

## **ESTUDIO DE UN CASO DE PÁNICO-AGORAFOBIA DETECTADO MEDIANTE LA ACCIÓN PREVENTIVA**

Ana María Rodríguez Fernández<sup>1</sup>, Arturo Canga Alonso  
y Rafael Prieto de la Fuente  
*Universidad de Oviedo (España)*

### **Introducción**

Han sido muchos los autores que, con base en observaciones clínicas, han señalado al trastorno de pánico-agorafobia como el síndrome fóbico más común e incapacitante dentro del ámbito clínico (Marks, 1992; Pastor y Sevillá, 1995; Roca y Roca, 1998).

Actualmente el término agorafobia engloba una variedad de temores como el salir a la calle, utilizar medios de transporte, estar en lugares concurridos o ir de compras.

También se presentan temores a puentes, espacios cerrados y a los espacios abiertos. En general, a todos aquellos lugares en los que es difícil obtener ayuda o escapar en caso de presentarse los síntomas del ataque de pánico. El estar solo es un importante estímulo desencadenante, llegando a producirse los síntomas incluso cuando la persona está sola en casa. La presencia de compañía o amuletos (incluidos los ansiolíticos) generalmente reducen el miedo. A pesar de ello, pueden llegar a producirse ataques de pánico incluso cuando la persona se encuentra acompañada en casa.

En el DSM-IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 1994) encontramos la definición de agorafobia como la aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso) o donde, en el caso de aparecer una crisis de pánico o síntomas similares, puede no disponerse de ayuda. Los temores agorafóbicos suelen relacionarse con situaciones como: permanecer solo fuera de casa, estar en aglomeraciones, hacer cola o viajar en autobús, tren o automóvil. Estas situaciones se evitan, se resisten a consta de un malestar o ansiedad significativos o se hace indispensable la compañía de un conocido para soportarlas.

---

<sup>1</sup> *Correspondencia:* Ana María Rodríguez Fernández, Universidad de Oviedo, Servicio Universitario de Asistencia Psicológica, C/ Catedrático Gimeno s/n. Edificio Blanco. 3ª planta, 33006 Oviedo (España)

Además, según los criterios DSM-IV (1994), esta ansiedad o comportamiento de evitación no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental.

El tratamiento que parece estar dando resultados más favorables es aquel basado en la exposición (Al-Kubaisy, Marks, Sungur, Logsdail, Marks y Headland, 1990 cit. en Echeburúa, 1992; Mavissakalian y Michelson, 1986), cuya piedra de toque parece ser precisamente los factores de mantenimiento de la agorafobia: escape y/o evitación. La exposición consiste en el afrontamiento repetido y prolongado a las situaciones que producen miedo o pánico hasta que se logra una habituación al estrés experimentado. Entre otras prescripciones, el paciente complementa esta tarea con un registro diario con el propósito de que él mismo lleve un control del progreso. Este emparejamiento entre las tareas de exposición y los estímulos temidos está basado en el modelo clásico de habituación de Sokolov (1963), según el cual la habituación a un determinado estímulo está en función de la activación repetida de sus representaciones neurales.

El temor a los estímulos internos es también susceptible de control por medio de la exposición a ellos (Barlow, 1997; Parkinson y Rachman, 1980; Pastor y Sevilá, 1995; Van der Hout, Van der Moten y Griez, 1987).

Por otra parte, los pensamientos del individuo expuesto no deben estar disociados de la situación, sino involucrados en la tarea frente el estímulo ansiógeno. Este requerimiento atencional es una condición necesaria para que la exposición funcione adecuadamente.

Por supuesto, al lado de esta técnica debemos contar con diversos factores colaterales como la dedicación del paciente, motivación, etc., o veremos incrementado el porcentaje de fracaso (fundamentalmente por abandono), ya que es una técnica que requiere un gran esfuerzo por parte del paciente.

En cuanto al tipo de exposición a utilizar, Marks (1987/1991), que no es demasiado partidario ni de la exposición en imagen ni de la exposición con coterapeuta, señala que cuando más se asemeje la tarea terapéutica al hecho real, mejores resultados deberíamos tener y que, por tanto, la exposición imaginada será digna de consideración cuando nos encontramos con estímulos y/o situaciones ansiógenas no accesibles a la exposición real. Dice también que con la exposición en imagen corremos el riesgo de que el individuo no disponga de una capacidad imaginativa lo suficientemente potente como para recrear diferentes situaciones.

El caso que se presenta en este artículo no pretende mostrar únicamente el tratamiento del mismo, sino también la detección del trastorno mediante la acción preventiva. El trastorno fue detectado y tratado en el contexto de los reconocimientos médicos llevados a cabo por el Servicio de Higiene y Seguridad en el trabajo de la Universidad de Oviedo donde, haciéndonos eco de la concepción holística de la salud por parte de la OMS (Organización Mundial de la Salud) y de la recomendación de algunos autores de incluir el reconocimiento psicológico dentro del reconocimiento médico (Zboralski, Sklodowski y Szczesny, 1995), se inició un programa de psicología preventiva (Rodríguez, Canga y González, 1998) cuyo principal objetivo era detectar y modificar los distintos factores de riesgo en el terreno de la salud mental. La intención era evitar la aparición de algún tipo de psicopatología o, al menos, procurar su detección en los primeros estadios de desarrollo con el fin de llevar a

cabo una intervención precoz sobre los mismos, ya que en la inmensa mayoría de los casos existe una correlación positiva y alta entre el grado de evolución de estos trastornos y el carácter más o menos favorable de su evolución.

La prevención en salud mental no es nada nuevo, siendo ya objeto de atención en los años sesenta (Caplan, 1964) y desarrollándose posteriormente lo que hoy conocemos como psicología preventiva (Felner, Jaso, Moritsugu y Farber, 1983). A pesar de lo anterior, las acciones preventivas en salud mental no se caracterizan por ser habituales. Con este artículo se pretende ilustrar la importancia que la acción preventiva puede alcanzar en el campo de la salud mental, a pesar de que el trastorno de pánico con agorafobia que presentamos contaba ya con un año de evolución en el momento de ser detectado y posteriormente diagnosticado y tratado. Nos encontramos, por tanto, ante un ejemplo de intervención preventiva de nivel terciario (Hernández y Sánchez, 1995).

## **Método**

### *Sujeto*

El usuario era una mujer de 30 años, casada y con un nivel de estudios de diplomatura universitaria. Era una persona que trabajaba fuera de casa como auxiliar administrativo. No contaba con antecedentes familiares ni personales de trastorno mental. Tampoco contaba con antecedentes personales de enfermedad física.

### *Historia y evolución del problema*

El problema comenzó un año antes de que la paciente acudiese al reconocimiento médico. Se inició con un ataque de pánico inesperado cuando acudía a su trabajo, que duró más de dos horas. Los síntomas que más llamaron la atención de la paciente fueron los temblores en las piernas y la sensación de embotamiento en la cabeza, aunque también recordaba muy bien que había sentido taquicardia, opresión en el pecho y sensación de nudo en el estómago.

En aquella primera ocasión fue atendida por un taxista, que la trasladó al servicio de urgencias del hospital. En el hospital le diagnosticaron una crisis de ansiedad, le dieron tranquilizantes y le aconsejaron que fuese a su médico de familia para que la derivase a los servicios de salud mental. La paciente no creyó que lo que le ocurría fuese a causa de la ansiedad, por lo que no tomó en cuenta las prescripciones de los médicos del hospital. Recuerda que desde entonces tenía mucho miedo a lo que le había pasado y especialmente a que se repitiera. Un mes más tarde se produjo un nuevo ataque cuando se encontraba de compras. A partir de ahí la paciente comentaba que había tenido la sintomatología presente prácticamente a diario y que casi todas las semanas sufría un ataque más fuerte, lo que le hacía creer cada vez con mayor convencimiento que tenía una enfermedad que estaba empeorando paulatinamente.

Las crisis de pánico comenzaron a limitarla de forma llamativa aproximadamente a los seis meses de surgir la primera de ellas. La paciente comenzó a ir acompañada por su madre o por su marido a todas partes, dejando incluso de acudir al trabajo cuando su madre no podía acompañarla. Dos meses más tarde los ataques comenzaron a aparecer en el lugar de trabajo, lo que le producía mucho miedo y vergüenza. Al cabo de unos días la paciente cogió una baja laboral de un mes de duración; durante este tiempo solamente salió a la calle acompañada y sólo para acudir al médico. Una vez transcurrido el periodo de baja, los síntomas mejoraron notablemente. La paciente se incorporó a su trabajo y los síntomas volvieron a aparecer con mayor intensidad que antes, lo que no le permitía concentrarse en absoluto. Pasados dos meses más y tras otro periodo de baja laboral, decidió acudir al reconocimiento médico de empresa. En este reconocimiento se incluía la exploración psicológica basada en una entrevista estructurada que abarcaba diversos aspectos relacionados con la salud mental. Cuando en esta primera entrevista general se detectaba la posible existencia de un trastorno psicológico, y si el usuario así lo deseaba, se le citaba con posterioridad para llevar a cabo la una evaluación en profundidad. Esto fue lo que sucedió en el caso que se presenta. Esta persona había acudido al reconocimiento médico porque se sentía «físicamente enferma» y quería saber lo que le ocurría. Durante la entrevista de reconocimiento señalaba que ella era muy nerviosa, por lo que tomaba habitualmente pequeñas cantidades de Diazepan. Decía que no creía que su problema fuera de tipo psicológico, sino que simplemente estaba nerviosa porque creía que estaba enferma, ya que desde hace un año se mareaba en la calle, le fallaban las piernas y desde entonces le dolía la cabeza a diario y se notaba aturdida; además notaba mucho el corazón (creía que le latía demasiado fuerte). Temía que al tener mal el corazón le pudiera dar un paro cardíaco, aunque pensaba muy a menudo que debía de tener algo en el cerebro, de ahí los mareos y los dolores de cabeza.

Toda la exploración del reconocimiento médico fue normal, así como las pruebas analíticas. Se solicitaron pruebas tiroideas con el fin de descartar el diagnóstico de ansiedad generalizada debido a un problema de hipertiroidismo que pudiese desencadenar los ataques de pánico; también en este aspecto la analítica fue normal.

Una vez obtenidos los resultados, se le comunicaron a la paciente y se le sugirió la posibilidad de evaluar si su problema se debía a causas psíquicas y no físicas. Ella aceptó la sugerencia, aunque creía que no había causa psíquica alguna en lo que le sucedía y que lo que pasaba era que los médicos no daban con su problema.

### *Procedimiento de evaluación*

El procedimiento de evaluación estuvo basado en dos entrevistas con la paciente, cuyo principal objetivo fue la operativización del problema, tratando de identificar los acontecimientos que lo disparaban y/o mantenían, la frecuencia, intensidad y duración de los síntomas que se producían en los tres niveles de respuesta (motora, cognitiva y psicofisiológica), así como las consecuencias derivadas de estos episodios.

Se aplicó el Inventario de Agorafobia de Echeburúa y Corral (1992), con el objetivo de perfilar mejor la frecuencia e intensidad de la respuesta motora, cognitiva y psicofisiológica. Se le aplicó también el Cuestionario de Temores de Wolpe (Wolpe y Lang, 1964), para poder evaluar la existencia de miedos relacionados con el trastorno de pánico con agorafobia, además de otro tipo de miedos. El Inventario de Depresión de Beck (Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961) se aplicó con el objetivo de evaluar la existencia de un posible trastorno depresivo asociado al problema principal.

Se evaluó la respuesta psicofisiológica de tasa cardiaca y tensión muscular (frontal). El registro se llevó a cabo en la propia consulta. La duración del registro fue de 25 minutos, divididos en dos fases. Los primeros 10 minutos correspondieron a la fase de habituación al aparato y los 15 minutos restantes se dedicaron al registro de la línea base de la tensión muscular y de la tasa cardiaca.

Antes de proceder a la colocación de los electrodos, se limpiaba con alcohol la zona de la piel donde estos iban a ubicarse y se dejaba secar. La paciente permaneció sentada durante todo el registro.

La respuesta de tensión muscular se registró en el músculo frontal, para lo que se colocaron dos electrodos activos a lo largo del músculo y un tercer electrodo de referencia equidistante de ambos. Se trataba de electrodos de Ag/ClAg de usar y tirar, autoadhesivos y con gel conductor ya incorporado. La tensión muscular fue medida en microvoltios.

Para la captación de la respuesta vascular se utilizó un electrodo fotoeléctrico colocado en la primera falange del dedo índice y fijado al dedo mediante una tira autoadhesiva. La respuesta vascular registrada fue la tasa cardiaca, medida en pulsaciones por minuto. Las pulsaciones por minuto también fueron registradas mediante el electrocardiograma llevado a cabo durante el reconocimiento médico.

Todos los cuestionarios y las medidas psicofisiológicas se repitieron al inicio y al final del tratamiento.

Para registrar la ocurrencia de ataques de pánico se utilizó el autorregistro de ataque de pánico de Pastor y Sevilá (1995). Dicho autorregistro, además de ser útil para registrar la frecuencia de los ataques, incluye también el número de sensaciones físicas y de temores que se presentan al sujeto durante el ataque de pánico. También se utilizó un autorregistro general de conducta donde la paciente registraba todas aquellas conductas que ella consideraba significativas, los antecedentes y las consecuencias de las mismas, así como el grado de malestar subjetivo que le producían esos episodios.

El total de consultas necesario hasta resolver el problema fue de 16. Posteriormente se realizaron un total de seis seguimientos, al mes, a los tres meses, a los seis meses, al año, dos años y tres años.

### *Análisis funcional de la conducta*

El análisis funcional evidenció que, a pesar de que la paciente opinaba que su problema era de origen físico, los ataques de pánico eran disparados unas veces por

factores ambientales (quedarse sola en casa, caminar sola por la calle, grandes almacenes, aglomeraciones, autobús) y otras por sus propios pensamientos («a ver como estoy» «me voy a quedar sola» «si quedo sola y me pasa algo, nadie se entera»). También los dolores de cabeza leves o el notar los latidos del corazón actuaban frecuentemente como desencadenantes del resto de síntomas psicofisiológicos (opresión en el pecho, escalofríos, visión borrosa, mareo, sequedad de boca, sudoración, temblor de piernas).

Ante las subidas de ansiedad la paciente llevaba a cabo conductas de evitación/escape que, por reforzamiento negativo, se iban haciendo cada vez más frecuentes. La paciente huía de cualquier situación que le producía ansiedad. Además de la huida, mantenía asimismo conductas de evitación que también se reforzaban negativamente, siendo cada vez más frecuentes y más generalizadas. Evitaba salir sola, viajar en autobús, salir con grupos de gente, ir de compras, incluso las evitaba estando acompañada. También evitaba siempre que podía estar sola en casa.

Lo único que le daba cierta seguridad (aunque seguían presentándose crisis de ansiedad) era verse acompañada, hablar sobre lo que le ocurría y saber que llevaba encima las pastillas por si tenía una crisis. Todo ello reforzaba el miedo y la «sensación de no control», haciendo que ambos se incrementasen en frecuencia e intensidad.

La conducta verbal (cogniciones): «si no llevo las pastillas y me da algo, me muero», «no podré ir sola», «si salgo me desmayaré», «he notado el corazón, puede que me de un ataque», desembocaba en conductas de evitación y escape cada vez más frecuentes que estaban manteniendo el problema.

### *Tratamiento*

Se llevaron a cabo 16 consultas de tratamiento, además de las dos consultas de evaluación y la entrevista estructurada del reconocimiento, en la que se detectó la posible existencia del trastorno. Todas las consultas tuvieron una duración aproximada de una hora.

Las cuatro primeras consultas se efectuaron con una periodicidad de dos a la semana. Las sesiones de la 5 a la 14 tuvieron una periodicidad semanal y las sesiones 15 y 16 quincenal. En la sesión 16 se consideró oportuna el alta. Posteriormente se llevaron a cabo seguimientos al mes, tres meses, seis meses, un año, dos años y el último de ellos a los tres años de finalizar el tratamiento.

Para lograr que la paciente entendiese que su problema era debido a la ansiedad, se utilizaron, por un lado, los criterios diagnósticos del DSM-IV. Estos criterios se le iban presentando para que ella misma viese la similitud con su propia sintomatología. Además, se le informó de modo muy sencillo sobre los mecanismos mediante los cuales un estado de ansiedad alteraba la respuesta del sistema nervioso periférico y producía sintomatología física tan llamativa como la que ella presentaba en el momento de la evaluación. Se utilizaron también los autorregistros de conducta de la paciente para mostrarle las cadenas de conducta que mantenían el problema.

En la tabla 1 se pueden observar los objetivos de tratamiento y las técnicas empleadas en las distintas sesiones.

Con el objetivo de facilitar la comprensión del trastorno de pánico-agorafobia se le proporcionó a la paciente información hablada sobre lo que era el trastorno, su sintomatología, cómo podía aparecer súbitamente sin que ella recordase una causa específica. Tomando como base los autorregistros, se hizo especial hincapié en la forma en que el trastorno podía mantenerse e incluso agravarse con el paso del tiempo. Además de la información hablada se le proporcionó a la paciente un manual de autoayuda (Pastor y Sevillá, 1995).

Durante la intervención, la paciente se mostraba muy reacia a dejar de llevar consigo el Diazepan «por si acaso le daba un ataque». Para descondicionar el uso del

**Tabla 1**  
Técnicas y objetivos

Sesiones	Objetivos	Técnicas
1	Comprensión del problema y del tratamiento por parte del usuario. Incrementar la motivación para el cambio. Anular la ingesta de Diazepan	Facilitación de información hablada y escrita. Autorregistros de conducta (A-B-C). Ingesta pautada y reducción paulatina del Diazepan.
2-5	Adquisición de técnicas de afrontamiento de la ansiedad/pánico que faciliten las exposiciones posteriores. Disminución de la respuesta psicofisiológica. Eliminar las cefaleas tensionales. Romper con los pensamientos automáticos de «no control» como productores de ansiedad.	Entrenamiento en relajación progresiva y respiración diafragmática. Búsqueda de pensamientos alternativos y explicación alternativa de la sintomatología. Hacer ver la necesidad de «control» como un problema.
6-15	Afrontamiento de las situaciones temidas sin que se den episodios de evitación/escape. Eliminar el miedo a los síntomas (el miedo al miedo).	Exposición en imagen. Autoinstrucciones. Exposiciones en vivo. Exposición interoceptiva.
16	Prevenir posibles recaídas	Información sobre la posibilidad de episodios de recaída. Cómo transformarlos en situaciones de aprendizaje de habilidades de afrontamiento. Importancia del no asustarse ante la sintomatología.

Diazepan (que ella tomaba en situaciones que le daban miedo o cuando se ponía nerviosa) y ante la negativa de dejarlo, se le explicó cómo el tomar el tranquilizante ante las situaciones que temía no hacía más que reforzar su problema, ya que ella estaba aprendiendo, sin pretenderlo, que no podía exponerse a la situación usando sus propias estrategias. Antes de dejarlo definitivamente se le dieron pautas para que tomase el Diazepan siempre a la misma hora, independientemente de la situación, con lo que se consiguió que la paciente restase importancia al efecto de la pastilla para poder exponerse a determinadas situaciones o controlar la sintomatología. La toma se fue espaciando progresivamente hasta dejar por completo la medicación.

El entrenamiento en Relajación Progresiva con respiración diafragmática se llevó a cabo con el objetivo de rebajar los niveles básicos de activación y conseguir la desaparición de las cefaleas tensionales. Se pretendía, además proporcionar a la paciente una estrategia de afrontamiento de la ansiedad mediante el uso de la respiración diafragmática.

Una vez que la paciente entendió que su problema se debía a la ansiedad, se planteó el inconveniente de que quería controlarlo a toda costa para que la sintomatología desapareciese lo antes posible. Ante esta nueva situación se intentó hacer ver a la paciente la propia necesidad de control como un problema en sí mismo. Con tal objetivo se le presentó el ejemplo de un deportista que pone todo su empeño en conseguir un triunfo cuanto antes y cómo ese propio empeño podía incrementar los niveles de activación muy por encima de lo deseable para obtener un rendimiento óptimo produciéndose, por el contrario, un fracaso derivado de la propia ansiedad de ejecución. Se aprovechó este ejemplo para que la paciente entendiese mejor cómo al intentar controlar rápidamente los síntomas se producía una activación excesiva que no hacía más que incrementar la frecuencia e intensidad de los ataques de pánico.

El uso de la exposición en imagen se hizo imprescindible ante la imposibilidad de que la paciente llevase a cabo las exposiciones en vivo sin haberse expuesto antes en imagen.

## Resultados

Las puntuaciones de la paciente en los cuestionarios de evaluación y en las medidas psicofisiológicas previas al tratamiento en comparación a estas mismas medidas una vez finalizado el tratamiento pueden observarse en la tabla 2.

La puntuación en el cuestionario de miedos de Wolpe disminuyó debido, fundamentalmente, a la desaparición de miedos relacionados con la salud y/o los síntomas de pánico. Quedaron inalterados otros miedos simples menos relacionados con el cuadro de pánico-agorafobia.

Con la mejoría del trastorno de pánico-agorafobia, vemos un notable descenso de la puntuación de la paciente en el Inventario de Depresión de Beck.

Puede observarse que las puntuaciones en el Inventario de Agorafobia son significativamente más elevadas cuando la paciente se encontraba sola. Esa diferencia se mantuvo incluso al final del tratamiento, aunque de forma menos llamativa.

**Tabla 2**  
Medidas pre y postratamiento

	<b>Inicio</b>	<b>Final</b>
WOLPE	94	70
BECK	13	1
<b>INVENTARIO DE AGORAFOBIA</b>		
<b>Respuesta motora</b>		
<i>Lugares</i>		
Solo	39	3
Acompañado	17	1
<i>Transportes</i>		
Solo	9	3
Acompañado	4	2
<i>Situaciones</i>		
Solo	37	9
Acompañado	27	6
<b>Respuesta psicofisiológica</b>		
Frecuencia	36	3
Grado de temor	64	1
Respuesta cognitiva	29	1
TASA CARDIACA	51p/m (pulsaciones minuto)	51p/m (pulsaciones minuto)
TENSIÓN MUSCULAR (FRONTAL)	20,5 mw (micro woltios)	2,8 mw (micro woltios)

Por lo demás, las puntuaciones de la paciente en las diferentes áreas contempladas en el inventario descendieron de manera esperable.

Por lo que se refiere a las tasas de las respuestas psicofisiológicas, merece especial mención el descenso de la tensión muscular frontal a partir de la quinta sesión de entrenamiento en relajación muscular, lográndose la desaparición de las cefaleas tensionales. Lo anterior sirvió a la paciente, según ella misma relataba, como un importante motivador a la hora de implicarse en el tratamiento.

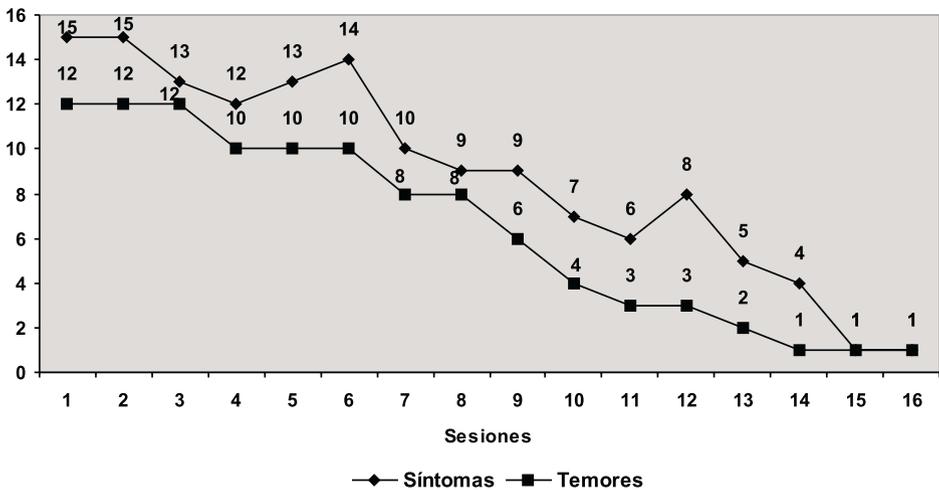
Llama la atención una baja tasa cardiaca (51 p/m) mantenida tanto al inicio como al final del tratamiento. A pesar de que se podría sospechar de un error en la medida, éste fue descartado mediante la repetición de las mediciones y por el hecho de que dicha tasa cardiaca coincidió con la registrada mediante el electrocardiograma realizado a la paciente en el reconocimiento médico.

En cuanto a la ocurrencia de ataques de pánico, recogida a través de los auto-registros de la paciente, se observa (gráfica 1) como ha medida que avanzó el tratamiento disminuyeron paulatinamente tanto el número de síntomas que se presentaban en los ataques como el número de temores que dichos ataques producían.

No deja de ser llamativo el hecho de que el incremento del número de síntomas que se produjo en las sesiones 6 y 12 no fuese acompañado de un incremento del número de temores.

**Figura 1**

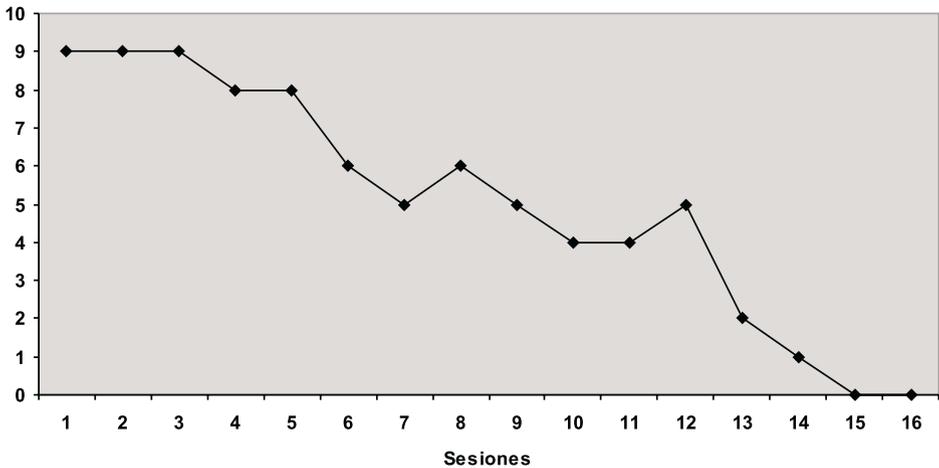
Número de síntomas y temores presentes en los ataques de pánico



La frecuencia de los ataques de pánico queda reflejada en la gráfica 2. Con anterioridad al inicio del tratamiento, la frecuencia de dichos ataques era muy similar a la que se observó en las primeras sesiones de tratamiento (entre nueve y once episodios de pánico). Mirando la gráfica puede observarse una disminución casi progresiva de los ataques de pánico a lo largo de las sesiones, con la excepción de la sesión 12, en la que se registra un ligero incremento al que la paciente dijo no encontrar explicación y que no le produjo una preocupación excesiva. A partir de ese momento, se produjo un descenso notable en la frecuencia de los ataques de pánico.

A partir de la novena sesión de tratamiento, los episodios de evitación/escape fueron prácticamente inexistentes, aunque seguían presentándose ataques de pánico que la paciente vencía en la propia situación, siendo éstos progresivamente menos frecuentes. A partir de la sesión 13, los ataques de pánico fueron ya muy esporádicos quedando, al final del tratamiento, simplemente un miedo considerable

**Figura 2**  
Frecuencia de ataques de pánico



a que resurgiese el problema. Este miedo se fue desvaneciendo, tal y como se ha comprobado en los seguimientos, con el paso del tiempo y a medida que la paciente iba adquiriendo confianza en sus capacidades. En cada seguimiento se pedía a la paciente que valorase, en una escala subjetiva de ansiedad (de 0 a 10), el grado de temor que le producía habitualmente la posibilidad de volver a padecer ataques de pánico.

## Conclusiones

En primer lugar cabe destacar la importancia que la acción preventiva ha tenido en la detección y posterior tratamiento del trastorno que se presenta. Es frecuente en los trastornos psicológicos que la persona emplee un tiempo muy valioso de una consulta médica a la otra. El sujeto tiene una sintomatología física y acude al médico correspondiente: al urólogo o ginecólogo si se trata de un problema sexual, al neurólogo ante un dolor de cabeza o un insomnio persistentes, o al médico general y diversos especialistas cuando la sintomatología es variada, como ocurre en el caso de la agorafobia. Debido tanto a lo anterior como a la marcada sintomatología física presente en el pánico-agorafobia, el tiempo que transcurre desde que se manifiesta el trastorno hasta que se recurre al tratamiento psicológico es aún mayor (si es que se llega) que en otros trastornos, por lo que el problema se agrava progresivamente siendo bastante infrecuente el tratamiento de un trastorno de pánico en el que todavía no se hayan dado episodios de evitación-escape (con agorafobia). La acción preventiva posibilita el que estos periodos de latencia sean más breves y que se dé el tratamiento adecuado en una fase de evolución del trastorno en la que el pronóstico sea más favorable.

Algunos autores (Roca y Roca, 1998) han señalado la elevada frecuencia con que el trastorno de pánico con o sin agorafobia adquiere un carácter crónico y discapacitante por no ser diagnosticado y tratado correctamente. Sin embargo se logran tasas de recuperación superiores al 80% con un adecuado diagnóstico y tratamiento.

Suele ser habitual en los trastornos de ansiedad y especialmente en el pánico-agorafobia, el bajo estado de ánimo y la presencia de síntomas hipocondríacos y miedos relacionados con la salud mezclados con el trastorno principal (Avia, 1993), por lo que es muy frecuente encontrarse, incluso en aquellos casos en que la persona ya ha acudido al especialista adecuado (psicólogo y/o psiquiatra) un diagnóstico y/o un tratamiento erróneo, que también contribuyen a la cronificación del problema.

A la luz de nuestros resultados, que pretendemos ilustrar con el caso que se presenta, la acción preventiva desarrollada se ha mostrado de gran utilidad. Por su parte, el tratamiento cognitivo-conductual se presenta, de nuevo, altamente eficaz en el tratamiento de la agorafobia. Parece ciertamente que el elemento activo fundamental de estas técnicas es la exposición a las situaciones temidas pero, en contra de lo que señala Marks (1987/1991), el entrenamiento en relajación (progresiva con respiración diafragmática) sí hace que la exposición sea más eficaz. Lo anterior se explica por tres razones que se ilustran perfectamente en el caso que se presenta. En primer lugar porque el entrenamiento en relajación muscular progresiva (Bernstein y Borkovec, 1983) disminuye físicamente el nivel de activación psicofisiológica, lo que, además de ser muy reforzante para un paciente que ha sufrido ataques de pánico, contribuye a la normalización de la respuesta psicofisiológica. En el caso que se describe esto se evidencia con la desaparición de las cefaleas tensionales. En segundo lugar y estrechamente relacionado con lo anterior, se trata de una respuesta incompatible con la ansiedad (Bernstein y Borkovec, 1983), por lo que si la persona logra utilizarla en las situaciones temidas se producirá un contracondicionamiento en el sentido inicialmente señalado por Wolpe (Wolpe y Lazarus, 1969/1977). En tercer lugar, se trata del aprendizaje de una estrategia de afrontamiento que contribuye a disminuir la sensación de incontrolabilidad e impredecibilidad sobre las situaciones temidas. Si bien el entrenamiento en relajación progresiva con respiración diafragmática probablemente no solucionaría por sí mismo el trastorno, unido a las técnicas de exposición puede mejorar notablemente sus resultados. La utilidad de la respiración diafragmática ha sido defendida por varios autores (Garssen, De Ruiter y Van Dyck, 1992; Ley, 1988, 1993; Lum, 1976). Por su parte, la relajación se ha mostrado eficaz en aquellos pacientes con pánico que tienen un exceso de tensión muscular (Roca y Roca, 1998), como ocurría en el caso de nuestra paciente. Tanto la relajación como la respiración diafragmática se siguen utilizando actualmente como coadyuvantes de la exposición y de la reestructuración cognitiva.

El nivel cognitivo de respuesta es digno de tener en cuenta en el tratamiento, ya que si consideramos lo que una persona piensa como conducta verbal, y teniendo en cuenta que la conducta verbal de los demás influye desde niños en nuestro comportamiento (Pérez, 1991), cabe suponer una influencia similar de nuestra propia conducta verbal. Este nivel de respuesta también se condiciona a determinadas situaciones (como puede observarse en el sujeto objeto de tratamiento que aquí pre-

sentamos) y también será necesario su contracondicionamiento en la exposición. Este es el objetivo con el que previamente a las exposiciones se han trabajado los pensamientos alternativos. Con toda probabilidad, este no es un elemento imprescindible en la exposición y en una situación experimental podríamos observar que con las exposiciones repetidas disminuirían también los pensamientos disruptivos sin trabajarlos específicamente, pero probablemente llevaría más tiempo que si el sujeto sabe que este es un componente que debe modificar. Este tiempo es muy importante en la clínica. Como en el caso del entrenamiento en relajación, las autoinstrucciones parecen mejorar los resultados de la exposición. La mejor prueba de ello quizás sea el hecho de que la mayoría de los tratamientos psicológicos que actualmente están dando mejores resultados en la práctica clínica combinan estos tres elementos (Pastor y Sevillá, 1995; Roca y Roca, 1998).

Lo que parece fuera de toda duda es la necesidad de la exposición como elemento imprescindible para el tratamiento de estos trastornos; no solo en el caso de los episodios de evitación-escape, sino también en el pánico (Marks, 1987/1991).

En este sentido, Marks (1987/1991) ha señalado que el uso de la exposición en imagen debe reservarse únicamente a aquellos casos en que los estímulos temidos son inaccesibles a la exposición en vivo. Este argumento podría ser matizado, ya que en algunos casos, como en el que se presenta, aún siendo accesibles los estímulos y situaciones temidos, la exposición en imagen se convirtió en la técnica de elección, dado que las exposiciones en vivo no hacían más que incrementar el miedo a las mismas ante la imposibilidad de la paciente de afrontarlas adecuadamente sin antes haberlas superado en imagen. Es importante destacar que la exposición en imagen se utiliza aquí como una técnica de aproximaciones sucesivas, siendo el objetivo final la exposición en vivo.

Se ha señalado como uno de los inconvenientes de las aproximaciones sucesivas la posible desmotivación del sujeto a causa del mayor tiempo empleado en el tratamiento. Sin embargo, la práctica clínica parece indicar que si se van produciendo avances graduales, generalmente el paciente no se desmotiva, mientras que sí podría hacerlo ante una exposición demasiado brusca que le suponga un gran esfuerzo y que no siempre se ve recompensado con una mejoría. Esto podría disminuir notablemente la adhesión al tratamiento, factor de extrema importancia en los resultados terapéuticos.

En el caso que se presenta, donde el miedo a diferentes situaciones era muy intenso, las exposiciones en imagen no sólo no desmotivaban a la paciente, sino que la motivaban enormemente para realizarlas posteriormente en vivo.

## Referencias

- American Psychiatric Association (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV) (4ª ed). Barcelona: Masson. (Orig.: 1994).
- Avia, M.D. (1993). *Hipocondría*. Barcelona: Martínez Roca.
- Barlow, D.H. (1997). Cognitive-behavioral therapy for panic disorder: Current status. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58, 32-36.

- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Bernstein, D.A. y Borkovec, T.D. (1983). *Entrenamiento en relajación progresiva*. Bilbao: DDB.
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. Nueva York: Basic Books.
- Echeburúa, E. (1992). *Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad*. Madrid: Pirámide.
- Echeburúa, E., Corral, P., García, E., Páez, D. y Borda, M. (1992). Un nuevo inventario de agorafobia (IA). *Análisis y Modificación de Conducta*, 18, 101-123.
- Felner, R.D., Jason, L.A., Moritsugu, J.N. y Farber, S.S. (1983). Preventive psychology: Evolution and current status. En R.D. Felner, L.A. Jason, J.N. Moritsugu y S.S. Faber (dirs.), *Preventive psychology. Theory, research and practice*. Nueva York: Pergamon.
- Garssen, B., De Ruiter, C. y Van Dyck, R. (1992). Breathing retraining: A rational placebo? *Clinical Psychology Review*, 12, 141-153.
- Hernández, L. y Sánchez, J.J. (1995). La Psicología preventiva: su validez y eficacia en el contexto de la psicología conductual. *Psicología Conductual*, 3, 173-182.
- Ley, R. (1988). Hyperventilation and lactate infusion in the production of panic attacks. *Clinical Psychological Review*, 8, 1-18.
- Ley, R. (1993). Breathing retraining in the treatment of hyperventilatory complaints and panic disorder: A reply to Garssen, De Ruiter and Van Dyck. *Clinical Psychology Review*, 13, 393-408.
- Lum, L. C. (1976). The syndrome of habitual chronic hyperventilation. En O. W. Hill (dir.), *Modern trends in psychosomatic medicine*. Londres: Butterworths.
- Marks (1991) *Miedos, fobias y rituales (2): Clínica y tratamientos*. Barcelona: Martínez Roca. (Orig. 1987).
- Marks, I. (1992). Tratamiento de exposición en la agorafobia y el pánico. En E. Echeburúa (comp.), *Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad*. Madrid: Pirámide.
- Mavissakalian, M. y Michelson, L. (1986). Agoraphobia: Therapist-assisted in vivo exposure and imipramine. *Journal of Clinical Psychiatry*, 47, 117-122.
- Parkinson, L. y Rachman, S. (1980). Are intrusive thoughts subject to habituation? *Behaviour Research and Therapy*, 18, 409-418.
- Pastor, C. y Sevilla, J. (1995). *Tratamiento psicológico del pánico-agorafobia*. Valencia: publicaciones del centro de terapia de conducta.
- Pérez, M. (1991). El sujeto en la modificación de conducta: un análisis conductista. En V. E. Caballo (comp.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: SXXI.
- Roca, E. y Roca, B. (1998). *Cómo tratar con éxito el pánico. (con o sin agorafobia)*. Valencia: ACDE cooperación y desarrollo.
- Rodríguez, A.M., Canga, A. y González, J. (1998, septiembre) *Estudio de la patología mental detectada en personal de la Universidad de Oviedo*. Comunicación presentada en el III Forum Europeo de Ciencia, Seguridad y Salud, Oviedo, España.
- Sokolov, Y.N. (1963). *Perception and the conditioned reflex*. Oxford: Pergamon.
- Van der Hout, M.A., Van der Moten, G. y Griez, E. (1987). Reduction of CO<sub>2</sub>-induced anxiety in patients with panic attacks after repeated CO<sub>2</sub> exposure. *American Journal of Psychiatry*, 144, 788-791.
- Wolpe, J. y Lang, P.J. (1964). A fear survey for use in behaviour therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 2, 27-30.
- Wolpe, J. y Lazarus, A.A. (1977). *La práctica de la terapia de conducta*. México: Trillas. (Orig. 1969).
- Zboralski, K., Sklodowski, H. y Szczesny, D. (1995). Index of psychic health: a supplement to a routine medical examination. *Revista de Psicología de la Salud*, 7, 111-115.