda “Programa Psicológico de Intervención del Pánico y la Agorafobia” propuesto por Ortega y Ortuño (2015) basado en el Programa de Tratamiento del Control del Pánico de Barlow (Barlow y Craske, 1993).

La intervención se llevó a cabo por dos psicólogas de la Unidad y por la alumna en prácticas. El tratamiento se aplica en 12 sesiones grupales semanales de 2 horas de duración en la Sala de Juntas del Centro de Salud del Acequión. Como tareas para casa las pacientes leían y llevaban a cabo las actividades del manual de autoayuda, correspondientes con el capítulo abordado en la sesión, complementaban los registros referentes a las crisis de pánico o sensaciones temidas, estas tareas se ponían en común y se revisaban en la siguiente sesión.

S.	Contenido	Objetivos	Tareas
1	Presentación Explicación del plan de tratamiento Aplicación de cuestionarios	Alianza terapéutica Resolución dudas Obtención medidas pretest	Registros
2	Charla sobre cómo ha ido la semana Psicoeducación: La ansiedad	Aprender que la ansiedad no siempre es desadaptativa. Comprender qué es la ansiedad facilita su manejo.	Ejercicios Registros
3	Charla sobre la semana y comentario sobre los ejercicios realizados en casa Psicoeducación: Las crisis de pánico Mantenimiento del Trastorno Agorafobia.	Resolución de dudas. Aprendizaje vicario. Comprender que los episodios de pánico son inofensivos.	Ejercicios Registros
4	Estrategias cortar crisis de pánico	Contrarrestar hiperventilación. Enfrentarse a los estímulos temidos. Obtener control respiratorio.	Ejercicios para casa Registros
5	Reestructuración Cognitiva	Adopción pensamiento más lógico y ajustado sobre la situación de pánico.	Ejercicios para casa Registros
6	Estrategias generales de discusión cognitiva	Encontrar evidencias en contra de la creencia distorsionada.	Ejercicios para casa Registros
7	Estrategias concretas de discusión cognitiva	Cambiar interpretaciones alarmistas.	Ejercicios para casa Registros
8	Charla sobre la semana Resumen de afrontamiento Dificultades que aún persisten	Resolución dudas Solución de dificultades	Ejercicios para casa Registros
9	Charla sobre la semana Elaboración listado síntomas temidos Elaboración jerarquía situaciones temidas Normas de exposición	Preparar para la exposición	
10	Charla sobre la semana Enfrentamiento a los estímulos temidos	Exposición	Ejercicios para casa Registros
11	Dificultades encontradas y aclaración de dudas Repaso bloque de exposición		Registros
12	Resumen de los temas abordados Factores que pueden producir una reaparición del problema. Aplicación de cuestionarios Despedida	Prevención de recaídas Obtención medidas post-test	

Tipo de diseño

Se trata de un tipo de diseño cuasiexperimental, con medidas pretest y posttest pero con ausencia de grupo de control, se realiza una comparación intrasujetos de tipo longitudinal.

Análisis de datos

Dada la insuficiencia de la muestra para la realización de un análisis estadístico mediante SPSS, se realizó un análisis descriptivo de cada caso.

Resultados

Se presentan los resultados pre intervención y post intervención de las variables A/E, A/R y Depresión (Tabla 1), y de los ítems del CPA con puntuaciones iguales o superiores a 2: *preocupación por tener otra crisis, duración de las crisis de angustia, grado de interferencia en la vida cotidiana de evitar lugares o dejar de hacer cosas, afectación de las áreas laboral, familiar y social, evitación de sitios cerrados, evitación de calles y plazas, miedo a perder el control durante la crisis*; de los relacionados con el nivel de confianza: *confianza en evitar las crisis, confianza en controlar la crisis una vez desencadenada*; y del número de crisis ocurridas en el último mes (Tablas 2 y 3).

Al mismo tiempo se pueden ver los datos de cada paciente individualmente en el anexo (Figuras 1, 2, 3, 4 y 5).

Resultados pre-tratamiento

Los resultados de los instrumentos de evaluación pretratamiento muestran que las puntuaciones, tanto la A/E como la A/R, son muy altas en todas las pacientes, se encontraban por encima del percentil 85, excepto la paciente 3, que está en ambos casos por debajo del percentil 5.

En cuanto a los síntomas depresivos, las pacientes mostraban una depresión moderada o grave, excepto nuevamente en el caso de la paciente 3 que presentaba una depresión leve.

En cuanto a los síntomas relacionados con el pánico y la agorafobia, el número de crisis de angustia ocurridas durante el último mes era muy elevado en las pacientes. La confianza de las participantes en evitar una crisis de pánico era entre media y baja, y la percepción de control una vez desencadena la crisis era aún inferior que para la evitación de la misma. La duración de las crisis es variable entre las pacientes, más de 10 minutos en el caso de las pacientes 1 y 4, incluso horas como las pacientes 2 y 5.

Evitar y dejar de hacer cosas ha interferido en la vida de las pacientes mucho o muchísimo, excepto en la paciente 3 que ha sido bastante. Las situaciones que más evitaban eran los lugares en los que hay mucha gente y los sitios cerrados, y el sujeto 5 evitaba a menudo las calles y plazas.

La preocupación por tener otra crisis era alta o muy alta entre todas las participantes. Al mismo tiempo, la afectación de la vida laboral, social y familiar era alta o muy alta en todas excepto en la paciente 3 que ha sido o poco o bastante.

Resultados post-tratamiento

Tras la intervención los resultados no muestran una reducción de la A/R, si bien hay un descenso en la A/E, excepto en la paciente número 5 que se produce un ligero aumento. En cuanto a la depresión, teniendo en cuenta las puntuaciones directas, se observa que ha habido una pequeña disminución, aunque se mantienen en las mismas categorías en cuanto a la gravedad, sólo produciéndose una disminución clara en la paciente 4, que pasa de una depresión grave a una moderada.

En cuanto a los síntomas relacionados con el pánico y la agorafobia, se observó que en el número de crisis ocurridas en el último mes hubo una gran variabilidad. La confianza en evitar las crisis aumentó en todas las pacientes excepto en la número 2. En cuanto a la confianza de controlar la crisis una vez iniciada, la sujeto número 2 se mantuvo igual, pero hubo un aumento en todas las demás. La sensación de miedo a perder el control durante la crisis de pánico desapareció en todas las pacientes, excepto en la número 2 que aumentó, pasando de nada a poco. La duración de las crisis se mantuvo en las pacientes 2, 3 y 5, y se redujo en la paciente 1 y la 4. En relación al nivel de interferencia en su vida de evitar y dejar de hacer cosas, disminuyó en las pacientes 1, 2 y 5 y se mantuvo en las pacientes 3 y 4. Respecto a la evitación de lugares cerrados se produjo una reducción en todos los casos, excepto en la paciente 5 que se mantuvo, en la evitación de calles y plazas sólo se mantuvo en la paciente número 2. En la circunstancia de evitar estar entre mucha gente se mantuvo en las pacientes 1 y 5 y se redujo en la 2 y la 3, la número 4 nunca lo había evitado.

La preocupación por la ocurrencia de otra crisis se redujo en todas las pacientes. En cuanto a la afectación de las actividades laborales, sólo la paciente número 2 tuvo una reducción de bastante a poco, en el resto de pacientes esta área de su vida se mantuvo igualmente afectada tras la intervención.

A continuación, se presentan las tablas con los resultados obtenidos en la evaluación pre y post tratamiento.

Tabla 1. Resultados cuestionario STAI y BDI-II pre y post tratamiento

Sujeto	Ansiedad estado				Ansiedad rasgo				Depresión			
	Pre.		Post.		Pre.		Post.		Pre.		Post.	
	P. D.	P	P. D.	P	P. D.	P	P. D.	P	P. D.	Gravedad	Gravedad	
1	39	89	34	80	38	89	41	90	29	Moderada	28	Moderada
2	42	95	41	90	43	95	48	97	38	Grave	30	Grave
3	4	4	4	4	11	5	18	30	10	Leve	17	Leve
4	43	95	30	75	48	97	40	90	32	Grave	24	Moderada
5	36	85	41	90	35	85	46	97	22	Moderada	23	Moderada

Nota: P.D: puntuación directa, P: percentil

Tabla 2. Resultados ítems escogidos CPA pre y post tratamiento (parte 1)

Sujeto	Confianza evitar las crisis		Confianza controlar las crisis		Miedo perder el control		Duración crisis		Interferencia en evitar y hacer cosas		Evitación sitios cerrados	
	Pre.	Post.	Pre.	Post.	Pre.	Post.	Pre.	Post.	Pre.	Post.	Pre.	Post.
1	1	2	1	2	1	0	2	1	4	2	0	0
2	2	1	1	1	0	1	4	4	4	1	2	1
3	2	2	2	2	1	0	3	3	2	2	2	1
4	2	3	2	3	2	0	2	1	3	3	0	0
5	1	2	1	2	0	0	4	4	4	2	2	2

Tabla 3. Resultados ítems escogidos CPA pre y post tratamiento (parte 2)

	Evitación calles y plazas		Evitar estar entre mucha gente		Preocupación otra crisis		Afectación laboral		Afectación social		Afectación familiar	
	Pre.	Post.	Pre.	Post.	Pre.	Post.	Pre.	Post.	Pre.	Post.	Pre.	Post.
Sujeto 1	0	0	2	2	3	2	4	4	2	4	3	2
Sujeto 2	1	1	2	1	3	2	3	4	4	2	4	4
Sujeto 3	0	0	1	0	3	2	1	2	1	1	1	1
Sujeto 4	0	0	0	0	3	2	3	3	2	3	2	1
Sujeto 5	2	0	2	2	4	2	4	4	4	4	4	4

Discusión

Tras la realización de la intervención, en la que se pretendía analizar la efectividad del programa de intervención de tipo cognitivo-conductual en formato grupal, basado en Barlow y Craske (2006), para el tratamiento del trastorno de pánico con o sin agorafobia en una muestra ambulatoria española, los resultados obtenidos avalan dicha efectividad, si bien, se esperaba una reducción de los síntomas aún mayor.

Después de 12 sesiones, unas 24 horas de intervención, se observó que el tratamiento produjo una reducción de los síntomas de pánico y agorafobia en la mayoría de las pacientes. En cuanto a las escalas que no eran objetivo específico del tratamiento, las puntuaciones obtenidas en depresión, tuvieron también una mejora en la mayoría de las pacientes, por el contrario, no se produjo una mejora de la sintomatología ansiosa. Los resultados que se obtuvieron no coinciden con los hallados en otras investigaciones similares, como el estudio del grupo de Clark y cols. (1994) en el que un 80% de pacientes lograron un alto estado de funcionamiento final; el trabajo de Telch et al. (1993) en el que sometieron a prueba la eficacia la Terapia de Control del Pánico aplicada en grupo y obtuvieron que en el postratamiento un 85% de los pacientes estaban libres de pánico frente a un 30% de los pacientes de la condición de control; o estudios como los de Bouchard y cols. (1996), Williams y Falbo (1996) y J.G. Beck, Stanley, Baldwin, Deagle y Averill (1994) citados en (Botella, 2001), en el que los pacientes alcanzaron mejoras muy significativas incluso en la sintomatología concomitante al trastorno de pánico.

De los 10 pacientes que comenzaron el tratamiento, 4 abandonaron, eso supone una tasa de abandono del 40%, muy por encima de lo arrojado por otros estudios de efectividad (Mitte, 2005).

Consideramos que son varias las razones a las que achacar el hecho de que la sintomatología patológica no haya disminuido en mayor medida. La primera razón, el pequeño tamaño de la muestra; la segunda, la no realización por parte de las pacientes de los ejercicios y actividades mandados para casa, los cuales son primordiales y parte fundamental de esta intervención; la tercera, el hecho de que el manual de autoayuda sea una parte fundamental en el proceso de tratamiento y ello suponga una lectura diaria y una comprensión de conceptos nuevos, teniendo el grupo de pacientes un nivel cultural medio-bajo puede haber sido una limitación; y la cuarta razón a la que podemos también atribuir que la mejoría no haya sido mayor es que las ganancias secundarias del estado de baja laboral de todas las pacientes, las ha podido llevar a responder de manera exagerada a los cuestionarios en el postest, pensando que una evidente mejoría podría derivar en el alta médica.

La Terapia de Control de Pánico de Barlow y la Terapia Cognitiva del grupo de Clark, se encuentran entre los tratamientos bien establecidos más eficaces (Botella, 2001), además, ambas terapias disponen de manuales estructurados que facilita el aprendizaje por parte de los profesionales por lo que, pese a los discretos resultados obtenidos en nuestra intervención, son una buena opción de tratamiento por parte de los profesionales de la salud mental pública.

De cara a futuras intervenciones sería recomendable tener un grupo de control, tener acceso a una mayor muestra y realizar una entrevista motivacional con los pacientes antes de proceder a la intervención. Así mismo, habría que tener en cuenta el nivel socio-cultural del grupo para realizar una adaptación y simplificación del manual.

Referencias

- Agencia Laín Entralgo. (2008). *Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad en atención primaria*. Madrid: Agencia Laín Entralgo.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. 5ª Ed. Arlington.
- Bados, A. (2004). *Agorafobia y ataques de pánico*. Madrid: Pirámide.
- Bados, A., Gómez-Benito, J., & Balaguer, G. (7 de 2010). The State-Trait Anxiety Inventory, Trait Version: Does It Really Measure Anxiety? *Journal of personality assessment*, 92, 560-567.
- Baker, R. (Ed.). (1989). *Panic disorder: theory, research, and therapy*. Chichester ; New York: J. Wiley.
- Barlow, D. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic, 2nd ed.* New York, NY, US: Guilford Press.
- Barlow, D., & Craske, M. (2006). *Mastery of Your Anxiety and Panic: Workbook*. Oxford University Press.
- Barlow, D., Gorman, J., Shear, M., & Woods, S. (5 de 2000). Cognitive-Behavioral Therapy, Imipramine, or Their Combination for Panic Disorder: A Randomized Controlled Trial. *JAMA*, 283(19), 2529.
- Barlow, D., Raffa, S., & Cohen, E. (2002). Psychosocial treatments for panic disorders, phobias, and generalized anxiety disorder. En D. Barlow, S. Raffa, & E. Cohen,

A guide to treatments that work, 2nd ed. (págs. 301-335). New York, NY, US: Oxford University Press.

Beck, A., Steer, R., & Brown, G. (1996). BDI-II. Beck Depression Inventory-Second Edition. Manual. *San Antonio, TX: Psychological Corporation.*

Beck, A., Steer, R., Brown, G., Sanz, J., & Vázquez, C. (2011). *Manual. BDI-II. Inventario de Depresión de Beck-II (Adaptación española: Sanz, J., y Vázquez, C.).* Madrid: Pearson Educación.

Belloch, A., Sandín, B., & Ramos, F. (Edits.). (2008). *Manual de psicopatología (2 vols.).* Madrid: McGrawHill.

Bienvenu, O., Onyike, C., Stein, M., Chen, L.-S., Samuels, J., Nestadt, G., & Eaton, W. (5 de 2006). Agoraphobia in adults: Incidence and longitudinal relationship with panic. *British Journal of Psychiatry, 188(5), 432-438.*

Botella, C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno de pánico. *Psicothema, 13(3), 465-478.*

Buela, G., Guillén, A., & Seisdedos, N. (2011). *Cuestionario de ansiedad estado-rasgo. Octava edición (TEA ediciones ed.).* Madrid.

Clark, D., & Salkovskis, P. (1996). *Cognitive treatment of panic: therapists manual.* Department of psychiatry, University of Oxford, England.

Clark, D., Salkovskis, P., Hackmann, A., Middleton, H., Anastasiades, P., & Gelder, M. (1994). A Comparison of Cognitive Therapy, Applied Relaxation and Imipramine in the Treatment of Panic Disorder. *British Journal of Psychiatry, 164(6), 759-769.*

- Clum, G., Clum, G., & Surls, R. (4 de 1993). A meta-analysis of treatments for panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*(2), 317-326.
- Cox, B., Endler, N., Lee, P., & Swinson, R. (9 de 1992). A meta-analysis of treatments for panic disorder with agoraphobia: Imipramine, alprazolam, and in vivo exposure. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 23*(3), 175-182.
- Davidoff, J., Christensen, S., Khalili, D., Nguyen, J., & IsHak, W. (2012). Quality of life in panic disorder: looking beyond symptom remission. *Quality of Life Research, 21*(6), 945-959.
- Fonseca, E., Paino, M., Sierra, S., Lemos, S., & Muñiz, J. (2012). Propiedades psicométricas del "Cuestionario de ansiedad estado-rasgo" (STAI) en universitarios. *Revista internacional de psicología clínica y de la salud, 20*(3), 547-562.
- Haro, J., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., . . . ESEMeD-España, e. G. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clínica, 126*(12), 445-51.
- Keller, M., Yonkers, K., Warshaw, M., Pratt, L., Gollan, J., Massion, A., . . . Lavori, P. (5 de 1994). Remission and Relapse in Subjects with Panic Disorder and Panic with Agoraphobia: A Prospective Short-Interval Naturalistic Follow-Up. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 182*(5), 290-296.
- Klerman, G. (1991). Panic Attacks in the Community: Social Morbidity and Health Care Utilization. *JAMA, 265*(6), 742.

- Lidbeck, J. (6 de 2003). Group therapy for somatization disorders in primary care: maintenance of treatment goals of short cognitive-behavioural treatment one-and-a-half-year follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107(6), 449-456.
- Mattick, R., Andrews, G., Hadzi-Pavlovic, D., & Christensen, H. (9 de 1990). Treatment of Panic and Agoraphobia: An Integrative Review. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 178(9), 567-576.
- Ministerio Sanidad y Consumo. (2007). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Ministerio de sanidad y consumo centro de publicaciones.
- Mitte, K. (2005). A meta-analysis of the efficacy of psycho- and pharmacotherapy in panic disorder with and without agoraphobia. *Journal of Affective Disorders*, 88(1), 27-45.
- Moreno, P., & Martín, J. (2007). *Tratamiento psicológico del trastorno de pánico y la agorafobia: manual para terapeutas*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Ortega, J., & Ortuño, T. (2015). *Programa psicológico de intervención del pánico y la agorafobia* (1 ed.). Sevilla: Punto Rojo Libros S.L.
- Sánchez, J., Rosa, A., Marín, F., & Gómez, A. (2 de 2010). Psychological treatment of panic disorder with or without agoraphobia: A meta-analysis☆. *Clinical Psychology Review*, 30(1), 37-50.
- Sandín, B., & Chorot, P. (1997). *Cuestionario de Pánico y Agorafobia (CPA)*. UNED, Madrid.
- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R., Sánchez-Arribas, C., & Santed Germán, M. (5 de 2004). Cuestionario de pánico y agorafobia (CPA) : características de los

ataques de pánico no clínicos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 9(2).

Sanz, J., & García-Vera, M. (1 de 2013). Rendimiento diagnóstico y estructura factorial del Inventario para la Depresión de Beck–Segunda Edición (BDI-II) en pacientes españoles con trastornos psicológicos. *Anales de Psicología*, 29(1), 66-75.

Sanz, J., Perdigón, L., & Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14(3), 249-280.

Sharp, D., Power, K., & Swanson, V. (3 de 2004). A comparison of the efficacy and acceptability of group versus individual cognitive behaviour therapy in the treatment of panic disorder and agoraphobia in primary care. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 11(2), 73-82.

Spielberger, C., Gorsuch, R., & Lushene, R. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Consulting Psychologist Press, Palo Alto, California.

Spielberger, C., Gorsuch, R., & Lushene, R. (2008). *STAI. Cuestionario de ansiedad estado-rasgo (7ª ed. rev.)*. TEA, Madrid.

Telch, M., Lucas, J., Schmidt, N., Hanna, H., LaNae Jaimez, T., & Lucas, R. (1993). Group cognitive-behavioral treatment of panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 31(3), 279-287.

Tsao, J., Mystkowski, J., Zucker, B., & Craske, M. (7 de 2005). Impact of cognitive-behavioral therapy for panic disorder on comorbidity: a controlled investigation. *Behaviour Research and Therapy*, 43(7), 959-970.

Van Balkom, A., Bakker, A., Spinhoven, P., Blaauw, B., Smeenk, S., & Ruesink, B. (8 de 1997). A Meta-Analysis of the Treatment of Panic Disorder with or without Agoraphobia: A Comparison of Psychopharmacological, Cognitive-Behavioral, and Combination Treatments. *The Journal of Nervous & Mental Disease*, 185(8), 510-516.

White, K., Brown, T., Somers, T., & Barlow, D. (1 de 2006). Avoidance behavior in panic disorder: The moderating influence of perceived control. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 147-157.



Apéndices

Actividades desarrolladas.

La intervención tuvo un total de 12 sesiones de dos horas de duración con periodicidad semanal. Se llevaron a cabo en la Sala de Juntas del centro de salud del Acequión en Torre vieja en horario de 12.30 a 14.30 horas.

Sesión 1

- Anamnesis del problema de ansiedad/pánico:
 - Síntomas
 - Inicio
 - Evolución
 - Factores relacionados
 - Tratamiento
- Abordaje de expectativas, motivación y miedos hacia la terapia.
- Presentación y explicación del plan de tratamiento:
 - Número, frecuencia y duración de las sesiones.
 - Contenido y secuenciación de las sesiones.
- Cumplimentación de los instrumentos de evaluación complementarios.
 - Explicación y modelado de los registros: “Registro de crisis de pánico” y de la “Evolución semanal del paciente”

Parte I: Psicoeducación

- Explicar a los pacientes cuál es su problema, por qué se produce, cuáles son los elementos implicados y las líneas de actuación.

Sesión 2

- Presentación y explicación del concepto de Ansiedad: La ansiedad adaptativa vs patológica; manifestaciones de la ansiedad: respuesta cognitiva, emocional,

fisiológica y conductual; el desarrollo y mantenimiento de la ansiedad: círculo de la ansiedad.

- Explicación del problema del pánico: definición, sintomatología e inicio del trastorno. Se enfatiza el carácter inofensivo de las crisis. Rueda con caso personal.
- Se mandan para casa que escriban ejemplos propios en los que se produce el círculo de la ansiedad y cómo se manifiesta en las distintas situaciones su ansiedad.

Sesión 3

- Introducción de los factores implicados mantenedores del pánico. Explicación del concepto de círculo vicioso del pánico
- Tres son los factores principales implicados en el pánico: el miedo o peligro aprendido, la hiperventilación y las interpretaciones o pensamientos catastrofistas.
- Presentación de las estrategias básicas para cortarlo.
- Complicaciones: Agorafobia. Diferencia entre ansiedad y pánico.
- Rueda con caso personal, práctica, ejercicios libro.

Parte II: Entrenamiento en estrategias de manejo de la ansiedad y el miedo.

- Se enseña a los pacientes una nueva actitud más favorable y una serie de habilidades que le permitan afrontar eficazmente las crisis de pánico y el temor asociado.

Sesión 4

- Abordaje del papel de la hiperventilación en el pánico. Práctica del ejercicio de la hiperventilación.
- Explicación, modelado y práctica de las técnicas de respiración diafragmática y lenta (posición acostado).

- Práctica de la respiración diafragmática (en posición de sentado y de pie)
- Presentación de otras técnicas útiles para el manejo de la ansiedad y el pánico y entrenamiento en aquella estrategia que sea necesaria.
- Rueda, ejercicios, registros.

Sesión 5

- Introducción del modelo cognitivo: explicación e identificación de los pensamientos negativos en el pánico. Estrategia de “cambio de pensamiento”.
- Cuestionamiento de tus pensamientos de miedo I: cuestionar las ideas y la experiencia del pánico y la capacidad para afrontarlo.
- Sustitución por otros pensamientos más realistas
- Rueda, práctica, ejercicios libro.

Sesión 6

- Discusión cognitiva: explicación y práctica de estrategias generales.
- Cuestionamiento de tus pensamientos de miedo II: análisis probabilidad ocurrencia de lo temido, desdramatización de las consecuencias método de la encuesta, reatribuir el malestar a otros motivos, experimentos conductuales, valorar la utilidad de los pensamientos.
- Rueda, práctica, ejercicios libro.

Sesión 7

- Discusión cognitiva: descripción y práctica de estrategias concretas. Otros métodos de cuestionamiento cognitivo.
- Elaboración de autoinstrucciones positivas o frases de afrontamiento
- Otras técnicas adicionales: parada de pensamiento, exposición y eliminación de las medidas de seguridad, distracción, relajación.
- Rueda, práctica, ejercicios libro.

Sesión 8

- Resumen del afrontamiento: ¿Qué hacer ante una crisis de pánico?
- Reflexión y evaluación de la mejoría conseguida y de las dificultades que aún persisten.

Sesión 9

- Explicación de la necesidad de enfrentarse a los temores
- Elaboración de un listado de los síntomas temidos
- Presentación de las normas de la exposición.
- Enfrentamiento en consulta a los síntomas.
- Explicación de la exposición a los síntomas temidos a través de actividades cotidianas.

Parte III: Afrontamiento y superación del pánico en la vida diaria

En esta fase se pretende que la persona se enfrente en la práctica a sus miedos, aplicando las estrategias aprendidas como forma de superarlos definitivamente

Sesión 10

- Supervisión de la exposición en las actividades cotidianas: dificultades encontradas y aclaración de dudas.
- Explicación de la exposición a las situaciones temidas: elaboración de la jerarquía de la exposición a actividades cotidianas y motivación para los enfrentamientos en casa.

Sesión 11

- Supervisión de la exposición a las situaciones temidas: dificultades encontradas y aclaración de dudas.
- Repaso de todo el bloque de exposición, destacando el nivel de seguimiento de las normas de exposición.

Parte IV: Prevención de recaídas

Sesión 12

- Resumen de la terapia y valoración final de los progresos conseguidos y de los aspectos que hay que seguir trabajando.
- Abordaje de la prevención de recaídas.
- Satisfacción con el tratamiento. Aspectos de la terapia a reforzar y a corregir.
- Administración post-tratamiento de los instrumentos de evaluación.
- Despedida.



Figuras de los resultados pre y post intervención de todas las variables analizadas de cada paciente por separado

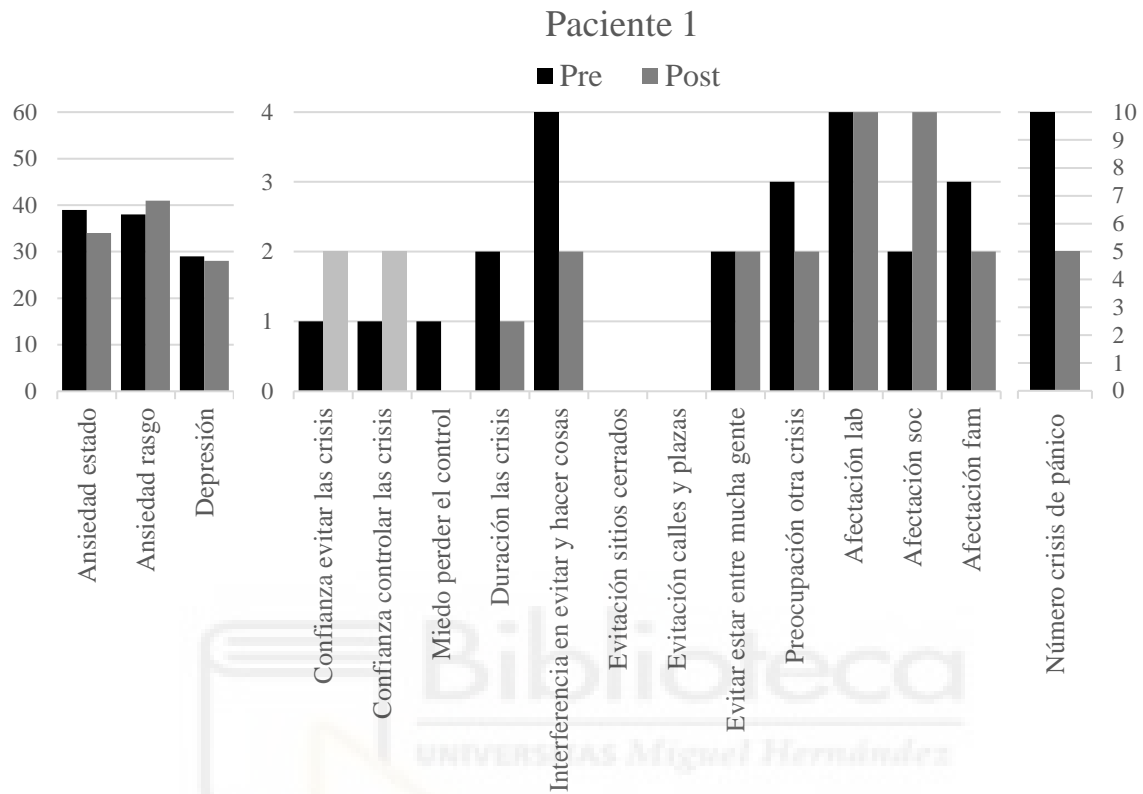


Figura 1. Resultados pre tratamiento y post tratamiento del paciente1

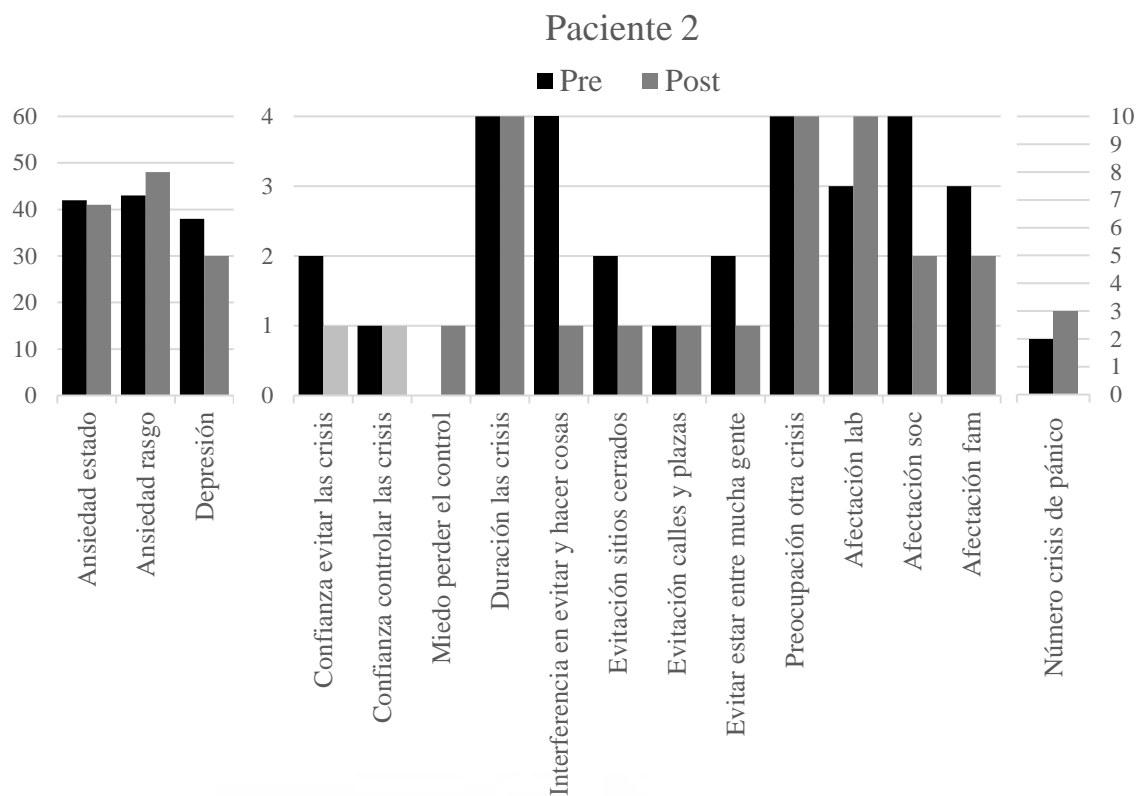


Figura 2. Resultados pre tratamiento y post tratamiento del paciente 2

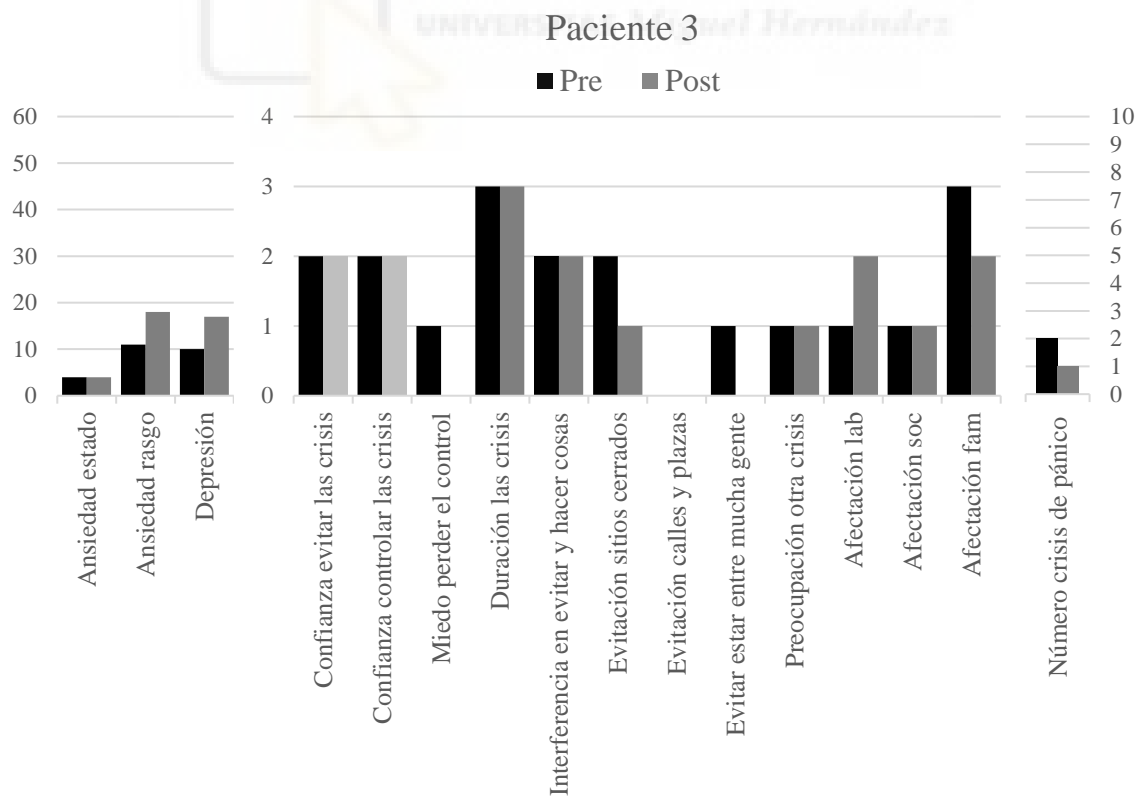


Figura 3. Resultados pre tratamiento y post tratamiento del paciente 3

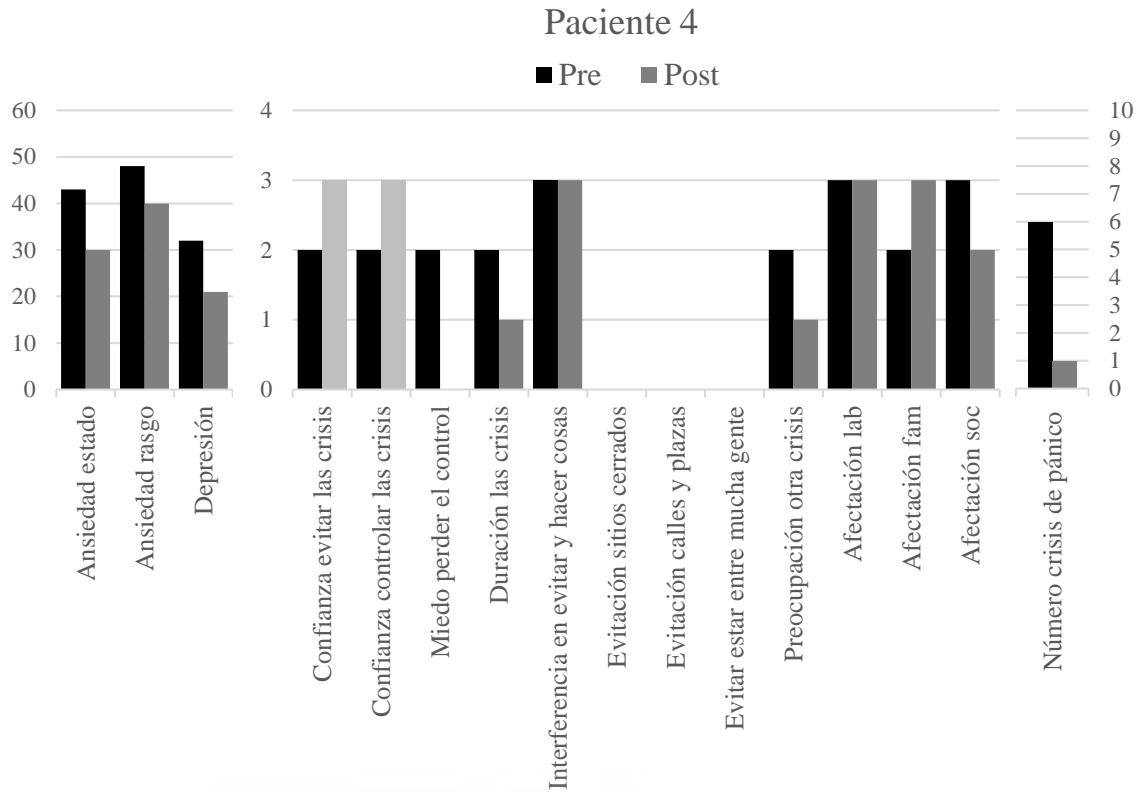


Figura 4. Resultados pre tratamiento y post tratamiento del paciente 4

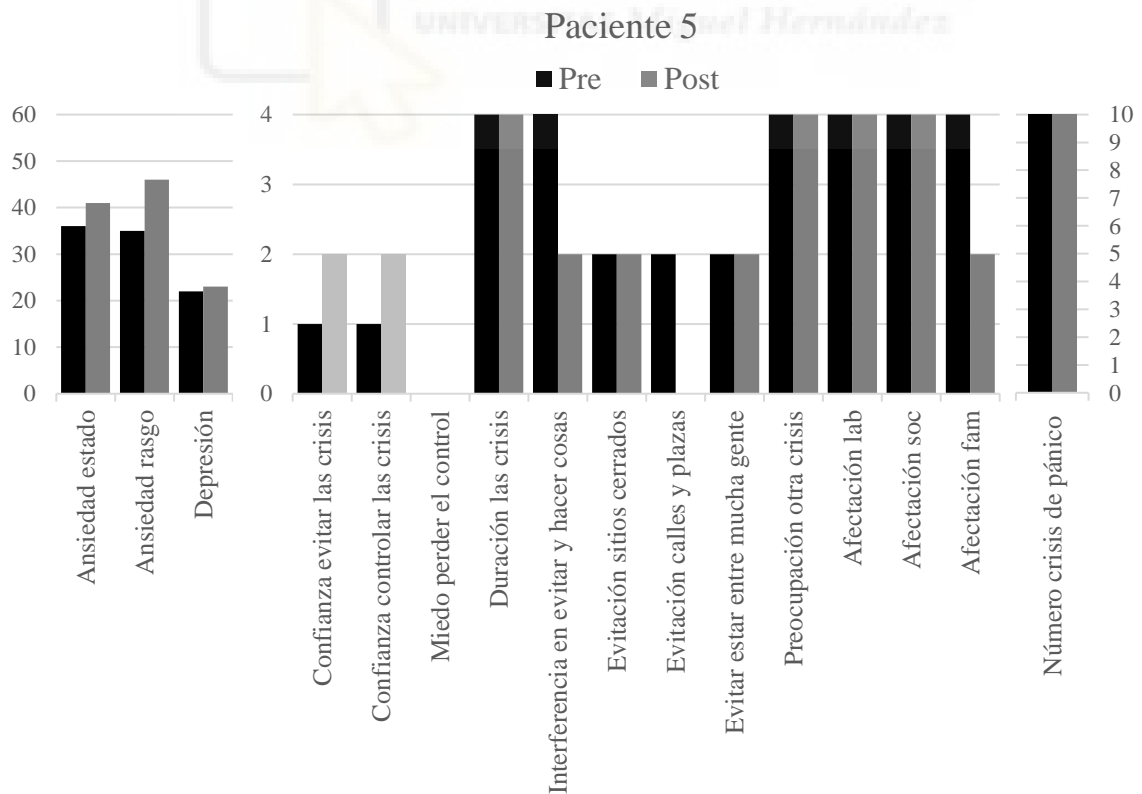


Figura 5. Resultados pre tratamiento y post tratamiento del paciente 5

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL SEGUIMIENTO Y ANÁLISIS INTERVENCIÓN
DEL PÁNICO Y AGORAFOBIA DE LA USM HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TORREVIEJA**

D.
como paciente, de años de edad, con domicilio en
..... DNI nº

DECLARO:

Que la estudiante en prácticas del Máster de Psicología General Sanitaria de la UMH de Elche, Ana María Bermejo Nieto, me ha explicado que:

A través de la Unidad de Salud Mental del Hospital Universitario de Torrevieja, va a realizar el estudio de una intervención psicológica del Trastorno de Pánico y Agorafobia.

Para ello consiento el acceso a mis datos personales y clínicos, así como hacer seguimiento de mi evolución, para ser utilizado en el citado proyecto de investigación.

Yo no recibiré ninguna compensación económica ni otros beneficios.

La decisión de permitir el análisis de mis datos es totalmente voluntaria, pudiendo negarme e incluso pudiendo revocar mi consentimiento en cualquier momento, sin tener que dar ninguna explicación.

La información sobre mis datos personales y de salud será incorporada y tratada en una base de datos cumpliendo con las garantías que establece la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal y la legislación sanitaria.

Otorgo mi consentimiento para que el Hospital Universitario de Torrevieja a través de la Unidad de Salud Mental y la alumna del MPGS Ana María Bermejo Nieto, utilicen mis datos para la investigación, manteniendo siempre mi anonimato y la confidencialidad de mis datos.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y en tales condiciones estoy de acuerdo y **CONSIENTO PERMITIR EL USO DE MIS DATOS CLÍNICOS Y DEMOGRÁFICOS PARA INVESTIGACIÓN.**

En Torrevieja..... de Septiembre de 2018

Firma del paciente

Fdo.:

(Nombre y dos apellidos)