

Intervención con Realidad Virtual en un caso de Agorafobia

M^a DOLORS MAS DELBLANCH

Psicóloga general sanitaria col.17222

Máster en Psicología clínica y de la salud

Máster en Neurociencias

GABINETE DE PSICOLOGÍA Y
PSICOPEDAGOGÍA

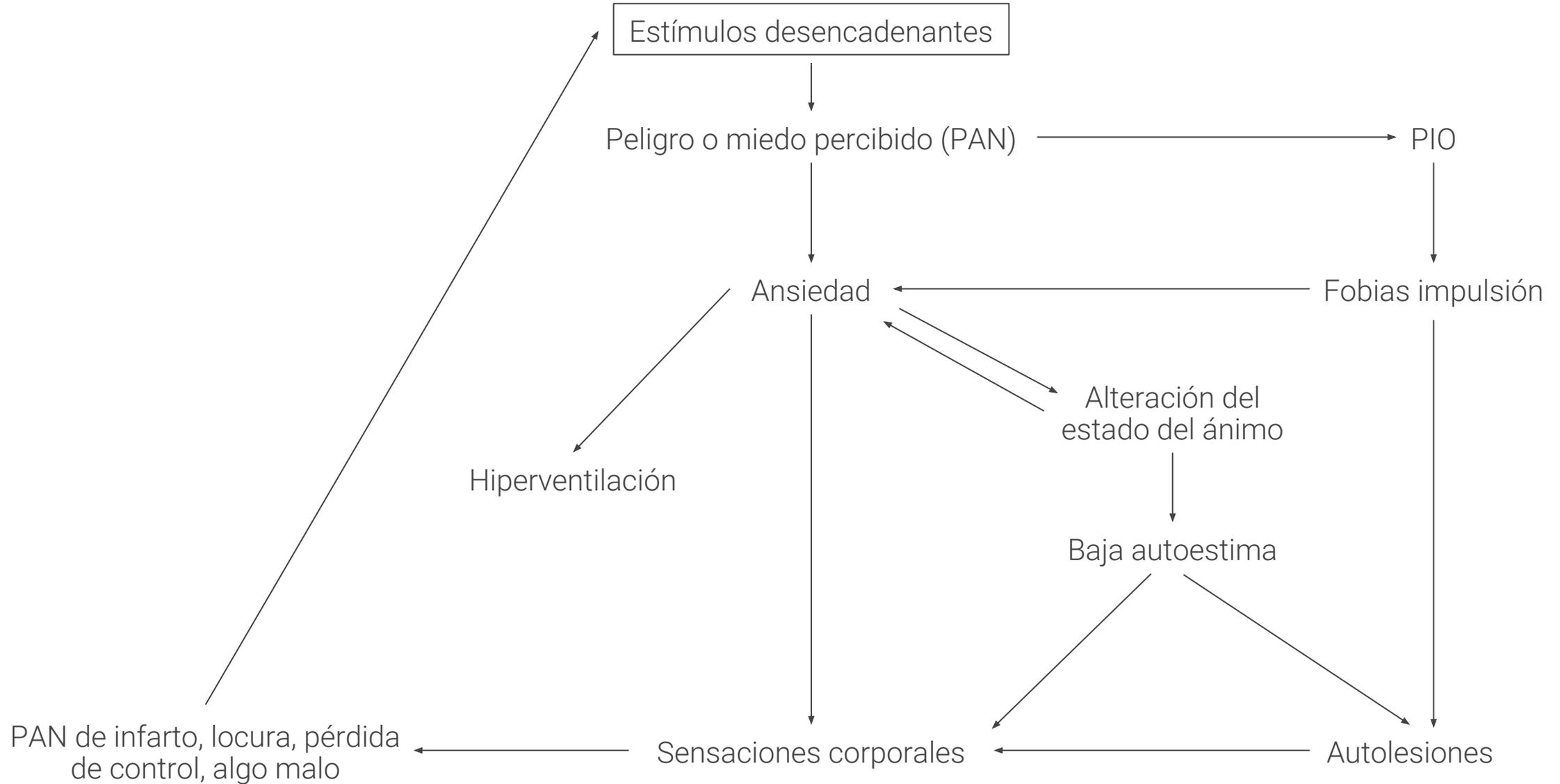
www.dolorsmaspsicologa.com



- Cristina, 21 años
- Estudiante y trabajadora
- Con novio, desde hace dos años, y un ambiente familiar ligeramente disfuncional, que suple con sus numerosas amistades
- Acude, con anterioridad, a otros psicólogos dónde le diagnostican TLP y TA con agorafobia, respectivamente. En ambos casos, se le indica que el mejor tratamiento es un antidepresivo. Abandona. No quiere medicación. Sigue sin tomar
- Antecedentes psicológicos: trastorno dismórfico corporal, autolesiones, amaxofobia, acrofobia, sonofobia, brontofobia
- Antecedentes físicos: Hipertiroidismo clínico, de un año de evolución, sin medicación
- Resistencia a remarcar: idealización de la agorafobia como “algo bueno”



- La OMS (OMS,1999) define la agorafobia como un conjunto de fobias relacionadas entre si y, a veces, solapadas, como pueden ser el temor a salir del hogar, a entrar en tiendas o almacenes, a las multitudes, a los lugares públicos o a viajar sólo en metro, tren, autobús o avión, que producen una intensa ansiedad, además, de conductas de evitación de tales situaciones temidas.
- Algunas personas llegan a quedar completamente confinadas en sus casas, con lo que es un trastorno altamente incapacitante. A muchos pacientes, les aterra la posibilidad de desmayarse o quedarse solos, sin que puedan recibir ayuda.
- La prevalencia total de la agorafobia (con o sin crisis de pánico) gira alrededor del 3'5% de la población general aunque los datos varían mucho, según el estudio elegido
- El trastorno predomina en mujeres, con una prevalencia del 1'4-2'9% de la población general y la tasa de incidencia entre 1'5-3'5%



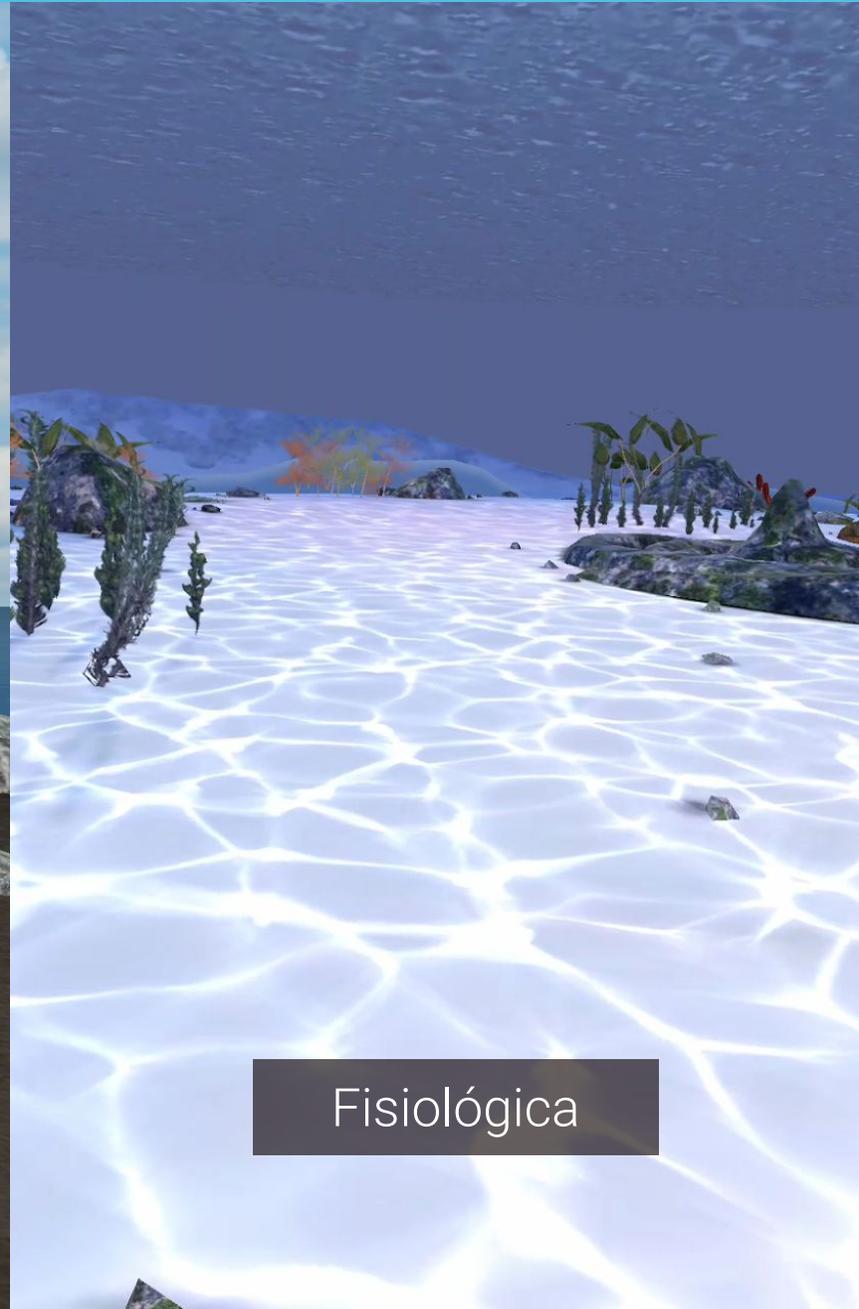
- Paciente que acude por trastorno de ansiedad generalizada con agorafobia más frecuentes crisis de pánico, con conductas de evitación de lugares muy abiertos o muy cerrados, medios de transporte, aula, lugares elevados, acompañado de sintomatología física somatizada ante la elevada ansiedad
- Parte de la ansiedad se transforma en alteraciones del estado de ánimo, creando un bucle que se retroalimenta
- Todo ello acompañado de PIO y PAN muy ansiógenos
- Los PIO le producen fobias de impulsión que le conducen a comportamientos autolíticos como las autolesiones
- Todo ello produce sintomatología psicológica florida
- Elevada interferencia en su vida



Cognitiva



Emocional



Fisiológica



ENTREVISTAS

- Entrevista estructurada de los trastornos de ansiedad, según el DSM-IV (ADIS-IV-L)

ESCALAS

- Escala de interferencia

INVENTARIOS

- Inventario de movilidad para la agorafobia
- Inventario de evaluación de la personalidad (PAI)

CUESTIONARIOS

- Cuestionario de sensaciones corporales
- Cuestionario de cogniciones
- Cuestionario de ataques de pánico
- Cuestionario de conductas objetivo
- Cuestionario de pánico y agorafobia (CPA)



- Alianza terapéutica fuerte. Buena adherencia al tratamiento. Eliminar resistencias e impedir el abandono
- Psicoeducación paciente y familiares
- RC de los PAN y PIO. Trabajar distorsiones cognitivas
- Técnicas cognitivas de afrontamiento
- RV para reducir las respuestas ansiógenas, aumentando, lentamente, entornos y tiempo de exposición a los mismos
- AVD que le produzcan placer, satisfacción, relajación,...
- Autoexposición gradual con un coterapeuta de confiabilidad, progresivamente, menor
- Identificar y retirar, gradualmente, las señales de seguridad o conductas defensivas
- Autoexposición sin coterapeuta
- Distinción entre ansiedad normal y patológica, contratiempo y recaída

Sesión 1

Psicoeducación paciente
Necesidad co-terapeuta

TC de la sesión 1

Diario de ansiedad y trastorno de pánico

Sesión 2-5

Tipos de respiración
Hiperventilación
Relajación progresiva de Jacobson
Imaginación guiada
Se familiariza con la Plataforma
Se le pasa Y-BOCS

TC de la sesión 2-5

Practicar tipos de respiración y ejercicios de imaginación guiada
Realizar actividades distractoras de la ansiedad
Realizar una salida, por ejemplo, a un centro comercial y auto-registro de ansiedad, sensaciones fisiológicas, cambios conductuales, pensamientos negativos

Sesión 6

Jerarquía con los PAN más ansiógenos más RC
Trabajar distorsiones cognitivas
Parada de pensamiento

TC de la sesión 6

Practicar todas las técnicas aprendidas
Diario de AS y TP

Sesión 7

Sesión con su novio

Sesión 8-11

Iniciamos RV con entornos poco ansiógenos:

- Plaza, sol, poca gente. En la Sesión 10, uso HV y TQ
- Acrofobia, Barcelona, distancia alejada
- Relajación bajo el mar con respiración diafragmática

TC de la sesión 8-11

Practicar todas las técnicas aprendidas
Diario de AS y TP
Escritura terapéutica

Sesión 12

Sesión con los padres

Sesión 13-15

Se inicia RV con entornos algo más ansiógenos:

- Plaza, sol, poca gente, señales interoceptivas
- Habitación, parada en el pasillo

Entornos nada ansiógenos:

- Rellano piso
- Mindfulness escaneo corporal

Autoinstrucciones

TC de la sesión 8-11

Diario de AS y TP

Practicar técnicas de respiración y relajación

Propongo terapia de autoexposición con ayuda de coterapeuta de mucha confianza

Sesión 16-18

Entornos progresivamente más ansiógenos:

- Plaza
- Metro
- Avión
- Ascensor de cristal
- Mercado concurrido

TC de la sesión 16-18

Diario de AS y TP

Poner en práctica técnicas ya aprendidas

Proseguir autoexposición con coterapeuta

Sesión 19-21

Ante estabilización, aumentamos entornos ansiógenos y añadimos EMDR:

- Plaza
- Ascensor de cristal
- Habitación
- EMDR

TC de la sesión 19-21

Diario de AS y TP

Poner en práctica técnicas ya aprendidas

Proseguir autoexposición con coterapeuta

Sesión 22-24

Ha aumentado mucho la autoexposición con coterapeutas, progresivamente, de menor confianza

Entornos de RV muy ansiógenos:

- Avión, día lluvioso, predicción tormenta, lado ventanilla
- Ascensor cristal, nivel 5, mirando al horizonte y hacia abajo
- Plaza, mucha gente, sol, conversaciones ansiógenas
- Metro, mucha gente, trayecto medio, entorno limpio, TQ,HV alta, vibración
- Mindfulness de escaneo corporal

TC de la sesión 22-24

Diario de AS y TP

Poner en práctica técnicas ya aprendidas

Proseguir autoexposición con coterapeuta, cada vez menos fiable

Sesión 25-28

Entornos muy ansiógenos:

- Plaza, mucha gente, conversaciones ansiógenas, paciente en movimiento
- Metro, mucha gente, entorno sucio, trayecto largo, vibración elevada, avería, TQ, HV, paciente de pie
- Ascensor de cristal hasta terraza, avería, TQ, HV, paciente de pie, conversación ansiógena
- Video playa
- EMDR
- Relajación bajo el mar con respiración diafragmática

TC de la sesión 25-28

Aumentar la autoexposición con coterapeuta a cierta distancia hasta conseguir autoexposición sola

Plaza

Suele cruzar una plaza, para ir a ver a un amigo. Antes la rodeaba, para no pasar por ella. En la actualidad, la cruza por el medio

Metro

En la actualidad, ya lo puede coger, sola o acompañada

Ascensor de cristal

Le recuerda a un ascensor similar que existe en una de las líneas de metro que tiene que tomar para volver a casa, si va a Barcelona, con lo cual, aunque se acomoda progresivamente, éste es uno de los entornos que aún nos está costando

Avión

Ha hecho ya varios viajes cortos, sin problemas

Habitación

Al estrechar la misma, es una sensación parecida a la que tiene en su aula. El curso pasado, le fue mal. Este curso, se ha atrevido con asignaturas de los dos cursos y, no hay problema de pasar las horas libres, estudiando en una aula

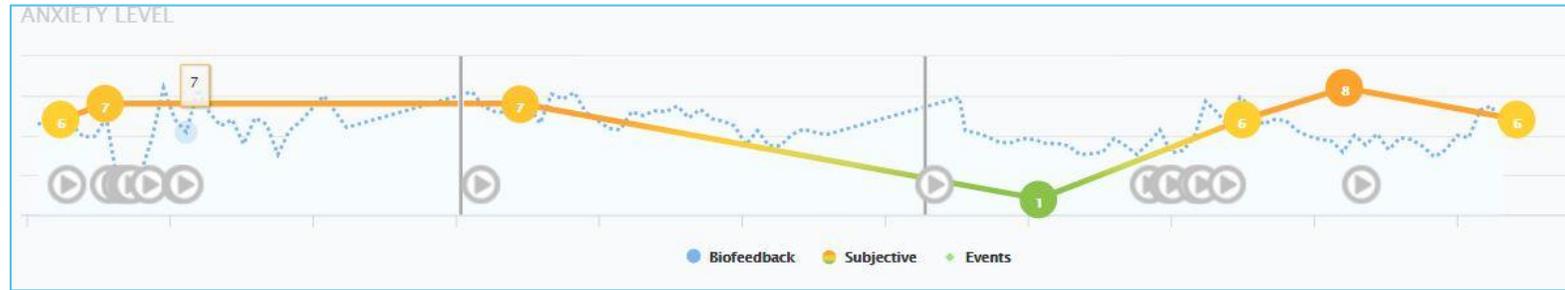
Playa

La paciente experimentaba mucha ansiedad ante este entorno por la llegada de PAN que le generaban el bucle que hemos visto. Sigue sin poder ir

Relajación bajo el mar

Observamos que, al dejar para el final este entorno, en todos los casos, aumentaba la ansiedad. Fue sustituido por diversos tipos de mindfulness

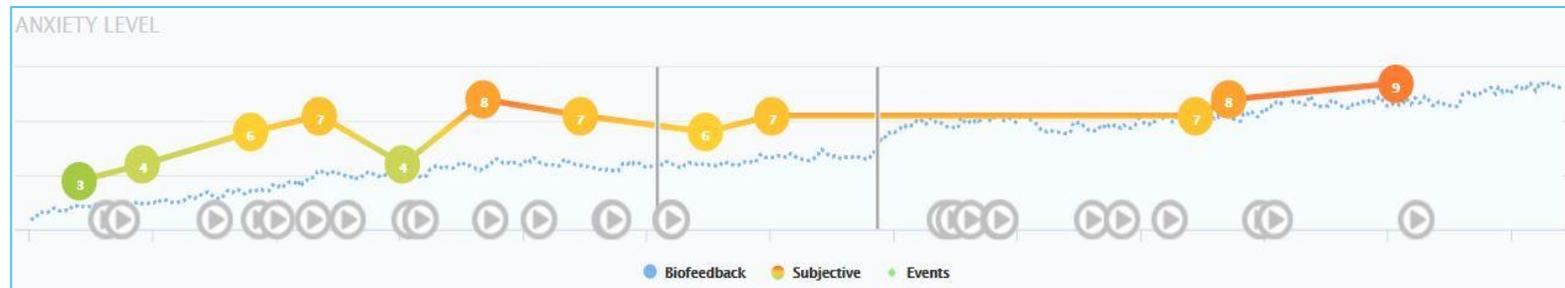
20 Julio 2016



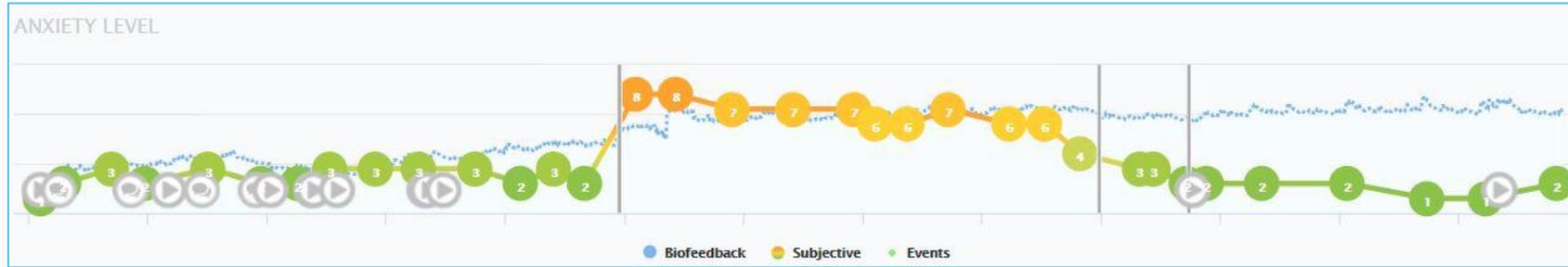
23 Agosto 2016



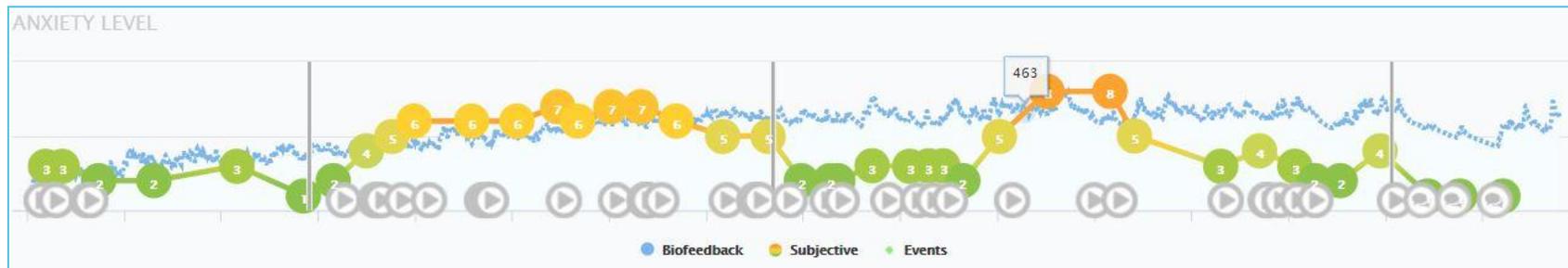
7 Diciembre 2016



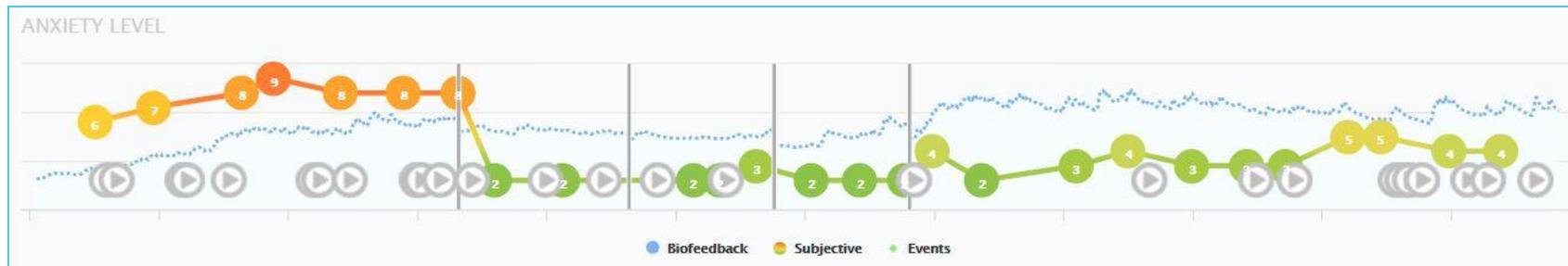
27 Octubre 2017



1 Junio 2017



20 Abril 2017





- Es importante tener en cuenta la colaboración del coterapeuta dirigida a identificar, discutir y cambiar los patrones de interacción que pudieran estar impidiendo la superación de la agorafobia y puede ayudar a que exista menor resistencia al tratamiento así como mayor adherencia al mismo y, por tanto, menos abandono. Hemos visto que la paciente obtiene mejores resultados con aquellas personas a las que considera “de su confianza”
- La TCC es un tratamiento eficaz para la mayoría de los otros aspectos de la agorafobia (frecuencia de pánico, preocupación por el pánico, interferencia) así como problemas asociados; ansiedad general y humor deprimido. Es efectiva y eficiente porque tiende a producir menor abandono del tratamiento y menos recaídas en ataques de pánico
- La combinación con RV aumenta la eficacia del tratamiento conjunto



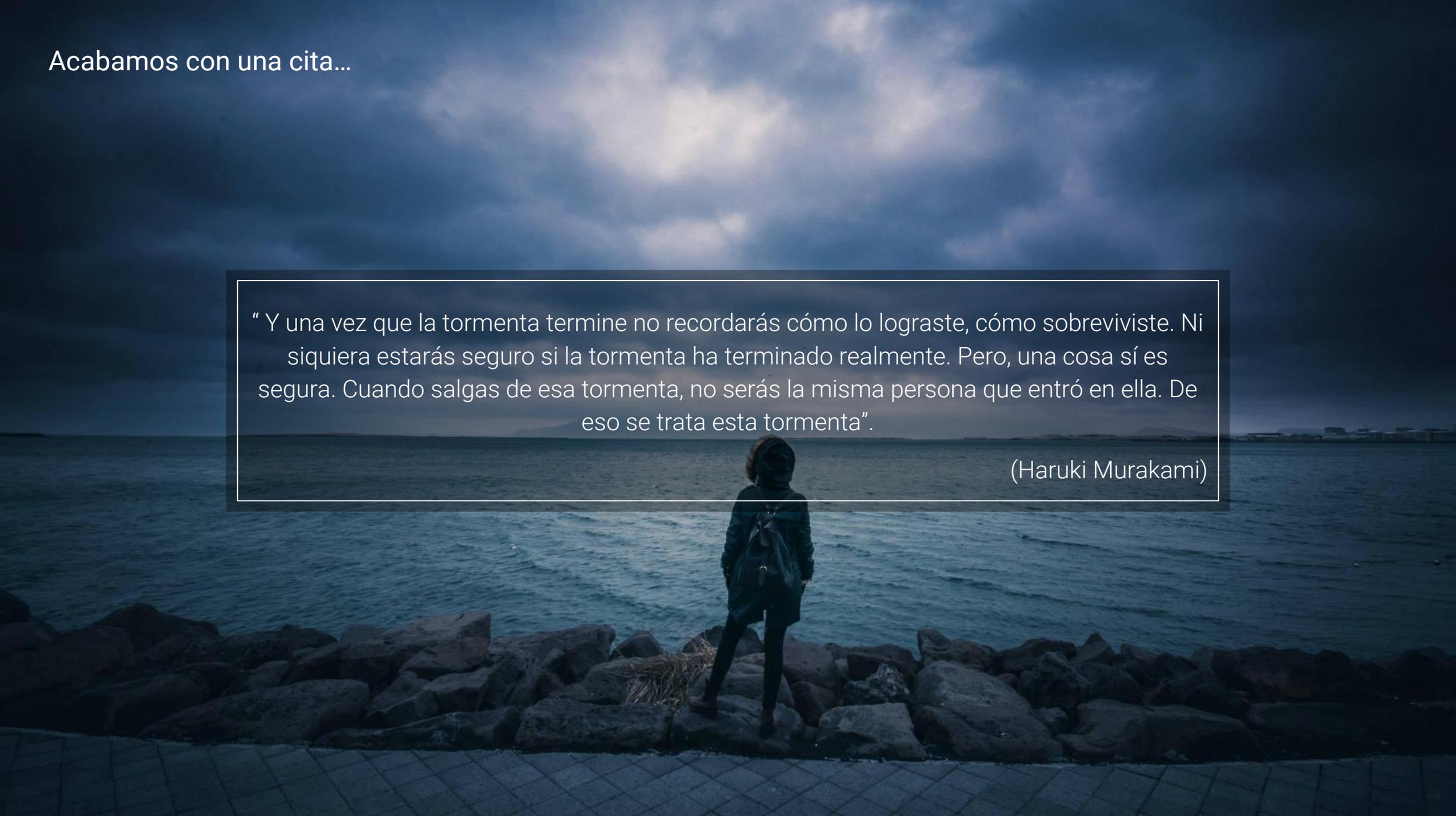
DUDAS QUE PUEDEN APARECER AL DISEÑAR EL TRATAMIENTO

- Complicación acerca de determinar estímulos realmente agorafóbicos ya que, aunque se preparen varios entornos, para mejorar la validez ecológica, no podemos estar seguros de que sean los mejores escenarios
- Se debería poder determinar la eficacia diferencial, según si la agorafobia es crónica o aguda
- La necesidad de escoger adecuadamente los entornos para prevenir los abandonos prematuros debidos al propio estímulo fóbico que genera el mismo

Acabamos con una cita...

“ Y una vez que la tormenta termine no recordarás cómo lo lograste, cómo sobreviviste. Ni siquiera estarás seguro si la tormenta ha terminado realmente. Pero, una cosa sí es segura. Cuando salgas de esa tormenta, no serás la misma persona que entró en ella. De eso se trata esta tormenta”.

(Haruki Murakami)



- Chambless,D.L.,Caputo,G.C.,Jasin,S.E.,Gracely,E.J.,Williams,C.(1985) The mobility Inventory for agoraphobia (IM) Behaviour Research and Therapy, 23,35-44
- Chambless.D, Caputo, G.C., Bright,P.,Gallagher,R.(1984) The body sensations questionnaire (BSQ) Assessment of fear in agarophobics: the BSQ and the agarophobics cognitions questionnaire. Journal of Consulting and Clinical Psychology,52,1090-1097
- Chambless,D.L.,Caputo,G.C.,Bright,P.Gallagher,R.(1984) The agarophobics cognitions questionnaire (ACQ) Journal of Consulting and Clinical Psychology,52,1090-1097
- Michelson,L.,Mavissakalian,M.,Marchione,K.(1988) Panick attack questionnaire (PAQ) Cognitive,behavioral,and psychophysiological treatments of agarophobia: a comparative outcome investigation. Behavior therapy,19,97-120
- Echebarría, E et al. (1988) Escala de interferencia. Interacciones entre las terapias conductuales (autoexposición) y las benzodicepinas en el tratamiento de la agorafobia sin crisis de angustia. Universidad País Vasco. Proyecto de Investigación
- Sandín, B., Charot,P.,Valiente,R.M.,Sánchez-Arribas,C.,Santed,M.A.,(2004) Cuestionario de pánico y agorafobia (CPA) Revista de psicopatología y psicología clínica, vol.9,nº2,pp.139-161

- López,A.G.(2010) TCC de una paciente con agorafobia y trastorno de pánico.Apuntes de Psicología,vol 28,nº3,pp.415-424
- Weismann,M.M.et al (1997) The cross-national epidemiology of panic disorder.Archives of General Psychiatry,54(4),305-309
- Bados, A. (2001) Tratamientos psicológicos eficaces para la agorafobia.Psicothema, vol 13, nº 3, pp.453-464