
INTERVENCIÓN
COGNITIVO-CONDUCTUAL
EN UN CASO DE
AGORAFOBIA CON
ATAQUES DE PÁNICO

COGNITIVE
BEHAVIORAL
THERAPY IN A CASE
AGORAPHOBIA OF
WITH PANIC DISORDER

PAULA RODRÍGUEZ
NURIA CAMUÑAS SÁNCHEZ PAULETTE
Universidad Camilo José Cela

e-mail: ncamunas@ucjc.edu

RESUMEN

En el presente artículo se expone el tratamiento cognitivo-conductual de un caso de agorafobia con ataques de pánico. La agorafobia constituye el más incapacitante de los trastornos fóbicos, provocando en muchas ocasiones la confinación al hogar de los sujetos aquejados de este trastorno. La sintomatología vegetativa provocada por los ataques de pánico anteriores, conduce a desarrollar una gran ansiedad ante situaciones donde el sujeto anticipa que pueden volver a reproducirse los síntomas, lo cual conduce a una evitación fóbica de dichas situaciones, formándose de este modo una espiral dentro de este trastorno.

En el caso que nos ocupa, la paciente acude a consulta tras estar varios años padeciendo estos síntomas y con un desconocimiento total de las causas. A lo largo del artículo se expone la eva-

ABSTRACT

This article presents a concise summary of the best recent data about agoraphobia and panic attacks, and the cognitive-behaviourist treatment for a clinical case. Agoraphobic and panic attacks constitutes the most incapacitate fobic disorder in the present, provoking in most of the cases, the confinement of the patients. The vegetative symptoms provoked by the above mentioned panic attacks, lead to the development of a anxiety facing situations in which the subject anticipate risk of suffer these symptoms. This process leads to the fobic avoidance, starting the formation of an disorder.

In the present case, the subject turns up for therapy after years suffering these symptoms, and completely unaware of causes of her problem. Throughout the article will set out the psychological

luación psicológica realizada, así como el tratamiento llevado a cabo, de un modo detallado y los satisfactorios resultados obtenidos tras el mismo.

PALABRAS CLAVE

Agorafobia, Ataque de pánico, Ansiedad, Fobias

assesment, as well as a detailed exposition of the treatment used with the subject and the satisfactory results obtained with it.

KEY WORDS

Agoraphobic, Pannic attack, Anxiety, Fobics

INTRODUCCIÓN

El término "agorafobia", derivado del griego "agora", significa lugar del mercado, y fue utilizado por primera vez por el psiquiatra alemán Westphal, en 1871, para describir la imposibilidad de atravesar ciertas calles o plazas, o la posibilidad de hacerlo con un temor ligado a la ansiedad. Rápidamente el sentido del término se ha ido extendiendo a su plena acepción etimológica, al incluir el miedo a las aglomeraciones y el temor a los lugares públicos de diverso tipo (Vallejo Ruiloba, 1998).

Hoy día, la agorafobia se define como el miedo a estar en lugares o situaciones de los cuales pueda ser difícil o embarazoso escapar, o en los cuales pueda no disponerse de ayuda en el caso de tener un ataque de pánico o síntomas similares a los de pánico. Como consecuencia de este miedo, la persona evita las situaciones temidas, las soporta con gran ansiedad o necesita ser acompañada (American Psychiatric Association, 1994).

Los agorafóbicos constituyen alrededor del 50% ó 60% del conjunto de fóbicos vistos en la práctica clínica. La prevalencia de la agorafobia referida a periodos de 1 mes, 2 meses y toda la vida alcanzan respectivamente, y por lo general, unos valores aproximados de 2%, 3% y 5%, al menos en culturas occidentales y teniendo en cuenta que los datos no son totalmente consistentes y varían en función del género (Bados, 1995). Según Martínez Azumendi (1999), entre el 1.5% y el 3.5% de la población puede sufrir este trastorno, aunque también se considera que hasta un 9.3% de la población puede presentar alguna crisis aislada a lo largo de su vida.

Siguiendo a Vallejo Ruiloba (1998) y Bados (2000), este trastorno aparece con mayor frecuencia en mujeres que en varones. Las diferencias encontradas han sido explicadas entre otros motivos, por el modo en que cada uno de ellos utiliza

la información sensorial interna y señales externas del medio, los hombres perciben de modo más exacto cambios psicológicos, mientras que las mujeres son más expertas en detectar señales de la situación del medio. Con todo ello se deduce que las mujeres incrementan la estimación de probabilidad de pánico a través de varias situaciones (Pennebaker y Roberts, 1992). Otro de los motivos es la importancia de las respuestas fisiológicas al estrés, mostrando las mujeres una mayor reactividad cardiovascular al estrés (Stone, Davis y Matthews, 1987). Continuando con las diferencias de género, Schmidt y Koselka (2000), concluyen que en el caso de las mujeres influye decisivamente el hecho de que manifiesten más cogniciones sobre síntomas físicos y pérdida de control, para posteriormente desarrollar evitación fóbica; por otra parte, y contrariamente a la creencia popular de que los hombres realizan menos evitaciones fóbicas por no parecer débiles, estos autores encuentran una débil relación entre coraje y evitación. En ambos sexos, lo verdaderamente relevante es el hecho de percibir la probabilidad de experimentar un ataque de pánico.

Asimismo, Quero, Baños y Botella (2000) comprueban tras una prueba de stroop, computerizado y de tarjetas, que los pacientes con trastorno de pánico y agorafobia atienden prioritariamente a información emocionalmente negativa y con una cierta especificidad, es decir, muestran un sesgo cognitivo ante palabras de amenaza de pánico, pero no de amenaza social.

Según una reciente revisión de Bouton, Barlow y Minelka (2001), parece importante no olvidar la diferencia entre ansiedad anticipatoria y pánico como algo diferente, es decir, la primera prepara al organismo para anticipar el trauma, pero el segundo aparece ya en un organismo que está sufriendo dicho trauma, aunque su interacción es crucial para el desarrollo del desorden pánico. Parece ser que tanto pánico como ansiedad son distintos en un alto porcentaje fenomenológico, etiológico y neurológico. Fenomenológicamente, el pánico es definido por la American Psychiatric Association (1994) como una sensación subjetiva de intenso miedo acompañado de una fuerte tendencia a un comportamiento de lucha-huída, mientras que la ansiedad ha sido definida como la anticipación aprensiva de futuro peligro, a menudo acompañada de síntomas somáticos de tensión o sentimientos de disforia (Barlow, Brown y Craske, 1994). Etiológicamente se comparan la ansiedad con la respuesta de inmovilidad dada por algunos animales cuando el peligro ha sido detectado, mientras que las respuestas de pánico se comparan con comportamientos más activos en animales cuando el depredador ataca de manera inminente. Neurológicamente, se sugiere la existencia de dos estados emocionales negativos diferentes para ansiedad y pánico, mediados por diferentes circuitos neuronales (White y Depue, 1999; Lang, Davis y Öhman, 2000).

Por otra parte, tal y como muestran distintos estudios, la terapia cognitivo-conductual ha mostrado ser uno de los tratamientos más eficaces en estos casos (Echeburúa y Corral, 1992; Bados, 2001; Tsao, Mystkowski, Zucker y Craske, 2005), se muestra como ventaja sobre el tratamiento farmacológico, que permanece después de cesar la administración de medicación, mientras que el segundo restringe sus efectos al tiempo que dura la ingesta. El tratamiento cognitivo-conductual se ha mostrado muy eficaz en un porcentaje entre el 65% y 75% de los pacientes que acaban el tratamiento aunque a ello hay que añadir una tasa que oscila entre el 10% y el 15% de abandonos o rechazos del tratamiento. Estos datos se ven apoyados por otra conclusión que se extrae de la revisión anteriormente citada de Barlow et al. (1994), en la que se establece que la ansiedad condicionada se desarrolla como consecuencia del primer ataque de pánico y de este modo podría potenciar y exacerbar los siguientes ataques de pánico, creándose así una espiral dentro del desorden de pánico.

A la hora de llevar a cabo un tratamiento cognitivo-conductual con este tipo de pacientes es necesario tener en cuenta, por una parte el miedo que es inherente a los ataques de pánico, que está presente en todas las agorafobias, y por otra parte, los problemas que presentan algunos sujetos para seguir la exposición gradual que se ha pactado, pese a saber y creer que así se solucionará su problema. Por ello, es conveniente, en algunas ocasiones, añadir al tratamiento técnicas adicionales como son la exposición a estímulos interoceptivos para superar el miedo al miedo, como por ejemplo, las técnicas corporales que son una ayuda inapreciable ya que permiten un rápido avance y mejoran las probabilidades de éxito, puesto que permiten asociar la exposición a las sensaciones corporales con técnicas que son intrínsecamente relajantes. Otra técnica adicional cuando se encuentra una dificultad en el seguimiento de los planes pactados, es el análisis y modificación de los esquemas automáticos subyacentes, que en clave operante se pueden entender como ganancias o beneficios secundarios (García Higuera, 1999).

Para enfocar una adecuada línea de tratamiento, Forsyth, Eifert y Canna (2001), proponen clasificar a los pacientes en diferentes subgrupos que se formaron tras un experimento de laboratorio realizado con población no-clínica, con el objetivo de provocar una sintomatología vegetativa similar a un ataque de pánico. Según los autores y en función de la sintomatología vegetativa los sujetos pueden ser divididos en: prototípicos, que reflejaron respuestas fisiológicas más elevadas, y cognitivos, donde las unidades subjetivas de estrés son más elevadas que las respuestas fisiológicas. Ante tales resultados resulta recomendable tratar a cada paciente con técnicas adecuadas a su perfil de reactividad, por lo tanto en el caso de un paciente prototípico será conveniente aplicar técnicas que incidan directamente en el plano fisiológico, en el que

obtiene las puntuaciones más elevadas, como pueden ser la relajación progresiva de Jacobson, entrenamiento en respiración abdominal y biofeedback. Por el contrario, ante un paciente clasificado como cognitivo serán más adecuadas técnicas que actúen directamente en este sistema de respuesta, como puede ser la reestructuración cognitiva, detención del pensamiento, autoinstrucciones, etc.

Teniendo en cuenta todos estos datos, y siguiendo una línea de intervención cognitivo-conductual, a continuación se presenta el tratamiento de un caso clínico de agorafobia con ataques de pánico.

CASO

1. Sujeto

La paciente es una mujer de 36 años de edad, casada desde los dieciséis años con un hombre quince años mayor que ella y tiene tres hijos. Aunque tiene estudios de enfermería, en la actualidad es ama de casa.

2. Historia y motivo de consulta

Recuerda haber tenido una infancia feliz y una buena relación con su familia que se prolonga hasta la actualidad, aunque recuerda a su madre como una persona autoritaria. Su infancia fue feliz pero breve, ya que se casó con dieciséis años. En la actualidad tiene una hija de dieciocho años, que es su gran apoyo y dos hijos varones más pequeños. Su relación de pareja es difícil, ya que dice recibir, por parte de su pareja, desprecios ante sus hijos y ciertas amenazas verbales que nunca han llegado a consumarse. Hace dos años estuvo separada de su pareja durante cuatro meses, en los que recuerda haberse sentido muy bien, pero vuelve con su pareja porque se lo piden sus hijos pequeños.

Acude a consulta porque desde hace trece años padece "crisis de ansiedad", según le han diagnosticado en asistencia primaria. Dichas crisis se han incrementado en los dos últimos años, en lo que se refiere a frecuencia, teniendo lugar aproximadamente una vez al mes.

Cuando acude a terapia quiere saber si la verdadera causa de su problema es la relación con su pareja. Debido a esto reconoce padecer una gran ansiedad en presencia de su marido, y es, sobre todo a mediodía, cuando éste vuelve a casa y le recrimina si no está todo limpio y ordenado, cuando aparecen estas "crisis". También ha sufrido estos episodios en el pueblo de su marido (que está lejos de un hospital) y en el metro, desde entonces evita quedarse sola en la casa del pueblo y hace años que no viaja sola en metro o tren.

3. Procedimiento de evaluación

La evaluación se ha llevado a cabo a través de las siguientes pruebas:

- Entrevista conductual
- Cuestionario biográfico
- Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad, ISRA (Miguel Tobal y Cano Vindel, 1986, 1988, 1994)
- Cuestionario de Temores, de Wolpe (1969)
- Cuestionario de Cogniciones Agorafóbicas, ACQ (Chambless, Caputo, Bright y Gallagher, 1984)
- Inventario de Movilidad para la Agorafobia, MI (Chambless, Caputo, Jasin, Gracely y Williams, 1985)
- Escala de Miedo a la Evaluación Negativa, FNE (Watson y Friend, 1986)
- Autorregistros (de relajación y reestructuración cognitiva)

En la *entrevista conductual* se ha recabado información para el análisis funcional. Durante la misma se pregunta a la paciente por sus síntomas durante las crisis y relata los siguientes: palpitaciones, sudoración, falta de aliento, sensación de atragantarse, opresión o malestar torácico, mareo, miedo a volverse loca, miedo a morir, sensación de hormigueo en la cara y sofocos. Como puede comprobarse son varios de los síntomas que el DSM-IV establece para los ataques de pánico.

Durante la entrevista, se preguntó por factores que contribuyen a aumentar o disminuir su ansiedad, ante lo que la paciente señaló como factores que contribuían a aumentar su ansiedad: La hora del mediodía (coincidiendo con el regreso de su pareja a casa), dificultades para salir de un lugar y la enfermedad o muerte de una persona querida; mientras que contribuyen a disminuir dicha ansiedad factores como: la compañía de una persona de confianza, la proximidad de un lugar seguro e intentar relajarse.

También se administró un *cuestionario biográfico*, en el que se recogieron datos clínicos y personales de interés para la historia clínica.

Asimismo, se utilizó el *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA)* de Miguel-Tobal y Cano Vindel (1986), ya que mediante este instrumento se analizan respuestas específicas dadas ante situaciones concretas (situaciones de evaluación, interpersonales, fóbicas, o de la vida cotidiana), así como su perfil de reactividad en el triple sistema de respuesta (cognitivo, fisiológico y motor); en

cuanto a rasgos específicos exhibe una ansiedad de evaluación severa, al igual que la ansiedad fóbica y la cotidiana, siendo, sin embargo, moderado su nivel de ansiedad interpersonal. Las puntuaciones en cuanto a sistemas de respuesta han sido significativas en cuanto a una ansiedad fisiológica severa, ansiedad cognitiva de moderada a severa y una ansiedad motora de mínima a moderada. Este perfil en el triple sistema de respuesta se puede encontrar en otros casos con trastorno de angustia con agorafobia (e.g. Pérez Nieto y Redondo, 2002).

El *Cuestionario de Temores de Wolpe* (versión de 122 ítems), en el que se puntúa con una amplitud de 1-5 cada ítem según el grado de temor que suscita en el sujeto, en este caso, y agrupando los ítems que obtuvieron puntuaciones más elevadas, se obtuvieron como resultado los siguientes bloques temáticos: miedo a la muerte, miedo a las alturas, miedo a enfermedades físicas/mentales y miedo a lo que puedan decir los demás.

La siguiente prueba administrada fue el *Cuestionario de Cogniciones Agorafóbicas (ACQ)* de Chambless, Caputo, Bright y Gallagher (1984), que consta de 14 ítems y que mide la frecuencia con la que la paciente tiene pensamientos catastróficos, tanto en sus consecuencias físicas como en sus consecuencias socioconductuales. En la presente prueba se refleja un alto nivel de preocupaciones por las consecuencias físicas con respecto a la población normal, no siendo tan elevado en el caso de las preocupaciones socioconductuales, aunque supera ligeramente el nivel medio de la población normal.

El *Inventario de Movilidad para la Agorafobia (MI)*, de Chambless, Caputo, Jasin, Gracely y Williams (1985) mide la conducta de evitación agorafóbica autoinformada, a través de 26 ítems (más uno final de carácter abierto) que se puntúan con una amplitud entre 1-5, tanto en el caso de encontrarse solo como acompañado. En la prueba se refleja una evitación, tanto acompañada como sola, inferior a la media que dicha prueba establece para personas agorafóbicas.

La *Escala de Miedo a la Evaluación Negativa (FNE)*, de Watson y Friend (1986), consta de 30 ítems, con formato de respuesta V/F, y en este caso fue utilizada para evaluar creencias irracionales y pensamientos deformados, con el objetivo final de hacer una posterior reestructuración cognitiva, de cada uno de los ítems. La creencia irracional que se repetía con más frecuencia era la necesidad de aprobación, sobre todo, por parte de la familia de su marido.

Durante el tratamiento se han ido evaluando los progresos, a través de dos tipos de autorregistros: autorregistros de relajación progresiva muscular, de Jacobson, y autorregistros de reestructuración cognitiva (ver tabla 1).

Tabla 1
 Autorregistros de relajación y reestructuración cognitiva

FECHA	NIVEL DE RELAJACIÓN (1-10)	OBSERVACIONES
FECHA	SITUACIÓN	EMOCIÓN
		CONDUCTA

4. Análisis funcional y conductas problema

El análisis funcional realizado determinó que durante la observación de una experiencia traumática (un amigo le relataba el proceso de su enfermedad terminal), se produjo el primer ataque de pánico, y una asociación a estímulos ambientales (no sabía cómo salir de aquella situación). Esto sucedió varias veces más cuando no sabía cómo salir de un lugar, o creía que tendría dificultades para ser auxiliada, en caso de que se repitiese dicho episodio.

En la actualidad ante situaciones temidas, realiza un autochequeo, tanto interno (sensaciones corporales), como externo (cercanía de un hospital o persona de confianza), llegado este punto si puede evita la situación y si no se enfrenta, sucediendo lo siguiente en cada caso: si evita la situación (evitación física o cognitiva), recibe un refuerzo positivo al encontrar señales de seguridad y un refuerzo negativo al notar cómo disminuye su ansiedad, pero, posteriormente aparecen sentimientos de inutilidad al ver reducida su movilidad e incrementada la dependencia de otras personas. En el otro caso, si intenta enfrentarse, como consecuencia del autochequeo y la ansiedad anticipatoria, comienza a hiperventilar y a notar síntomas del ataque de pánico, lo cual se ve incrementado por sus características personales (alto rasgo de ansiedad, personalidad dependiente), eventos estresantes recientes (relación marital tirante) e interpretación catastrofista de dichos síntomas, todo ello la conduce a intentar un escape (físico o cognitivo), que se ve reforzado positivamente al recibir de ese modo señales de seguridad, y negativamente al notar cómo disminuye su ansiedad, con lo que aumenta su sensibilización ante dicha situación, y de nuevo la dependencia de otras personas (ver figura 1 Modelo explicativo).

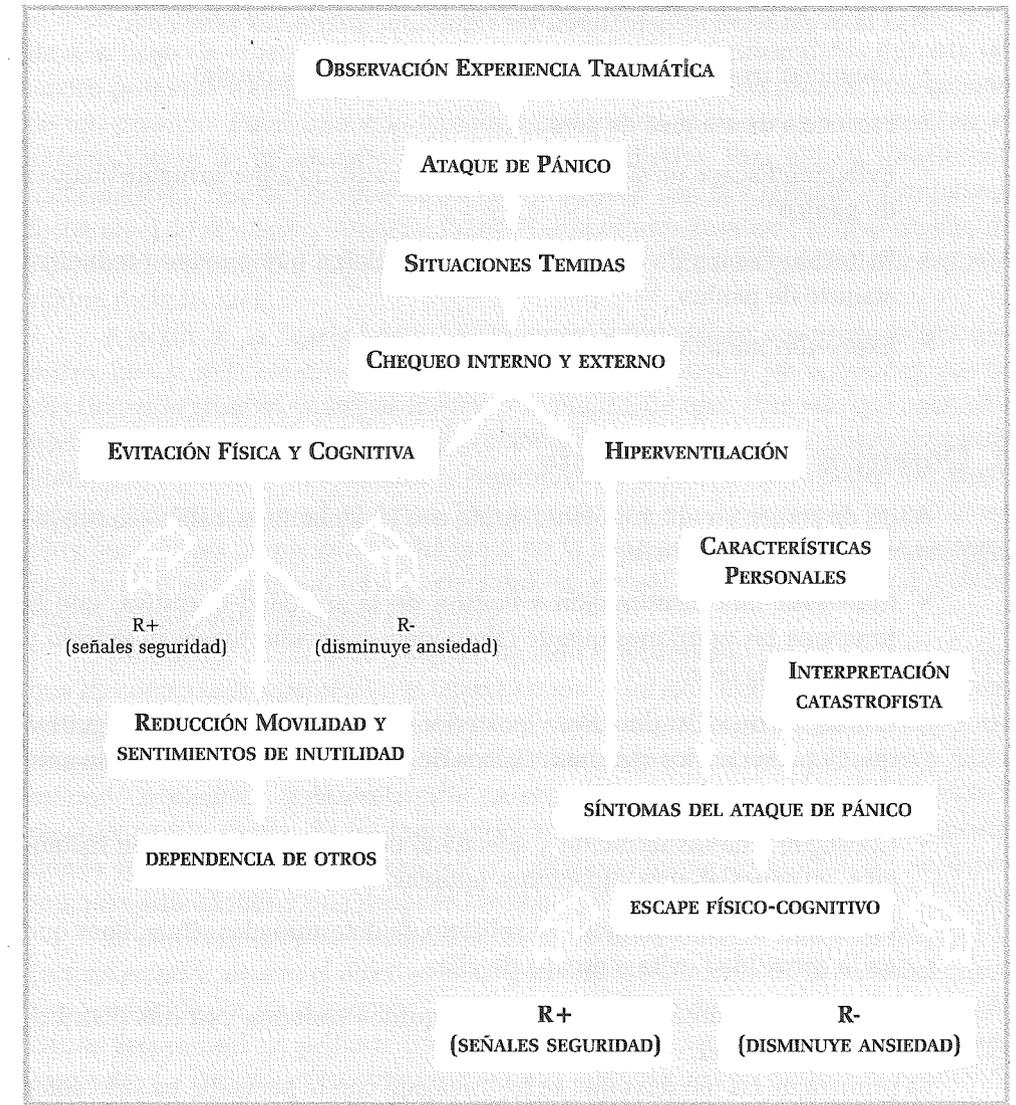


Figura 1. Modelo explicativo

Tras la evaluación se detectaron las siguientes *conductas problema*:

- Creencias irracionales y sesgos atribucionales (a la pareja)
- Presencia de ataques de pánico
- Evitación/Escape de situaciones dónde ha sufrido anteriormente ataques de pánico
- Evitación/Escape de situaciones dónde anticipa que pueden producirse ataques de pánico
- Expresión inadecuada de ira (con la pareja).

5. Objetivos y procedimiento

Antes de comenzar el tratamiento, junto con la paciente, se establecieron los siguientes *objetivos terapéuticos*:

- Conseguir una disminución y control de la ansiedad cognitiva, que le provocan las opiniones que de ella tienen (o pueden tener) su marido y la familia de éste.
- Conseguir una disminución y posterior control de la ansiedad cognitiva que le provocan los síntomas físicos de la ansiedad, especialmente ante situaciones temidas.
- Conseguir una disminución y adecuado control de la activación fisiológica, en especial ante situaciones temidas.
- Conseguir el afrontamiento en solitario de determinadas situaciones que en la actualidad evita o escapa de ellas.

El tratamiento se desarrolló a lo largo de quince sesiones, con una distribución de una hora semanal.

La primera de las técnicas que se ha trabajado con la paciente, ha sido dotar a la paciente de *información* adecuada, en relación con la sintomatología vegetativa que presenta durante los ataques de pánico, con el objetivo de reducir su ansiedad cognitiva alrededor de ideas como miedo a un ataque cardíaco, miedo a morir... , intentar reducir las interpretaciones catastrofistas que hace de sus síntomas y dotarla de una correcta información explicativa.

A partir de la tercera sesión comenzó el entrenamiento en *relajación muscular progresiva de Jacobson*, siendo el objetivo de su aplicación la reducción en

el nivel de ansiedad fisiológica presentada por la paciente. La técnica se desarrolla a lo largo de cinco sesiones, entrenándose los grupos musculares durante las cuatro primeras y en la quinta sesión se entrenó la relajación general con tensión en imaginación. En el intervalo temporal intersesión la paciente debía realizar el entrenamiento de la presente técnica dos veces diarias. Para ello se trabajó con autorregistros, que la paciente debía cumplimentar con la siguiente información: fecha/nivel de relajación/ observaciones. Es importante resaltar los altos niveles de relajación referidos por la paciente durante el entrenamiento, así como la práctica asidua de la técnica.

A partir de la cuarta sesión, se comenzó a trabajar en *reestructuración cognitiva*, con el objetivo de disminuir su ansiedad cognitiva y las opiniones que de ella tienen (o pueden tener) su marido y la familia de éste. Para ello fue necesario que conociese la relación entre cogniciones y emociones, para posteriormente, identificar creencias irracionales y pensamientos deformados y, poder así, sustituirlos por otros más adaptativos. Fue una técnica que la paciente valoró como muy beneficiosa, y que practicaba tanto en la consulta, como durante la semana, para lo cual se le entregó un autorregistro, en el cual debía registrar: fecha/ situación/ pensamiento/ emoción/ conducta.

Otra de las técnicas empleadas, ha sido el entrenamiento en *Control de Ira*, que ha comenzado también en la cuarta sesión, y ha sido trabajada de modo transversal a lo largo de todo el tratamiento. El objetivo que se pretendía conseguir era la expresión asertiva de sus emociones, intentando evitar un estilo pasivo que a menudo presentaba y desembocaba en expresiones agresivas, que la llevaban a discutir con la pareja. Se ha trabajado a través de role-playing con la terapeuta, dónde se practicaban: "mensajes yo" y "crítica en forma de sándwich", en determinadas situaciones y que después llevaba a su vida diaria.

El entrenamiento en *Autoinstrucciones* se desarrolló del mismo modo que la técnica anterior, siendo el objetivo conseguir una disminución de la ansiedad cognitiva producida por los "chequeos", que la paciente hace de la situación. Para su aplicación ésta escogió un pellizco, como estímulo discriminativo para la parada de pensamiento y a continuación autogeneraba una autoinstrucción distinta dependiendo de la situación, recomendándole que fuese formulada siempre en positivo.

La *respiración abdominal* comenzó a entrenarse en la quinta sesión, coincidiendo con la relajación del grupo muscular tronco. El objetivo que se pretendía conseguir era que la paciente aprendiese una pauta respiratoria adecuada, a fin de evitar la hiperventilación que precedía a los ataques de pánico.

La *exposición en vivo* tuvo lugar a partir de la décima sesión, y se realizó exponiendo a la paciente en metro y en tren, ya que en la casa del pueblo se

había estado exponiendo durante el tratamiento, y poniendo en práctica las técnicas entrenadas, con éxito. Se desarrollo por aproximaciones sucesivas, practicando el recorrido con la terapeuta y durante el intervalo temporal intersesiones exponiéndose diariamente al mismo recorrido, sin compañía. En la primera sesión de exposición la terapeuta acompañó a la paciente en el recorrido de ida pero no en el regreso, en un viaje de dos estaciones, en la segunda exposición sucedió lo mismo en un viaje de cuatro estaciones, y en la tercera exposición la paciente realizó sola el viaje completo, de seis estaciones. Tras esto fue necesario interrumpir el tratamiento, debido a las vacaciones de verano, aconsejándole a la paciente que continuase la exposición en vivo durante este periodo, algo que hizo de modo continuado.

Cuando se retomó el tratamiento, se hizo un viaje que la paciente calificaba al principio como el más difícil (debido a la profundidad de la estación de metro a la que debía llegar) haciendo el viaje totalmente sola y permaneciendo en el andén a la espera de que llegase la terapeuta en el siguiente metro. El viaje fue realizado con total éxito, y remitiendo la paciente bajos niveles de ansiedad.

Tras este viaje, se realizó una evaluación, post-tratamiento, cuyos resultados figuran a continuación, y tras la cual se dio de alta a la paciente, al considerar los objetivos terapéuticos cumplidos.

6. Resultados

En las tablas 2, 3, 4 y en las figuras 2-5 se recogen los resultados correspondientes a la evaluación pre-tratamiento, evaluación post-tratamiento y el seguimiento realizado a los seis meses de concluir la terapia, pudiendo observarse cambios significativos.

Tabla 2
Datos evaluación pre-tratamiento, post-tratamiento y seguimiento del ISRA

	ISRA					
	ANSIEDAD COGNITIVA		ANSIEDAD FISIOLÓGICA		ANSIEDAD MOTORA	
	P. D.	P.C.	P.D.	P.C.	P.D.	P.C.
PRE	91	75	82.5	90	23	25
POST	18	5	11	10	0	0
SEGUIM.	16	3	13	15	2	3

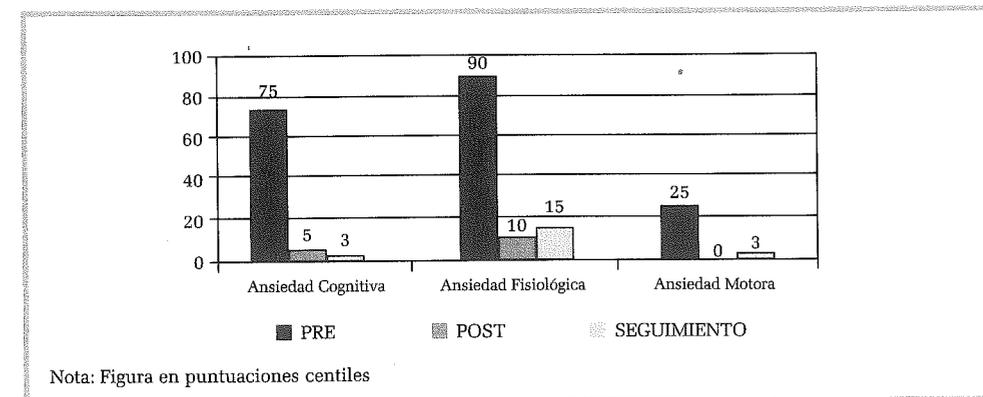


Figura 2. Perfil de sistemas de respuesta del ISRA

Tabla 3
Datos evaluación pre-tratamiento, post-tratamiento y seguimiento del ISRA

	ISRA							
	ANS .EVAL.		ANS. INTERPER.		ANS. FÓBICA		ANS COTID.	
	P.D.	P.C.	P.D.	P.C.	P.D.	P.C.	P.D.	P.C.
PRE	95	80	15	55	76	90	30	90
POST	26	5	0	0	9	15	0	0
SEGUIM	14	3	0	0	14	25	0	0

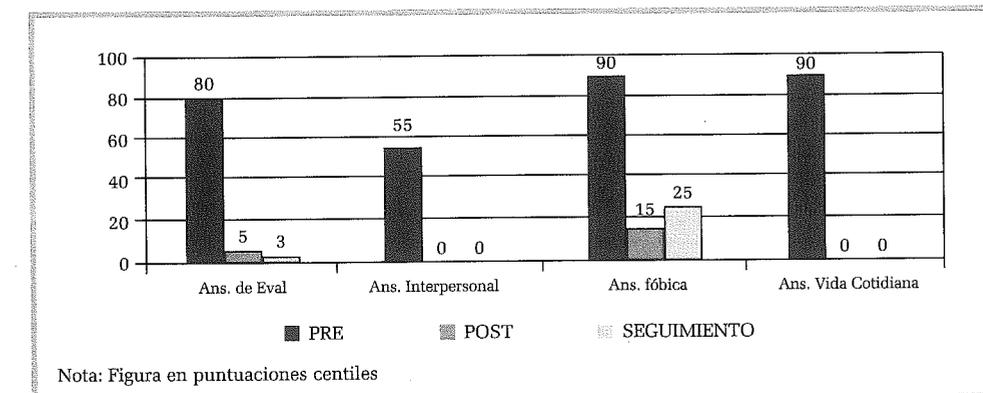


Figura 3. Perfil de rasgos específicos del ISRA

Tabla 4
Datos pre-tratamiento, post-tratamiento y seguimiento del ACQ

	ACQ			POBLACIÓN NORMAL ξ
	PRE	POST	SEGUIM.	
PREOCUPACIÓN FÍSICA	2.71	1	1.14	1.31
PREOCUPACIÓN SOCIOCOND.	2	1	1	1.89

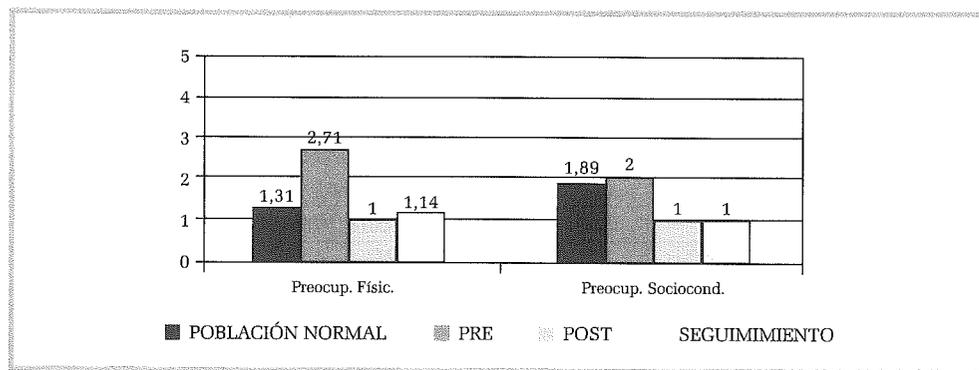


Figura 4. Resultados ACQ

Tabla 5
Datos de evaluación pre-tratamiento, post-tratamiento y seguimiento del MI

	ACQ			PERSONAS AGORAFOBIA	
	PRE	POST	SEGUIM	ξ	$\Sigma\xi$
	EVIT. SOLA	1.56	1	1	3.30
EVIT. CON COMPAÑIA	1.4	1	1	2.41	0.70

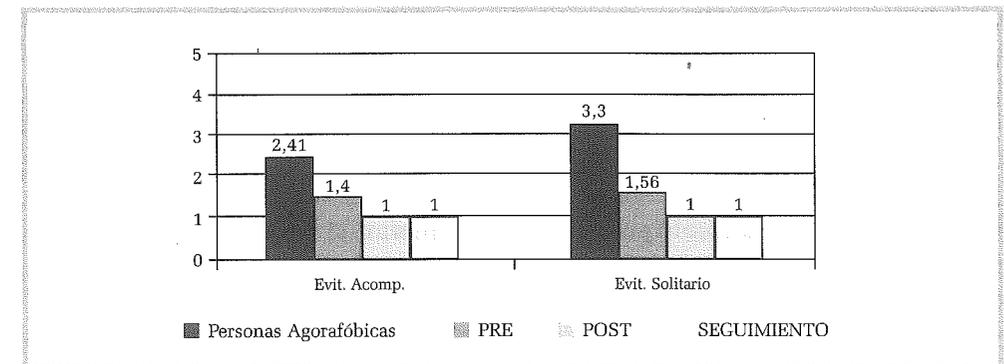


Figura 5. Resultados MI

Los síntomas que la paciente relataba en la *entrevista* inicial, ya no se mantienen, excepto si alguna vez está inquieta, sufre pequeñas molestias estomacales.

En lo concerniente al *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA)* se pueden observar significativos descensos en la ansiedad que presentaba la paciente en todos sus factores y que continúa manteniéndose a los seis meses de finalizar la terapia.

El Cuestionario sobre *Cogniciones Agorafóbicas (ACQ)* presentaba en la evaluación pretratamiento niveles, tanto de preocupación física como socioconductual, por encima de la media de la población normal, descendiendo significativamente en la evaluación post-tratamiento, por debajo de la media de la población normal, y estos resultados continúan manteniéndose tras el seguimiento.

Si analizamos el *Inventario de Movilidad (MI)*, podemos comprobar que tanto en la evaluación post-tratamiento como en el seguimiento, su evitación parece disminuir poco, pero hay que tener en cuenta que en estos momentos era, ya, una persona mucho más independiente de su pareja, y si visitaba lugares como el cine, grandes superficies... lo hacía sola, e importándole poco la opinión de su pareja.

CONCLUSIONES

Las enormes diferencias en la evaluación pretratamiento y evaluación post-tratamiento, del ISRA, puedan llevarnos a desconfiar en algún momento de los resultados. Es importante darnos cuenta de la sugestionabilidad de la paciente, así como del estado de enorme confusión y desconocimiento de los síntomas con los

que acudió a consulta. Estas características pueden explicar índices tan elevados de ansiedad pre-tratamiento, así como los sorprendentes resultados post-tratamiento. De cualquier modo, los cambios se vieron reflejados en gran medida durante las exposiciones en vivo, tanto de la evaluación post-tratamiento como del seguimiento.

En cuanto a los resultados obtenidos en el Inventario de Movilidad (MI) en la evaluación pretratamiento su evitación era inferior al baremo establecido para personas agorafóbicas, lo cual puede ser debido al estilo de vida de la paciente que era ama de casa, apenas salía a lugares como el teatro, cine, grandes superficies... y cuando lo hacía era acompañada de su marido, ya que a éste no le parecía bien lo contrario, y ella, en el momento en que llega a terapia, lo prefería, a causa de los ataques de pánico que sufría. Con lo cual, podemos deducir, que ni siquiera tenía la oportunidad de evitar. De cualquier modo, durante el tratamiento y en su evaluación final, continúa descendiendo su nivel de evitación.

Nos parece importante reflejar la importancia que la combinación de técnicas cognitivas y conductuales ha tenido para el buen curso del tratamiento. Aunque en el momento en el que la paciente llega a terapia parece adecuado un tratamiento conductual con exposiciones en vivo, tras la evaluación pretratamiento se muestra más oportuna una combinación con técnicas cognitivas que ayuden a disminuir la elevada ansiedad que la paciente sufría a lo largo del día (tanto por la interpretación catastrofista que hace de su sintomatología física, como por la elevada ansiedad de evaluación que sufre ante su pareja y en la vida cotidiana). Dentro de estas técnicas la más valorada por la paciente ha sido la dotación de información acerca de los efectos de la ansiedad y sus efectos en el triple sistema de respuesta: cognitivo, fisiológico y motor.

En el transcurso de este caso pudimos observar tal y como se citaba en Schmidt et al. (2000), que uno de los determinantes más importante para sufrir ansiedad cognitiva en un paciente que sufre ataques de pánico, es la probabilidad de experimentar de nuevo un episodio. Del mismo modo la interpretación catastrofista de la sintomatología vegetativa contribuye al aumento de la ansiedad cognitiva, como se ha citado anteriormente, por lo cuál fue un punto central del tratamiento la inclusión de la reestructuración cognitiva, la cual contribuyó a la disminución de la ansiedad en este sistema de respuesta, así como en la vida cotidiana y ante situaciones de evaluación.

En este caso nos encontramos con una de las dificultades citadas por García Higuera (1999), "el miedo a las sensaciones corporales", por lo cual fue muy beneficioso, la inclusión de técnicas corporales como la respiración abdominal y el entrenamiento en relajación muscular, mediante las cuales la paciente se sentía

mucho más segura ante situaciones temidas, ya que contaba con estrategias efectivas de afrontamiento.

El último paso en el tratamiento, y una vez que la paciente aprendió a controlar tanto su ansiedad cognitiva como fisiológica en la vida cotidiana, fue el enfrentarse a estímulos fóbicos, que para ella eran fundamentalmente el metro y el tren. La gran ventaja con la que nos encontramos fue la alta motivación de la paciente para realizar exposiciones en vivo en el periodo intersesiones. Según relataba ella misma, su seguridad para exponerse a estímulos fóbicos provenía más del cambio en sus cogniciones que de la propia habituación.

Por último, y citando una de las conclusiones a las que llegan Bouton et al. (2001), la exposición a señales exteroceptivas, interoceptivas, cognitivas y verbales, que causaban ansiedad al paciente, sin permitir que tuviesen lugar comportamientos de seguridad, ha sido básica en el progreso del tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychological Association (1994). *Diagnostical and Statistic Manual of Mental Disorders*. (4ª edic.) Washington. APA.
- Bados, A. (1995). *Agorafobia I: Naturaleza, etiología y evaluación*. Barcelona: Paidós.
- Bados, A. (2000). *Agorafobia y ataques de pánico*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Bados, A. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la agorafobia. *Psicothema*, 13, 3, 453-464 .
- Barlow, D.H, Brown, T.A. y Craske, M.G. (1994). Definitions on panic attacks and panic disorder in the DSM-IV: Implications for research. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 553-564.
- Bouton, M.E., Barlow, D.H. y Mineka, S. (2001). A modern learning theory on the etiology of panic disorder. *Psychological Review*, 108, 1, 4-32.
- Chambless, D.L., Caputo, C., Bright, P. y Gallagher, R (1984). Assessment of fear in Agoraphobics: The Body Sensations Questionnaire and the Agoraphobic Cognitions Questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 1090-1097.
- Chambless, D.L., Caputo, G.C., Jasin, S.E., Gracely, E.J. y Williams, C. (1985). The Mobility Inventory for Agoraphobia *Behaviour Research and Therapy*, 23, 35-44.

- Echeburúa, E., y del Corral, P. (1992) Técnicas de exposición en psicología clínica. En M.A. Vallejo y M.A. Ruíz, *Terapia de Conducta*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Forsyth, J.P., Eifert, G.H. y Canna, M.A. (2001). Evoking analogue subtypes of panic attacks in a nonclinical population using carbon dioxide-enriched air. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 6, 559-572.
- García Higuera, J.A. (1999). Tratamiento de la agorafobia: Hacia una terapia cognitivo-conductual constructivista. Disponible en: <http://www.cop.es/colegiados/M-00451/agorafobia> (14 Abril, 2001).
- Lang, P., Davis, M. y Ohman, A. (2000). Fear and anxiety: Animal models and human cognitive psychophysiology. *Journal of Affective Disorders*, 61, 137-159.
- Martínez Azumendi, O. (1999). La crisis de ansiedad. Disponible en: <http://www.geocities.com/ansiedad.geo/3frecue.html> (15 Abril, 2001).
- Miguel Tobal, J.J. y Cano Vindel, A. (1994). *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA)*. Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- Pennebaker, J.W. y Roberts, T. (1992). Towards his and hers theory of emotion: Gender differences in visceral perception. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 11, 199-212.
- Pérez Nieto, M.A. y Redondo, M.M. (2002). Intervención cognitivo-conductual en un caso de fobia social y trastorno de angustia con agorafobia. *EduPsykhé*, 1, 115-138.
- Quero, S., Baños, R.M. y Botella, C. (2000). Sesgos cognitivos en el trastorno de pánico: comparación entre el stroop computerizado y con tarjetas. *Psicothema*, 12, 2, 165-170.
- Rachman, S.J. (1978). *Fear and courage*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Schmidt, N.B. y Koselka, M. (2000). Gender differences in patients with panic disorder: Evaluating cognitive mediation of phobic avoidance. *Cognitive Therapy and Research*, 24, 5, 533-550.
- Stoney, C.M., Davis, M.C. y Matthews, K.A. (1987). Sex differences in psychological response to stress and in coronary heart disease. A causal link? *Psychophysiology*, 24, 127-131.
- Tsao, J.C., Mystkowi, J.L., Zucker, B.G. y Craske, M.G. (2005). Impact of cognitive-behavioral therapy for panic disorder on comorbidity: a controlled investigation. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 7, 959-970.
- Vallejo Ruiloba, J. (1998). *Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría*. Barcelona: Masson.

- Watson, D. y Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of consulting and Clinical Psychology*, 33, 448-457.
- White, T.L. y Depue, R.A. (1999). Differential association of traits of fear and anxiety with norepinephrine and dark induced pupil reactivity. *Journal of personality and social psychology* 77,4, 863-877.
- Wolpe (1969). *The practice of behaviour therapy*. New York: Pergamon Press.