

International Journal of Clinical and Health Psychology

International Journal of Clinical and Health Psychology

Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC)

jcsierra@ugr.es

ISSN (Versión impresa): 1697-2600

ESPAÑA

2007

José P. Espada / Carlos J. Van der Hofstadt / Beatriz Galván

EXPOSICIÓN EN VIVO Y TÉCNICAS COGNITIVOCOMPORTAMENTALES EN UN
CASO DE ATAQUES DE PÁNICO CON AGORAFOBIA

International Journal of Clinical and Health Psychology, enero, año/vol. 7, número 001

Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC)

Granada, España

pp. 217-232

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal



Universidad Autónoma del Estado de México

<http://redalyc.uaemex.mx>

Exposición en vivo y técnicas cognitivo-comportamentales en un caso de ataques de pánico con agorafobia¹

José P. Espada², Carlos J. Van der Hofstadt y Beatriz Galván
(*Universidad Miguel Hernández, España*)

(Recibido 10 de noviembre 2005/ Received November 10, 2005)

(Aceptado 3 de marzo 2006 / Accepted March 3, 2006)

RESUMEN. La agorafobia se define como el temor intenso a los espacios abiertos y otras situaciones relacionadas, como las multitudes, comercios y centros públicos en los que circula gran cantidad de personas. El sujeto teme sufrir un ataque que atribuye generalmente a un problema de salud. Se preocupa por el riesgo de morir, la imposibilidad de recibir ayuda y de escapar a un lugar seguro, o por el juicio de los demás. La mayor parte de los afectados son mujeres y el trastorno comienza generalmente al principio de la etapa adulta. Suele ser progresivo, llegando a incapacitar seriamente a quien lo padece. En este experimento de caso único se presenta el caso clínico de una mujer de 24 años que padecía trastorno de pánico con agorafobia. El tratamiento se desarrolló durante 12 sesiones semanales de 1 hora. Los objetivos del tratamiento se establecieron a partir de la hipótesis explicativa que incide en los principios del condicionamiento clásico y operante en la adquisición y el mantenimiento del problema. Se aplicó un programa multicomponente combinando estrategias cognitivo-comportamentales y exposición en vivo. La terapia se centró en el afrontamiento de situaciones fóbicas graduadas. Las técnicas empleadas fueron la educación, la exposición a estímulos interoceptivos, el entrenamiento en control de la ansiedad, el entrenamiento en distracción y la exposición gradual. Se discuten los resultados de la intervención, que confirman la eficacia del tratamiento.

¹ En la redacción de este caso clínico -experimento de caso único según la clasificación de Montero y León (2005)- se siguieron las normas propuestas por Buela-Casal y Sierra (2002).

² Correspondencia: Dpto. de Psicología de la Salud. Universidad Miguel Hernández. Campus de Elche (Edif. Altamira). Avda. de la Universidad, s/n. 03202 Elche. Alicante (España). E-mail: jpespada@umh.es

PALABRAS CLAVE. Ansiedad. Trastorno de angustia. Agorafobia. Terapia cognitivo-conductual. Exposición en vivo. Experimento de caso único.

ABSTRACT. Agoraphobia is defined as the intense fear to open spaces and other related situations, as the multitudes, commerce and public centers, in which circulate great amount of people. The person presents preoccupations because of the risk to be damaged, the difficulty to escape to a surely place, or the opinion of the others. Most of affected are women and the upheaval begins generally at the beginning of adult stage. Usually, it is progressive, getting to seriously incapacitate who suffers of panic with agoraphobia. In this single case experimental study the clinical case of a woman of 24 years who suffered the upheaval of panic with agoraphobia is presented. The treatment was developed during twelve weekly sessions of one hour. The objectives of the treatment settled down from the explanatory hypothesis that it affects the principles of the classic and operating agreement in the acquisition and the maintenance of the problem. A multicomponent program was applied, combining cognitive and comportamental strategies and exhibition live. The therapy was centred in the facing of graduated phobic situations. The techniques were psicoeducation, exposition to interoceptive stimuli, the training in anxiety coping skills, the training in distraction and the gradual exposition. The results of the intervention are discussed, that confirm the effectiveness of the treatment.

KEYWORDS. Anxiety. Panic disorder. Agoraphobia. Cognitive-behavioral therapy. In vivo exposure. Single case experimental study.

RESUMO. A agorafobia define-se como o medo intenso aos espaços abertos e outras situações relacionadas, como as multidões, centros comerciais e públicos nos quais circula grande quantidade de pessoas. O sujeito teme sofrer um ataque que atribui geralmente a um problema de saúde. Preocupa-se com o risco de morrer, com a impossibilidade de receber ajuda e escapar para um lugar seguro, ou com a avaliação dos outros. A maioria dos afectados são mulheres e a perturbação começa geralmente no início da idade adulta. Pode ser progressivo, chegando a incapacitar quem dele padece. Esta experiência de caso único apresenta o caso clínico de uma mulher de 24 anos que sofria de perturbação de pânico com agorafobia. O tratamento desenrolou-se durante 12 sessões semanais de 1 hora. Os objectivos do tratamento estabeleceram-se a partir da hipótese explicativa que incide nos princípios do condicionamento clássico e operante na aquisição e na manutenção do problema. Aplicou-se um programa multicomponente combinando estratégias cognitivo-comportamentais e exposição ao vivo. A terapia centrou-se no confronto progressivo de situações fóbicas. As técnicas empregues foram a educação, a exposição a estímulos interoceptivos, o treino no controlo da ansiedade, o treino na distração e a exposição gradual. Discutem-se os resultados da intervenção, que confirmam a eficácia do tratamento.

PALAVRAS CHAVE. Ansiedade. Perturbação de ansiedade. Agorafobia. Terapia cognitivo-comportamental. Exposição ao vivo. Experiência de caso único.

Introducción

La Asociación Americana de Psiquiatría define la agorafobia como el miedo a estar en lugares o situaciones de los que puede ser difícil o embarazoso escapar o en los cuales puede no disponerse de ayuda en el caso de sufrir un ataque de pánico. El DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) asocia el término “agorafobia” a dos categorías diagnósticas que se incluyen en los trastornos de ansiedad: el trastorno de pánico con agorafobia y la agorafobia sin historia de trastorno de pánico. La crisis de angustia es definida como un trastorno que puede ser provocado por una fobia específica. Se caracteriza como la aparición temporal o aislada de miedo o malestar intensos. El DSM-IV-TR señala que suele acompañarse de algunas de las siguientes manifestaciones somáticas: palpitaciones, elevación de la frecuencia cardíaca, sudoración, temblores, sensación de ahogo o de atragantarse, opresión o malestar torácico, náuseas, inestabilidad, mareos, escalofríos, sofoco, hormigueo o entumecimiento, que no pueden explicarse por el consumo de sustancias o por la presencia de otros trastornos mentales. La agorafobia es la ansiedad experimentada al encontrarse en lugares o situaciones donde el escape puede resultar difícil. Los temores suelen estar relacionados con situaciones características, que el sujeto intenta limitar a fin de evitar el malestar. Esta circunstancia suele darse menos en presencia de otra persona conocida. La agorafobia se define como el temor intenso a los espacios abiertos y otras situaciones relacionadas como las multitudes, incluyendo comercios con muchos clientes, centros públicos en los que circula gran cantidad de personas, etc. Este cuadro se enmarca con la preocupación de dificultad para poder escapar inmediatamente a un lugar seguro, por lo general el hogar. La mayor parte de los afectados son mujeres y el trastorno comienza en general al principio de la vida adulta. Suele ser progresivo, llegando a incapacitar seriamente a quien lo padece. Entre los trastornos fóbicos, la agorafobia es el más frecuente en la clínica, a la par que el más incapacitante, comparado con otros muchos trastornos psiquiátricos (Telch, Schmidt, Jaimez, Jacquin y Harrington, 1995).

Identificación del paciente

Elena (nombre supuesto) es una mujer de 24 años de edad, soltera y sin hijos. Su nivel formativo es medio-alto, estudia tercer curso de la licenciatura en Ciencias Ambientales. Procede de una familia de nivel socioeconómico medio-alto. Reside en la vivienda familiar con sus padres y hermana menor en una pequeña población.

Análisis del motivo de la consulta

La paciente acude por su propia iniciativa al Centro de Psicología Aplicada de la Universidad Miguel Hernández debido a la elevada ansiedad que experimenta. Se queja de que es tan alta que le impide llevar una vida normal. Padece episodios de ansiedad

que se presentan varias veces al día, cada vez que se aleja de casa o cuando no está acompañada por alguien de su confianza. Cuando esto ocurre, a nivel físico aparece sudoración, mareos, escalofríos, calor y/o temblor; piensa que necesita encontrar a alguien que la ayude ante el temor de sufrir un desvanecimiento. En esos momentos responde a nivel motor buscando ayuda en alguna persona de confianza, gritando, regresando a su casa o tomando medicación (clorhidrato de paroxetina, *Seroxat*®).

Historia del problema

Tres años atrás Elena sufrió un primer ataque de pánico de forma repentina. En ese momento inició un tratamiento farmacológico prescrito por su médico, a base de clorhidrato de paroxetina mediante el cual, según la paciente, mejoró mucho y rápidamente. En esa época redujo notablemente sus actividades, permaneciendo más de tres meses sin salir de su domicilio por temor a un nuevo ataque. Aumentó la sensibilidad y la sensación de mareos esporádicos. Retomó sus actividades habituales, manteniéndolas con normalidad durante un año, momento en que tuvo una recaída, coincidiendo con la época estival como en el primer ataque de pánico. Las crisis siguientes fueron más intensas y frecuentes. Las situaciones en que se desencadenaban eran en principio inocuas (visitando un museo, viendo la televisión, etc.), por lo que no identificaba ningún estímulo externo que desencadenara en aquellos momentos las crisis. Presenta una alta motivación hacia el tratamiento, comentando que iba a hacer todo lo que pudiera por mejorar. Cuenta con el apoyo de su entorno familiar para realizar el tratamiento.

Análisis y descripción de las conductas problema

Los estímulos antecedentes (E) de la respuesta de ansiedad son de tipo ambiental, principalmente espacios abiertos y otros relacionados con ellos, como las aglomeraciones, incluyendo comercios con muchos clientes, centros públicos en los que circula gran cantidad de personas, y situacional como estar sola fuera de casa, mezclarse con la gente o guardar turno en una fila, atravesar un puente, o viajar en autobús, tren o automóvil. En ocasiones los antecedentes también son de tipo cognitivo en forma de pensamientos anticipatorios. Las conductas problemas (R) son principalmente de tipo psicofisiológico (sudoración, taquicardia, sofoco, mareo, etc.), cognitivo (preocupación, pensamientos negativos, miedo a desmayarse, miedo al juicio negativo de los demás) y motoras (conductas de evitación y escape, conductas de seguridad como comprobar el funcionamiento del teléfono móvil, la medicación, itinerarios seguros, etc.). La principal consecuencia (C) que contribuye al mantenimiento de las conductas problema es el cese de la ansiedad, que actúa como refuerzo negativo, produciéndose por tanto, un aprendizaje por condicionamiento operante. La atención social también está presente, actuando como reforzador positivo.

Tras analizar la información obtenida durante la fase de evaluación, podemos concluir que la paciente cumplía los criterios para el diagnóstico de (F40.01) Trastorno de angustia con agorafobia [300.21] DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000):

- Crisis de angustia inesperadas recidivantes.
- Al menos una de las crisis se ha seguido durante 1 mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas:
 - a) Inquietud persistente por la posibilidad de tener más crisis.
 - b) Preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias (por ejemplo, perder el control).
 - c) Cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis.
- Presencia de agorafobia.
- Ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso) o donde, en el caso de aparecer una crisis de angustia inesperada o más o menos relacionada con una situación, o bien síntomas similares a la angustia, puede no disponerse de ayuda.
- Estas situaciones se evitan (por ejemplo, se limita el número de viajes), se resisten a costa de un malestar o ansiedad significativos o se hace indispensable la presencia de un conocido para soportarlas.

Si atendemos en primer lugar al origen del trastorno de angustia con agorafobia, tenemos la historia pasada de desmayos sufridos por la paciente; los factores que desencadenan el primer ataque de pánico fueron el estrés psicológico y las reacciones fisiológicas desagradables y desconocidas para el sujeto. Asimismo, en el origen del trastorno se produjeron procesos de condicionamiento clásico y generalización, en los que influyeron variables predisposicionales (vulnerabilidad biológica y vulnerabilidad psicológica).

Los principales antecedentes o estímulos desencadenantes de los ataques fueron en este caso las situaciones o lugares donde escapar y/o recibir ayuda era difícil (lejos de casa, transportes o lugares públicos), sensaciones corporales y cambios del propio organismo, activación emocional (estrés, nerviosismo) o pensamientos anticipatorios disparadores. Todo ello, en interacción con las variables relativas al sujeto (variables organísmicas y de historia pasada, habilidades del sujeto, aprendizajes), da lugar a una serie de respuestas de tipo cognitivo, fisiológico-emocional y motor. En este caso, a nivel cognitivo, Elena responde pensando que algo catastrófico va a sucederle (desmayarse, perder el control, miedo a sufrir un ataque al corazón); en lo que a la respuesta fisiológico-emocional se refiere, se produce un aumento del ritmo respiratorio, hiperventilación, sensación de mareo, asfixia, visión borrosa, opresión en el pecho, sudor, hormigueo, y/o ráfagas de calor y frío; finalmente, la respuesta a nivel motor se refleja en conductas de seguridad, como el escape (tomar psicofármacos, volver a casa, llamar a un amigo, sentarse o tumbarse) o la evitación (se evita conducir, salir a la calle o utilizar transportes públicos) o conductas de seguridad "sutiles", es decir, de escape encubierto: llevar psicofármacos consigo, llevar "objetos mágicos" (móvil) o ir acompañada.

Las consecuencias de tipo inmediato ante tales respuestas son el refuerzo negativo interno y externo (alivio del malestar), y el refuerzo positivo externo, con lo cual, se produce la continuación y/o aumento del problema.

Establecimiento de las metas del tratamiento

Los objetivos que se establecieron para la intervención fueron los siguientes:

- Enseñar a la paciente el funcionamiento de la respuesta de ansiedad, aceptándola como una emoción normal y ayudándola a interpretar sus crisis de ansiedad de forma realista.
- Enseñar a la paciente a detectar niveles elevados de ansiedad y aplicar el control de la activación, primero en situaciones de tranquilidad y posteriormente en momentos de estrés.
- Recuperar la movilidad y ritmo de actividades, tal y como se desarrollaban antes del inicio de las crisis de ansiedad.

Estudio de los objetivos terapéuticos

Según el orden de la intervención, se decidió que el primer objetivo dirigido a que la paciente conociera el origen del problema y las variables de mantenimiento era prioritario. Una vez alcanzado éste, el siguiente objetivo, según la secuencia de la intervención sería el afrontamiento de los estímulos evitados por parte de la paciente, principalmente los relacionados con sus propias respuestas físicas. Así, se consideró necesario el afrontamiento de los cambios corporales, como la taquicardia, el mareo o la sensación de ahogo, a fin de que la paciente se habituara a dichas sensaciones y rompiera la asociación entre éstas y las crisis de ansiedad. En tercer lugar, se planteó el objetivo de entrenar a la paciente a reducir su activación y a aplicar estrategias de desactivación cuando detectara que su ansiedad comenzaba a subir. El último objetivo, una vez superados los anteriores, consistió en la planificación de situaciones de exposición, a fin de procurar la habituación de la paciente a los estímulos temidos y recuperar su nivel normal de funcionamiento.

Selección del tratamiento más adecuado

La exposición en vivo (EV) y la terapia cognitivo-conductual (TCC) son tratamientos bien establecidos para la ansiedad y evitación fóbicas, aunque los efectos de la terapia cognitivo-conductual pueden reducirse si el tiempo dedicado a la EV es menor. Probablemente, la TCC es también un tratamiento eficaz para otros aspectos de la agorafobia, como la preocupación por el pánico, frecuencia de pánico e interferencia, y problemas asociados a ésta (humor deprimido, ansiedad general); la TCC es una terapia efectiva y eficiente, mediante la cual se producen menos abandonos del tratamiento y menor número de recaídas en ataques de pánico que con la EV (Bados, 2001). Una propuesta de Pastor y Sevillá (2003) para el tratamiento del trastorno de pánico

con agorafobia parte del uso de técnicas de control físico (relajación y respiración profunda) y técnicas de control cognitivo (terapia cognitiva para el control de los pensamientos catastróficos, con criterios de racionalidad, discusión verbal y búsqueda de alternativas) para, a continuación, afrontar el pánico mediante técnicas de exposición interoceptiva (EI) y exposición en vivo (EV). La EI o “in vitro”, consiste en crear voluntariamente sensaciones que el sujeto teme, y que provocan un ataque de pánico cuando aparecen espontáneamente. El objetivo es que el sujeto se exponga a los estímulos que teme, comprobar que sus pensamientos automáticos son falsos y familiarizarse con ese estado fisiológico hasta que no produzca miedo o ansiedad. Para proceder a la exposición en vivo se elabora en primer lugar un listado de situaciones ansiógenas, graduadas de menor a mayor intensidad. A continuación se programan tareas para enfrentarse una a una a dichas situaciones y permaneciendo ante las mismas hasta que el nivel de ansiedad haya descendido significativamente o se haya reducido a cero (Pastor y Sevillá, 2003). Finalmente, se incluyen ejercicios para el mantenimiento de los logros conseguidos (como resúmenes de lo aprendido, práctica de habilidades, etc.).

En este caso se aplicó un tratamiento multicomponente, compuesto por técnicas educativas (psicoeducación), entrenamiento en control de la ansiedad (respiración y relajación), técnicas cognitivas (discusión de pensamientos catastrofistas y entrenamiento en autoinstrucciones) y exposición en vivo.

Selección y aplicación de las técnicas de evaluación y análisis de los resultados obtenidos en esta fase

En primer lugar, se procedió a recoger información sobre el origen y mantenimiento de la conducta problema mediante entrevistas y autoinformes. La entrevista autobiográfica mostró que la paciente no había sufrido problemas de salud significativos y que su estado de salud general era normal.

Se aplicó el Inventario de Agorafobia (IA) (Echeburúa, De Corral, García, Páez y Borda, 1992) para evaluar la gravedad de la agorafobia. Se trata de un cuestionario autoaplicado, que consta de 72 ítems y se divide en dos partes; la primera mide la frecuencia o intensidad con que los pacientes experimentan tres tipos de respuestas diferentes (motoras, psicofisiológicas subjetivas y cognitivas) ante situaciones o lugares temidos. Se evalúa cada situación según dos modalidades: solo o en compañía. El sujeto responde al cuestionario siguiendo una escala tipo Likert con un rango de 6 puntos. La segunda parte valora los factores que contribuyen a modificar la ansiedad que provocan dichas situaciones o lugares. La puntuación de la paciente antes de la intervención fue de 204 en la modalidad “solo” de la Escala Global del Inventario de Agorafobia. Los autores proponen como punto de corte para esta escala 176, por lo tanto podemos interpretar que Elena presentaba un cuadro de agorafobia que se podía calificar de grave.

La ansiedad general fue evaluada mediante el Inventario de Ansiedad de Beck (*Beck Anxiety Inventory, BAI*) (Beck, Brown, Epstein y Steer, 1988). Esta prueba explora los aspectos físicos relacionados con la ansiedad y facilita la discriminación entre ansiedad y depresión. La puntuación directa que obtuvo la paciente en esta prueba fue

de 18, siendo el intervalo de puntuaciones posibles de 0 a 63. Los ítems en los que puntuaba más alto indicaban síntomas como palpitaciones, sensación de inestabilidad e inseguridad física y miedo a perder el control.

También se administró el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) de Spielberger, Gorsuch y Lushene (1997), obteniéndose una puntuación centil elevada en las dos subescalas de la prueba (80 en ansiedad-rasgo y 90 en ansiedad-estado). Analizando estos resultados se puede interpretar que la paciente posee cierta tendencia a la ansiedad ante situaciones estresantes, mostrando predisposición a percibir las como amenazantes (ansiedad-rasgo); además, presenta un nivel de ansiedad elevado en el momento de realizar la evaluación (ansiedad-estado).

Asimismo, se aplicó la Escala de Síntomas de Ataque de Pánico (Seguí *et al.*, 1999); dicha escala trata de reflejar la gravedad total de la crisis de angustia, y se basa en los síntomas de crisis de angustia descritos en *Structural Clinical Interview for DSM-III-R Upjohn-version (SCIC-UP-R)* (Spitzer y Williams, 1998). Se trata de un instrumento autoadministrado de 14 ítems. El paciente debe indicar la gravedad de los síntomas de crisis de angustia, mediante una escala de 4 puntos (inexistente, intensidad leve, moderada y grave); la puntuación de cada ítem tiene un rango de 0 a 3; se obtiene un valor total, que es la suma de las puntuaciones de todos los ítems. Los autores obtienen una media en una muestra de pacientes con trastorno de pánico de 18,5; no se proponen puntos de corte, sino que se trata de un continuo, donde puntuaciones más elevadas, indican mayor severidad. Elena obtuvo una puntuación de 19, con lo cual, podríamos afirmar que la gravedad de sus crisis de angustia es moderada/alta.

Aplicación del tratamiento

La primera y la segunda sesión se dedicaron a la evaluación inicial del caso. Describimos en este apartado el resto de la intervención.

Sesión 3: fase educativa

Tras efectuar las entrevistas iniciales, se procedió a elaborar el análisis funcional y el análisis topográfico del problema, atendiendo a la información recogida a lo largo de los primeros encuentros. A continuación, se dio paso a la fase educativa, en la cual se informó a la paciente de las características de la respuesta de ansiedad, los mecanismos de adquisición y mantenimiento de la misma, así como de las conductas fóbicas. Se le presentó el modelo cognitivo del pánico, resaltando el papel de las interpretaciones catastrofistas en el momento de sufrir una crisis. Propusimos realizar una prueba de hiperventilación en la consulta. Pedimos a Elena que respirara con fuertes y cortas inspiraciones y espiraciones durante dos minutos, siguiendo el ritmo que le indicaba el terapeuta. Tras poco más de un minuto, empezó a sentirse mal, pidiéndonos detenerse. Insistimos en que continuara durante más tiempo, y una vez completados los dos minutos le pedimos que se concentrara en sus sensaciones mientras permanecía con los ojos cerrados. Según nos dijo sentía una inestabilidad parecida a la que solía experimentar cuando sufría una de sus crisis. Otros síntomas presentes eran la sensación de sofoco y mareo. A partir de este experimento constatamos el papel de la hiperventilación

en los ataques de pánico de Elena. De esta forma la paciente comprendió el papel de su respiración en la génesis y agravamiento de sus crisis. Insistimos en que la hiperventilación podía pasar desapercibida en el momento del ataque porque precisamente la preocupación y la búsqueda de ayuda le hacían no ser consciente en esos momentos de su ritmo respiratorio.

Dedicamos el resto de la sesión a explicar en qué iba a consistir el tratamiento y remarcamos la necesidad de un papel activo por su parte. Le indicamos cómo debía aprender a controlar su activación psicofisiológica, sus pensamientos y la importancia de afrontar activamente las situaciones temidas. La última parte de la sesión se dedicó al entrenamiento en respiraciones lentas y profundas. Primero el terapeuta le enseñó cómo respirar diafragmáticamente, actuando como modelo y posteriormente indicándole el ritmo mientras repetía el ejercicio. Como tarea para casa, se le pidió que practicara la respiración profunda diariamente en posición sentada, y que anotara su sensación de ansiedad antes y después. Se le entregó un autorregistro para ir anotando la realización de los ejercicios y el grado de relajación alcanzado.

TABLA 1. Planificación de las sesiones de evaluación y tratamiento.

<i>Sesión</i>	<i>Plan de las sesiones</i>	<i>Tareas para casa</i>
1	Entrevista inicial. Evaluación	Entrevista autobiográfica
2	Evaluación	Autoobservación
3	Exposición modelo cognitivo del pánico Explicación del análisis funcional	Autoobservación
4	Entrenamiento en respiración profunda Discusión de pensamientos catastrofistas	Autoobservación Práctica respiración profunda
5	Entrenamiento en distracción Exposición a estímulos interoceptivos	Autoobservación Generalización respiración profunda
6-11	Exposición en vivo	Autoexposición Autoobservación
12	Prevención de recaídas	Autoexposición Autoobservación
13	Evaluación posttest	Autoexposición Autoobservación
14	Seguimiento	Autoexposición

Sesión 4: discusión de pensamientos

En esta sesión se supervisó el cumplimiento de los ejercicios de respiración profunda, comprobando que los había realizado casi todos los días, consiguiendo la mayoría de veces disminuir notablemente su ansiedad. Le pedimos que en una segunda fase generalizara las respiraciones profundas a otros momentos de su día a día, mientras veía la televisión, cuando viajaba en autobús o caminaba. Seguidamente pasamos a la discusión de pensamientos catastrofistas presentes durante los ataques de pánico. Realizamos de forma conjunta un listado con las preocupaciones que solían presentarse con mayor frecuencia en esos momentos. Por ejemplo, uno de los pensamientos que solía

estar presente era “me voy a desmayar” o más generales como “lo pasaré mal”, cuando se presentaba una situación que temía. Enseñamos a Elena a buscar argumentos a favor y en contra de dichos pensamientos sobre las crisis y sobre su conducta. En la Tabla 2 se presenta un ejemplo de la discusión de pensamientos con la paciente.

TABLA 2. Discusión de pensamientos catastrofistas.

Pensamiento: “me voy a desmayar”	
Argumentos a favor	Argumentos en contra
<ul style="list-style-type: none"> - En esos momentos me siento muy mareada, que el suelo me da vueltas - Noto temblar mis piernas - Cuando me siento se me pasa 	<ul style="list-style-type: none"> - La hiperventilación produce esos síntomas - En la consulta me sentía igual y no me desmayé, era sólo por la respiración - Nunca me he desmayado realmente - El hecho de que lo piense no significa que vaya a ocurrir - A otras personas les ocurre lo mismo - Las exploraciones médicas no indican que tenga ningún problema físico

Como tarea para casa, le pedimos que realizara la misma práctica con otros pensamientos relacionados con las consecuencias de un ataque de pánico.

Sesión 5: entrenamiento en distracción y exposición a estímulos interoceptivos

Tras repasar las tareas para casa, retomamos el modelo cognitivo del pánico, recordamos a la paciente el papel de la hipervigilancia y de la atención focalizada en los síntomas somáticos a la hora de desencadenar o agravar una crisis. Enseñamos a la paciente a emplear técnicas de distracción con el fin de combatir la focalización sensorial en las sensaciones corporales. Le enseñamos cómo emplear determinadas actividades como centrarse en un objeto, realizar operaciones mentales absorbentes como contar hacia atrás o recurrir a recuerdos agradables. Seguidamente, discutimos sobre la necesidad de la exposición activa a los estímulos que generan una activación de la ansiedad. Explicamos a Elena el funcionamiento del refuerzo negativo cuando evita o escapa de situaciones amenazantes. Empleamos el ejemplo de la última vez que acudió al cine y salió de la sala a media película porque empezó a sentirse mal. Reconoció que el hecho de escapar del cine le proporcionó un gran alivio, y que desde entonces no había vuelto a entrar a ninguna sala. Discutimos con Elena sobre los mecanismos del aprendizaje operante en ese tipo de situaciones. Explicamos cómo en el análisis funcional de su caso los estímulos temidos son tanto externos como internos y le proponemos realizar una exposición gradual a los mismos, comenzando por los internos. Se realizaron ejercicios como subir escaleras, girar sobre sí misma, agachar la cabeza y levantarla de golpe para producir cambios en sus sensaciones físicas. Tras la realización de los ejercicios, se le pedía que se centrara en sus sensaciones hasta que la ansiedad fuera baja o nula.

Se dedicaron dos sesiones a la realización de dichos ejercicios, pidiéndole a Elena que los practicara también en casa y anotara en un autorregistro los efectos y el nivel de ansiedad en cada presentación.

Sesión 6-11: exposición en vivo

Elaboramos de forma conjunta con la paciente un listado de situaciones temidas. La mayoría tenía que ver con determinados lugares donde había sufrido anteriormente alguna crisis o donde pensaba que había mayor riesgo de sufrirlas. También le preocupaban los lugares o situaciones en los que no podría ser atendida en caso de sufrir un ataque o en los que no podía buscar alivio en caso de sentirse mal (por ejemplo, escapar de un recinto cerrado). Por último, se incluyeron situaciones sociales en las que Elena se preocupaba del juicio de los demás en el caso de que empezara a sentirse ansiosa y actuar de forma extraña. Para ordenar los ítems se tuvo en cuenta el criterio subjetivo de las unidades subjetivas de ansiedad (USA), tratando de incluir diferentes espacios, medios de transporte, situaciones sociales y la presencia de elementos de seguridad, como el teléfono móvil. Cada ítem era valorado según una escala de 0 a 100 USA. Posteriormente fueron ordenados según la ansiedad que generaban.

Los primeros ítems se realizaron con la presencia del terapeuta, como acudir a la cafetería cercana a la consulta. El psicólogo reforzaba el afrontamiento de Elena y evaluaba su ansiedad, ayudándola a aguantar en la situación hasta que había descendido al menos a la mitad de la tasa inicial. Así, en la exposición a la situación de acudir a una cafetería concurrida, acompañada por el terapeuta Elena tardó 25 minutos hasta informar de que su ansiedad había bajado de 90 a 40 USA. Otra situación de exposición programada con el terapeuta se realizó en un centro comercial en horario de máxima afluencia. Tras estacionar en el parking subterráneo, nos informó de que esa situación que no estaba incluida en la jerarquía también le producía malestar, por lo que ella misma pidió afrontar la situación de permanecer en el parking hasta sentirse tranquila, lo que nos indicó que había comprendido y puesto en práctica el principio de la exposición en vivo y la habituación de la ansiedad. Posteriormente, en el centro comercial su ansiedad inicial era de 100. Tras descender a 40 (30 minutos más tarde), le propusimos realizar un recorrido por el centro comercial por separado. Aceptó afrontar la situación, valorando su nivel de ansiedad inicial en 90.

Se dedicó un total de 4 sesiones para la realización de tareas de exposición en vivo. Como tarea para casa Elena se autoexponía a las siguientes situaciones de la jerarquía. También se le aconsejó repetir situaciones ya superadas, aumentando el tiempo de exposición, variando las condiciones ambientales, etc. A lo largo de las siguientes sesiones pudimos comprobar que la autoexposición era realizada de forma adecuada, y que se habían llegado a superar los ítems más altos de la jerarquía.

Sesión 12: prevención de recaídas

Las últimas sesiones de tratamiento sirvieron para valorar con Elena su evolución y reforzar el trabajo realizado por su parte. Se insistió sobre todo en atribuir la mejoría a su actitud de afrontamiento y a la adquisición de autocontrol de sus propias reacciones físicas. Le recordamos el hecho de que sus progresos se debían a que había comprendido el proceso de la ansiedad, había adquirido un mayor control de su activación y de sus pensamientos, y había afrontado las situaciones amenazantes, adquiriendo así mayor confianza. Resaltamos la idea de que en caso de sufrir alguna crisis no sería correcto interpretarlo como un retroceso al punto inicial, sino como una situación en la que se ha bajado la guardia o en la que no ha podido controlar por completo su

activación. Revisamos las expectativas de la paciente respecto a futuras crisis y la forma de afrontarlas. Para ello se realiza un listado de situaciones de riesgo, con la recomendación de mantener la ansiedad en un nivel controlable, identificar momentos de mayor vulnerabilidad y poner en práctica hábitos físicos y de estilo de vida que favorezcan un mayor bienestar. Finalmente, acordamos el objetivo de seguir practicando las técnicas aprendidas, en especial la respiración y la distracción, y continuar exponiéndose a las situaciones ya superadas.

TABLA 3. Autorregistro diario de situaciones y pensamientos ansiógenos.

<i>Situación</i>	<i>Qué ocurrió</i>	<i>Pensamientos</i>	<i>Pensamientos alternativos</i>
Día 30, 8 p.m. En el coche volviendo a casa	Empecé a sentir mareos y hormigueo	Puede que me ponga más nerviosa y a gritar	Probablemente estoy mareada por el viaje. Abro la ventana y me despejo
Día 2, 8,30 p.m. Hablar con un chico un rato al salir de la biblioteca	Me asusté por si me ponía nerviosa y empecé a marearme	Voy a tener que irme para que no se de cuenta	Me centro en la conversación y me distraindo enseguida. Es poco probable que él note algo raro en mí
Día 3, 8,15 a.m.	Estaba un poco nerviosa	Espero no ponerme mal durante el camino	Hoy estoy un poco más nerviosa, no pasa nada. Tengo que respirar tranquila y me relajaré
Día 4, 2 a.m. En la discoteca llena de gente	Noté un nudo en la garganta, hormigueos y mareo	Si me mareo y quiero salir, hay mucha gente que me impide el paso	Aquí hace mucho calor y por eso me siento rara. Debo aguantar
Día 7, 9 p.m. Viendo un reportaje en televisión	De pronto noté dolor de cabeza y un nudo en la garganta, hormigueo	Pensé que iba a ir a más, que tendría que tomarme una pastilla y no sabía si podría controlarlo	Voy a pensar en otra cosa. En unos minutos se me habrá pasado

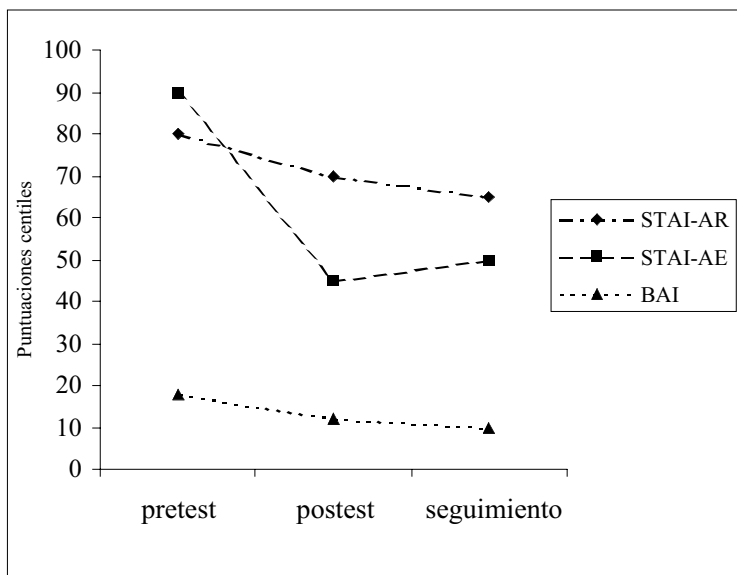
TABLA 4. Seguimiento de la tarea de autoexposición
(última semana de tratamiento).

<i>Situación</i>	<i>Dificultad</i>	<i>Nivel de ansiedad</i>
Lunes 23	Ir a la ciudad sola en autobús (10 de la mañana)	3
	Ir con una compañera al ayuntamiento	4
	Ir sola de tiendas por la ciudad	3
	Volver sola en autobús	5
Jueves 26	Estar sola en la universidad	2
	Volver sola en autobús	2
Lunes 30	Hacerme un <i>piercing</i>	5-6
Jueves 2	Ir a una discoteca en las fiestas de mi pueblo	3-4
Domingo 5	Ir a cenar con un chico	4
Viernes 10	Ir a cenar con un chico	3
Miércoles 15	Ir a la ciudad sola en tren	4
Lunes 20	Ir al centro comercial yo sola de noche	4
	Ir a cenar con un chico	2

Evaluación de la eficacia y/o efectividad del tratamiento

En el momento de finalizar el tratamiento, Elena había pasado más de tres meses desde la última crisis, que había sido de escasa importancia. Había reducido de forma significativa su temor a experimentar nuevamente un ataque de pánico, y sus cogniciones desadaptativas respecto a las crisis también eran prácticamente inexistentes. Las conductas de evitación y/o escape ante situaciones previamente amenazantes habían desaparecido por completo. Tras el tratamiento la paciente era capaz de viajar ella sola en cualquier medio de transporte, tanto de día como de noche, asistir a clase, acudir a locales de ocio (discotecas, bares, centros comerciales, etc.) y relacionarse socialmente sin preocupación. La mejoría clínica de la paciente fue notable atendiendo a distintos criterios de valoración. Respecto a las medidas de autoinforme la puntuación en las pruebas de ansiedad descendieron notablemente en el postest y en el seguimiento a los 12 meses. En la escala Ansiedad-Estado del STAI había descendido desde un centil 90 en el pretest a 45 en el postest y 50 en el seguimiento. En la escala Ansiedad-Rasgo eran más estables, quedando la puntuación en 70 en el postest y 65 en el seguimiento. Las puntuaciones en el BAI indican igualmente un descenso en la sintomatología física, descendiendo desde 18 a 12 en puntuación directa (véase la Figura 1). En el Inventario

FIGURA 1. Puntuaciones de ansiedad en los cuestionarios STAI (percentiles) y BAI (puntuaciones directas) en diferentes momentos de la intervención.



de Agorafobia las puntuaciones indicaron de igual modo un importante descenso, tanto en la situación “solo” como “acompañado”, pasando en la escala global de 204 en el pretest a 81 en el postest, observándose los cambios mayores se observan en las res-

puestas de tipo motor (véase la Tabla 5). Realizando un análisis cualitativo, los autorregistros de exposición indicaron que la paciente percibía menos dificultad en las situaciones que al principio del tratamiento le resultaba imposible realizar. Además el nivel de ansiedad cuando las afrontaba había descendido también de forma notable.

Conforme a las entrevistas realizadas, en el momento de finalizar el tratamiento la paciente no reunía los criterios para el diagnóstico de trastorno de angustia con agorafobia. La paciente corroboró que podía hacer vida normal y, aunque era consciente de que debía vigilarse, consideraba haber superado el problema.

Seguimiento

Se mantuvo contacto telefónico mensualmente durante los tres primeros meses tras el alta. Se concertó una entrevista a los 12 meses del alta terapéutica, en la que se pudo confirmar el mantenimiento de los resultados del postest. De acuerdo con su médico, había reducido la medicación a la mitad de dosis. Elena había tenido varias situaciones de ansiedad elevada, pero había sido capaz de controlarlas sin experimentar un ataque de pánico y afrontando todo tipo de eventos sin evitarlos. Este dato fue ratificado por la evaluación mediante las pruebas de autoinforme.

TABLA 5. Puntuaciones en el Inventario de Agorafobia en distintos momentos de la intervención.

	<i>Escala global</i> (Punto de corte: 176)	<i>RR motoras</i> (Punto de corte: 96)	<i>RR psicofisiológicas</i> (Punto de corte: 61)	<i>RR cognitivas</i> (Punto de corte: 30)
<i>Inventario IA (pretest)</i>				
Solo	204	97	77	30
Acompañado	121	49	54	
<i>Inventario IA (postest – 5 meses después)</i>				
Solo	81	38	30	13
Acompañado	57	20	24	
<i>Inventario IA (seguimiento 12 meses después)</i>				
Solo	80	34	33	13
Acompañado	54	16	25	

Observaciones

En el presente caso hemos podido ver cómo, tras 12 sesiones de tratamiento, la paciente ha ido adquiriendo progresivamente las habilidades precisas para poder enfrentarse con éxito y con el menor nivel de malestar a las situaciones temidas. Se logró la adquisición de habilidades de autocontrol de la activación fisiológica y se instauraron conductas de afrontamiento activo a todo tipo de situaciones anteriormente fóbicas. Atendiendo a los resultados obtenidos, se constata la eficacia de un tratamiento que

combina la exposición en vivo (EV) y la terapia cognitivo-conductual (TCC), ambos procedimientos considerados como tratamientos bien establecidos para la ansiedad y evitación fóbicas en general, y para la agorafobia en particular (Bados, 2001).

Atendiendo a los criterios diagnósticos del DSM- IV-TR para el trastorno de pánico con agorafobia, el resultado del tratamiento fue exitoso dado que dichos criterios dejaron de cumplirse al término de la terapia. El tratamiento ha obtenido también resultados positivos tomando como criterio las puntuaciones en las diversas pruebas de autoinforme y la eliminación de las conductas de evitación-escape. Los resultados son consistentes con otros estudios de caso en los que se aplicaron técnicas de exposición (Ballester, 2004; Botella y Ballester, 1991).

En cuanto a las limitaciones que plantea el presente trabajo, no se ha podido controlar el efecto de variables extrañas que pueden haber tenido influencia en el tratamiento; respecto a la generalización de los resultados, debemos tener en cuenta que, al tratarse de un estudio de caso único, no podemos extrapolar los resultados al resto de la población. No obstante, atendiendo a la elección del tratamiento y sus resultados, recordemos que Bados (1995a, 1995b, 2001) describe cómo varios estudios sobre TCC en grupo aplicada a pacientes con trastornos de ansiedad mostraron que estas técnicas pueden ser utilizadas en centros de salud mental y hospitales generales, con resultados comparables a los obtenidos en estudios controlados, lo que supone la generalizabilidad a contextos clínicos reales.

Referencias

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4ª ed.)(Text Revision) (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: Autor.
- Bados, A. (1995a). *Agorafobia-I: Naturaleza, etiología y evaluación*. Barcelona: Paidós.
- Bados, A. (1995b). *Agorafobia-II: Tratamientos psicológicos y farmacológicos*. Barcelona: Paidós.
- Bados, A. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la agorafobia. *Psicothema*, 13, 453-464.
- Ballester, R. (2004). Tratamiento psicológico en un caso de trastorno por angustia. En J.P. Espada, J. Olivares y F.X. Méndez (Eds.), *Terapia psicológica. Casos prácticos* (pp. 67-92). Madrid: Pirámide.
- Beck, A. T., Brown, G., Epstein, N. y Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Botella, C. y Ballester, R. (1991). Tratamiento psicológico del trastorno de pánico: adaptación del programa cognitivo comportamental de Clark. *Análisis y Modificación de Conducta*, 56, 871-894.
- Buela-Casal, G. y Sierra, J. C. (2002). Normas para la redacción de casos clínicos. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud /International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 525-532.
- Echeburúa, E., De Corral, P., García, E., Páez, D. y Borda, M. (1992). Un nuevo inventario de Agorafobia (IA). *Análisis y Modificación de Conducta*, 18, 101-123.
- Montero, I. y León, O. G. (2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 115-127.

- Pastor, C. y Sevilá, J. (2003). *Tratamiento psicológico del pánico-agorafobia: un manual de autoayuda paso a paso*. Valencia: Publicaciones de Centro de Terapia de Conducta.
- Seguí, J., Salvador, I., García, L., Canet, J., Márquez, M. y Ortiz, M. (1999). Validación de la Escala de Síntomas de Ataque de Pánico. *Actas España Psiquiatría*, 27, 177-83.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1997). *Cuestionario de Ansiedad Estado - Rasgo*. Madrid: TEA Ediciones.
- Spitzer, R. y Williams, J. B. W. (1998). *Structural Clinical Interview for DSM-III-R Upjohn Version (SCID-UP-R) rev.* Nueva York: Psychiatric Institute.
- Telch, M. J., Schmidt, N. B., Jaimez, T. L., Jacquin, K. M. y Harrington, P. J. (1995). Impact of cognitive-behavioural treatment on quality of life on panic disorder patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 823-830.