

**EFICACIA DE LA EXPOSICIÓN COGNITIVA Y
LA EXPOSICIÓN A LAS SENSACIONES INTEROCEPTIVAS
EN UNA PACIENTE CON TRASTORNO DE
PÁNICO CON AGORAFOBIA**

**Elena Barbosa Cortes
Mercedes Borda Mas ¹
Carmen del Río Sánchez**

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos.
Facultad de Psicología. Universidad de Sevilla

RESUMEN

Se presenta el caso de una paciente de 22 años diagnosticada de trastorno de pánico (TP) con agorafobia (DSM-IV, 1994). Se evalúa la gravedad del trastorno (Inventario de Agorafobia, Echeburúa, Corral, García, Páez y Borda, 1992), ansiedad (Inventario de Ansiedad Estado/Rasgo, Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970), depresión (Inventario de Depresión, Beck, Rush, Shaw y Emery, 1996), nivel de adaptación (Escala de Adaptación, Echeburúa y Corral, 1987, cfr. Borda y Echeburúa, 1991) y características de personalidad (Cuestionario de 16 Factores de Personalidad, Cattell, 1972) en el pre, post y seguimiento de 6 y 12 meses. Se expone el tratamiento (13 sesiones + 5 de seguimiento) basado en la exposición en vivo a las situaciones evitadas, exposición cognitiva y exposición interoceptiva, tanto a los síntomas fisiológicos de ansiedad experimentados así como a la interpretación catastrofista de los síntomas temidos. Los resultados señalan, respecto al TP

¹ Correspondencia: Mercedes Borda Mas. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad de Sevilla. C./ Camilo José, s/n, 41018 SEVILLA. Tlf: 954557806. e-mail: mborda@us.es.

con agorafobia, en la valoración global del triple sistema de respuestas, el 80,87% de mejoría con el tratamiento (el 92,93%, 74,04% y 62,97% en las respuestas fisiológicas, motoras y cognitivas, respectivamente, en ambos momentos) y el 90,57% tras un año de seguimiento (el 96,96%, 93,27% y 81,48%). Del mismo modo, se observa una reducción clínicamente significativa en las distintas medidas de evaluación y un nivel de adaptación adecuado a la vida cotidiana.

Palabras clave: TRASTORNO DE PÁNICO, AGORAFOBIA, TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL, EXPOSICIÓN EN VIVO, EXPOSICIÓN COGNITIVA, EXPOSICIÓN INTEROCEPTIVA, EFICACIA.

SUMMARY

The case of a 22 year old patient diagnosed with agoraphobic with panic attacks is discussed (DSM-IV, 1994). The severity of the disorder (Agoraphobic Inventory, Echeburúa, Corral, García, Páez y Borda, 1992), anxiety (State Trait Anxiety Inventory, Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970), depression (Beck Depression Inventory, Beck, Rush, Shaw y Emery, 1996), level adaptation (Adaptation Scale, Echeburúa y Corral, 1987, cfr. Borda y Echeburúa, 1991) and personality characteristics (Sixteen Personality Factor Questionnaire 16 PF, Cattell, 1972) were evaluated, in the pre-treatment, post-treatment phases and followed up 6 and 12 months later.

The treatment (13 sessions + 5 follow-up sessions) based on real-exposure to avoided situations, cognitive exposure and interoceptive exposure, along with the physical symptoms of anxiety experienced as well as the catastrophic interpretation of the feared symptoms are discussed. The results show, with respect to the agoraphobic panic attacks, in the global valuation of triple system of responses, a 80'87% improvement with treatment (92'93%, 74'04% and 62'97% in physical, motor and cognitive, respectively, both evaluations) and in 90'57% improvement after one year (96'96%, 93'27% and 81'48%).

At the game time, a significant clinical reduction in the different measurements evaluated and level of adequate adaptation to normal life were observed.

Key words: PANIC DISORDER, AGORAPHOBIA, COGNITIVE BEHAVIORAL TREATMENT, IN VIVO EXPOSURE, COGNITIVE EXPOSURE, INTEROCEPTIVE EXPOSURE, EFFICACY

1. INTRODUCCIÓN

En los últimos años, los psicólogos clínicos nos venimos enfrentando con un fenómeno realmente sorprendente. Consiste en el aumento de la asistencia a la consulta psicológica de personas afectadas con agorafobia y, especialmente, con trastorno de pánico (TP).

Son varios los motivos que han llevado a profundizar en el tratamiento de los TP y la agorafobia. Principalmente, debido al aumento notable de la presencia de ataques de pánico en la población general, así como en pacientes con otros trastornos de ansiedad (por ejemplo, con fobia social: 15%-30% o ansiedad generalizada: 25%). De hecho, Margraf, Barlow, Clark y Telch (1993) consideran que el TP se ha convertido en un problema para la salud pública, dada la elevada frecuencia con que se observa en los usuarios de la red sanitaria. Así, en distintas revisiones realizadas en los últimos diez años, los autores estiman cifras de prevalencia en la población general que oscilan entre aproximadamente el 0,8% y el 3,5% para el TP y entre el 1,2% y el 6,9% para la agorafobia (con y sin TP) Craske y Barlow (1993); Beck y Zebb (1994); Kessler, McGonable, Zhao *et al.* (1994); McNally (1994); Echeburúa y Corral (1995); Sandín y Chorot (1995); Botella y Ballester (1997). Un segundo motivo, de especial relevancia, consiste en que una vez instaurado el trastorno, no se produce la remisión espontánea. Consecuentemente, el desajuste y la incapacidad afecta a distintos ámbitos del paciente Borda y Echeburúa (1991).

El interés por el abordaje de la agorafobia y el TP desde la psicología clínica se remonta a varias décadas atrás, desde los estudios con pacientes fóbicos realizados por Marks, Gelder y Edwards (1968) y Emmelkamp y Kuipers (1979), basados en la eficacia de determinadas técnicas Rapee y Barlow (1991), hasta aquellos otros cuyo objetivo era determinar la eficacia comparativa de tratamientos o componentes de los mismos [Michelson, Mavissakalian, Marchione, Dancu *et al.* (1986); Michelson, Marchione, Greenwald, Glanz *et al.* (1990); Gould, Clum y Shapiro (1993); Côté, Gauthier, Laberge, Corner *et al.* (1994)] e incluso algunos trabajos en los se pone a prueba tratamientos combinados (farmacológicos y psicológicos) con

resultados a medio y/o largo plazo [Clark, Salkovskis, Hackman, Middleton *et al.* (1993); Echeburúa, Corral, García y Borda (1993); Klosko, Barlow, Tassimary y Cerny (1990); Michelson y Marchione (1991)]. En este sentido, en líneas generales, los distintos estudios reflejan una superioridad terapéutica de las técnicas cognitivo conductuales para el TP con agorafobia a largo plazo frente a otros tratamientos (terapia cognitiva sola, terapia de exposición sola, terapia de apoyo, tratamiento farmacológico o la relajación). Por otro lado, los estudios llevados a cabo con tratamientos combinados señalan que el tratamiento con antidepresivos (imipramina) facilita el efecto de la exposición en vivo a corto plazo actuando a su vez el fármaco sobre la depresión y el pánico. En cambio, la eficacia es inferior cuando se combina la terapia cognitivo conductual con las benzodiazepinas.

Desde la perspectiva médica, los psicofármacos administrados por los especialistas para hacer frente a los ataques de pánico en estos pacientes son los antidepresivos tricíclicos (imipramina, preferentemente), las benzodiazepinas de alta potencia (alprazolam) y los inhibidores de la recaptación de serotonina (IRSs) López-Alonso y Gómez-Járabo (1998). En el momento actual, son los IRSs los fármacos de elección en el TP, debido a que apenas produce efectos secundarios y son mejor tolerados por los pacientes, a diferencia de los antidepresivos tricíclicos. Éstos producen tasas de abandono de hasta un tercio y recaídas entre el 27% y el 50%. Por otro lado, las benzodiazepinas, si bien se muestran útiles en el TP y la agorafobia, tienden a producir dependencia administrada a largo plazo y las tasas de recaídas y rebote son elevadas. En este sentido, en 1999, Echeburúa y Corral realizan una revisión de la situación actual en relación con el tratamiento del trastorno del pánico -psicológico y farmacológico- en el cual, entre otras conclusiones, señalan una superioridad de la terapia conductual o cognitivo-conductual sobre los psicofármacos, al menos a largo plazo.

De la diversidad de recursos para el tratamiento de este trastorno, la terapia de exposición resulta ser el procedimiento más eficaz para la reducción de la conducta de evitación, como se pone de manifiesto en distintos estudios, si bien los resultados de los distintos trabajos apuntan hacia la elevada eficacia de los procedimientos cognitivos

para controlar las crisis de pánico. Esta técnica en sí misma se acompaña de otros componentes terapéuticos como son manuales de autoayuda Mathews, Gelder y Johnston (1986a,b), un coterapeuta y autorregistros, estrategias que ayudan a aumentar la efectividad de la autoexposición en vivo, favorecen la autonomía del terapeuta y contribuyen, de un modo indirecto, a producir un cambio a nivel cognitivo, relacionado éste con la percepción de autoeficacia en el paciente. Este programa de tratamiento, denominado *práctica programada*, fue diseñado por Mathews, Gelder y Johnston y publicado en el año 1981.

A pesar del avance en la investigación, a lo largo de estos años, se ha ido comprobando que, además de las conductas de evitación, el miedo al miedo y la preocupación e inquietud por las sensaciones asociadas a la ansiedad es la característica principal que presentan los pacientes con TP y agorafobia con TP. Para Clark (1986), las personas con ataques de pánico experimentan crisis de pánico recurrentes debido a la interpretación catastrófica que realizan de las sensaciones corporales. En otras palabras, las expectativas de pánico (miedo a las consecuencias dramáticas de los síntomas internos) son las que provocan las crisis de ansiedad intensa. En este sentido, Rodebaugh, Curan y Chambless (2002) señalan, a partir de su estudio con 45 pacientes con TP con agorafobia, que el mantenimiento de la ansiedad se debe a las expectativas de pánico y, no tanto, a la inversa. Por ello, de cara al éxito terapéutico, sugieren que el tratamiento mostraría una eficacia superior si se incidiera directamente sobre las creencias e interpretación de las sensaciones físicas, puesto que se estaría contribuyendo, indirectamente y de modo simultáneo, a disminuir los niveles de ansiedad.

El conocimiento de las repercusiones que tienen los componentes cognitivos y fisiológicos en el TP y la agorafobia sugiere que, junto a la exposición en vivo orientado a las conductas de evitación, el tratamiento requiere ser completado con exposición cognitiva y exposición a las sensaciones físicas. Desde ese punto de vista, el objetivo de este trabajo es exponer a través del estudio de una paciente diagnosticada de trastorno de pánico con agorafobia, la evolución de la misma en la que se combinó la exposición cognitiva en las sesiones con el terapeuta a través de diálogos socráticos

y la exposición a las sensaciones interoceptivas mediante ensayos conductuales. Asimismo, se incorporaron tareas intersesiones de exposición orientadas a los niveles de respuesta: conductual, cognitivo y fisiológico.

2. DESCRIPCIÓN RELEVANTE DE PACIENTE

La paciente es una joven de 22 años, soltera, estudiante de Arquitectura. Pertenece a un nivel socio-económico medio-alto. Vive con sus padres y una hermana, también soltera de 29 años, médico de profesión. Acude a consulta psicológica en marzo del año 2000 aquejada de un problema de agorafobia. La paciente se siente incapaz de salir sola a la calle (por ejemplo, tiendas, lugar de estudio, bares o pubs) o de hacer frente a situaciones con mucha gente que anteriormente no le creaban dificultad (por, ejemplo, autobuses y fiestas). Las situaciones son temidas, por un lado, porque implican limitaciones de movimiento o la posibilidad de escape por restricciones físicas o por convencimiento social, y que, por otro lado, son situaciones que no le proporcionan una sensación de seguridad. En esas circunstancias experimenta taquicardia, temblores, sensación de ahogo, dolor de estómago y "debilidad", así como temor a perder el control y dejar de "guardar las formas" (hacer el ridículo). Los síntomas se agravan si se encuentra sola; tiende, por ello, a evitar sistemáticamente estas situaciones, a reducir sus actividades de ocio y a permanecer mucho tiempo en casa; si por el contrario tiene que salir, casi siempre, va acompañada de su hermana. El pensar en la posibilidad de acercarse a las situaciones temidas le produce también un gran malestar y le provoca la aparición, aunque de forma algo mitigada, de los síntomas psicofisiológicos expuestos. Las crisis de pánico son más frecuentes que al principio, incluso estando "recluida" en casa. Por otra parte, la paciente manifiesta que su vida se encuentra reducida bien a los límites de su casa o a la compañía de los demás, debido a su escasa percepción de control ante los síntomas y el temor a que aparezcan. Asociado a este problema, presenta un episodio depresivo, alegando estar insatisfecha con

su vida y sentirse fracasada con los intentos realizados hasta ahora para solucionar su situación problemática actual.

El problema surgió bruscamente hace casi un año y medio, durante un recorrido cuando iba montada en un autobús; llovía mucho y el bus iba lleno y los pasajeros disponían de muy poco espacio. Recuerda que iba pensando en sus "cosas": "*me agobié porque había mucha gente*"; se sintió acalorada, con ahogos y náuseas y, al parecer, experimentó una "bajada de tensión". Ante esta situación, decidió bajar del autobús en la parada siguiente y, en instantes comenzó a mejorar, volviendo a casa en un taxi. Al día siguiente, reanudó su actividad cotidiana con normalidad. Al tiempo recuerda haber sufrido varias crisis con mayor variedad de síntomas, tanto en lugares abiertos (por ejemplo, la Universidad) como en lugares cerrados (por ejemplo, bares, tiendas y, sobretodo, en los autobuses), lo que le obligó a depender de su hermana para que le llevara a clase en coche ante la preocupación de no ser capaz de soportar las crisis de pánico. Las situaciones generadoras de ansiedad, gradualmente, se generalizaron a todo tipo de lugares abiertos y cerrados; incluso al pasear sola por la calle. El modo de reaccionar ante estos ataques es siempre la mismo: salir del local o situación a un lugar más tranquilo, esperar a que se le pasaran los síntomas, y si esto no ocurre, acudir en taxi a casa cuanto antes.

Al especificar con más detalle los síntomas o las diferentes manifestaciones clínicas en el momento actual, presentes en las situaciones agorafóbicas o la anticipación de las mismas, observamos:

- Con respecto a las respuestas motoras, fundamentalmente, la evitación de los distintos lugares públicos, las aglomeraciones, los medios de transportes, y situaciones concretas como el alejarse de casa, el pasear, las fiestas, etc. Con menor frecuencia recurre a la respuesta de escape. Aparece en aquellas situaciones consideradas inicialmente "seguras", pero que por alguna circunstancia se convierte en ansiógena (por ejemplo, ir con su hermana al cine o a dar un paseo).

- Con respecto a las respuestas psicofisiológicas, destacan con más frecuencia: sudoración, taquicardia, temblores, desorientación

y confusión, sensación de ahogo y sofoco, dificultad para respirar, oleadas de calor, dolor de estómago y flojera en todo el cuerpo. Con menor frecuencia, tensión muscular.

- Con respecto a las respuestas cognitivas, es decir, los pensamientos que acompañan antes, durante y después de la situación fóbica, éstos hacen referencia a "voy a ser incapaz de volver a casa (o a un sitio seguro) por mí misma", "no voy a poder escapar de esta situación", "voy a perder el control" o "me voy a marear" y "me voy a quedar paralizada por el miedo y no voy a poder hacer nada". Por otro lado, con frecuencia se siente preocupada por la aparición de los síntomas de ansiedad, cree que le va a suceder algo "malo".

El desarrollo evolutivo de la infancia y adolescencia han sido normales, con unas relaciones familiares y académicas satisfactorias. Sin embargo, no muestra un buen concepto de sí misma; se considera una persona reservada, sensible, un tanto dependiente (de su hermana), sin un excesivo círculo de amistades, sobretodo en la Facultad. Mantiene actualmente una relación de pareja que le hace sentirse ilusionada, está interesada por sus estudios obteniendo muy buenos resultados académicos hasta el momento en que la aparición de su problema le incapacita en esta faceta de su vida. Ahora, se considera inferior a sus compañeros y se siente sola. Sus preferencias son fundamentalmente leer, salir con sus amigos y estar con su pareja; no obstante, en el último año pasa mucho tiempo en casa por temor a que se le vuelvan a producir las crisis de pánico. No consume ningún tipo de drogas, su apetito es bueno y el sueño, conciliador hasta ahora, no es tan reparador en este momento. No hay antecedentes psicopatológicos ni consultas médicas y/o psicológicas por este motivo en el núcleo familiar.

Desde mayo de 1999, prescrito por un especialista, toma medicación: Trankimazin, con una dosificación de tres tomas diarias de 0'25 Mg. y Besitran con una toma diaria de 50 Mg. Con este tratamiento que mantiene hasta la actualidad se encuentra más animada y menos ansiosa, pero los síntomas no han remitido en su totalidad, no siendo capaz de hacer frente a las situaciones temidas.

3. PROCEDIMIENTO

3.1. Instrumentos de evaluación

En las dos primeras sesiones, la terapeuta llevó a cabo una entrevista clínica estructurada (AIDS-R, Anxiety Interview Schedule-Revised, Di Nardo y Barlow, 1988) con la paciente, tras lo cual se estableció el diagnóstico de "Trastorno de pánico con agorafobia". El AIDS-R es una entrevista para recoger datos personales del paciente, de la historia y evolución del problema hasta el momento actual. También recoge datos sobre los antecedentes familiares o el grado de afectación del problema en su vida cotidiana, así como sus expectativas del tratamiento.

Tras la elaboración de la historia clínica detallada se le entregan, no sin antes ofrecerle la explicación del modo de responder, las escalas y cuestionarios que figuran en la tabla 1, debiéndolos traer adecuadamente cumplimentados en la próxima sesión.

A. Inventario de Agorafobia (Echeburúa, Corral, García, Páez y Borda, 1992). Está diseñado para medir la gravedad de las respuestas motoras, cognitivas y psicofisiológicas asociadas a la ansiedad. Consta de 69 ítems divididos en dos partes. La primera, dividida a su vez en tres subescalas (motora, psicofisiológica y cognitiva), valora en una escala de tipo likert de 0 (nunca) a 5 (siempre) la frecuencia y el grado de temor (subescala psicofisiológica) en los diferentes ítems. La segunda parte mide la variabilidad de las respuestas en función de los factores que contribuyen a aumentar y disminuir la ansiedad. Discrimina a su vez entre la condición de 'solo' y 'acompañado', la valoración de las respuestas del triple sistema de respuestas y es un instrumento sensible al cambio terapéutico, por lo que es de gran utilidad en la planificación del tratamiento. Las puntuaciones obtenidas por la paciente en el inventario fueron las siguientes: 104 a nivel motor, 99 en respuestas fisiológicas y 27 en cognitivas, y en la escala global 163, indicando esta puntuación un nivel de gravedad medio-alto en el cuadro clínico.

B. Inventario de Depresión (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1961). La adaptación española del cuestionario elaborado por Beck *et al.* ha sido concebida para la detección y cuantificación del síndrome

depresivo en adultos. Consta de 21 ítems que refleja distintas manifestaciones específicas de las depresiones organizadas en cada ítem con 4-5 opciones de respuesta en función de la gravedad de los signos. Los puntos de corte son: 0-9 depresión ausente, 10-18 depresión leve, 19-29 depresión moderada y 30-36 depresión grave. Remitiéndonos al perfil de la prueba destacan principalmente los ítems de sentimientos de fracaso, insatisfacción, culpabilidad y odio a sí mismo que, junto con el resto de los mismos, se valora la prueba con 19 puntos indicando un grado moderado del estado depresivo de la paciente.

C. Inventario de Ansiedad Estado/Rasgo (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970). Este instrumento consta de 40 ítems distribuidos en dos escalas (20 ítems para la sub-escala de ansiedad *estado* y 20 para la ansiedad *rasgo*). Evalúa la ansiedad-rasgo, característica estable de la personalidad y la ansiedad-estado que muestra la respuesta que da el sujeto ante una determinada situación. Los ítems de la escala *estado*, que se valoran de 0 (casi nada) a 3 (casi siempre) y los ítems de la escala *rasgo* se valoran de 0 (nada) a 3 (mucho) Las puntuaciones se obtienen por separado. Este inventario ha demostrado ser sensible al cambio terapéutico.

La medición del rasgo-ansiedad corresponde a un centil de 99 y por otro lado, la ansiedad-estado se sitúa en un centil de 96, ambos centiles sugieren una ansiedad grave, puesto que el punto de corte es el centil 75.

D. Escala de Adaptación (Echeburúa y Corral, 1987, cfr. Borda y Echeburúa, 1991). Escala que evalúa el grado de adaptación del paciente a distintas áreas de su vida (trabajo, pareja, familia, etc). Se evalúa de 0 (nada) a 5 (muchísimo) en qué medida afecta el problema a cada una de las áreas. Además incluye una sub-escala global, puntuación que en la evaluación de pre-tratamiento se sitúa en 5.

E. Cuestionario de 16 Factores de Personalidad (Cattell, 1972). Valoración objetiva, cuyo fin es ofrecer, en el menor tiempo posible, una visión muy completa de la personalidad. Esta visión se basa en la evaluación de 16 dimensiones de personalidad, funcionalmente independientes y psicológicamente significativas, lo cual nos da una mayor posibilidad de comprensión y predicción del comportamiento.

Este instrumento aprecia, además de los 16 rasgos de 1º orden, 4 de 2º orden de la personalidad, junto con una posible medida de la distorsión motivacional. Su aplicabilidad abarca a adolescentes y a adultos con un nivel cultural equivalente a la enseñanza media en las formas A y B. Con respecto a los resultados cabe decir que deberán ser tomados con cautela por las puntuaciones obtenidas al azar. Principalmente puntúa muy bajo acercándose al polo de sizotimia (1), lo que esta en consonancia con su carácter reservado, llegando incluso al aislamiento; esto último puede determinar problemas en las relaciones interpersonales (este valor en el factor A también suele aparecer en sujetos deprimidos como podemos confirmar con el cuestionario BDI). En lo que se refiere a los factores F –urgencia- (8), 0 -tendencia a la culpabilidad- (8), Q3 -baja integración- (3) y Q4 -muchísima tensión energética- (8), destacan igualmente en el perfil por lo que se pasa a describir a continuación. La paciente se muestra como una persona, impulsiva, sobretodo en el plano emocional, algo voluble y exaltada que se manifiesta cuando se rodea de su grupo de iguales. Por otro lado, se caracteriza por una tendencia a la ansiedad, Q1 –ansiedad- (8) y dificultad para manejar la misma QIII –poca socialización- (3) que se revela a la hora de enfrentarse a las relaciones interpersonales, correlacionándose esto último con la frustración que experimenta en las situaciones que percibe que no ha sido aceptada y criticada socialmente, añadiéndose a ello su tendencia a la adhesión de las ideas tradicionales Q1 –conservadurismo- (2).

F. Listado de creencias irracionales (Farquah y Lowe, 1974). Está compuesto de 100 ítems de respuesta dicotómica, clasificados en 10 subescalas. Cada subescala refleja una de las creencias irracionales básicas de la Terapia Racional Emotiva (TRE) (Ellis, 1976), derivadas de la filosofía de la TRE: interés por uno mismo y los demás, auto-aceptación, flexibilidad, tolerancia a la frustración, aceptación de la incertidumbre, auto-dirección, auto-responsabilidad, compromiso creativo, pensamiento científico, asunción de riesgos y hedonismo. Los autores no señalan un punto de corte de la prueba; no obstante, en la interpretación de la misma, se sigue el criterio siguiente: a mayor puntuación, mayor gravedad en la presencia de creencias irracionales. (El rango en la población oscila entre 40-45

puntos). Con respecto los resultados de la paciente las ideas que más puntúan son: Sobre-implicación ansiosa (6), Demanda de aprobación (1), Perfeccionismo (2) e Irresponsabilidad emocional (7).

Las diez creencias irracionales básicas están relacionadas con las ideas siguientes:

1. *Demanda de aprobación*: necesidad de recibir cariño y aprobación de los demás.

2. *Perfeccionismo*: necesidad de ser competente y perfecto.

3. *Culpabilización*: necesidad de ser castigadas las personas por sus conductas desaprobadas.

4. *Frustración*: necesidad de que los acontecimientos se desarrollen como uno desea que sucedan.

5. *Control emocional*: necesidad de controlar los acontecimientos externos para el equilibrio interno.

6. *Sobre-implicación ansiosa*: necesidad de anticiparse y preocuparse por lo desconocido, por la incertidumbre.

7. *Irresponsabilidad emocional*: necesidad de evitar la responsabilidad ante los problemas.

8. *Dependencia emocional*: necesidad de contar con alguien "más fuerte" que uno mismo.

9. *Desesperanza*: necesidad de creer que el futuro viene determinado por el pasado.

10. *Búsqueda de placer/Hedonismo*: necesidad de buscar el placer o la satisfacción a través de la pasividad o el ocio infinito.

Tabla 1.- Puntuaciones obtenidas en los cuestionarios y escalas en los distintos momentos de evaluación

| | Pre | Post | Seguim. 6 meses | Seguim. 12 meses |
|--|-------------|------|--------------------|------------------------|
| A. Inventario de agorafobia (IA) (0-345) | 230 | 44 | 17 | 15 |
| R. motora (0-170) | 104 | 27 | 8 | 7 |
| R. fisiológica (0-105) | 99 | 7 | 3 | 3 |
| R. cognitiva (0-70) | 27 | 10 | 6 | 5 |
| B. Inventario de depresión (BDI) (0-63) | 19 | 1 | 1 | 2 |
| C. Inventario de ansiedad estado/rasgo (STAI) (0-100) | Estado: 96% | 45% | 50% | 40% |
| | Rasgo: 99% | 65% | 65% | 60% |
| D. Escala de adaptación: subescala global (0-5) | 5 | 2 | 1 | 1 |

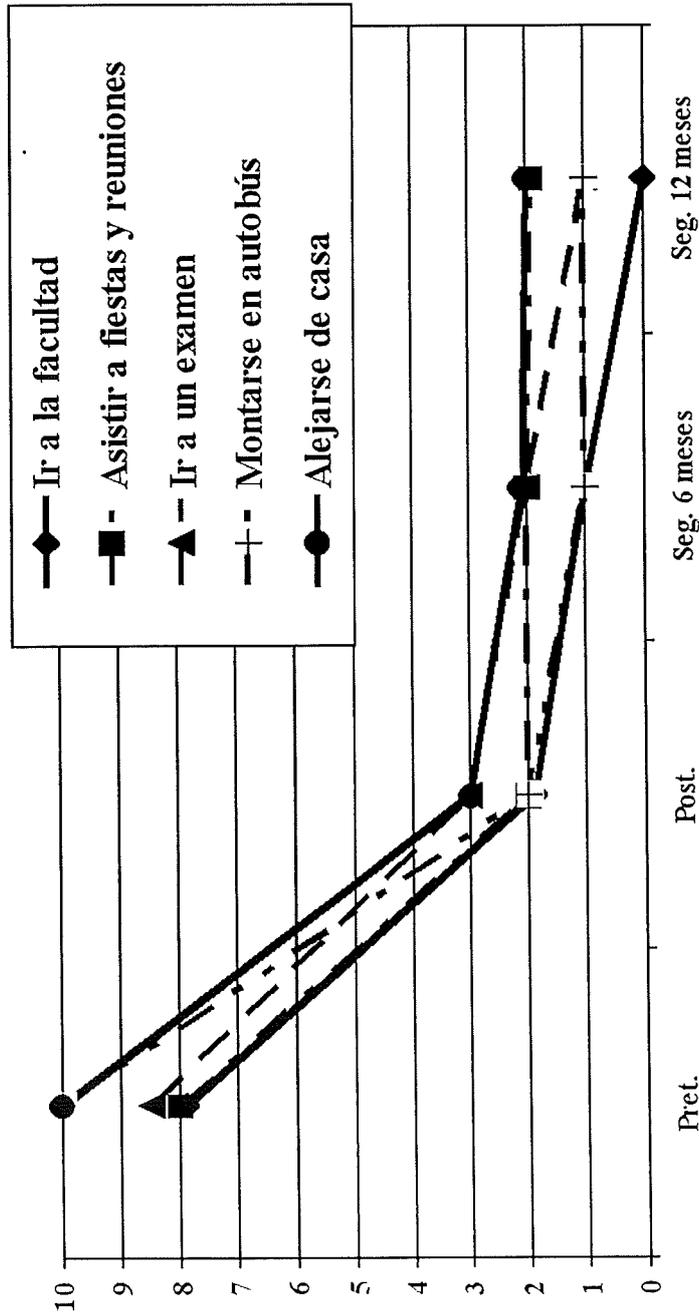


Figura 1.- Puntuaciones obtenidas en el nivel de dificultad de las conductas-objetivo en los distintos momentos de evaluación

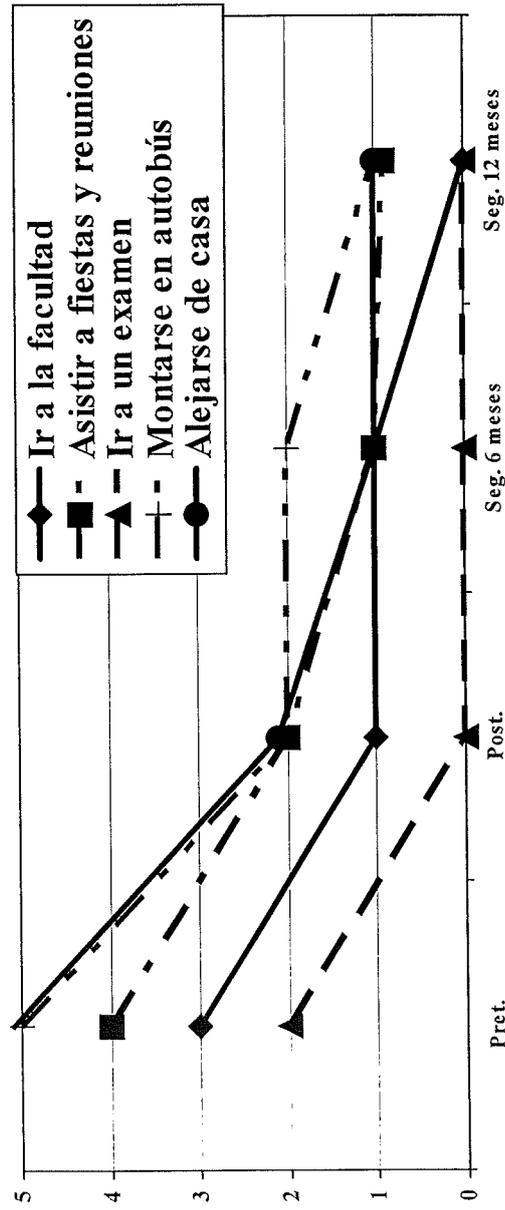


Figura 2.- Puntuaciones obtenidas en el nivel de evitación en las conductas-objetivo en los distintos momentos de evaluación

Además, junto a estas pruebas se elaboró conjuntamente con la paciente un listado de conductas-objetivo. Estas conductas estaban relacionadas con el problema, eran situaciones que le resultaban muy incapacitantes para su vida en el momento actual, que deseaba alcanzar a corto plazo y que iban a servir para planificar y practicar durante el tratamiento. En cada una se valoró el grado de dificultad (0 = nada y 10 = dificultad máxima) valorado por la propia paciente; además de señalarse también la frecuencia con que evitaba cada una de ellas (0 = nunca y 5 = siempre).

Para completar la información, se le pidió que indicara el grado de preocupación por experimentar un ataque de pánico (0 = nada y 10 = muchísima). La puntuación inicial fue elevada (7,5), si bien tras el tratamiento disminuyó y se mantuvo en torno a una puntuación entre 1-2.

Finalmente, se formularon una serie de cuestiones de interés clínico [(0= nada) – (5=muchísimo)]: a) expectativas del tratamiento, b) compromiso con el tratamiento, c) grado de motivación y d) percepción de incapacitación, cuya valoración fue 5, respectivamente.

3.2. Análisis conductual

A continuación, y antes de proceder al tratamiento, realizamos el análisis conductual (definición, delimitación del problema, factores de adquisición y mantenimiento, recursos, etc.), siguiendo el esquema de Kanfer y Saslow (1965):

1. *Análisis inicial de la situación-problema*: miedo a que le dé la crisis de angustia cuando se encuentra en lugares públicos, medios de transporte o donde hay mucha gente, debido a la dificultad para escapar o pedir ayuda. Al analizar esta respuesta topográficamente (triple sistema de respuesta) se indican las siguientes respuestas-problemas relevantes:

- Respuestas motoras: evitación de los lugares públicos, medios de transporte, y lo que es más importante, su lugar de estudios (la Universidad), aunque estas evitaciones son casi superadas cuando va acompañada de algún conocido, sobre todo de su pareja y su hermana, y cuando el número de personas presentes es menor y

además son conocidos. También puede presentarse la conducta de escape, yéndose al cuarto de baño cada vez que se le presentan los síntomas. Otra de las conductas motoras que manifiesta la paciente es llevar ansiolíticos en el bolso y, en casos excepcionales, tomárselos si no se recupera.

- Respuestas fisiológicas: dificultad para respirar, ahogo y sofoco, desorientación y confusión, des-realización y despersonalización, sudoración, escalofríos, náusea, debilidad y agarrotamiento de las extremidades, parestesia, palpitaciones e inestabilidad.

- Respuestas cognitivas: los pensamientos frecuentes en las situaciones agorafóbicas son los siguientes: “voy a ser incapaz de volver a casa (o a un sitio seguro) por mi misma”, “no voy a poder escapar de esta situación”, “me voy a marear y a desmayar”, “me voy a quedar paralizada y no podré hacer nada” o “voy a tener un ataque de corazón” apareciendo estos pensamientos en presencia de los estímulos aversivos (lugares públicos, cantidad de gente) y desapareciendo cuando se encuentra en un lugar seguro, como su casa.

Generalmente, la conducta-problema se presenta cada vez que sale a la calle, en los grandes almacenes o incluso estando en su casa, es decir, a diario, llegando a alcanzar la máxima expresión de los síntomas fisiológicos diez minutos después de que, según ella, le dé vueltas a la cabeza sobre lo que puede pasar. Esta situación suele durar unos tres minutos, intervalo de tiempo que a la paciente “le parece una eternidad”. Además, se siente preocupada por poder tener un ataque, no poder respirar o desmayarse.

2. Análisis de los estímulos antecedentes:

- Estímulos externos: aquellas situaciones alejadas de casa o de un lugar seguro, los transportes públicos, la casa de su pareja, mezclarse con la gente, la no presencia de un conocido, o donde le resulte “difícil” (en este caso podría ser vergonzoso o humillante) escapar o pedir ayuda. Recordemos por ejemplo la Facultad, en la que la paciente no se encuentra a gusto (“no encontrar un grupo competente”).

- Estímulos internos: entre ellos está cualquier sensación fisiológica que le recuerde al ataque, como sentir el calor (relacionado

con la percepción de ahogo y sofoco) o la sudoración. También el pensar en la posibilidad de acercarse a los estímulos evitados, ir a la Facultad, le produce un alto grado de malestar y le provoca la aparición de forma mitigada, de los síntomas fisiológicos. El planteamiento de tener que ir a cualquier sitio sola, incluso acompañada, o a veces, el pensar que va a estar sola en su casa, pueden considerarse factores antecedentes a la conducta problema.

3. *Análisis de los estímulos consecuentes*: la evitación o el escape de las situaciones temidas (aquellas donde le resulte difícil escapar o pedir ayuda) hace que disminuya la ansiedad de los ataques de pánico, aunque no remitan todos los síntomas en su totalidad, así refuerza negativamente la conducta agorafóbica, es decir, la evitación hace que no se presenten síntomas que son desagradables (estímulo aversivo) para ella, y el escape que los síntomas disminuyan progresivamente. La atención que le es prestada en el momento de enfrentarse a la situación, por ejemplo, al salir a la calle, es otro factor de mantenimiento que refuerza positivamente al problema. Todas estas conductas de evitación le han causado fundamentalmente una incapacidad a la paciente que se ha manifestado en una dependencia hacia los demás agravante; así si su hermana no puede llevarla a la Facultad es incapaz de ir, a no ser que coja un taxi; ha limitado sus salidas con sus amigos hasta el extremo de no salir desde hace tres meses y lo que parece importante destacar es el estado depresivo en que se encuentra en el momento que viene a consulta, como consecuencia de la sintomatología agorafóbica. Otra de las consecuencias es la inactividad manifiesta en hacer menos tareas fuera de casa, dejando incluso de ir sola a la Facultad el día que tiene examen o verse con su pareja en un lugar seguro: su casa.

Por otro lado, los pensamientos irracionales que se le presentan en el momento de enfrentarse a la situación, durante o después ("si tengo el corazón acelerado es que voy a sufrir un infarto"), a pesar de ser de carácter aversivo, estarían actuando como un autorreforzamiento positivo, sirviendo como factor de mantenimiento, mecanismo este insuficientemente explicado desde el modelo operante.

4. Variables del organismo:

- Biológicas: quizás lo que se puede resaltar principalmente como variable biológica es un nivel de ansiedad-rasgo elevado, una marcada sensibilidad de la activación fisiológica relacionada con la ansiedad.

- Personales: entre ellos ciertos rasgos de personalidad, como son: estilo conductual dependiente, autoobservación, unas creencias disfuncionales (éstas también son frutos de un aprendizaje familiar), errores de atribución ("si me da una taquicardia, tendré un infarto de miocardio", "si siento calor en un sitio donde hay gente, tendré un ataque de pánico"), una percepción de sí misma negativa junto con una falta de autoaceptación ("me siento inferior al resto de mis compañeros, no me gusta pedir ayuda cuando la necesito")

- Historia de aprendizaje: y por último, la educación familiar en la que la paciente ha crecido ha fomentado una educación conservadora y rígida ("hay que mantener las formas"). Junto a esto se acompaña de un déficit de afecto y de apoyo.

5. *Estrategias de autocontrol*: entre ellas cabe destacar la compañía de su hermana o de su pareja, y de sus amistades, con quien siempre va acompañada al salir de su casa; sin embargo no suele alejarse de ésta, es decir, hay veces que se encuentra mejor de ánimo y sale a cenar pero siempre por su barrio, con cierta proximidad a su "lugar seguro" (su casa); hay veces que ha salido sola a darle una vuelta al perro por la noche (recurso de compañía). Una de las estrategias de autocontrol que emplea y que en un principio se utilizó en el tratamiento, fue la distracción; cuando no puede evitar una situación, por ejemplo un examen, nos comenta que el pensar en lo que se va a poner de ropa, escuchar música con los walkman o que va a hacer después del examen o simplemente pensar en sus cosas, es decir, estar distraída, le ayuda a enfrentarse a este tipo de circunstancias. Además de lo anterior la paciente argumenta que no sale de casa sin llevar el pastillero con el ansiolítico. Esta estrategia debía ser extinguida a lo largo del tratamiento cuando se empezaran a obtener ciertos resultados; para ello, contamos con la colaboración, en la prescripción farmacológica, de su hermana, médico de profesión y coterapeuta en el tratamiento de exposición que íbamos a llevar a cabo.

Por último, parece importante resaltar, que la paciente se ha interesado mucho por su problema antes de acudir a consulta; ha leído libros de autoayuda, sobre las causas y tratamientos del trastorno, ha hablado de él con personas que lo han padecido e incluso, como ella nos comentó en la primera sesión, pidió ayuda a un psiquiatra, aún pensando en aquellos momentos que podían calificarla de “loca”, motivada por la necesidad imperiosa de resolver su problema.

6. *Recursos*: quizás lo que prima en la paciente es una alta motivación no sólo por resolver su problema, sino por averiguar las causas y mantenimiento del mismo; como se ha comentado antes, ha leído libros y artículos sobre el trastorno, sabiendo desde el momento en que se informó que su situación actual estaba relacionada con un cuadro de agorafobia. Es una universitaria con un nivel cultural medio-alto que le gusta mucho leer y la naturaleza, especialmente los animales. Desde un principio los estudios de Arquitectura le atrajeron mucho y ha sido muy trabajadora y constante a lo largo de sus años universitarios, y en cualquier tarea que emprende (esto se manifestó en su alto grado de compromiso y trabajo para con la terapia) Con respecto a las relaciones con su familia y pareja, nos aclara que conocen cuál es su problema, pero que ella prefiere que no colaboren en el tratamiento, a excepción de su hermana, con la que guarda una excelente relación. Algunas de las tareas que se le fueron pidiendo a lo largo del tratamiento, nos ayudaron a resumir sus gustos y habilidades: la paciente se considera una persona abierta, alegre, comunicativa, con un círculo de amigos no muy amplio, pero a quienes aprecia y sobre todo por quienes es querida. Le gusta ser educada y correcta (“guardar las formas”).

7. *Factores de adquisición*: el problema se adquiere a raíz de un primer ataque de pánico o crisis aguda en un medio de transporte, un autobús lleno de personas; la paciente atribuye estos síntomas de un inminente malestar, creyendo incluso que podría perder la vida (errores de atribución). Como características previas, se pueden señalar: una ansiedad-rasgo elevada con un estilo conductual dependiente, un excesivo control de la ansiedad, fruto de una educación rígida a la que se une un periodo de mayor estrés (el comienzo en la Universidad y una nueva relación de pareja, etc.).

8. *Factores de mantenimiento*: el factor de mantenimiento que principalmente influye en la conducta-problema, son las ideas irracionales, los errores en la evaluación de las situaciones, los pensamientos auto-críticos que confirman lo que la paciente percibe del ambiente que le rodea. La atención de los demás que aunque la paciente recurre a ellos como una estrategia para afrontar el problema (también es un posible factor de autocontrol), refuerza positivamente el comportamiento de evitación. En la misma línea se encuentra la dependencia creada entre la afectada y principalmente su hermana, reforzando positivamente de nuevo la conducta agorafóbica.

Como consecuencia de esto y aun estando muy a gusto con su carrera, se ha planteado dejarla por el retraso que ha sufrido en los últimos años. Además de todo lo anterior, es evidente la sobre-atención que obtiene de sus familiares, pareja y amigos, reforzando positivamente así su comportamiento. Se detectó fundamentalmente en su hermana y su pareja, quizás las figuras de mayor importancia para la paciente y a quienes ella mas admira. Por último no queremos dejar de destacar sus sentimientos de fracaso, insatisfacción y de culpa que la paciente experimenta cuando su vida gira en torno a un problema al que ella no le ve solución, lo que hace seguir reafirmando su conducta de enfermedad.

4. HIPÓTESIS EXPLICATIVA

Terminado el análisis conductual, se llevó a cabo una explicación detallada y clara sobre la adquisición del problema, los factores que actualmente lo mantienen, así como los conceptos de ansiedad o angustia, normal y patológica, y más específicamente sobre el trastorno de pánico y agorafobia. Estas explicaciones son de gran interés para motivar a la paciente al tratamiento y al cumplimiento de las prescripciones terapéuticas.

En este caso, es seguido el modelo desarrollado por Mathews, Gelder y Johnston (1981), para explicar el proceso por el que se desarrolla el problema. En este sentido, los últimos 2 ó 3 años antes de darse las primeras crisis venía siendo una etapa caracterizada

por un mayor estrés: la paciente comienza a ir a la Universidad, cambio de grupo de amistades, nueva pareja cuyos gustos y aficiones difieren de los de ella, como por ejemplo a él le gustaba quedarse en casa en vez de ir a *pubs* y discotecas, los grupos de amistades tenían distintas edades y por lo tanto, diferentes aficiones, su hermano se casaba, etc. Todo esto hizo que la paciente se sintiera tanto física como psicológicamente más agotada. Este estado de estrés mantenido y unido al nivel elevado de rasgo-ansiedad que manifiesta la paciente, contribuyeron en su momento a la aparición de un nivel de ansiedad general elevado. Así, a partir de un suceso o elemento desencadenante, en este caso, un día lluvioso en un autobús, a una hora punta, unido al nivel de ansiedad general aumentado provocarían la primera crisis aguda, la activación de unas respuestas psicofisiológicas características del primer ataque de pánico. Junto a ello, está el patrón habitual de respuesta de la paciente ante las situaciones de miedo, con una conducta de evitación y de dependencia hacia los demás, que por estos momentos es hacia su hermana, así como la atribución causal del ataque a situaciones externas (condiciones climatológicas, autobús, etc.). A continuación, la paciente tras un proceso de condicionamiento clásico evita por un proceso de condicionamiento operante las circunstancias o situaciones asociadas al escenario del primer ataque, así como montarse en los autobuses y más tarde, por un proceso de generalización, todo tipo de lugares que le recordaban aquel suceso, esto es lugares cerrados y públicos, así como transportes públicos, el ir a la Universidad, e incluso pasear sola por la calle.

Por lo que se refiere al mantenimiento, la conducta de evitación influye en el mismo, quedando reforzada negativamente la conducta de evitación de las situaciones (para no experimentar los síntomas fisiológicos de la ansiedad). La evitación es la que mantiene el miedo irracional (el problema) de esta paciente a los lugares que se han comentado, por lo que la forma con la que poder superar su estado actual es con la ayuda de una exposición regular y graduada a las situaciones temidas (enfrentándose al estímulo temido, que por otra parte, es inofensivo) y el autocontrol de la respuesta de ansiedad. Por otra parte, un elemento que está influyendo también en el problema es la sobre-atención prestada por su familia, en especial

por su hermana, y por sus amistades, que refuerzan positivamente el problema.

5. TRATAMIENTO

El programa de tratamiento llevado a cabo consiste tanto, en incidir directamente sobre el aspecto conductual de evitación agorafóbica a los estímulos temidos, como al aspecto cognitivo, de interpretación errónea, de la ansiedad y de los ataques de pánico; indirectamente se interviene en el funcionamiento cotidiano de la paciente, incapacitado actualmente por el problema que presenta.

Para conseguir el primer objetivo se trabajó con la exposición en vivo y con la ayuda de un coterapeuta; con el fin de aumentar las probabilidades de éxito en el logro de la exposición, se entrenó a la paciente en habilidades de afrontamiento para el enfrentamiento puntual de situaciones aversivas anteriores.

Por lo tanto, los objetivos del tratamiento que se establecieron fueron los siguientes:

- a) Reevaluación de las señales interoceptivas temidas.
- b) Eliminación de las conductas de evitación mediante el enfrentamiento a las situaciones temidas.
- c) Modificación de pensamientos irracionales, por un lado, de interpretación catastrofista y, por otro lado, relacionados con su valía personal.
- d) Aumento de la movilidad y funcionamiento general de la paciente.
- e) Normalización del estado de ánimo.

Tras dos sesiones dedicadas a la evaluación, se comenzó con la fase de intervención. Se propuso a la paciente que en la próxima sesión acudiera acompañada de su hermana, quien iba a actuar como coterapeuta. Asimismo, durante los últimos días había ido disminuyendo gradualmente la medicación (guiada por su especialista), de tal manera que al comienzo del tratamiento únicamente tomaba una dosis de Trankimazin de 0,25 mg. por la mañana, dosis que fue tomando alternando los días hasta su eliminación.

El programa constó de 18 sesiones individuales. Las nueve primeras, con una periodicidad semanal, las cuatro siguientes con una periodicidad quincenal, dos más mensualmente (a partir de aquí fue el seguimiento), otra a los tres meses, la penúltima tras seis meses de seguimiento y la última a los 12 meses de la finalización del tratamiento. La duración del proceso terapéutico fue, por tanto, de dos años aproximadamente.

1ª sesión: La primera sesión de tratamiento comenzó con información general, aspectos educativos, con el objetivo de informar a la paciente y a su hermana (coterapeuta) acerca de los mecanismos que están relacionados con el ataque de pánico; se le explicó qué era la ansiedad y que relación tenía con lo que le pasaba a la paciente en los momentos que temía incluso desmayarse, la diferencia entre ansiedad normal (como rasgo de personalidad) y la ansiedad patológica. En esta sesión se le enseñó a la paciente el modelo de los tres sistemas de respuesta para describir y comprender la ansiedad y el pánico (siguiendo el modelo de Clark, 1988) para que se formara un planteamiento alternativo no amenazante sobre los mismos. En este momento, se le pidió (para saber si había comprendido bien todo lo anterior) que nos describiese lo que sentía, pensaba y hacía cuando experimentaba un ataque de pánico; y por último, se le describió las interacciones existentes en el triple sistema de respuesta: se dispara la respuesta fisiológica de ansiedad porque pensamos que existe un temor hacia algo y el organismo se escapa o evita dicha situación a la que no puede hacer frente. Por otra parte, se consideró la necesidad de explicar en qué consistía la ansiedad anticipatoria (que acordamos en que llamaríamos a ésta 'aprensión') y expectativas acerca de que ocurrirá un ataque de pánico peligroso ('llamada de los síntomas'). Se le enseñó cómo se puede detectar esta característica facilitándole para ello la realización de auto-registros diarios; el fin de éstos es un "darse cuenta de uno mismo" objetivo versus subjetivo, teniendo en cuenta la descripción anterior de los síntomas fisiológicos, cognitivos y conductuales de la ansiedad, del pánico y de la aprensión experimentada por la paciente. El auto-registro que se le dio para que cumplimentara constaba de las siguientes columnas: día, hora, situación (personas presentes, lugar, actividad que realiza), pensamientos, sentimientos, qué hace des-

pués del ataque de pánico y por último, el nivel de ansiedad que ha experimentado (0-10).

A continuación, se planteó más extensamente el tratamiento, basado en la exposición en vivo, siguiendo el modelo propuesto por Mathews *et al.*, (1981), la práctica programada (Mathews *et al.*, 1986a:b). El punto de partida de esta sesión fue delimitar junto con la paciente y recurriendo al Inventario de agorafobia (IA), las cinco conductas-objetivo (situaciones o hechos que actualmente le crean dificultad a la paciente y quisiera llevar a cabo al terminar el tratamiento): 1. Ir a la Facultad, 2. Asistir a fiestas o reuniones sociales, 3. Ir a un examen, 4. Montarse en autobuses y 5. Alejarse de casa.

Se le explicó el principio básico en que se fundamentaba la terapia de exposición, el enfrentamiento de manera repetida, progresiva y prolongada, a la mayor cantidad posible de estímulos generadores de ansiedad, tarea a la que la paciente debía enfrentarse con cierta implicación atencional. Nos aseguramos que tanto la paciente como la coterapeuta comprendiesen bien el objetivo de permanecer en la situación aversiva durante el tiempo suficiente y sin distraerse para que bajara la ansiedad por sí sola y se habituase a los estímulos ansiógenos. La explicación dada a la paciente sobre el grado de atención prestado en la exposición fue, que la opción de no atender era una evitación cognitiva para reducir su ansiedad, que aunque se expusiera conductualmente a los estímulos, impediría la exposición real o sería responsable de que el tratamiento fracasara. No obstante, se le señaló que en las primeras etapas del tratamiento, la utilización de estrategias de distracción podrían tener su utilidad, para controlar altos niveles de ansiedad, teniendo en cuenta que progresivamente avanzara las exposiciones tendría que atender a las señales temidas sin evitación manifiesta y/o encubierta.

Otro elemento importante de este programa es el papel del coterapeuta; su rol es acompañar al paciente en sus tareas de exposición, reforzarle tras su realización, instigarle para que siga intentándolo y permanecer a su lado hasta que la ansiedad se disipe. En las primeras exposiciones a las situaciones temidas, el coterapeuta permanece junto al paciente el 100 % del tiempo total, para posteriormente dejar de acompañar al sujeto, retirándose gradualmente de los periodos de exposición a medida que avanza el tratamiento,

Cuadro 1.- Tareas intersesiones propuestas durante las sesiones de tratamiento

| Sesión | Tareas intersesiones |
|--------|--|
| 1 | a) registro de actividades diarias de exposición y b) práctica de respiración diafragmática (4 veces/día, 10 minutos/vez) |
| 2 | a) repasar los autorregistros de la sesión anterior y reforzar por toda la tarea hecha, b) exposición de la primera conducta-objetivo, c) autorregistros, d) 3 días a la semana exposición a señales internas y e) respiración |
| 3 | a) autoexposición a las pautas de la primera y segunda conducta-objetivo, b) autoexposición a las señales internas, c) autorregistro, d) práctica de la primera parte de la relajación muscular progresiva, e) dar un paseo y f) empezar a leer el libro. |
| 4 | a) ejercicios pautados de la primera, segunda y tercera conducta-objetivo, b) autoexposición conductual y de las señales internas, relacionando esto último con los autorregistros, c) relajación muscular progresiva y d) analizar los pensamientos sobreestimados. |
| 5 | a) autoexposición conductual y de las señales internas, relacionando esto último con los autorregistros, b) ejercicios pautados de la primera, segunda y tercera conducta-objetivo, junto con la cuarta y quinta, c) relajación muscular progresiva, d) generalizar los ejercicios de respiración diafragmática a todas las situaciones: en el coche, en la Facultad, andando, etc., e) refuerzo material y f) estimar dos cosas positivas al día. |

Cuadro 1.- (Continuación)

| | |
|-------|---|
| 6 | a) refuerzo de logros conseguidos, b) exposición de las conductas-objetivo, c) autorregistros, d) relajación muscular progresiva (cuarta practica) y e) respiración diafragmática (generalización). |
| 7 | a) exposición de las conductas –objetivos, b) refuerzo de logros conseguidos, c) autorregistros, d) relajación muscular progresiva (generalización) y e) respiración diafragmática (generalización). |
| 8 | a) refuerzo de logros conseguidos mediante el repaso de autorregistros, b) práctica de relajación muscular progresiva, c) respiración diafragmática (generalización en distintas circunstancias), d) generalización de la exposición de las conductas-objetivo, e) autorregistros y f) programa de actividades gratificantes. |
| 9 | a) relajación muscular progresiva (generalización), b) respiración diafragmática (generalización), c) autorregistros relacionados con aquellas situaciones que hemos comentado anteriormente, d) refuerzo de logros conseguidos |
| 10 | a) prevención de recaídas, repasando las tareas de exposición, los debates de terapia racional emotiva y todos los logros conseguidos, reforzándose por todo ello, y b) lista de capacidades, habilidades, positivas y negativas de la paciente. |
| 11-13 | Practicar el debate racional emotivo mediante el formulario de autoayuda de la TRE sin olvidar las tareas de la sesión anterior. |
| 14-18 | a) refuerzo de logros alcanzados, b) repaso del trabajo relacionado con las habilidades desarrolladas, c) ajuste de expectativas respecto a posibles problemas futuros, d) instrucciones sobre qué hacer si reaparece el problema y cómo solucionarlo y e) discusión de riesgos y cómo evitarlos. |

aunque debe estar siempre localizado en algún lugar previamente acordado. Por otro lado, se les entregó los dos manuales de autoayuda: Manual de ayuda para el paciente (Mathews *et al.*, 1986a) con información para el manejo de la ansiedad y para el enfrentamiento a situaciones aversivas; y el Manual del coterapeuta (Mathews *et al.*, 1986b) que instruye al acompañante sobre el modo de tratar y ayudar al paciente.

Por último, además del tratamiento en autoexposición mediante la 'práctica programada', se abordó el problema de la reactividad fisiológica del ataque de pánico mediante el control de la respiración; así, se le enseñó a la paciente a respirar con una tasa de respiración lenta, promoviendo la respiración diafragmática para modificar los hábitos incorrectos y para que se atenuase la intensidad de los síntomas de pánico. Se le pidió que durante un par de minutos respirase rápida y profundamente para que comparase la hiperventilación de esta prueba con los síntomas de pánico; al finalizar este proceso de aprendizaje fue la paciente quien nos reatribuyó tales síntomas a una respiración incorrecta. Finalmente, las tareas intersesiones aparecen en el Cuadro 1.

2ª sesión: Esta sesión, realizada a los tres días siguientes, se orientó principalmente a cubrir dos objetivos: entrenamiento en habilidades de *coping* para el enfrentamiento a situaciones aversivas y la exposición a las sensaciones corporales asociadas al ataque de pánico. El fin último de cubrir estos dos objetivos no fue otro que la no confirmación de las creencias catastrofistas relacionadas con los síntomas fisiológicos que le ocurren y ocurrirían a la hora de exponerse a las situaciones evitadas en el ambiente natural. Para ello, siguiendo las pautas de actuación de Pastor y Sevillá (1995) y Roca y Roca (1998), se expuso a la paciente, por medio de los siguientes ejercicios, a las señales de pánico:

- * sensación de ahogo \Rightarrow hiperventilación (dificultad para respirar),
- * sentirse desorientado y confuso \Rightarrow mirarse en un espejo

Se le explicó en qué consistía la hiperventilación y cómo actuaba sobre los síntomas de ansiedad. Para que verificara esto, se le animó a que respirara rápida y entrecortadamente por la boca (hiperventilar) durante aproximadamente 60 sgs. Pasado este tiempo, (momentos durante los cuales experimentó debilidad, oleadas de

calor y aturdimiento), se le pidió que dejara de respirar de este modo y normalizara el ritmo de la respiración practicando la Respiración Diafragmática (cfr. Botella y Ballester, 1997). Se le aconsejó que utilizara autoinstrucciones que favorecieran el autocontrol de los síntomas provocados.

Para facilitarle la exposición a estas circunstancias, se aprovechó para enseñarle algunas auto-instrucciones (AI); a modo de ejemplo se exponen las siguientes: *"Tengo que enfrentarme a una situación que en un principio es inofensiva"*, *"Voy a hacerlo paso a paso y tengo estrategias para poder superarlo: la respiración"*, *"No tiene que desaparecer del todo la ansiedad, solo controlarla"*, *"Muy bien estoy controlando la ansiedad: puedo conseguirlo"*, *"Puede que la ansiedad suba pero aún así lo estoy haciendo bien, tengo que seguir respirando"*, *"¿Lo estoy haciendo bien? Si porque sigo practicando la respiración"*, *"Muy bien he superado la situación"*, etc.

Con respecto a la segunda exposición a las sensaciones internas, "mirarse al espejo", se le sugirió que durante un tiempo de aproximadamente 60 sgs se mirase fijamente en un espejo para que experimentase el síntoma de despersonalización. Este síntoma era temido puesto que lo asociaba con "perder el control". Para ella, la figura que aparecía en el espejo no era identificada o percibida como de sí misma y, como consecuencia, se tendía a producir una sensación de pérdida de control con respecto a la propia persona (identidad). Tras este tiempo de exposición, se confrontó ambas figuras (la real y la observada en el espejo) para determinar el grado de control de cada una y el modo de afrontar este síntoma.

Con esta estrategia de ayuda para enfrentarse a la situación, la paciente se motivó bastante para empezar a trabajar; sin embargo, para incentivar aun más a la paciente, decidimos comenzar a pautar conductualmente la primera conducta-objetivo, determinada en la sesión anterior; esta conducta-objetivo se refiere a un tipo de situación o lugar que la paciente teme creándole dificultad, pero queriendo llevarla a cabo. En la practica programada, la paciente se expone a las situaciones que en un principio le creen menos dificultad, optando generalmente por dos conductas, aunque que en este caso se eligió sólo una, ir a la Facultad. Se diseñó cómo llevarla a cabo y se le recordó que tenía una larga lista de estrategias de afron-

tamiento que podía utilizar a la hora de hacer las tareas de exposición: a) distracción: atender al tiempo que hacía, a los escaparates de las tiendas, a la música del walkman, b) manuales de autoayuda, c) coterapeuta, d) auto-instrucciones positivas o auto-diálogos y e) sobre todo, la Respiración Diafragmática que había resultado muy efectiva en la consulta. Finalmente, las tareas intersesiones aparecen en el Cuadro 1.

3ª sesión: El primer objetivo que quisimos cubrir en esta sesión fue la revisión de las primeras tareas de exposición hechas a lo largo de la semana. Este aspecto reviste especial importancia tanto por ser un ensayo de las pautas de enfrentamiento como para fortalecer la percepción de auto-eficacia de la paciente. Afortunadamente, las tareas fueron llevadas a cabo en su totalidad y con bastante éxito. Se revisó el auto-registro de todas las situaciones realizadas en las tareas inter-sesiones de las pautas de la primera conducta. Se comentó con la paciente tanto los éxitos que había tenido reforzándola por ello, cómo los había conseguido, distracción, respiración, y los posibles impedimentos que le pueden entorpecer la labor de la exposición: "llamada de los síntomas" o "ansiedad anticipatoria". Tras la satisfacción de la paciente por todos sus logros, decidimos preparar pautas para la segunda conducta-objetivo, para intercalarla en la siguiente semana con las pautas de la primera conducta-objetivo.

Un aspecto que consideramos necesario abordar ya desde los primeros momentos de la terapia fue el estado depresivo que padecía la paciente, comenzando a nivel conductual. Para ello, se programaron dos actividades que le resultaban agradables: limpiar la jaula de los pájaros, ya que se definía como amante de la naturaleza, y que comenzara a leer el libro "El hombre en busca de sentido" de V. Frankl. Además, se le propuso que diera un paseo semanalmente y que intentara percibir todo lo que le rodeaba a través de sus cinco sentidos, con el fin de que apreciara lo agradable que puede llegar a ser una situación que desestimamos cuando nos encontramos tristes.

Otro objetivo nuevo fue la instrucción con una breve información en el entrenamiento en Relajación Muscular Progresiva (Jacobson, 1938, adaptación de Labrador, 1993) y la práctica de la primera parte

de ésta (brazos y cara recorrido tensión –relajación). Se enseñó y modeló a la paciente para que practicara estos ejercicios anteriores en su casa.

Por último, se volvió a practicar la exposición interoceptiva (señales de pánico) explicándole este concepto, partiendo del hecho de que estas crisis de pánico ocurren en relación a sensaciones internas muy sutiles; se provocan en ese momento dichas señales internas que conllevan sentimientos de aprensión y miedo seguidas de la siguiente explicación:

“Los errores en el pensamiento (miedo) ocurren de forma natural durante los periodos de ansiedad elevada, además se disparan automáticamente, porque han sido aprendidos, como cuando conduces, acaso, ¿eres consciente de cuando tienes que frenar o cambiar a segunda velocidad? Aquí pasa lo mismo, los pensamientos catastrofistas se disparan automáticamente y correlativamente hacemos predicciones incorrectas; alguna vez habrás tenido un pensamiento del tipo: ‘tengo miedo de que si me pongo muy nerviosa me desmaye y la gente me mire, y lo que pueden pensar de mí ¡que soy débil!’. Por lo tanto, a partir de ahora puedes desaprender aquello que trae consecuencias negativas para tí y aprender otra forma de pensar mas sana, ¿que te parece? Para ello, te aliento a que seas una astuta observadora de tus propias verbalizaciones habituales, para que las detectes, las autorregistros y las comentemos en la próxima sesión. Pero, como te he dicho antes, empieza a controlar tú a la situación, y no al contrario, provoca las señales de la crisis de pánico como te he enseñado y analiza tus propios pensamientos automáticos”.

Finalmente, las tareas intersesiones planteadas aparecen en el Cuadro 1.

4ª sesión: Se revisó tanto las tareas de la primera y de la segunda conducta-objetivo que se habían intercalado durante la semana pasada. Se habían llevado a cabo con éxito y se le reforzó verbalmente por ello, aunque ella misma se había auto-reforzado anteriormente saliendo a cenar con una amiga. Esto último es motivo para un nuevo refuerzo por parte de la terapeuta (la paciente empieza

a ver por sí misma sus logros). Por otro lado, además, había añadido más ejercicios que los pautados en un principio. Sin embargo, nos comentó lo siguiente: *“Siento ansiedad y por lo tanto, no lo estoy haciendo bien”*. Estas atribuciones, nos resultaron interesantes para analizarlas y se le devolvieron de la siguiente manera:

“Lo correcto no es que no sientas ansiedad, sino todo lo contrario, tienes que sentir ansiedad y sobre todo aprender a controlarla. No se produciría mejoría ante algo que no te cree malestar, y por lo tanto, debes sentir ansiedad y controlarla. Además, lo estás haciendo muy bien, recuerda lo que te expliqué en las sesiones pasadas, cuando se te aclaró el origen y mantenimiento de tu problema: la evitación o escape lo mantienen. Por lo tanto, si tú no te escapabas o evitas las exposiciones a las situaciones (tareas), lo estás haciendo correctamente, porque estás haciendo frente a la ansiedad y así no dejas que siga manteniéndose el problema”.

Tras comentar los auto-registros de la semana anterior, se escogió una situación con contenido ansiógeno para analizarla, explicando (relacionando los conceptos de pensamiento automático y predicciones incorrectas) uno de los dos principales errores que se producen en las cogniciones: la sobrestimación, es decir, concluir negativamente tratando los acontecimientos como ciertos cuando de hecho es muy improbable que ocurran. A continuación se transcribe el diálogo de dicha sesión. Este diálogo sirvió, a su vez, de exposición cognitiva y exposición a los síntomas interoceptivos. El desarrollo de la conversación siguió el mecanismo de acción similar al de la exposición en vivo a las situaciones agorafóbicas (duración, aparición de la ansiedad, autocontrol, habituación y reducción del malestar):

T: “ ¿Puedes recordar algún acontecimiento del que estabas segura que iba a ocurrir cuando te sentías ansiosa, pero al final te diste cuenta de que no ocurrió?”

P: “Sí, algunas veces pienso, cuando estoy teniendo el ataque de pánico, que puede pasar de todo, perder el control, desmayarme, incluso que tenga un ataque al corazón y luego no ha pasado nada, ni siquiera me he desmayado, aunque tengo mucho miedo a que me pase”

T: "Bien, vamos a cuestionar estos juicios que acabas de comentar mediante evidencias, además contamos con tu hermana (médico) por si tienes alguna duda que te la aclare: ¿De qué manera un corazón acelerado conduce a un ataque cardíaco? ¿Cuál es la probabilidad de que ésto ocurra?"

P: "No sé, pero siento que cuando el corazón se acelera se me va a parar en seco"

T: "¿Qué hechos pasados o presentes tienes para concluir eso? Intenta exponer las premisas y yo te ayudare. ¿Cuáles son las bases para que ocurra un ataque cardíaco?"

P: "No lo sé, quizás que padezcas del corazón, creo"

T: "Bien, pero explícame un poco más eso que estás diciendo. ¿Qué quieres decir con que padezcas del corazón?"

P: "Pues que seas una persona propensa a ello"

T: "Bien, ¿Que significa para tí que una persona sea propensa a algo?"

P: "Que tiene más facilidades que otras personas para que enferme de algo"

T: "Muy bien; ¿Que es lo que hace que sea más fácil para unos que para otros enfermar de algo? Por ejemplo, ¿Tú bebes alcohol habitualmente, es decir, casi todos los días?"

P: "No, no me gusta"

T: "Pues bien, ¿Puedes "enfermar" de una intoxicación de alcohol?"

P: "No porque no bebo, por lo que no tengo alcohol en el cuerpo. Ah, claro ¡unos riesgos!"

T: ¿Cómo dices?, ¿puedes repetirlo que no lo he oído?"

P: "Si, que enfermas de algo cuando tienes unos riesgos"

T: "Muy bien, sigue así, muy bien. Ahora, ¿cuáles son los riesgos, por tanto, para enfermar del corazón?"

P: "Pues muy bien no lo sé, pero que seas fumador ... que seas hipertenso y ... no sé"

T: ¿Te puedes informar?"

P: (se ríe) "¡claro que sí!, tengo a un buen médico siempre a mi lado"

T: " Adelante, infórmate"

P: (se dirige a su hermana) ¿Cuáles son los riesgos para enfermar del corazón, hermana?"

H: "Pues que tengas un alto nivel de colesterol, que seas hipertenso, hábito de fumar, alcohol superior a 40 gr. / día y la falta de ejercicio habitualmente. Y claro, una predisposición genética"

P: "Pues la verdad es que ahora que me pongo a pensarlo no tengo nada de eso: no fumo, no bebo, creo que no tengo colesterol, no soy hipertensa, ningún familiar ha muerto por algo del corazón y además, hago ejercicio habitualmente. Entonces no tengo riesgos."

T: "Por lo tanto, ¿Me puedes concluir de qué manera tu corazón acelerado conduce a un ataque cardíaco?"

P: "De ninguna, porque no padezco de él, todos son síntomas de mi ansiedad; ahora sé algo más, ¡qué bien!"

T: "Contéstame a la siguiente pregunta, ¿hay acontecimientos de los que estás segura que van a ocurrir mientras te sientes ansiosa, muy ansiosa y al final no pasan?"

P: "¡Claro que sí! Ahora soy plenamente consciente de que todo esta en mi cabeza, y de que puedo controlarlo, mi cabeza me esta jugando una mala pasada"

T: "¡Muy bien! Te animo a que sigas trabajando así"

La duración aproximada fue de 5-7 minutos. En el desarrollo de la conversación se observó signos de cierta inquietud; al principio, al hablar de la crisis de pánico. Gradualmente fue remitiendo la ansiedad cognitiva y fisiológica, al percibir un mayor autocontrol de sí misma.

Continuando la sesión, se siguió con los ejercicios de la segunda sesión del programa de relajación muscular progresiva (brazos y cara recorrido mental; cuello, tronco, abdomen recorrido tensión-relajación). Tras esto, sin que se le preguntara, comentó que le había gustado mucho el paseo que se le señaló en la sesión anterior, porque había empezado a apreciar cosas que antes no tenía en cuenta, como el piar de los pájaros, cómo que se movían las hojas de los árboles, o el olor del azahar (olor característico en Sevilla a partir de Marzo).

Respecto a las tareas de exposición de las señales internas o falsas alarmas temidas durante la semana, indicó que habían sido

llevadas a cabo. El miedo se mantenía ligeramente y algo menos intenso que cuando le pasaba "de verdad". Se le aclaró que no tuviera en cuenta esto, pero que aprendiera a controlar dichas alarmas con las estrategias que se le dieron y a registrar los posibles pensamientos auto-críticos.

Por último, decidimos preparar el diario para la siguiente semana. En las tareas se prepararon tanto para la primera como la segunda conducta-objetivo, alternándolas, y con ejercicios nuevos para ambas. Al plantear la tercera conducta-objetivo en el diario, surgió una dificultad: la tercera conducta-objetivo era ir a un examen. El objetivo de que se cumpliera esta tarea no dependía exclusivamente de la paciente porque estos días no eran épocas de exámenes universitarios. Aun así, tuvimos la "suerte" de que aisladamente tendría un examen. Aprovechamos la ocasión para preparar las pautas de esta conducta. Para compensar la falta de exámenes, se indicó que estuviera dos horas diariamente en la biblioteca de la Facultad, saliendo de ella diez minutos cada hora. Finalmente, las tareas intersecciones planteadas aparecen en el Cuadro 1.

5ª sesión: En primer lugar, se revisaron las tareas de exposición; se observó que se habían realizado todas las tareas y que los niveles de ansiedad eran algo inferiores, que había permanecido más tiempo sola, y había utilizado estrategias adecuadas. Se resaltó que había realizado las tareas prescritas sobrepasando los objetivos marcados. Por todo esto, se le dio la enhorabuena; por superar lo prescrito e improvisar tareas nuevas, recordándole que éstas no eran objetivo del tratamiento y que si se encontraba mal en alguna de estas últimas no las valorara negativamente. En este punto, se aprovechó la ocasión para explicarle el concepto de generalización, es decir, de poner en practica lo aprendido en una situación concreta (A) a otra situación (B) de características similares: por ejemplo, ir a un bar concreto en el que hay mucha gente, a otro no prescrito en el que también hay el mismo número de personas. Hicimos referencia al proceso de generalización de la adquisición del problema: *La primera crisis de pánico fue en un autobús. A raíz de esto, evitas (generalizas) todos los autobuses*". Se le reforzó que empezara a cambiar la dirección de la flecha del continuo de la generalización: había aprendido y ahora estaba desaprendiendo para volver a aprender.

De la revisión de los registros de la anterior semana, se señaló algunas situaciones que ejemplificaran el segundo tipo de error cognitivo, surgido de la incorrecta interpretación de los acontecimientos: las situaciones son “peligrosas, insufribles o catastróficas”. A continuación, se expone el debate que se llevó a cabo para “desmontar” dicho error cognitivo, que sirvió como exposición cognitiva y exposición a los síntomas interoceptivos:

T: “En la sesión anterior, estuvimos analizando una situación; algunas veces habías pensado que si te ocurría el ataque de pánico, podías incluso desmayarte, ¿qué significaría para tí que te desmayases?”

P: “¡Uf!, no sé, pero me sentiría muy mal, muy vulnerable, perdería el control, dejaría de guardar las formas”

T: “ ¿Que significaría para tí esto que me dices?”

P: “Me sentiría muy débil ante los demás, y no sé que podrían pensar la gente que me viese. ¡Sería horrible! Pensarían que soy débil”

T: “Vamos a suponer una situación. Imagínate que estas en la calle un día de diario y observas como alguien que está a tu lado, comienza a perder el equilibrio y se desmaya, ¿qué ocurriría? ¿que significaría que alguien se desmayase a tu lado?”

P: “No sé, pero creo que la gente la miraría”

T: “Bien, y ¿que pasaría? ¿qué podrían pensar los demás?”

P: “No sé”

T: “¿Que pensarías tú?”

P: “Pobrecillo! Pensaría que se habría sentido mal y que está enfermo.

T: “¿Seguro? ¿No pensarías otra cosa?”

P: “No”

T: “Entonces, ¿por qué los demás van a pensar algo diferente a lo que has comentado?”

P: “Ya, ... ¡Es verdad! No sé porque he pensado algunas veces eso.

T: “Bien, pero sigamos, ¿qué ocurriría, como te he dicho antes, si alguien se desmaya a tu lado ?”

P: *"Nada, intentaría ayudarlo, le daría agua, no sé, lo que se suele hacer"*

T: *"¡Muy bien! y ¿qué más?"*

P: *"¿Qué más? No sé, nada más, le ayudaría como te he dicho antes"*

T: *"¿Seguro? ¿No ocurriría nada más?"*

P: *"No, creo que no, ¿No?"*

T: *"Entonces, ¿qué hay en esa situación que hace que sea ¡tan horrible!?"*

P: *"No, nada. Tampoco es tan horrible, no pasa todos los días que alguien se desmaye en la calle, pero podría pasar y los demás simplemente le ayudarían"*

T: *"Muy bien, ¿Has visto como es importante analizar aquellos pensamientos de los que te hablaba y te pueden hacer sacar conclusiones incorrectas?"*

P: *"Ahora entiendo muchas más cosas, sigo pensando que todo está en mi cabeza"*

A continuación, en esta sesión se procedió a la práctica de la tercera parte de la relajación muscular progresiva (brazos, cara, cuello, tronco, abdomen –recorrido mental. Piernas recorrido tensión-relajación). Finalizando la sesión, preparamos las tareas para la siguiente semana, enlazando la primera, segunda y tercera conducta-objetivo con la cuarta y quinta. Conviene señalar que el tiempo que estaba la coterapeuta con la paciente se iba reduciendo considerablemente, llegando incluso a no estar presente en las tareas de la primera conducta-objetivo. Por otra parte y en relación con las estrategias utilizadas, se empezó a disipar la estrategia de distracción. Para ello se hizo referencia al triple sistema de respuesta, aclarando que la exposición junto con la distracción era equivalente a la exposición conductual con evitación cognitiva (ya que estaba distraída mientras se enfrentaba a las situaciones temidas). Por todo ello, se le indicó que en las próximas sesiones utilizara las demás estrategias de afrontamiento: respiración, coterapeuta a su lado, autodiálogos positivos y/o el manual de autoayuda.

Una nueva tarea que se le indicó, teniendo en cuenta el estado depresivo en el que se encontraba la paciente, fue que seleccionara dos situaciones o hechos agradables y positivos al día. Y por último,

para que los refuerzos de las tareas de exposición cubiertas no quedaran solamente en algo verbal se le propuso que esta semana se reforzase con una de las cosas que mas le gustaba: comprarse ropa. Finalmente, las tareas intersesiones aparecen en el Cuadro 1.

· *6ª sesión:* Una vez revisadas todas las tareas, observando un exitoso trabajo, se planificaron actividades que aumentarían progresivamente la movilidad de la paciente, es decir, se incorporaron nuevos objetivos con las primera, segunda, tercera y cuarta conductas-objetivo, para conseguir un buen estilo general de su funcionamiento. Resultó llamativo que, en los autorregistros, no describiera apenas situaciones relacionadas con el problema de la agorafobia, a pesar de que las tareas habían sido difíciles, pues Sevilla se encontraba en fiesta (Semana Santa); el motivo era obvio, había superado todas las tareas con mucho esfuerzo pero con decisión. Al observar los registros, la mayoría de las situaciones hacían referencia a circunstancias en las que no estaba de acuerdo con las decisiones que tomaban los demás y que le afectaban a ella directamente, no siendo capaz de dar su opinión. Tras la conversación llevada a cabo en la consulta, siguiendo el modelo de la Terapia Racional Emotiva, se extraen las siguientes conclusiones: a) en algunas situaciones "demanda" facilidad y ausencia de inconvenientes a la hora de resolver los problemas, b) necesita de un modo absolutista y perfeccionista hacer las cosas exitosamente, así como recibir la aprobación y/o afecto por parte de los demás. En ambos casos, la valía personal se pone en peligro y remitiéndonos al listado de ideas irracionales, se detectaron claramente cuatro creencias irracionales (demanda de aprobación, perfeccionismo, sobre-implicación ansiosa e irresponsabilidad emocional). En este sentido, la paciente se caracteriza tanto por una ansiedad perturbadora como por una ansiedad del yo, "caldo de cultivo" de los trastornos por ansiedad (como por ejemplo, trastorno de pánico con agorafobia). Como consecuencia de estas características, en muchas ocasiones ha sentido vergüenza, culpa e incapacidad cuando no se resuelven las demandas según sus expectativas.

En líneas generales, se llevó a cabo la fase educativa sobre la Terapia Racional Emotiva, haciendo énfasis en aquellos pensamientos perturbadores que afectaban a la paciente. La labor terapéutica

consistió en demostrar la secuencia del proceso de pensamiento, su relación con las emociones, detectar dichos pensamientos irracionales, ponerlos en duda y trabajar para transformarlos por otros más racionales o con consecuencias no negativas, es decir, llevar a cabo una reestructuración cognitiva como habíamos empezado a hacer en las sesiones anteriores. Se le explicó la secuencia del ABC sobre la que se trabaja durante el proceso terapéutico, seguido de las dos últimas partes, D y E, se señalaron las diez ideas irracionales y aquellas en las que ella había dado una puntuación de mayor irracionalidad.

Con respecto a este objetivo, se concluyó indicando a la paciente que seguiríamos en esta línea, para lo que necesitábamos que continuara trabajando como hasta ahora, sobre todo con respecto a los auto-registros. Se finalizó la sesión con la práctica de la cuarta y última fase de la relajación muscular progresiva (generalización), animándola a que la practicara todos los días. En esta última fase, hubo un par de elementos nuevos: por una parte entre la tensión-relajación de cada músculo se le señaló que practicara la respiración diafragmática y por otra, se le introdujo en imaginación en la fase de relajación una escena que le resultara agradable y relajante, que en este caso fue un día soleado en un parque (Jardines del Parque de María Luisa en Sevilla). Finalmente, las tareas inter-sesiones que se plantearon aparecen en el Cuadro 1.

7ª sesión: En esta nueva sesión se discutieron todas las tareas llevadas a cabo con mucha precisión y superando de nuevo, lo acordado. Se le reforzó por los logros conseguidos y se supervisaron aquellas tareas propuestas posteriormente por ella, y no planteadas en la terapia; todas éstas hacían referencia a una circunstancia bastante difícil de superar, aun con el gran esfuerzo que estaba haciendo: la Feria de Abril de Sevilla. Estas tareas que aludimos anteriormente fueron cumplidas casi en su totalidad. Aun así, se recriminaba por no haberlas superado por completo. Sin embargo, se le replanteó lo siguiente:

"Hay muchos objetivos que has conseguido en poco tiempo, pero sobre todo con mucho esfuerzo, provocando por lo tanto un nivel de ansiedad elevado, que aunque vencido, lo has sentido, por lo que te animo a que seas consciente

de que este hecho te puede cansar tanto física como psicológicamente. Reevaluar los éxitos que has tenido gracias a tu trabajo, y aunque sigas esforzándote en el compromiso terapéutico, piensa que todo ésto es difícil porque estás aprendiendo y cuando termines este proceso (aprendizaje), todo aparecerá de forma automática”.

Como consecuencia de lo anterior, se revisaron todos los éxitos desde el primer día de trabajo y las habilidades de afrontamiento aprendidas. Se le siguió animando a que se replanteara las metas propuestas por ella (no terapéuticas) y la posibilidad de ceñirse a las pautas planificadas en la consulta. Con toda esta información se propusieron las actividades de la exposición, introduciendo en el diario semanal la quinta conducta-objetivo (“alejarse de casa”). Este objetivo iría orientado a acudir al recinto ferial, que está en el extremo opuesto de la ciudad respecto a su casa.

Además, se analizó con el formulario de autoayuda de la terapia racional de Ellis, una situación de la sesión anterior: (*ver cuadro siguiente*).

Finalmente, las tareas inter-sesiones planteadas aparecen en el Cuadro 1.

8ª sesión: Se revisaron los datos de las experiencias de exposición de la anterior semana. No surgieron dificultades apenas; aun así, se discutieron las variables que aumentaban y disminuían su temor en la autoexposición, alentándole a que siguiera practicando las estrategias de afrontamiento que le resultaban de utilidad.

Con respecto a la reestructuración cognitiva tanto de algunas situaciones de temor ante una crisis de pánico como de aquellas circunstancias en las que se encontraba insatisfecha, frustrada y culpable, se debatieron los pensamientos que generaban dicho sentimiento. Aunque en un principio comprendía los problemas de las ideas perturbadoras, comentaba que no podía cambiar de forma de pensar, razón suficiente para que por nuestra parte nos viéramos en la necesidad de trabajar persistentemente hacia la imposibilidad del cambio que nos señalaba.

En estos momentos se había recuperado, en parte, de su estado depresivo, por lo que para potenciar dicha recuperación, introdujimos un programa de actividades gratificantes, pidiéndole una lista con

Formulario de autoayuda de TRE

| A | B | C | D | E |
|---|---|---|--|--|
| <p>Mi amiga M^a Angeles me dice que quedemos para ir a la feria</p> | <p>No me apetece salir porque está lloviendo, "temo" plantearle que no tengo ganas. Va a pensar que soy una aguafiestas y que no va a querer tener una amiga así. La voy a decepcionar.</p> | <p>Miedo, vulnerable, culpable de ser aguafiestas</p> | <p>¿Qué significa para ti ser una aguafiestas? ¿Tienes que salir o es cuestión de apetencias? ¿Cómo sabes que la decepcionarás? ¿Qué ocurriría si le dijese a tu amiga que no te apetece salir? ¿Por qué no querer salir significa que eres una amiga aguafiestas?</p> | <p>Creo que me equivocó; un momento determinado que no tengo ganas de salir no tiene porque significa que soy una aguafiestas. Creo que no tiene que ver la amistad, que sea una buena amiga, porque después de todo no se valora muchos años de amistad por una apetencia de salir o no salir un día en concreto.</p> |

sus aficiones. Estas actividades se entremezclaron con las pautas de autoexposición, por ejemplo ir en autobús a un concierto de su grupo favorito.

Esta sesión fue el momento propicio, por la circunstancia (periodo vacacional), para volver a tocar el concepto de generalización, ya que había pasado unos días (Semana Santa y Feria de Abril) en los que había sido capaz de superar todas las actividades planteadas en la consulta. A raíz de este hecho la generalización iba a ser mucho más fácil. Aun así se le recordó que si tenía algún problema o dificultad no dudase en exponerlo. Finalmente, las tareas inter-sesiones propuestas fueron: a) refuerzo de logros conseguidos mediante el repaso de auto-registros, b) práctica de relajación muscular progresiva, c) respiración diafragmática (generalización en distintas circunstancias), d) generalización de la exposición de las conductas-objetivo, e) auto-registros y f) programa de actividades gratificantes.

9ª sesión: Se comenzó haciendo un balance global de las tareas realizadas y de sus auto-registros correspondientes, con el objetivo de comprobar si las actividades y situaciones que tenía y quería que estuviesen en su funcionamiento de vida, se habían cubierto. Junto a esto, se realizó una valoración en conjunto del programa por parte de la paciente:

“Después de todo este trabajo y de haber pasado estas semanas, estos dos meses, he comprendido y aprendido muchas cosas que me han ayudado tanto... me ha cambiado la vida, pero creo que queda algo pendiente: ir sola en autobús fuera de Sevilla, quiero viajar sola en un autobús (relacionado con la quinta conducta-objetivo), y había pensado que podía ir a Almonte (Huelva), donde tiene mi novio un chalet”.

Se aceptó la proposición por su parte para programarla en breve, después de la generalización de todos los éxitos. Además de todo lo anterior, se hizo un llamamiento a los manuales. Se le señaló la conveniencia de releerlos a modo de recordatorio, cuando estuviera tranquila, y como estrategia de afrontamiento en momentos de dificultades; también se hizo hincapié en la práctica como clave del éxito, indicándole la importancia de la generalización de lo aprendido

en ciertas situaciones. Sin embargo, y a pesar de la ilusión y alegría que expresaba, le seguían preocupando aquellas situaciones en las que hacía cosas que no quería llevar a cabo, pero que las hacía por los demás, manifestando en boca de ella *“me siento frustrada, que defraudo a los demás si no hago lo que me proponen, triste cuando veo que mi estado de animo depende si hago algo que quiero o me ciño a lo que los demás quieren, creo que tengo la autoestima por los suelos”*. Este comentario nos confirmó una vez más seguir trabajando en la reestructuración cognitiva a medio y largo plazo. Se siguieron planteando los debates para que se produjera el cambio marcado, añadiendo estrategias enfocadas a la auto-aceptación de la paciente.

Esta sesión finalizó con la explicación del concepto de 'prevención de recaídas', fundamental en el tratamiento diseñado, repasando los principios y habilidades aprendidas, proporcionándole un patrón de técnicas de afrontamiento para futuras situaciones potenciales de alto riesgo. Se propuso distanciar la próxima sesión por un periodo de dos semanas y se plantearon las tareas inter-sesiones siguientes que aparecen en el Cuadro 1.

10ª sesión: En esta sesión, llegó a consulta algo apesadumbrada, debido a una recaída que había sufrido. Analizando las causas de ésta, concluyó que era debido a la inestabilidad que estaba pasando su relación de pareja. Haciendo referencia a este episodio, la pareja se enzarzó en una discusión y como consecuencia la paciente “se encerró” en su casa alegando que no se encontraba con ánimos para salir, culpándose tanto por la crisis que atravesaba su relación de pareja como porque no fuese capaz de enfrentarse a ese “nuevo” miedo a salir a la calle.

Una vez en consulta se analizó la relación de pareja y la situación que había desencadenado la recaída, devolviéndole lo siguiente: “La recaída no significa retroceso, pues has aprendido una forma nueva de pensar, de comportarte, que no ha caído en “saco roto”, está en tu repertorio de aprendizaje, igual que cuando por ejemplo de pequeña aprendiste a montar en bici, ¿sigues montando en bici? ¿serías capaz de hacerlo? ¿recordarías aquel aprendizaje que hiciste de pequeña?, pues esto es igual; lo aprendido queda aprendi-

do. El suceso que ha tenido días atrás, el final de una larga relación (tres años y medio), es una fuente de estrés, un obstáculo aparentemente insuperable, quizás el planteamiento de esa relación actualmente estaba siendo algo ambicioso, como tú nos has comentado alguna vez. Es perfectamente normal que tu estado de ánimo tenga altibajos, si añades, por otro lado, a esta situación el posible cansancio que has sentido a lo largo de estos meses pasados, es explicable la caída. Además, ya conoces cuáles fueron los factores que predisponían y precipitaron el problema, éstos son rasgos o tendencias de tu personalidad (rasgo ansiedad y estilo conductual de evitación) junto a situaciones ambientales estresantes (el final de la relación), por lo que lo único que tienes que hacer para prevenir es estar atenta a que esta tendencia de la que te hablo no siga su curso. Sigue practicando todo lo aprendido y acuérdate que el éxito está en la práctica de todo lo aprendido y practicado a lo largo de estos meses. Cuando pienses que las circunstancias se te vienen encima, evalúalas, y si sólo ves las cosas negras, no te rindas, ni abandones, reevalúa la situación para verla desde otro punto de vista. Comienza desde hoy mismo, cuando llegues a casa a poner en práctica todo lo aprendido y recuerda que tienes una nueva capacidad: enfrentarte a aquello que antes temías, es como si hubieras aprendido a hablar inglés y un día tu estado anímico se ve afectado porque te presentan a un atractivo chico inglés, te pones nerviosa, esto hace que te bloques y te quedas "muda", ¿te haría esto último pensar que no sabes inglés? ¿Y español? ¿sabrías hablar? entonces ¿por qué te quedas "muda"? ¿por qué tu estado de ánimo nervioso, tu ansiedad, ha hecho que recaigas? Piénsalo."

Las tareas inter-sesiones planteadas aparecen en el Cuadro 1. 11ª –13ª sesiones: En estas sesiones quincenales, en concreto en la primera de ellas, se abordaron las actividades de exposición de la semana anterior, observando que aunque la paciente había empezado casi desde el principio (en relación a las pautas de conducta planteadas a lo largo de los meses de tratamiento), el avance había

sido bastante rápido, lo cual fue aceptado con mucha ilusión y motivación para seguir trabajando, argumentando que ahora casi ya había reestablecido casi en su totalidad el funcionamiento de su vida "he reestablecido mi rutina, saliendo a la calle, y quiero seguir poniendo en práctica lo que he aprendido".

Se siguió haciendo hincapié en el repaso de todo el proceso terapéutico: exposición, técnicas de afrontamiento, refuerzo y auto-refuerzo de logros, reestructuración cognitiva (A, B, C, D y E), generalización, prevención de recaídas. Por último, se planteó pasar un fin de semana de "vacaciones" en la playa y que fuera con su hermana (co-terapeuta), a lo que nos afirmó con un rotundo: "sí, claro que sí, ¡me lo merezco!". Se propuso realizar la próxima sesión un mes después, dando paso a la fase de seguimiento. Por ello, se le entregó los cuestionarios similares a los del comienzo del tratamiento, para que los completara en casa a la mayor brevedad y los trajera en la visita siguiente y se plantearon las tareas inter-sesiones que aparecen en el Cuadro 1.

14^a -18^a sesiones: En estas sesiones (las 14^a y 15^a distanciadas con un período de un mes, la 16^a a los tres meses, la 17^a a los seis meses de tiempo desde el final del tratamiento), la paciente hizo una valoración positiva de la terapia y de sí misma, alegando que se sentía una "persona nueva", que todo le había cambiado y que ahora era la de siempre: "alegre y dicharachera".

Se revisaron los formularios de autoayuda, comprobándose que el debate había sido llevado adecuadamente. Se comentaron los auto-registros que ella quiso traerlos escrito por propia iniciativa, reafirmando lo referido verbalmente y se recordó el concepto de prevención de recaídas, una vez más. Las tareas inter-sesiones propuestas fueron: a) refuerzo de logros alcanzados, b) repaso del trabajo relacionado con las habilidades desarrolladas, c) ajuste de expectativas respecto a posibles problemas futuros, d) instrucciones sobre qué hacer si reaparece el problema y cómo solucionarlo y e) discusión de riesgos y cómo evitarlos.

En la última sesión, a los doce meses de seguimiento, la 18^a, nos comentó que una vez solucionado su problema estaba decidida a ayudar a las personas que sufrieran de agorafobia; para ello, y mediante Internet, chateaba en el "foro de agorafóbicos". Ilusionada

por el cambio y por la ayuda prestada a los demás, no dejó de reconocer en ningún momento que toda esta mejoría fue posible gracias a su trabajo constante y continuo.

A los dos años de seguimiento, se contactó telefónicamente con la ex paciente, quien confirmó que seguía manteniendo la mejoría alcanzada y que el trastorno que le llevó a la consulta ya no estaba presente en el momento actual, si bien, no había dejado de poner en práctica algunas de las estrategias aprendidas durante el proceso de intervención terapéutica.

6. RESULTADOS

En la Tabla 1 y las Fig. 1 y Fig. 2 se puede observar la efectividad de la exposición en vivo a la hora de reducir la conducta de evitación, característica principal de la agorafobia. Este cambio tiende a darse ya desde el comienzo del tratamiento, desde las primeras sesiones en las cuales se incide de un modo sistemático en la práctica de las conductas-objetivo. La selección del orden de la puesta en práctica de las distintas tareas corresponde, generalmente, al paciente quien se guía en las puntuaciones dadas en la sub-escala de 'grado de dificultad'. Habitualmente, como en esta paciente, se comienza con la(s) conducta(s)-objetivo(s) de puntuación menor dificultad y se van incorporando las otras en orden creciente de dificultad. No obstante, se producen ocasiones en las que aquellas conductas de menor puntuación no permiten ser realizadas a diario (por ejemplo, conducir sola en una paciente cuyo marido –co-terapeuta- lo utiliza para trabajar y únicamente pueden practicar los fines de semana), o también existen otras ocasiones, en cambio, en las que llevar a cabo una conducta concreta (de máxima dificultad) reporta un reforzamiento y beneficio inmediato (por ejemplo, ir a la compra sola o ir a la piscina para aliviar las molestias de espalda). En estos casos, se plantea al paciente las distintas opciones y éste toma la decisión.

De modo paralelo, se trabajó, desde el primer momento, de un modo sistemático en la exposición a los síntomas fisiológicos. La dedicación de una parte de la sesión y la práctica inter-sesiones de la exposición interoceptiva potencia el efecto de la exposición en vivo

en las situaciones agorafóbicas durante el tratamiento. En tercer lugar, la incorporación de la exposición cognitiva durante las sesiones de tratamiento, así como durante el periodo inter-sesiones, favorece el cambio sincrónico del trastorno de pánico con agorafobia experimentado por esta paciente.

Como consecuencia de la mejoría alcanzada, se observó un notable cambio en el estado de ánimo (89,5%), la sintomatología ansiosa y la adaptación global (80%). Asimismo, se detectó una mayor adaptación emocional, reflejada en la disminución de las puntuaciones del Listado de creencias irracionales, en las que inicialmente se aproximaban a la puntuación máxima (1. demanda de aprobación; 2. perfeccionismo; 6. sobre-implicación ansiosa y 7. irresponsabilidad emocional) y posteriormente se sitúan en valores similares a la población normal (4-6), cumpliéndose con ello los objetivos del tratamiento.

7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los resultados de este trabajo aportan, en primer lugar, unas conclusiones concordantes con las investigaciones llevadas a cabo en este campo durante las tres últimas décadas. A lo largo de este periodo, en diferentes trabajos se pone de manifiesto la efectividad de las técnicas de exposición en vivo para hacer frente a las conductas de evitación presentes en distintos trastornos de ansiedad, en general, y en la agorafobia, más específicamente, sin olvidar la presencia de tales conductas en otros cuadros clínicos como son la dismorfofobia, los trastornos de la alimentación o la hipocondría. Sin lugar a dudas, en todos ellos, las técnicas de exposición en vivo favorecen el autocontrol ante el afrontamiento a la situación fóbica (como por ejemplo, la evitación de mirarse al espejo o ponerse en bañador en la playa, o la evitación de acudir a un especialista médico por el temor a ser informado de un diagnóstico como el cáncer).

En este sentido, existen estudios en los que la efectividad terapéutica de la exposición en vivo es notablemente significativa, si bien, hasta el momento, son escasos los trabajos en los que se determina el peso específico de este componente dentro del progra-

ma de tratamiento. Aún así, las cifras existentes, a partir de diferentes estudios, se sitúan entre el 60 y el 85% de éxito terapéutico.

En segundo lugar, si bien es conocida la eficacia de las técnicas conductuales para reducir o eliminar las conductas de escape y/o evitación, el desarrollo y el auge de los aspectos cognitivos en la comprensión del comportamiento humano, nos ha conducido hacia un replanteamiento en el quehacer de la clínica. Variables tales como las expectativas de fracaso/mejoría, el estilo atribucional relacionado con las causa y la solución del problema, la valoración de las experiencias anteriores, etc., son determinantes a la hora de la evolución, favorable o desfavorable, de un paciente. Desde este punto de vista, se considera imprescindible un abordaje cognitivo para aquellos pensamientos perturbadores relacionados con el problema y generadores de emociones negativas, o, por el contrario, para la evitación o escape de determinados pensamientos, utilizada esta estrategia como un mecanismo de defensa (como por ejemplo, la atribución, sin causa física que lo justifique, de un paciente con TP de "como a mi padre le pasaba algo así, yo no puedo hacer nada, esto es genético"), pensamientos que quedan reforzados negativamente y conllevarían a la baja motivación para la implicación en un tratamiento de corte psicológico al dar una atribución orgánica de su problema.

En tercer lugar, las manifestaciones de una sintomatología física específica del trastorno de pánico, convierte a la persona en un ser indefenso que, temeroso bajo el efecto de los propios síntomas interoceptivos, se describe a sí mismo "con la sensación de morir", como situación extrema y, en menor medida, con la "sensación de perder el control" o la vivencia de "volverse loco". Este explicación, incierta si se justifica exclusivamente por la afectación de las crisis de pánico, desconcierta a la persona que las experimenta, puesto que en la mayoría de los casos no se encuentra una explicación lógica a las crisis de ansiedad. Por ello, el nivel de preocupación y miedo tiende a aumentar vertiginosamente a medida que el cuadro se mantiene en el tiempo.

Al tomar en consideración el trastorno de pánico y la agorafobia, se observa que existe una repercusión notable en los tres sistemas de respuesta, cuyos niveles de (de)sincronía varían de un paciente

a otro. Aún así, y de cara a la intervención psicológica, parece evidente que el diseño de tratamiento requiera la inclusión de técnicas específicas (conductuales, cognitivo-conductuales y de autorregulación fisiológica) que contribuyan a garantizar la mejoría terapéutica. No obstante, y a la vista de lo expuesto en estas líneas, estas técnicas han de girar en torno a la técnica núcleo, por excelencia, clave en este trastorno: la exposición en vivo. Por un lado, la exposición en vivo orientada a hacer frente a las situaciones agorafóbicas, se viene utilizando como el tratamiento más eficaz para eliminar la respuesta de evitación de las situaciones temidas, a través del autocontrol de la persona de los síntomas de ansiedad. Por otro lado, esta eficacia puede verse incrementada por el efecto de la exposición en vivo a nivel cognitivo y a nivel fisiológico. Estas dos estrategias responden a la misma pauta en cuanto al procedimiento de aplicación y se utilizan con idéntica finalidad: a) el autocontrol a nivel cognitivo de los pensamientos perturbadores relacionados con las consecuencias negativas de los síntomas físicos y la dificultad para comprender el propio cuadro y b) el autocontrol a nivel fisiológico de los síntomas interoceptivos específicos (taquicardia, mareos, mayor bombeo de sangre en la cabeza, dificultad para respirar, etc.) mediante la re-atribución o explicaciones alternativas a los síntomas experimentados.

En este sentido, el empleo de ensayos conductuales, durante los cuales, por periodos de tiempo entre 5 y 10 minutos, aproximadamente, se expone al paciente (a partir del texto de los auto-registros o de comentarios expuestos en la sesión), bien a un diálogo en forma de debate socrático acerca de la certeza de sus argumentos que, por otro lado, generan en sí mismos niveles elevados de ansiedad, o bien a ejercicios físicos que provocan respuestas fisiológicas idénticas a las experimentadas en una crisis de pánico, favorecen el autocontrol en un ambiente seguro para el paciente. Este contexto terapéutico en el que el terapeuta dirige el diálogo hacia contra-argumentos o hacia explicaciones alternativas y racionales, le sirve al paciente de modelo para el trabajo diario intra-sesiones y le instruye para la autoexposición en vivo, objetivo principal de la terapia. En otras palabras, se pretende, a través de la exposición en vivo, el autocontrol a largo plazo del paciente en los tres sistemas de res-

a otro. Aún así, y de cara a la intervención psicológica, parece evidente que el diseño de tratamiento requiera la inclusión de técnicas específicas (conductuales, cognitivo-conductuales y de autorregulación fisiológica) que contribuyan a garantizar la mejoría terapéutica. No obstante, y a la vista de lo expuesto en estas líneas, estas técnicas han de girar en torno a la técnica núcleo, por excelencia, clave en este trastorno: la exposición en vivo. Por un lado, la exposición en vivo orientada a hacer frente a las situaciones agorafóbicas, se viene utilizando como el tratamiento más eficaz para eliminar la respuesta de evitación de las situaciones temidas, a través del autocontrol de la persona de los síntomas de ansiedad. Por otro lado, esta eficacia puede verse incrementada por el efecto de la exposición en vivo a nivel cognitivo y a nivel fisiológico. Estas dos estrategias responden a la misma pauta en cuanto al procedimiento de aplicación y se utilizan con idéntica finalidad: a) el autocontrol a nivel cognitivo de los pensamientos perturbadores relacionados con las consecuencias negativas de los síntomas físicos y la dificultad para comprender el propio cuadro y b) el autocontrol a nivel fisiológico de los síntomas interoceptivos específicos (taquicardia, mareos, mayor bombeo de sangre en la cabeza, dificultad para respirar, etc.) mediante la re-atribución o explicaciones alternativas a los síntomas experimentados.

En este sentido, el empleo de ensayos conductuales, durante los cuales, por periodos de tiempo entre 5 y 10 minutos, aproximadamente, se expone al paciente (a partir del texto de los auto-registros o de comentarios expuestos en la sesión), bien a un diálogo en forma de debate socrático acerca de la certeza de sus argumentos que, por otro lado, generan en sí mismos niveles elevados de ansiedad, o bien a ejercicios físicos que provocan respuestas fisiológicas idénticas a las experimentadas en una crisis de pánico, favorecen el autocontrol en un ambiente seguro para el paciente. Este contexto terapéutico en el que el terapeuta dirige el diálogo hacia contraargumentos o hacia explicaciones alternativas y racionales, le sirve al paciente de modelo para el trabajo diario intra-sesiones y le instruye para la autoexposición en vivo, objetivo principal de la terapia. En otras palabras, se pretende, a través de la exposición en vivo, el autocontrol a largo plazo del paciente en los tres sistemas de res-

puesta, entendiendo esto como el aumento de la capacidad de debate y cuestionamiento a nivel cognitivo, el aumento de la capacidad de autocontrol tanto situacional como ante la anticipación de acontecimientos y la disminución de la preocupación por los síntomas manifestados en las crisis de pánico.

En concreto, en el caso expuesto en este trabajo, el porcentaje de mejoría global con el tratamiento de exposición en vivo asciende al 80,87%. Esta mejoría, como puede verse en la Tabla 2, tiende a aumentar a largo plazo, alcanzando el efecto de la intervención niveles de éxito de 90,57%, en general, con cifras que oscilan entre el 81,48% a nivel cognitivo, el 93,27% a nivel conductual o motor y el 96,96% a nivel fisiológico. La conclusión que se extrae de estos resultados es que los efectos del tratamiento basado en la exposición en vivo inciden favorablemente en el triple sistema de respuestas. Así mismo, la intervención sistemática y estructurada de exposición a los síntomas físicos y los pensamientos perturbadores produce una mejoría notable, si bien es ligeramente menor a nivel cognitivo. Esto nos lleva a pensar que el cambio en el estilo cognitivo de una persona requiere de un intervalo de tiempo superior respecto a los otros dos niveles, estilo que viene formando parte del estilo habitual de manejo en la vida cotidiana y que interferirá específicamente en el afrontamiento del trastorno de pánico.

Tabla 2.- Porcentaje de mejoría y efecto a largo plazo de la intervención

| | Porcentaje de mejoría con el tratamiento (Pre-post) | Efecto a largo plazo (Pre-Seguí. 12 meses) |
|------------------------|--|---|
| Total | 80,87% | 90,57% |
| R. motoras | 74,04% | 93,27% |
| R. fisiológicas | 92,93% | 96,96% |
| R. cognitivas | 62,97% | 81,48% |

De cara al futuro, sería conveniente seguir profundizando en este tema, con la finalidad de determinar con una mayor precisión el peso que ejercen los distintos componentes de tratamiento. En este sentido, ya existen datos que apuntan que la terapia cognitiva orientada a la reducción de los pensamientos catastróficos se convierte en un factor predictivo de la remisión del pánico independiente del tipo de tratamiento (McNally, 1994), otros señalan cómo es percibida la provocación de síntomas de pánico en los distintos pacientes (Hofmann, Bufka y Barlow, 1999), o también se cuestiona qué tratamiento elegir cuando los resultados de la aplicación de dos tratamientos (exposición exteroceptiva e interoceptiva vs reestructuración cognitiva) reflejan una notable mejoría pero sin diferencias significativas entre ambos (Bouchard, Gauthier, Laberge, French, *et al.*, 1996). Si bien, al parecer existe un cierto consenso hacia la intervención integral con un programa multicomponente, un estudio exhaustivo del efecto de cada componente permitiría reducir el coste de la terapia en un trastorno que últimamente está aumentando de forma notable.

Un último aspecto a comentar. Actualmente existe una controversia en cuanto a la delimitación conceptual respecto al trastorno de pánico y la agorafobia. No obstante, desde el punto clínico, tal vez la predominio de un cuadro sobre otro sea de gran relevancia a la hora de la clasificación psicopatológica al intentar dar prioridad al trastorno de pánico sobre la agorafobia, o viceversa. En cambio, si bien es fundamental establecer un correcto diagnóstico clínico, de cara al diseño de tratamiento, para los terapeutas que programan la intervención en base a las manifestaciones clínicas propias de cada caso, de partida, ambos cuadros se situarían al mismo nivel, otorgando a cada entidad diagnóstica unos objetivos terapéuticos específicos y las técnicas concretas. En última instancia, se pretende ofrecer un tratamiento psicológico adecuado al paciente y que incluya la intervención específica, orientada a la mejoría del problema, y global, que garantice el bienestar personal, de un modo simultáneo.

BIBLIOGRAFÍA

American Psychiatric Association (APA) (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Disorders (4ª ed.) (DSM-IV)*. Washington, DC:APA.

- American Psychiatric Association (APA)** (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Disorders (DSM-IV-TR)*. Washington, DC:APA.
- Bados, A.** (2000). *Agorafobia y ataques de pánico*. Madrid. Pirámide.
- Ballester, R. y Botella, C.** (1992). Aplicación del programa terapéutico de Clark a un caso de trastorno de pánico. *Psicothema*, 22, 69-88.
- Ballester, R. y Botella, C.** (1996). Curso clínico y resultados a largo plazo en el tratamiento cognitivo-comportamental del trastorno por angustia con agorafobia. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 1, 49-72.
- Beck, A.T., Rush, Shaw y Emery** (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 461-571.
- Beck, J.G. y Zebb, B.J.** (1994). Behavioral assessment and treatment of panic disorder, current status, future directions. *Behavior Therapy*, 25, 581-611.
- Borda, M. y Echeburúa, E.** (1991). La autoexposición como tratamiento psicológico en un caso de agorafobia. *Análisis y Modificación de Conducta*, 17, 993-1012.
- Botella, C. y Ballester, R.** (1997). *Trastorno de pánico. Evaluación y tratamiento*. Barcelona: Martínez Roca.
- Bouchard, S., Gauthier, J., Laberge, B., French, D. et al.** (1996). Exposure versus cognitive restructuring in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 213-224.
- Cattell, R.B.** (1975). *16 PF. Cuestionario factorial de personalidad*. Madrid: TEA Ediciones, S.A. (versión original, 1972).
- Clark, D.M.** (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 461-470.
- Clark, D.M.** (1988). A cognitive model of panic attacks. En S. Rachman y J.D. Maser (comps). *Panic: Psychological perspectives*. Nueva Jersey, Lawrence Erlbaum Associates.
- Clark, D.M., Salkovskis, P., Hackman, A.M., Middleton, H. et al.** (1993). A comparison of cognitive therapy, applied relaxation, and imipramine in the treatment of panic disorder. *British Journal of Clinical Psychology*
- Côté, G., Gauthier, J.G., Laberge, B., Cormier, H. y Plamondon, J.** (1994). Reduced therapist contact in the cognitive behavioral treatment of panic disorder. *Behavior Therapy*, 25, 123-145.
- Craske, M.G. y Barlow, D.H.** (1993). Panic disorder and agoraphobia. En D.H. Barlow (Ed.). *Clinical Handbook of psychological disorders (2ª ed.)*. Nueva York: Guilford Press.
- DiNardo, P.A. y Barlow, D.H.** (1988). *Anxiety disorders interview schedule revised (ADIS-R)*. Nueva York: Graywinds Publications.

- Echeburúa, E., Corral, P., García Bajos, E., Páez, D. y Borda, M.** (1992). Un nuevo inventario de agorafobia (IA). *Análisis y Modificación de Conducta*, 17, 969-991.
- Echeburúa, E., Corral, P., García, E. y Borda, M.** (1993). Interactions between self-exposure and alprazolam in the treatment of agoraphobia without current panic: An exploratory study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 21, 219-238.
- Echeburúa, E. y Corral, P.** (1995). Agorafobia. En V.E. Caballo, G. Buela-Casal y J.A. Carrobes (Eds.). *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos. Vol 1*. Madrid. Siglo XXI.
- Echeburúa, E. y Corral, P.** (1999). Trastorno de pánico: ¿Terapias psicológicas, psicofármacos o tratamientos combinados?. *Análisis y Modificación de Conducta*, 103, 676-702.
- Ellis, A.** (1976). *Cognitive theory and emotional disorders*. Nueva York. International Universities Press.
- Emmelkamp, P.M.G. y Kuipers, A.C.M.** (1979). Agoraphobia: A follow-up study four years after treatment. *British Journal of Psychiatry*, 134, 352-355.
- Farquah, W. y Lowe, J.** (1974). A list of irrational ideas. In D.J. Tossy (Ed.). *Youth toward personal growth, a rational emotive approach*. Columbus, Ohio: Charles E. Merrill.
- Gelder, M.G., Marks, I.M. y Wolf, H.H.** (1967). Desensitisation and psychotherapy in the treatment of phobic states: A controlled clinical inquiry. *British Journal of Psychiatry*, 113, 53-73.
- Gould, R.A., Clum, G.A. y Shapiro, D.** (1993). The use of bibliotherapy in the treatment of panic: A preliminary investigation. *Behavior Therapy*, 24, 241-252.
- Hofmann, S.G., Bufka, L. y Barlow, D.H.** (1999). Panic provocation procedures in the treatment of panic disorder: Early perspectives and case studies. *Behavior Therapy*, 30, 305-317.
- Jacobson, E.** (1938). *Progressive relaxation*. Chicago: University of Chicago Press.
- Kanfer, F.H. y Saslow, G.** (1965). Behavioral diagnosis. *Archive of General Psychiatry*, 12, 529-538.
- Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, S. et al.**, (1994). Lifetime and 12 month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Archive General of Psychiatry*, 51, 8-19.
- Klosko, J.S., Barlow, D.H., Tassinari, P. y Cerny, J.A.** (1990). A comparison of alprazolam and behavior therapy in treatment of panic disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 77-84.

- Labrador, F.J.** (1993). Técnicas de relajación y desensibilización sistemática. En M.A. Vallejo y M.A. Ruiz (Eds.) *Manual práctico de modificación de conducta, Vol. 2*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- López-Alonso, J.C. y Gómez-Jarabo, G.** (1998). *Trastornos de pánico. Un azote de la mente. Manual práctico para su tratamiento*. Valencia: Promolibro.
- Margraf, J., Barlow, D.H., Clark, D.M. y Telch, M.** (1993). Psychological treatment of panic: Work in progress on outcome, active ingredients, and follow-up. *Behavior Research and Therapy, 1*, 1-8.
- Marks, I.M., Gelder, M.G. y Edwards, G.** (1968). Hypnosis and desensitisation for phobias: A controlled prospective trial. *British Journal of Psychiatry, 114*, 1263-1274.
- Mathews, A.M., Gelder, M.G. y Johnston, D.W.** (1981). *Agoraphobia. Nature and treatment*. Nueva York: Guilford.
- Mathews, A.M., Gelder, M.G. y Johnston, D.W.** (1986a). *Práctica programada para la agorafobia: manual del paciente*. Vitoria, Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco (versión original, 1981).
- Mathews, A.M., Gelder, M.G. y Johnston, D.W.** (1986b). *Práctica programada para la agorafobia: manual del compañero*. Vitoria, Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco (versión original, 1981).
- Mc Nally, R.J.** (1994). *Panic disorder. A critical analysis*. Nueva York: Guilford Press.
- Michelson, L., Mavisskalian, M. Marchione, K., Dancu, C. y Greenwald, M.** (1986). The role of self-directed in vivo in cognitive, behavioral and psychophysiological treatments of agoraphobia. *Behavior Therapy, 17*, 91-108.
- Michelson, L., Marchione, K., Greenwald, M., Glanz, L., et al.** (1990). Panic disorder: Cognitive-behavioral treatment. *Behaviour Research and Therapy, 28*, 141-151.
- Michelson, L. y Marchione, K.** (1991). Behavioral, cognitive and pharmacological treatments of panic disorder with agoraphobia: Critique and synthesis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 19*, 100-114.
- Pastor, C. y Sevillá, J.** (1995). *Tratamiento psicológico del pánico-agorafobia. Un manual de autoayuda paso a paso*. Valencia: Centro de Terapia de Conducta.
- Rapee, R.M. y Barlow, D.H.** (1991). The cognitive behavioral treatment of panic and agoraphobic avoidance. En J.R. Walker, G.R. Norton, y C.R. Ross (Eds.). *Panic disorder and agoraphobia*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

- Roca, E. y Roca, B.** (1998). *Cómo tratar con éxito el pánico (con o sin agorafobia)*. Valencia: ACDE Ediciones.
- Rodebough, Th,L., Curran, P.J. y Chambless, D.L.** (2002). Expectancy of panic in the maintenance of daile anxiety in panic disorder with agoraphobia: A longitudinal test of competing models. *Behavior Therapy*, 33, 315-336.
- Sandín, B. y Chorot, P.** (1995). Síndromes clínicos de la ansiedad. En B. Sandin y F. Ramos (Eds.). *Manual de Psicopatología, Vol 2*. Madrid: Mc Graw-Hill.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushane, R.E.** (1970). *Manual for the state-trait inventory*. Palo Alto: C.A. Consulting Psychological Press.

