

## **INFORME PERICIAL PSICOLÓGICO: AGORAFOBIA, FUNCIONAMIENTO LABORAL Y EXTINCIÓN LABORAL**

Víctor Dujó López<sup>1</sup>

Pedro José Horcajo Gil

*Psicólogos Forenses en el ámbito privado*

*Máster en Psicología Clínica Legal y Forense, Máster en Psicología General Sanitaria*

*Doctorandos en Psicología Forense*

*Universidad Complutense de Madrid*

### **Resumen**

El despido disciplinario, contemplando en el artículo 54 y 55 de la Ley del Estatuto de los Trabajadores (Real Decreto Legislativo 2/2015 de 23 de octubre), se define como la extinción del contrato laboral por decisión del empresario a consecuencia de un incumplimiento grave por parte del trabajador de los deberes contractuales. El Tribunal Supremo señala que, para que se dé un despido disciplinario, deben existir incumplimientos de gravedad y cierto grado de culpabilidad por parte del trabajador, por lo que han de valorarse de manera individualizada los antecedentes y circunstancias concurrentes. En el presente escrito, se abordará un informe psicológico forense en el contexto de un caso de despido disciplinario por faltas de asistencia y puntualidad reiteradas en un sujeto con un diagnóstico de Trastorno Depresivo Recurrente, Trastorno de Ansiedad Generalizada y Agorafobia, teniendo la clínica agorafóbica un impacto incapacitante en el funcionamiento normal de la evaluada, y siendo el objeto del informe, valorar la contingencia entre la clínica descrita y la interferencia en el desempeño laboral.

**PALABRAS CLAVE:** *agorafobia, funcionamiento laboral, derecho laboral, informe pericial psicológico.*

### **Abstract**

Disciplinary dismissal, under Articles 54 and 55 of Workers' Rights Act (Royal Legislative Decree 2/2015 of October 23rd), can be defined as termination of the employment by the employer based on the worker's failure to fulfill the contractual obligations. Supreme Court states disciplinary dismissal must be fulfilled if serious infringements and a certain degree of guilt exist on the side of the employee. Therefore, backgrounds records and concurrent circumstances must be evaluated. This paper approaches a forensic report in the context of a disciplinary dismissal as a result of lack of punctuality, unjustified and repeated absences from an individual diagnosed with Recurrent-Depressive Disorder, Generalized Anxiety Disorder and Agoraphobia. Taking into consideration the incapacitating impact of agoraphobia symptoms on the person assessed, the report submitted is aimed to evaluate contingency between the set of symptoms described above and interference in job performance.

**KEYWORDS:** *Agoraphobia, work functioning, labour law, psychological forensic report.*

---

<sup>1</sup> *Correspondencia:* Víctor Dujó López (Dujó, V.).  
*Correo electrónico:* [victordujo@psicologia-forense-madrid.es](mailto:victordujo@psicologia-forense-madrid.es)  
*Fecha de recepción del artículo:* 18-9-2016  
*Fecha de aceptación del artículo:* 25-10-2016

### **Introducción al concepto clínico de agorafobia**

La Agorafobia queda definida como un miedo o ansiedad acusados que aparecen cuando la persona se expone a situaciones (dos o más) prototípicamente agorafóbicas, como pueden ser hacer colas, utilizar el transporte público o estar en espacios abiertos, existiendo respuestas de evitación activas ante el temor de encontrarse en situaciones de difícil escape, en caso de que aparezcan síntomas relacionados con la angustia o incapacitantes que pudieran ser motivo de vergüenza. (American Psychiatric Association, 2013).

A diferencia del DSM-IV, el diagnóstico de la agorafobia en el DSM-5 aparece de manera independiente, sin ligazón alguna. Otro cambio es la necesidad, para establecer un diagnóstico diferencial con otros tipos de fobia específica, de que la respuesta de miedo-ansiedad-evitación se de en dos o más situaciones típicamente agorafóbicas, añadiendo el criterio temporal de duración mínima de 6 meses. Igualmente, se elimina la necesidad de que los sujetos mayores de 18 años identifiquen la irracionalidad o exceso de sus miedos, siendo el clínico quien determinara si la ansiedad es excesiva, basándose en factores culturales y contextuales (Feliú, 2014).

La agorafobia es uno de los diagnósticos más invalidantes, siendo uno de los elementos centrales de este trastorno el miedo a perder el control sobre las propias reacciones (Zaldívar, 1998), lo que lleva a estos pacientes a vivir con un continuo “miedo al miedo”, guiándose paulatinamente por patrones conductuales generalizados de evitación y escape de todas aquellas situaciones asociadas a la pérdida de control. Las personas que padecen agorafobia tienen miedo o angustia ante el mero hecho de sentir estas emociones, por lo que la respuesta de evitación se eleva como funcional y adaptativa a corto plazo, pero incapacitante a largo plazo, suponiendo una pérdida significativa de calidad de vida, al verse su actividad cotidiana gravemente limitada (Luciano y Hayes, 2001).

### **Motivo del informe<sup>1</sup>**

Evaluación del estado psicológico de Dña. Victoria y el impacto del mismo en su esfera laboral en términos de funcionalidad.

### **Metodología**

#### *Entrevistas y observaciones*

- Entrevistas semiestructuradas y observación con una duración total aproximada de 510 minutos.

#### *Pruebas administradas*

- *NEO (Revised Neo Personality Inventory)*. Inventario de Personalidad NEO Revisado (Costa y McCrae, 2008. Adaptación española: Cordero, Pamos y Seisdedos, 2008).
- *PAI (Personality Assessment Inventory)*. Inventario de Evaluación de la Personalidad (Morey, 2007. Adaptación española: Ortiz- Tallo, Santamaría, Cardenal y Sánchez, 2011).
- *CSI (Coping Strategies Inventory)*. Inventario de Estrategias de Afrontamiento (Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal, 1989. Adaptación española: Cano, Rodríguez y García, 2006).

*Documentación examinada*

- Documentación circunscrita al ámbito de la salud mental (psiquiátrica y psicológica).
- Documentación legal (Vaciado de autos).

**Evolución psicobiográfica**

La peritada nace en J en 19XX de parto eutócico, no referenciando enfermedades relevantes durante la infancia. Es la pequeña de tres hermanos, constituyendo éstos, juntos con sus padres, el núcleo familiar durante sus primeros años de vida. Refiere una infancia dura a consecuencia de los problemas con el alcohol de su padre, describiendo una familia de corte tradicional, y una asunción de responsabilidades temprana.

Durante su infancia y primera adolescencia, refiere padecer un miedo paralizante a cruzar las pasarelas o pasos peatonales elevados, dificultad que la obliga a tomar rutas alternativas, matizando que, al ser un miedo tan específico, no interfiere de manera notable en su día a día.

A nivel académico, refiere una normo adaptación a las exigencias escolares y a su grupo de iguales, no teniendo dificultades significativas más allá de la inestabilidad en el plano familiar. Una vez alcanza la mayoría de edad, comienza a estudiar XX en la universidad, época de la que guarda buenos recuerdos, no teniendo dificultades en el abordaje del plano académico y no refiriendo problemáticas significativas en el plano interpersonal, aunque ella misma pone de relieve que nunca ha mantenido las amistades, ni le ha resultado fácil el conectar con todo el mundo.

La transición al mundo laboral la realiza sin dificultades, realizando una valoración positiva de la misma, con una progresión satisfactoria. Paralelamente, en el año 20XX, en lo personal, manifiesta un episodio de crisis en el metro debido a un desmayo, momento crítico que identifica en su narrativa como un punto de inflexión, comenzando a padecer ansiedad en situaciones análogas. Al año siguiente, en una manifestación, vuelve a padecer una crisis compatible con un ataque de pánico que la obliga a abandonar el lugar, comenzando desde ese momento, a tener problemas para coger el metro, generalizándose la ansiedad a otras facetas de su vida y optando por asumir estrategias para evitar las situaciones elicitoras. En el año 20XX, da el paso de ir a vivir con su pareja sentimental, quien ocupa un papel de resorte al ayudarla a gestionar sus dificultades derivadas de la clínica agorafóbica, al ser el encargado, según verbaliza, de llevarla, traerla y acompañarla a los sitios.

Como aspecto clave, pone de relieve que en el año 20XX fruto de problemas sentimentales, padece el primer episodio depresivo severo, lo que hace que se agrave su problemática agorafóbica, encadenándose las dificultades anímicas con los estresores laborales y con el fallecimiento de su madre, lo que la lleva a vivir una fase donde el componente anímico gana protagonismo.

Describe su último tramo laboral como convulso y repleto de dificultades debido a los cambios que se producen en la empresa (cambio de jefe, fusión, duplicidad de puestos etc...), existiendo un clima de tensión y hostilidad elevado entre los compañeros y superiores. Una vez que se estabiliza la plantilla y ella conserva su puesto, refiere un empeoramiento del clima laboral, teniendo además que trabajar con la compañera análoga a su puesto en la otra empresa, lo que genera estrés y elevadas respuestas de ansiedad, juntándose a las tensiones laborales, el duelo por la pérdida de su madre y las dificultades que atravesaba con su pareja, lo que le lleva a un empeoramiento de su estado de ánimo y a un despunte de la clínica agorafóbica. Durante los últimos años, debido al empeoramiento en el plano anímico y agorafóbico acude a tratamiento psiquiátrico y psicológico, tratamiento que aún dura en la actualidad.

A finales del 20XX la nombran directora XXX “de la noche a la mañana”, según matiza, incrementándose las hostilidades y tensiones tanto con superiores como con compañeros de categoría horizontal. A partir de este momento relata un deterioro importante en sus relaciones laborales, describiendo una amalgama de situaciones tales como reuniones a sus espaldas, rumores acerca del

porqué de su permanencia en la empresa, enfrentamientos y hostilidades verbales, vacíos, aislamiento, amenazas y gritos, trato despectivo y desautorización de su rango. A consecuencia de esta situación refiere que llegó a acudir al responsable de recursos humanos en la empresa matriz para tratar la situación, obteniendo caso omiso del mismo.

La peritada refiere que parte de las discrepancias eran avivadas por diferencias de criterios a la hora de gestionar los asuntos relativos a la empresa, matizando que cada vez este tipo de conductas de enfrentamiento eran más explícitas, retratándose como apartada de sus iguales, hasta tal punto que mantenía un contacto con un círculo muy reducido y no participaba en la dinámica social del departamento.

Esta situación de declive es la que deriva en la tercera etapa de su situación laboral (enmarcada en el 20XX), que se traduce en una ausencia de motivación y la cada vez más dificultosa tarea de compaginar su problemática personal con las exigencias derivadas de su trabajo, manifestado no cogerse la baja por miedo al despido. Manifiesta que en su trabajo eran conocedores de las dificultades que estaba pasando, llegando incluso a solicitar un préstamo o debido a los problemas económicos que experimentaba.

A todos los problemas laborales, a finales del 20XX, se añade la ruptura sentimental con su pareja, con la que vivía desde el 20XX y de la que tenía una profunda dependencia debido a que, según manifiesta, la acompañaba y la llevaba al trabajo, lo que amortiguaba todas las dificultades que tenía a la hora de gestionar su clínica agorafóbica, la cual se había mantenido activa durante todos estos años.

Al dejarlo con su pareja, se encuentra en la tesitura de tener que elaborar una ruta alternativa hacia el trabajo, evitando la exposición a los estresores principales (en el presente caso, el metro), viéndose obligada por su problemática a invertir una cantidad importante de tiempo, energía y dinero para acudir a su puesto. A partir de este momento manifiesta un empeoramiento del estado de ánimo y una exacerbación de la problemática agorafóbica, lo que la lleva a descuidar sus responsabilidades laborales, hasta que finalmente en el último tramo del 20XX, se produce su despido de la empresa a consecuencia de sus faltas relacionadas con el incumplimiento de horarios.

La situación actual es retratada por la evaluada con tintes negativistas, persistiendo todas las dificultades referidas anteriormente, agravándose el cuadro depresivo y conteniendo los problemas derivados de la agorafobia a través de la evitación, teniendo una vida social limitada y limitaciones funcionales diversas en su día a día a consecuencia de la misma.

### **Análisis funcional**

Nos encontramos ante dos problemáticas distintas, una relacionada con la clínica agorafóbica y otra con el estado de ánimo depresivo (véase Tabla 1 y Tabla 2). A continuación, se exponen dos radiografías representativas de situaciones relacionadas con las problemáticas anteriormente citadas, exponiendo las respuestas que se dan en la peritada en el plano cognitivo, emocional/fisiológico y conductual.

### **Exploración psicopatológica**

Durante la exploración la peritada se muestra colaboradora, estableciendo buen *rappor*t con el evaluador. Se encuentra bien orientada en espacio y tiempo, con un nivel adecuado de conciencia y sin alteraciones atencionales. Tampoco se evidencian alteraciones en la memoria, en la percepción o en imágenes mentales. El lenguaje utilizado es apropiado y adecuado al nivel educativo. No hay alteración del contenido ni curso del pensamiento. Inteligencia normal en referencia a su grupo normativo. En cuanto a la abstracción, es adecuada, ya que presenta expectativas de futuro realistas, aunque estas estén

condicionadas por una construcción severamente negativa de la realidad, en consonancia con el estado de ánimo depresivo que experimenta desde hace años, y a consecuencia de los acontecimientos estresantes de índole laboral acaecidos con ubicación temporal próxima.

Durante los primeros estadios de la evaluación, la peritada se muestra tensa, y aunque no despliega una postura defensiva, le cuesta el contacto ocular, impresionando elevada disforia y ansiedad. A lo largo de las sesiones se mantiene el estado de ánimo bajo, existiendo episodios recurrentes de llanto en consonancia con un discurso narrativo emocional. La peritada impresiona fatiga y cansancio, siendo necesario acortar las sesiones para regular las variables de concentración y memoria. Su discurso es coherente y su reactividad emocional congruente, presentando un tono bajo, costándole en ocasiones seguir el hilo argumental de su historia.

**Tabla 1.** Problemática relacionada con la agorafobia

|  |  |
|--|--|
| <p><b>Antecedentes:</b> Cualquier plan que suponga salir de su zona de seguridad, una fiesta, una quedada, o cualquier actividad que la lleve a estar en contextos catalogados por la evaluada de riesgo (muchedumbres, zonas de difícil escape etc...). De manera previa a la exposición de esta situación existe una ansiedad anticipatoria caracterizada por cogniciones fatalistas, estado de hiperalerta y respuesta elevada de nerviosismo</p>   | <p><b>Antecedentes:</b> La situación cotidiana de tener que coger el metro para ir a trabajar una vez que su pareja no está para llevarla a su puesto de trabajo. Ante la mera expectativa se desencadena una reacción severa de ansiedad anticipatoria.</p>   |
| <p><b>Respuestas:</b><br/><i>Cognitiva</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Me quiero ir, estoy muy mal.</li> <li>- No voy a ser capaz de controlarme.</li> <li>- Bloqueo mental.</li> <li>- Hipervigilante con sus propias sensaciones.</li> <li>- Que van a pensar de mí.</li> </ul> <p><i>Emocional/Fisiológica</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nerviosismo.</li> <li>- Sensación de agobio.</li> <li>- Opresión torácica.</li> <li>- Sensación de mareo y ahogo.</li> </ul> <p><i>Motora</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Búsqueda de salidas.</li> <li>- Beber agua o una cerveza.</li> <li>- Huir del sitio.</li> <li>- Comer chicle.</li> <li>- Manipulación manual.</li> <li>- Se va al baño, vuelve, sale a la calle.</li> </ul> | <p><b>Respuestas:</b><br/><i>Cognitiva</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Voy a perder el control.</li> <li>- Bloqueo mental.</li> <li>- Voy a hacer el ridículo/ No voy a ser capaz.</li> <li>- El metro se va a parar.</li> <li>- Voy a tener una crisis.</li> </ul> <p><i>Emocional/Fisiológica</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nerviosismo.</li> <li>- Despunte crítico de ansiedad.</li> <li>- Sensación de agobio.</li> <li>- Incremento de la tasa cardiaca/respiratoria</li> <li>- Opresión torácica.</li> <li>- Sensación de mareo y ahogo.</li> </ul> <p><i>Motora</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Primera aproximación y búsqueda de salidas.</li> <li>- Evitación/escape de la situación</li> <li>- Realización de la ruta alternativa.</li> <li>- Respiración.</li> </ul> |
| <p><i>Consecuencias a corto plazo:</i> Eliminación la ansiedad (R-). Bloqueo de las cogniciones, afianzamiento de la sensación de seguridad.</p>   | <p><i>Consecuencias a corto plazo:</i> Reducción de la ansiedad (R-). Bloqueo de las cogniciones, afianzamiento de la sensación de seguridad. Pérdida de tiempo, dinero y energía.</p>   |
| <p><i>Consecuencias a largo plazo:</i> Enquistamiento de la problemática. Pérdida de redes sociales, ausencia de actividades gratificantes, aislamiento, afectación del estado de ánimo a través de la cristalización de sentimientos de culpa y vergüenza, baja autoestima y sentimientos profundos de ineficacia.</p>  | <p><i>Consecuencias a largo plazo:</i> Dificultades económicas, afectación severa del plano laboral (pérdida de trabajo). Agravamiento del estado de ánimo depresivo. Reducción de su calidad de vida. Generalización de la ansiedad al resto de situaciones. Enquistamiento de las cogniciones de incompetencia y fracaso. Insatisfacción vital.</p>  |

**Tabla 2.** Problemática relacionada con el estado de ánimo depresivo

**Antecedentes:** Cualquier situación de rechazo en el plano sentimental. Situaciones que rompen sus expectativas en el plano interpersonal.

**Respuestas:***Cognitiva*

- Me voy a quedar sola.
- Quejas autorreferenciales “por qué a mí”.
- Atribución interna/fustigamiento.
- Cogniciones fatalistas y de desesperanza.

*Emocional/Fisiológica*

- Culpa.
- Vergüenza.
- Autocompasión.
- Indefensión.
- Tristeza.
- Frustración.

*Motora*

- Llanto.
- Aislamiento.
- Encamarse.
- Evita hablarlo.

*Consecuencias a corto plazo:* Alivio emocional (R-). Al aislarse y no contárselo a nadie evita sentirse vulnerable frente a los ojos de los demás, lo que la facilita la gestión. Asume la situación desde la derrota, aliviando el malestar de manera momentánea. Se refuerza la idea de exponerse a situaciones que la hagan sentir vulnerable.

*Consecuencias a largo plazo:* Insatisfacción vital, afectación de sus diferentes áreas vitales (social, laboral, personal). Enquistamiento de la sintomatología ansioso depresiva. Apatía, anhedonia, agravamiento de la clínica agorafóbica. Merma de la autoestima y de la propia sensación de valía personal y laboral.

Lleva en tratamiento psiquiátrico y psicológico desde el 2013, siguiendo una pauta medicamentosa actual de Deprax 20 (1-1) y Orfidal (1-1). Sus avances terapéuticos han sido intermitentes, no existiendo en la actualidad una remisión de la sintomatología. Posee antecedentes de colon irritable compatible con etiología psicógena.

A nivel social, muestra una ausencia de red de apoyo, estando su actividad condicionada y limitada por la clínica agorafóbica, no realizando actividades gratificantes y poseyendo una tendencia marcada al aislamiento y la evitación como estrategia para neutralizar la sintomatología agorafóbica. Las relaciones familiares son adecuadas, no existiendo un vínculo especialmente fortalecido, ni elevándose el núcleo como un resorte de ayuda.

### Resultados de los reactivos administrados

#### - PAI

El primer nivel de análisis recae en el estudio de la validez e interpretabilidad de la prueba. La puntuación obtenida en inconsistencia (T=62) se encuentra dentro de la normalidad (menor o igual a 63), considerándose que la evaluada ha respondido de manera consistente y prestando adecuada atención al contenido de los ítems. A continuación, se muestra la Tabla 3:

**Tabla 3.** Puntuaciones significativas en el PAI

| <i>ESCALA</i>                                | <i>SUBESCALA</i>                                       |
|--|--|
| Paranoia T=77                                | Persecución T= 85<br>Resentimiento T= 71               |
| Rasgos límites T=74                          | Relaciones interpersonales T=74<br>Autoagresiones T=77 |
| Depresión T=69                               | Cognitiva T=75<br>Emocional T=77                       |
| Ideación suicida T=78                        |  |
| Estrés T=82                                  |  |
| Ansiedad T= 72                               | Emocional T=75   |
| Trastornos relacionados con la Ansiedad T=69 | Estrés postraumático T=77                              |
| Falta de apoyo social T=71                   |  |

La puntuación obtenida en la escala Infrecuencia (INF) es de 45, compatible con una adecuada realización de la prueba. El estilo de respuesta de la peritada denota una tendencia a mostrar una imagen de sí misma negativa T= 81, lo que nos lleva a interpretar el cuestionario con precaución. Es plausible partir de la hipótesis de que el estado ánimo de la peritada (depresión diagnosticada) puede influir en su estilo de respuesta, tendente al negativismo y la devaluación. Con respecto a las puntuaciones IMP (impresión positiva), obtiene una T de 28 compatible con una alta sinceridad en el estilo de respuesta, no siendo tendente a ocultar información.

Los índices complementarios arrojan valores promedio, excepto en la escala IST (Índice de dificultad de tratamiento), con una T de 90, reflejando que la evaluada puede presentar numerosos obstáculos durante el tratamiento.

Una vez valorada la prueba como interpretable (aunque siempre teniendo en cuenta las puntuaciones obtenidas en la escala IMN), se procede al estudio de las escalas clínicas. En el citado estudio, se obtienen puntuaciones significativas en las siguientes variables:

En referencia a la escala Paranoia (PAR), se retrata a un individuo suspicaz y hostil, frecuentemente desconfiado y con pocas amistades íntimas. En el presente caso, la elevación de la escala es compatible con una problemática enquistada en el ámbito laboral, así como con un estado de hipervigilancia e hiperalerta mantenido. Las puntuaciones en las subescalas persecución y resentimiento, perfilan a un sujeto con dificultades para pasar página y con una presencia de acontecimientos pasados negativos enquistados en su día a día. Este tipo de individuos atribuyen mala intención a los demás y consideran que no han sido tratados de manera justa.

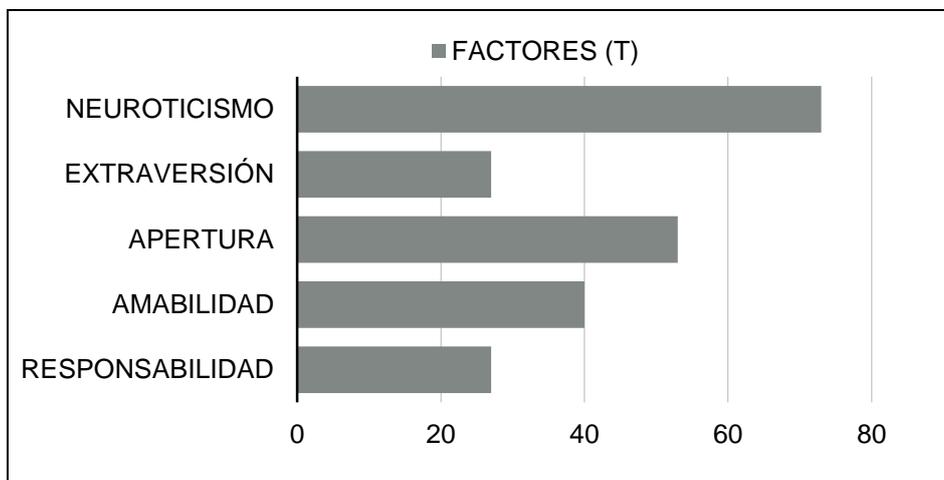
La elevación en la escala de rasgos límites está relacionada con la dimensión anímica de la peritada, caracterizada por labilidad emocional, sentimientos de incompreensión y vacío. Dentro de esta escala, se ponen de relieve dificultades y fracasos en el espectro de las relaciones interpersonales en correlación con la falta de apoyo social percibida (T= 71). Igualmente, correlacionando positivamente con la escala PAR, se pone de relieve la hostilidad y suspicacia existentes y la presencia de ideación suicida (T=78) derivada de la depresión cristalizada existente.

Las puntuaciones asociadas a ansiedad y trastornos relacionados perfilan a un sujeto con dificultades para relajarse y con una gran cantidad de miedos, presentando incomodidad en situaciones sociales, existencia de experiencias perturbadoras, presencia de sentimientos de tensión y nerviosísimo, rumiación e hipervigilancia, así como preocupación excesiva acerca de los problemas cotidianos, correlacionado todo lo expuesto con la elevación en la escala de estrés (T= 82). A través de las puntuaciones obtenidas en la dimensión depresiva se dibuja a una persona con profundos sentimientos de insatisfacción e infelicidad, teniendo una visión negativista de sí misma y del mundo, con sentimientos habituales de tristeza, indefensión y desesperanza.

#### - NEO PI-R

Las escalas del NEO PI-R miden rasgos cuya distribución es aproximadamente normal. Las escalas se comprenden mejor cuando se describen las características de quienes obtienen puntuaciones muy altas o muy bajas. Las puntuaciones hacen referencia a rasgos de personalidad y solo las puntuaciones muy extremas ponen de manifiesto características distintivas.

**Figura 1.** Puntuaciones NEO PI-R



El primer nivel de análisis, relativo a los índices de validez, arroja unas puntuaciones óptimas de 93 en Aquiescencia (Aq) y 113 en Negaciones (Ne), convirtiendo al perfil en interpretable.

En cuanto al estudio de las facetas, es necesario partir de la base de que, aunque se trata de una medición de la personalidad como patrón estable, es necesario tener en cuenta que la peritada lleva años padeciendo depresión y sintomatología ansiofóbica del espectro agorafóbico, por lo que, debido a la permeabilidad entre sendos constructos, las puntuaciones pueden verse afectadas y han de interpretarse bajo dicha premisa.

Destaca la puntuación obtenida en neuroticismo, perfilándose a un individuo con un elevado desajuste emocional y con tendencia a experimentar sentimientos negativos como culpa y desesperanza, con baja capacidad de gestión del estrés y con tendencia a despuntar desde lo psicopatológico en el espectro del ánimo.

De igual manera, el despunte en Ansiedad (T=71), Depresión (T=71), Ansiedad social (T=71) y Vulnerabilidad arrojan un perfil temeroso, con elevada tensión de base y ansiedad flotante, sentimientos de abatimiento y desesperanza, sentimientos de inferioridad y miedo a ser juzgado, y con sentimientos de no ser capaz de hacer frente a los problemas.

La baja puntuación en la faceta de extroversión (y en todas sus subescalas) dibuja a una persona solitaria, que no busca de manera activa los estímulos sociales y se muestra poco abierta a los demás. En referencia a la Amabilidad, se destilan puntuaciones promedio, destacando la baja confianza que desprende, siendo suspicaz, escéptica y con una visión negativa de los demás, así como alta modestia, en correlación con una visión de sí misma denostada y crítica.

La faceta Responsabilidad es una de las más representativas debido a la bajo autoestima y la insatisfacción vital de la peritada, considerándose a sí misma como una persona incapaz de afrontar retos, irresponsable, sin objetivos, sin recursos y sin motivación, lo cual contrasta con un historial vital de hiperresponsabilidad laboral, elevada autoexigencia y búsqueda de progreso y crecimiento, siendo compatible las bajas puntuaciones de esta faceta con el padecimiento de la sintomatología depresiva cristalizada.

- CSI

Las estrategias de afrontamiento se basan en un pensamiento desiderativo como búsqueda de evasión y reducción de la respuesta de ansiedad inmediata. El afrontamiento de los problemas los realiza desde una retirada social, un aislamiento que cumple la función principal de evitar la exposición y las cogniciones relacionadas con sentirse juzgada, debido a la elevada hipersensibilidad a la crítica y el miedo a ser juzgada que experimenta, reduciendo su ansiedad y sus sentimientos de vulnerabilidad.

Otro aspecto a destacar es la autopunición, es decir, la tendencia a culparse y a ser excesivamente dura consigo misma. No solo siente culpa, sino que se siente culpable por sentirse culpable, lo cual le lleva a un bucle que refuerza el resto de estrategias.

Cabe destacar que las estrategias que lleva a cabo están dentro de las catalogadas como disfuncionales, debido a las consecuencias a largo plazo que suponen para los perfiles que las desarrollan. En el lugar bajo de la escala, destacan la baja resolución de problemas y la reestructuración de problemas, poniendo de relieve que la mayor parte de su energía la destina a la autocrítica y al escape de la respuesta de ansiedad. La baja evitación de problemas pone de relieve un enfrentamiento a la problemática circundante, aunque el enfoque no sea el adecuado.

**Tabla 4.** Puntuaciones significativas en el CSI

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <b>Escalas con puntuaciones significativamente elevadas</b> | RES (Retirada social)<br>PD: 14 / PC: 98        | AUT (Autocrítica)<br>PD: 15 / PC: 90-95               | PSD<br>(Pensamiento desiderativo)<br>PD: 18 / PC: 85 |
| <b>Escalas con puntuaciones significativamente bajas</b>    | REP (Resolución de problemas).<br>PD: 5 / PC: 5 | REC<br>(Reestructuración cognitiva)<br>PD: 5 / PC: 15 | EVP (Evitación de problemas)<br>PD: 2 / PC: 15-20    |

### **Integración de datos**

Los resultados de las pruebas convergen de manera congruente en un perfil psicológico caracterizado por un elevado sufrimiento personal, siendo la clínica agorafóbica, la ansiedad generalizada y la depresión, los tres ejes centrales. Nos encontramos ante un individuo con un estado de ánimo depresivo enquistado desde hace años, con sentimientos de desesperanza, culpa, frustración y profunda insatisfacción vital, agravándose lo expuesto por los estresores psicosociales y personales acaecidos, siendo interpretados éstos como inabarcables, cristalizándose aún más el ánimo depresivo.

De manera paralela, destacan las respuestas de ansiedad relacionadas con el espectro agorafóbico, problemática de similar recorrido psicobiográfico, y con elevada correlación con el estado de ánimo depresivo. La clínica descrita, supone una interferencia en el plano interpersonal, retroalimentando estilos de afrontamiento disfuncionales e interfiriendo significativamente en su normal funcionamiento diario. De manera solapada, la peritada presenta una estructura de personalidad rígida y autopunitiva, con elevada tendencia a realizar una construcción negativa de la realidad, lo que le lleva a realizar un afrontamiento ineficaz de las problemáticas circundantes, que una vez la sobrepasan, validan y refuerzan la negatividad de su sistema de creencias.

### **Diagnóstico DSM-5® (APA, 2013)**

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Quinta Edición (DSM-5®; Asociación Psiquiátrica Americana, 2013), la peritada presenta:

- 296.32 (F33.1) Trastorno de depresión mayor.  
Episodio recurrente.  
Moderado.
- 296.35 (F33.41) En Remisión parcial (trastorno de depresión mayor).
- 300.02 (F41.1) Trastorno de Ansiedad Generalizada.
- 300.22 (F40.00) Agorafobia.

### **Formulación forense**

Para la comprensión del estado psicológico de la peritada en el momento actual, es necesaria la realización de un estudio psicobiográfico que aporte perspectiva sobre el recorrido vital de la misma. Su situación actual se enmarca dentro de una demanda al Juzgado de lo Social a consecuencia de un despido laboral, encontrándose actualmente desempleada, y existiendo un agravamiento del cuadro psicopatológico existente. Dña. Victoria parte de un estilo educacional tradicional, con un padre ausente y unas dificultades en el entorno familiar que de manera temprana le obligaban a asumir esquemas de responsabilidad, generándose una asincrónica evolutiva en sentido inverso, es decir la necesidad de asumir posturas impropias para su edad, viéndose obligada a madurar antes de tiempo, teniendo dicha urgencia un impacto negativo, al vivirlo desde la vergüenza y la comparación con los demás, gestándose creencias y esquemas cognitivos con tendencia al sobredimensionamiento de la importancia de la opinión ajena, miedo al juicio y rechazo a los sentimientos de vulnerabilidad.

Un gran porcentaje de su identidad está forjado en torno a la esfera laboral, donde se siente cómoda y capaz, ocupando el resto de las esferas un papel secundario. Dentro de la creencia cognitiva circunscrita a la vulnerabilidad, se halla vinculada la autoexigencia y la autocrítica, aspectos que en cierta dosis pueden resultar funcionales, pero que, en el caso de la peritada, subyacen a la mayoría de los procesos psicológicos, siendo autopunitiva y no dándose permiso para verse débil, y aún menos permitiéndoselo a los demás, lo que la lleva al aislamiento y a no tejer una red de apoyo social. Su historia vital arroja la existencia de una tendencia a la ansiedad y el temor, produciéndose episodios

durante su etapa infantil de miedo y paralización, reforzándose la conducta de evitación como vehículo para la reducción de la respuesta de ansiedad elicitada. En la etapa adulta, sufre un episodio en el metro (desmayo) que se eleva como evento desencadenante de las cogniciones y respuestas de ansiedad propias de la clínica agorafóbica futura, a consecuencia de la asociación y la profunda vivencia de vulnerabilidad que experimenta. Al año siguiente, sufre un episodio compatible con un ataque de pánico, viéndose reforzada la asociación anteriormente citada entre la sintomatología ansiógena y lugares que reúnen grandes cantidades de gente, dificultad de escape y donde la posibilidad de sufrir una crisis puede llevarle a la exposición social o al ridículo.

A partir de ese momento, desarrolla conductas de evitación o escape, estando el nivel de ansiedad muy relacionado con el estado de ánimo, y limitando su vida a aquellas situaciones o lugares en los que no reinan las características anteriormente citadas. Con el paso de los años, se produce una generalización de la ansiedad a lugares o situaciones análogas, existiendo una ansiedad anticipatoria muy elevada, y existiendo una instrumentalización de su pareja (resorte de seguridad) en aras de evitar la exposición, lo que la conduce a llevar una vida normal supeditada a la dependencia funcional vinculada a su pareja al no tener que enfrentarse a situaciones aversivas, lo que refuerza la evitación y mantiene la clínica agorafóbica estable, o al menos, sin que interfiera de manera significativa en sus esferas vitales. De manera subyacente a lo expuesto, su personalidad juega un papel egodistónico, lo que la lleva paulatinamente a anclarse en una profunda insatisfacción personal y autopunición que despuntan en el 20XX, fruto de dificultades sentimentales, produciéndose el primer desborde depresivo, lo que agrava su sintomatología agorafóbica y la lleva a caer en picado. Posteriormente a este primer episodio depresivo, fallece su madre, siendo este acontecimiento vivido de una manera intensa, pero menos virulenta que el desengaño sentimental, debido a que ante el primer estresor, no se permite sentirse mal, no se apoya socialmente, y no valida su afectación depresiva, autoculpándose y castigándose por ello, mientras que ante el fallecimiento materno, al ser un proceso de duelo validado, se permite la tristeza, suponiendo dicho permiso, un desahogo que facilita su recuperación.

La dinámica anteriormente descrita, pone de relieve el componente mantenedor de la personalidad en los episodios depresivos, estando ligados a sentimientos de rechazo, insatisfacción vital y autopercepción de poca valía, retroalimentándose con la clínica agorafóbica, y suponiendo con el paso de los años un patrón afectivo constante que va minando poco a poco su capacidad de afrontamiento y gestión. Este debilitamiento, con sus mejoras y recidivas, fruto de la intervención psiquiátrica/psicológica, y periodos de estabilidad vital (mejoras en el trabajo, vivencias placenteras), alcanza su cénit a finales del 20XX, a consecuencia de su ruptura sentimental, lo que le lleva no solo a un agravamiento de la sintomatología depresiva, sino también a la pérdida del resorte funcional de su pareja, del que dependía para seguir evitando exponerse a las situaciones elicitoras de la respuesta de ansiedad ligada a la agorafobia. A partir de este momento, su capacidad funcional se ve limitada, agravándose el cuadro padecido, e interfiriendo significativamente en sus áreas vitales, especialmente la laboral.

## **Discusión pericial**

### *Sobre el estado psicológico de la peritada*

La agorafobia es considerada como una de las fobias más complejas y difíciles de abordar terapéuticamente, siendo uno de los trastornos más incapacitantes, al producir una interferencia funcional muy elevada en aquellos sujetos que la padecen. Esta incapacidad tiene un impacto devastador en la vida de los afectados, cercenando su autonomía y calidad de vida (Verdugo y Martín, 2002). La literatura científica coincide en señalar que entre los elementos esenciales del cuadro se encuentra la sensibilidad a la ansiedad, la vergüenza y las respuestas emocionales de miedo/ansiedad/pánico, los procesos cognitivos de anticipación, los pensamientos catastrofistas, y las conductas de evitación-escape

(tanto interoceptivas como frente a los estímulos fóbicos) (Díez, Gastó y Vallejo, 2000). En lo que se refiere a las estrategias de afrontamiento, en el presente caso destacan las de evitación/escape, así como las de evitación parcial. Estas estrategias se activan cuando el sujeto ha de enfrentarse a situaciones fóbicas, pudiendo englobar todas aquellas respuestas (motoras o cognitivas) que tengan el valor asignado de reductoras de la ansiedad hasta niveles tolerables (búsqueda de compañía, conductas o señales de seguridad, distracción, objetos contrafóbicos, entre otras) (Peñate, Pitti, Bethencourt y Gracia, 2006).

En el caso de la peritada, ésta asigna a su pareja la función de resorte de seguridad, siendo la única persona en la que se apoya y con la que es capaz de exponerse a situaciones o lugares a los que nunca iría sola. Cabe destacar que, en el caso presente, existe una jerarquía de situaciones incapacitantes, siendo el metro, la que mayor nivel de ansiedad produce, y la única a la que no es capaz de enfrentarse, ni siquiera en compañía, teniendo que optar por rutas y estrategias alternativas, lo que acaba teniendo un impacto significativo en sus áreas vitales, erosionando su sentido de valía y capacidad, y afectando significativamente al espectro anímico. La peritada cumple criterios compatibles con el diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada y de Agorafobia, que en el DSM-5 aparece codificada de forma independiente. Para el diagnóstico de la agorafobia, la duración de la problemática debe ser superior a 6 meses, debiendo experimentar el sujeto miedo o ansiedad al exponerse a los lugares y situaciones prototípicamente agorafóbicos. El sujeto agorafóbico evita activamente estos lugares, necesitando la presencia de un acompañante y soportando las situaciones a costa de un intenso miedo o ansiedad. La persona teme o evita dichas situaciones por temor a tener dificultades para huir o recibir ayuda en caso de aparición de síntomas similares a la angustia u otros síntomas incapacitantes o que pudieran ser motivo de vergüenza (American Psychiatric Association, 2013).

En el caso de la peritada, existe una ansiedad anticipatoria de elevada intensidad (miedo al miedo), que la predispone a la evitación, cercenando su capacidad de movimiento y viéndose obligada a asumir estrategias o rutas alternativas, habiendo sobrellevado la situación debido a la dependencia funcional depositada en su ex-pareja (encargada de llevarla y traerla a los sitios), exacerbándose la problemática ante la ruptura sentimental al perder el resorte de seguridad. Aunque los niveles más elevados de ansiedad se circunscriben al metro, la clínica agorafóbica queda generalizada a otros lugares susceptibles de ser interpretados como estresores debido a su condición de públicos, con multitudes o con dificultad de escape, siendo los dos últimos factores nucleares para elicitar la respuesta de ansiedad. La estrategia principal tomada es la evitación, llevando a cabo rutas alternativas, y tomando medios de transporte complementarios, aunque ello suponga un coste económico, temporal y de desgaste añadido. En la Tabla 5 se muestran las repuestas experimentadas a nivel cognitivo, motor y fisiológico:

**Tabla 5.** Respuestas ante la situación ansiógena

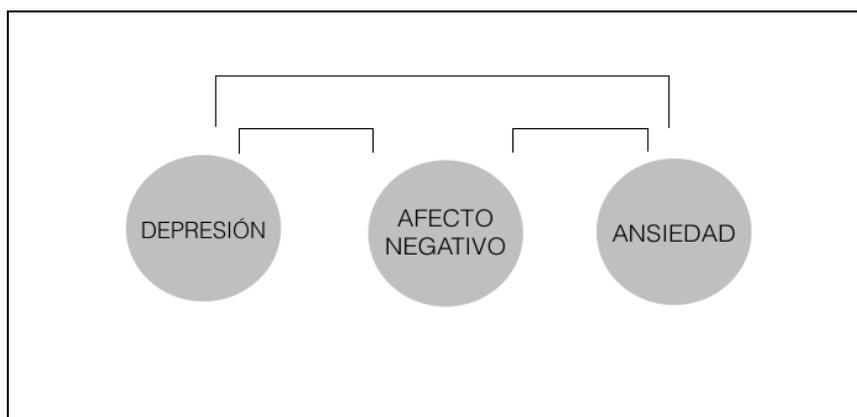
|                         |   |
|-------------------------|---|
| <b>Cognitivo</b>        | Pensamientos entorno a la idea de que se va a marear y desmayar, va a perder el control, se va a quedar paralizado, no va ser capaz de volver a casa o salir de la situaron por sí misma.   |
| <b>Psicofisiológico</b> | Dificultad para respirar, opresión torácica, aumento de la frecuencia de ritmo cardíaco, mareos o vértigos, sensación de nudo en el estómago, sensación de ahogo y sofoco, sensación de nudo en el estómago y confusión y desorientación. |
| <b>Motor</b>            | Evitar lugares concurridos o de difícil escapatoria como: Ascensores, campos de fútbol, grandes almacenes. El lugar de mayor puntuación en ansiedad es el metro y alrededores (zonas de aproximación)                                     |

En el caso presente, la posibilidad de realizar estas actividades en compañía no siempre supone un factor que amortigüe la ansiedad vivida, ya que, al hecho en sí, se suma la búsqueda de ocultar la problemática a los demás, por lo que aparte de estar hipervigilante de los estímulos internos y externos circunscritos a la situación, busca que nadie detecte su malestar, lo que incrementa el grado de ansiedad experimentado.

En referencia a la sintomatología depresiva, la peritada presenta un cuadro compatible con un Trastorno Depresivo Recurrente (American Psychiatric Association, 2013), teniendo su inicio en el 2010 y siendo tratado desde el 2013. La depresión es un trastorno mental con tendencia episódica y recurrente, caracterizado por la presencia de síntomas afectivos (tristeza patológica, disminución del interés en actividades usualmente placenteras) acompañados, en mayor o menor medida, por síntomas cognoscitivos, somáticos y psicomotores (American Psychiatric Association, 2013). Los factores de riesgo pueden tener origen ambiental y genético, considerándose que los factores estresantes ambientales solo pueden entenderse en interacción con la predisposición biológica del sujeto (Clarke y Curry, 2009).

Como se ha citado anteriormente, existe una permeabilidad entre el espectro ansiógeno y el depresivo tal y como se explica en el modelo tripartito sobre la depresión y la ansiedad. Los componentes del modelo tripartito pueden ser utilizados para entender la combinación entre depresión y ansiedad, así como también la distinción entre ambas. Para una ilustración del modelo tripartito, véase la Figura 2:

**Figura 2.** Modelo tripartito de Clark y Watson (1991):



En el caso que nos ocupa, los factores de riesgo recaen no solo en factores exógenos (estresores laborales, problemas sentimentales) sino en la existencia de una personalidad que actúa como mantenedor de la distimia. Los estresores desbordan el componente anímico de la peritada, afectando al componente ansiógeno y agorafóbico, produciendo un despunte de la problemática, despunte que a su vez consolida la sintomatología depresiva.

#### *Afectación en su funcionalidad*

En psicología es fundamental diferenciar entre los síntomas y las limitaciones funcionales que éstos producen. Nos encontramos ante una clínica cuantitativa, con un curso crónico con fluctuaciones, y con un pronóstico variable que depende de variables personales, sociales y terapéuticas. Los trastornos psiquiátricos son una de las principales causas de deterioro de la calidad de vida de las personas, teniendo un profundo impacto en el plano laboral, siendo, igualmente, uno de los principales motivos de prórroga de las incapacidades laborales, estando los trastornos del espectro del ánimo y de la ansiedad entre los más prevalentes (Calcedo-Barba, García-Solano, Fraguas y Chapela, 2007; Lara et al., 2015).

Se considera que la relación existente entre patología mental y dificultades laborales es estrecha y bidireccional. El cese de la actividad laboral suele ser necesario para la mejoría clínica del trastorno psiquiátrico. (Grau-López et al., 2016). Para conocer cómo opera el curso y dinámica de una patología, es necesario conocer el desarrollo longitudinal de la misma en la persona, analizando los factores de riesgo, las variables moduladoras y mantenedoras y los estresores a los que está expuesta.

El análisis de la evolución de la sintomatología agorafóbica y depresiva en Dña. Victoria pone de relieve tres cuestiones: La primera, es el factor mantenedor de su personalidad, caracterizada por una elevada autopenalización, lo que la lleva a no cogerse una baja laboral bajo la premisa de cumplir sus obligaciones, aunque esta misma decisión acabe por afectarla a largo plazo. Parte de un sistema de creencias que no la permite cometer errores, pedir ayuda, o sentirse vulnerable, no validando sus afectos negativos, favoreciendo que éstos pesen más, y como consecuencia, cristalicen la distimia. La segunda cuestión, en base al estudio psicobiográfico y documental, recae en la correlación positiva entre la sintomatología depresiva y la agorafóbica, lo que hace que el desquite de uno desborde a la otra. Y la tercera y última cuestión, pone de relieve que desde el 20XX, a raíz de la ruptura sentimental, sendas problemáticas se han desquitado a consecuencia de la pérdida del resorte funcional de seguridad que era su expareja, suponiendo la exacerbación de la clínica agorafóbica un factor disfuncional de nuclear, siendo los sujetos que la padecen incapaces de enfrentarse a situaciones estresoras de primer orden, buscando alternativas de evitación, radiografía compatible con la línea de vida que presenta la peritada, viéndose desde finales del 20XX, en una fase de descompensación, con su consiguiente daño funcional vida normal, afectado dicha interferencia al plano laboral, además del personal.

### *Recomendaciones*

Se recomienda la continuación del tratamiento psicológico y psiquiátrico en aras de estabilizar la sintomatología presentada tanto en la esfera anímica como en el espectro agorafóbico y de ansiedad. Si bien es cierto que la clínica agorafóbica se presenta como una problemática persistente, recurrente y difícil de remitir, se recomienda trabajar en ella con el objetivo de, al menos, reducir la ansiedad experimentada, para poder de esta manera disminuir la interferencia provocada, incrementando la calidad de vida de la peritada. El objetivo principal del abordaje terapéutico debe centrarse en ayudar al paciente a incrementar su sensación de control sobre la sintomatología, disminuyendo la frecuencia, intensidad y duración, cincelandos los patrones de respuesta evitativos-agorafóbicos para que sean menos disfuncionales.

### **Conclusiones**

*Los peritos del presente informe han redactado el contenido del mismo con imparcialidad y con arreglo a su leal saber y entender, y a los principios de la Psicología. Con todos los respetos a SSª y al Tribunal que corresponda, se emiten las siguientes conclusiones:*

**PRIMERA:** El cuadro presentado por la peritada es compatible con las siguientes categorías diagnósticas: Trastorno Depresivo Recurrente, Trastorno de Ansiedad Generalizada y Agorafobia (American Psychiatric Association, 2013).

**SEGUNDA:** El estudio psicobiográfico de la peritada y el análisis del curso y evolución de la patología presentada, elevan como compatible la existencia de una interferencia en la capacidad de Dña. Victoria para llevar una vida normal. El funcionamiento de la dinámica agorafóbica, en consonancia con un estado de ánimo depresivo, afecta de manera significativa a quién padece el cuadro, hasta el punto de cercenar su funcionalidad.

**TERCERA:** La ausencia de una red de apoyo social y la pérdida del resorte funcional de su pareja, de quien dependía instrumentalmente para gestionar su día a día en lo que se refiere a desplazamientos,

la obliga a tener que enfrentarse a situaciones elicitoras de elevada ansiedad, lo que conduce a la peritada al desarrollo de conductas de evitación (rutas alternativas) que implican pérdidas de dinero, tiempo y energía, y por ende, se convierten en el factor subyacente a la disfuncionalidad y desadaptación gestada en la clínica agorafóbica y agravaba por el espectro anímico.

**CUARTA:** Se recomienda la adherencia/mantenimiento de la peritada a tratamiento psicológico con el objetivo de trabajar en las problemáticas existentes, reduciendo al menos las interferencias suscitadas en aras de mejorar su bienestar y calidad de vida.

Es cuanto cumple informar,

Madrid, a (día) de (mes) de (año)

---

<sup>i</sup> Los datos personales que aparecen en el presente informe han sido modificados. El fin de este escrito es el de ilustrar un caso prototípico de evaluación forense en la jurisdicción laboral, por lo que se ha adaptado la información para tal fin. La distribución de este escrito es estrictamente académica y con fines investigadores y docentes

### Referencias

- American Psychiatric Association (2013). *DSM-5. Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders* (5th Edition). Washington, DC: Author.
- Calcedo-Barba, A., García-Solano, F., Fraguas, D. y Chapela, E. (2007). On measuring incapacity. *Current opinion in psychiatry*, 20(5), 501-506.
- Cano, F. J., Rodríguez, L. y García, J. (2007). Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. *Actas Españolas de psiquiatría*, 35(1), 29-39.
- Clark, L. A. y Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of abnormal psychology*, 100(3), 316.
- Clarke, D. M. y Currie, K. C. (2009). Depression, anxiety and their relationship with chronic diseases: a review of the epidemiology, risk and treatment evidence. *The Medical Journal of Australia*, 190(7), 54-60.
- Cordero, A., Pamos, A. y Seisdedos, N. (2008). *NEO PI-R Manual. Adaptación Española*. Madrid: TEA Ediciones.
- Díez, C., Gastó, C. y Vallejo, J. (2000). Clínica. *Trastornos Afectivos: Ansiedad y Depresión*. Masson, Barcelona.
- Feliú, M. T. (2014). Los trastornos de ansiedad en el DSM-5. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, (110), 62-69.
- Grau-López, L. G., Blanco, C. D., Granell, A., López, L. G., Fadeuilhe, C., Barba, A. L. C. y Roncero, C. (2016). Factores asociados a la incapacidad laboral temporal en peritajes psiquiátricos. *Actas españolas de psiquiatría*, 44(4), 119-124.
- Lara, E., Garín, N., Ferrari, A. J., Tyrovolas, S., Olaya, B., Sánchez-Riera, L., ... y Haro, J. M. (2015). La carga de la enfermedad en España 2010: trastornos neurológicos, mentales y re: trastornos neurológicos, mentales y relacionados con el consumo de sustancias. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 8(4), 207-217.
- Luciano, C. y Hayes, S. C. (2001). Trastorno de evitación experiencial [Trauma of experiential avoidance]. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1(1), 109-157.
- Ortiz-Tallo, M., Santamaría, P., Cardenal, V. y Sánchez, M. P. (2011). *Adaptación española del Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Peñate, W., Pitti, C. T., Bethencourt, J. M. y Gracia, R. (2006). Agorafobia (con o sin pánico) y conductas de afrontamiento desadaptativas. Primera parte. *Salud mental*, 29(2).
- Verdugo, M. A. y Martín, M. (2002). Autodeterminación y calidad de vida en salud mental: dos conceptos emergentes. *Salud Mental*, 25(4).
- Zaldívar, F. (1998). Intervención conductual de un caso de "miedo al miedo". En C. Luciano, F. Molina y J. Gil (Eds.): *Análisis funcional e intervención en Psicología Clínica*. Granada: Némesis.