
INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL EN UN CASO DE FOBIA SOCIAL Y TRASTORNO DE ANGUSTIA CON AGORAFOBIA¹

MIGUEL ÁNGEL PÉREZ NIETO
*Departamento de Psicología
y Educación
Universidad Camilo José Cela*

MARTA M. REDONDO
*Departamento de Psicología
Básica (Procesos Cognitivos)
Universidad Complutense de Madrid*

e-mail: mperez@ucjc.edu

RESUMEN

Se presenta la intervención en un caso clínico (varón, 28 años) diagnosticado de fobia social y trastorno de angustia con agorafobia según el DSM-IV-TR (APA, 2000). Se muestra la evaluación, el modelo explicativo y el tratamiento cognitivo-conductual seguido, adaptando distintas técnicas a las características del paciente (diferentes tipos de relajación, reestructuración cognitiva y exposición graduada). El tratamiento se presenta como eficaz según la evaluación pre y post-tratamiento y el seguimiento, seis meses, evaluado por el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad –ISRA– (Miguel Tobal y Cano Vindel, 1994). Se discute la importancia del control de los sesgos cognitivos en la eficacia del tratamiento.

ABSTRACT

This paper presents a psychological intervention in a clinic case (male, 28 years) with Social Phobia and Panic Disorder with Agoraphobia according to DSM-IV-TR criteria (APA, 2000). Assessment, explicative model and the cognitive-behavioural treatment followed are also shown. This treatment was adapted to patient's reality, using different techniques of relaxation, cognitive restructuring and graduate exposure. It has proved to be effective according to the pre and post treatment assessment and the 6 months follow-up, using the «Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad –ISRA–» (Miguel Tobal and Cano Vindel, 1994). The relevance of cognitive bias control for the effectiveness of treatment is discussed.

¹ El paciente conoce y autoriza la publicación del presente artículo. Las iniciales del paciente, así como otros datos irrelevantes para el objetivo de este artículo han sido modificados.

PALABRAS CLAVE

fobia social, trastorno de angustia con agorafobia, tratamiento cognitivo-conductual.

KEY WORDS

social phobia, panic disorder with agoraphobia, cognitive-behavioural treatment.

INTRODUCCIÓN

El trastorno de angustia se caracteriza por la presencia de crisis de angustia inesperadas y recidivantes que aparecen seguidas de ansiedad anticipatoria por la posibilidad de sufrir nuevas crisis de angustia y por sus posibles implicaciones o consecuencias, provocando cambios conductuales significativos. Esta preocupación por la posible aparición de nuevas crisis o por sus consecuencias suele asociarse al desarrollo de comportamientos de evitación típicamente agorafóbicos, ante situaciones como los trasportes públicos, grandes almacenes, aglomeraciones de gente, etc. (Eysenck, 1997). En estas situaciones el individuo percibe que será difícil o embarazoso escapar, y que puede no disponer de ayuda en el caso de tener un ataque de pánico o síntomas similares a los del pánico (APA, 1994). Este miedo hace que las personas eviten las situaciones temidas, las soporten con gran ansiedad o necesiten ser acompañadas (Bados, 1997). Nos encontramos entonces ante el llamado trastorno de angustia con agorafobia. La prevalencia del trastorno de pánico, con o sin agorafobia, está entre el 1.5 y el 3.5%. Entre un tercio y la mitad de los individuos diagnosticados de trastorno de pánico presentan también agorafobia (APA, 1994).

Son muchos los autores que consideran que los pacientes con trastornos de ansiedad presentan sesgos cognitivos que van a variar en función de los diferentes trastornos (Beck, 1976; Beck y Emery, 1985; Parkinson, 1995). En este sentido, la teoría de los cuatro factores de ansiedad (Eysenk, 1997; Eysenck y Derakshan, 1997) otorga una importancia central a la presencia de un sesgo interpretativo en la experiencia de ansiedad, y considera que, en el caso de los pacientes con trastorno de pánico, este sesgo interpretativo aparece principalmente sobre su propia

actividad fisiológica y sus sensaciones corporales, que van a ser interpretadas como algo catastrófico (Breitholtz, Johansson y Ost, 1999; Clarck, 1986). Esas malas interpretaciones producen incrementos de ansiedad en estos pacientes y desencadenan finalmente los ataques. De este modo, los ataques de pánico pueden ser prevenidos reduciendo la tendencia a las interpretaciones catastrofistas, y las mejoras sustanciales después del tratamiento dependerán del cambio cognitivo conseguido en éste (Clarck, 1986; Hout, Arntz y Hoekstra, 1994). Prueba de todo ello es la evidencia de que después de un tratamiento exitoso, los pacientes bajan significativamente las cogniciones que tenían al principio del tratamiento (Margraf y Schneider, 1991). Algunos estudios han revelado que entre un 90 y un 75% de los pacientes que han recibido terapia cognitiva han quedado libres de ataques de pánico (Rachman, 1993) y estos beneficios terapéuticos no sólo se mantienen en los seguimientos a un año, sino que incluso aumentan de un 85% a un 88% (Chambless, 1993). En lo que se refiere al componente agorafóbico del trastorno, temor y/o evitación de algunas situaciones, el tratamiento frecuentemente pasa en la práctica clínica por la exposición, acompañada por algún tipo de técnica cognitiva. Para muchos autores la exposición en vivo es un componente básico en el tratamiento de este trastorno, aunque no es suficiente por lo que debe ser combinado con otras técnicas (Bados, 1997). En este sentido, algunos trabajos han encontrado que la exposición combinada con técnicas cognitivas es significativamente efectiva (Chambless, 1993).

Actualmente, las intervenciones cognitivo-conductuales y los tratamientos farmacológicos son las opciones de tratamiento más validadas para el manejo de los trastornos de pánico con o sin agorafobia (Otto, Pollack, Penava y Zucker, 1999). Algunos estudios comparativos entre estas dos formas de tratamiento (Clark, Salkovskis, Hackmann, Middleton, Pavlos y Gelder, 1994; Sharp, Power, Simpson, Swanson, Moodie, Anstee y Ashford, 1996; Barlow, Gorman, Shear y Woods, 1997) así como trabajos de meta-análisis (Clum, Clum y Surls, 1993; Gould, Otto y Pollack, 1995) sugieren cierta ventaja de los tratamientos cognitivos-conductuales sobre las intervenciones exclusivamente farmacológicas. Los tratamientos psico-

lógicos que se han llevado a cabo en este tipo de trastornos suelen incluir los siguientes componentes: conceptualización del problema, reestructuración cognitiva mediante diálogo socrático y experimentos conductuales, exposición interoceptiva, exposición en vivo a las situaciones evitadas (cuando las hay), respiración controlada y relajación aplicada (Bados, 1997). En lo que se refiere a las técnicas fisiológicas (relajación y respiración), los resultados son poco consistentes. Algunos autores consideran que no está clara la efectividad de la relajación en el tratamiento del pánico, mientras que otros trabajos encuentran resultados que apoyan la efectividad de esta técnica, llegando a ser tan útil como la terapia cognitiva de Beck (Öst, 1988; Öst y Westling, 1995). Por su parte, la respiración controlada propuesta por Clark y Salkovskis (1987) para abordar la hiperventilación y la interpretación de los síntomas, ha llegado a resultados también contradictorios en lo que se refiere a su capacidad para potenciar los efectos de la exposición en vivo (de Beurs, van Balkom, Lange, Koele y van Dyck, 1995). Parece que esta técnica es útil cuando se aplica unida a la reestructuración cognitiva y en los sujetos que presentan hiperventilación (Bados, 1997).

Unido a las crisis de ansiedad, en el caso clínico que aquí se presenta, destacan también síntomas relacionados con la fobia social. Este hecho no es del todo extraño ya que los trastornos de ansiedad muestran una alta comorbilidad entre sí, y, en concreto, entre el diagnóstico de fobia social y de trastorno de angustia con agorafobia, ese grado de comorbilidad oscila entre 15 y 30% (APA, 1994). La fobia social es un trastorno que se caracteriza por el miedo persistente y acusado a situaciones sociales o actuaciones en público por temor a que resulten embarazosas. La exposición a estas situaciones tiende a producir invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad. Se trata de un trastorno cuya prevalencia global oscila entre un 3 y un 13%, dependiendo de la rigurosidad de los criterios que se utilicen (APA, 1994).

Existe un amplio consenso sobre la presencia de una mediación cognitiva en la fobia social, superior incluso al resto de los trastornos de ansiedad (Beck y Emery, 1985; Butler, 1989; Heimberg y Barlow, 1988).

Los pacientes con fobia social presentan un sesgo en la interpretación de sus propias acciones y conductas (Eysenck, 1997), y sus pensamientos parecen distinguirse, en comparación con los de otros trastornos de ansiedad y los sujetos normales, por un énfasis en la autoevaluación negativa (Chambless y Hope, 1996; Stopa y Clark, 1993). Por tanto, el sesgo principal de este trastorno se halla en la interpretación negativa sobre la ejecución de la propia conducta, a lo que se une, desde nuestro punto de vista, una interpretación del pensamiento de los demás en el sentido de obtener una confirmación de esa mala ejecución. Aunque existe un sesgo atencional de búsqueda de amenazas, típico de todos los trastornos de ansiedad, la terapia cognitiva en los pacientes con fobia social debe centrarse en el sesgo interpretativo, puesto que es el que mantiene el sesgo atencional (Eysenck, 1997). El estudio de Hope, Heimberg y Bruch (1995) encontró que la terapia cognitiva era más efectiva eliminando ese sesgo que la exposición. En este mismo sentido van los resultados encontrados en los estudios que sí utilizan medidas del cambio cognitivo en la valoración de la terapia (Chambless y Gillis, 1993). Otros trabajos han encontrado que la Terapia Racional Emotiva con instrucciones para casa de exposición es más efectiva que sólo la exposición, y lo mismo ocurre con la terapia cognitiva de Beck (Scholing y Emmelkamp, 1993a, 1993b). En los metaanálisis de Chambless de 1993 y de 1996, se encuentra que la terapia cognitiva resulta efectiva (por lo menos más que un grupo control) en las medidas tomadas de fobia social, miedo a la evaluación negativa y distorsiones cognitivas.

Sin embargo, más allá del cambio cognitivo, en lo que se refiere al tratamiento general de la fobia social, en un estudio de meta-análisis muy reciente (Méndez Carrillo, Sánchez Meca y Moreno Gil, 2001) los autores concluyen que la exposición, la reestructuración cognitiva y el entrenamiento en habilidades sociales son técnicas claramente eficaces para el tratamiento de la fobia social, aunque no encontraron diferencias en la efectividad diferencial de estas técnicas. Las técnicas de exposición son para muchos autores el tratamiento de elección o, al menos, un componente fundamental de cualquier paquete terapéutico eficaz para el tratamiento de

esta patología (Echeburúa, 1993; Heimberg y Juster, 1995; Marks, 1991). En un trabajo reciente se revisó la eficacia de 6 tratamientos psicológicos para la fobia social, a partir de un estudio de meta-análisis de 29 trabajos. Los resultados manifestaron que la exposición fue la técnica que produjo mayores cambios pre-post en la mayor parte de los síntomas. Los cambios producidos por las terapias cognitivo-conductuales fueron algo menores, aunque la diferencia con respecto a la exposición no fue estadísticamente significativa (Ruhmland y Margraf, 2001).

BREVE HISTORIA DEL PACIENTE

Se presenta el caso de un paciente (H.M.) varón, de 27 años de edad, soltero, que compagina el trabajo en un empresa del sector servicios con estudios de dibujo. Vive con su familia en un pueblo a 100 km. de Madrid y acude a consulta en octubre del año 2000. El motivo de consulta es «el miedo y la ansiedad» que viene sufriendo desde hace cuatro meses, más exactamente, desde que en un transporte público tuvo fuertes sensaciones de tensión, mareo, malestar general y ahogo, hasta el punto de estar al borde de perder el control y de desmayarse, sensaciones que H.M. no pudo asociar a nada en concreto. Desde ese episodio, esas sensaciones se repitieron frecuentemente y, en ocasiones, con la misma intensidad cada vez que tenía que coger un autobús o el metro, es decir, casi a diario, empezando a generar una ansiedad anticipatoria altamente molesta que le mantenía con una elevada activación e inquietud a lo largo del día, aún incluso en su casa, lugar en el que más seguro se encontraba. Esto limitó en buena medida su actividad social, sin embargo, H.M., ya antes de su primera crisis de ansiedad, sentía inseguridad, malestar y cierto miedo cuando tenía que enfrentarse a situaciones como, por ejemplo, entrar en el bar de su pueblo él solo, o entablar conversaciones con algunos de los clientes que estuviesen en el bar, o intervenir en su clase, o dirigirse en algún momento a la chica que le gustase. Ante la ansiedad que le provocaban estas situaciones H.M. las evitaba en la mayoría de las ocasiones. En definitiva, H.M. salía casi por obligación de su casa, evitando tanto situaciones

de carácter social como situaciones en las que anticipaba posibles ataques de pánico, frecuentes en cualquier caso, y manteniendo unos niveles de ansiedad extremadamente elevados.

EVALUACIÓN

Cuestionario biográfico. Destinado a recoger aspectos relacionados con la biografía del paciente así como con el problema que motivó la consulta. Los datos más relevantes obtenidos con este instrumento al contexto del paciente y a la historia del problema.

Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad –ISRA– (Miguel Tobal y Cano Vindel, 1994). Este cuestionario está formado por tres subescalas (cognitiva, fisiológica y motora), que nos informa sobre el perfil de la respuesta de ansiedad, y una escala total, suma de las anteriores, que nos proporciona una puntuación del rasgo total de ansiedad del paciente. Permite además la diferenciación de cuatro áreas situacionales: FI o ansiedad de evaluación; FII o ansiedad interpersonal; FIII o ansiedad fóbica y FIV o ansiedad ante situaciones de la vida cotidiana. Los resultados de esta prueba, ya en puntuaciones centiles sobre varemos de población normal (ver Tabla 1 y Tabla 2), mostraron que el paciente presentaba elevados niveles de ansiedad, con una puntuación total que entraría en el rango de ansiedad extrema. Por otro lado, esta emoción era expresada fundamentalmente a través de respuestas cognitivas y fisiológicas, con puntuaciones en estos dos sistemas que también entrarían dentro de lo que llamamos ansiedad extrema. La respuesta motora era bastante más moderada que las anteriores. En lo que se refiere a las áreas situacionales, las puntuaciones obtenidas por el paciente eran igualmente elevadas en todas ellas, encontrándose entre el rango de ansiedad extrema y ansiedad severa, y presentando un ligero pico en FII, correspondiente a la ansiedad interpersonal.

Entrevista Semiestructurada. La entrevista se utilizó para la evaluación más precisa, tanto de variables contextuales como de situaciones en las que aparecía ansiedad. Así, se repasaban algunas de las cuestiones planteadas en la *Escala de evitación social –SAD–* (Watson y Friend, 1969)

y se buscaban las situaciones cotidianas en las que H.M. tenía episodios de ansiedad, evaluando con precisión: 1) las ideas o pensamientos que en esas situaciones tenía, como por ejemplo, «no voy a poder controlarme» o «todos se estarán dando cuenta de lo torpe que soy», 2) las conductas y decisiones que llevaba a cabo, como por ejemplo, escapar del metro, o no hablar en clase; y 3) identificar y delimitar las sensaciones físicas que en esa situación percibía. La entrevista permitió delimitar las situaciones en las que con mayor frecuencia se daban los ataques de pánico, como por ejemplo el trayecto de metro que le llevaba desde la parada del autobús a clase, así como las situaciones sociales en las que mayor ansiedad sentía, como por ejemplo, intervenir en clase o hablar a una chica determinada.

Autorregistros. Los autorregistros fueron especialmente útiles para evaluar el tipo de pensamientos distorsionados del paciente, recogiendo las situaciones que más ansiedad provocaban semanalmente siguiendo el esquema básico situación-pensamiento-emoción.

DIAGNÓSTICO

La evaluación llevada a cabo nos permitió llegar a dos diagnósticos diferentes, ambos dentro de los llamados Trastornos de Ansiedad, según criterios DSM-IV-TR (APA, 2000): F40.1 Fobia social [300.23] y F40.01 Trastorno de angustia con agorafobia [300.21]. Estos dos trastornos fueron diagnosticados dentro del Eje I correspondiente a los Trastornos Clínicos. En el resto de los Ejes el paciente no cumplía los criterios para el diagnóstico de otros trastornos. Los criterios diagnósticos son los que a continuación aparecen.

Trastorno de angustia con agorafobia

Se cumplen (1) y (2):

- Crisis de angustia inesperadas y recidivantes.
- Al menos una de las crisis se ha seguido durante un mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas:

- Inquietud persistente por la posibilidad de tener más crisis.
- Preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias.
- Cambio significativo del comportamiento relacionado con la crisis.
- Presencia de agorafobia.
- Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos de una sustancia o enfermedad médica.
- Las crisis de angustia no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, como por ejemplo fobia social, fobia específica, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés postraumático o trastorno por ansiedad de separación.

Fobia social

Temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. El individuo teme actuar de un modo (o mostrar síntomas de ansiedad) que sea humillante o embarazoso.

La exposición a situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional más o menos relacionada con una situación.

El individuo reconoce que ese temor es excesivo o irracional.

Las situaciones o actuaciones en público temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos.

Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar que aparece en la(s) situación(es) social(es) o actuación(es) en público temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal del individuo, con sus relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien producen un malestar clínicamente significativo.

El miedo o el comportamiento de evitación no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej. drogas o fármacos) o de una enfermedad médica y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Por lo que respecta al diagnóstico diferencial, cuando las crisis de angustia no son recidivantes e inesperadas, sino que son de carácter situacional, el diagnóstico ha de centrarse en las situaciones temidas en las que se desencadenan las crisis, por ejemplo, si las situaciones en las que aparecen los ataques son solamente sociales diagnosticaremos una fobia social. En el caso que nos ocupa las crisis de angustia no estuvieron nunca relacionadas con las situaciones sociales, sino que aparecieron en situaciones típicamente fóbicas y las evitaciones consecuencia de estos ataques, se limitaron a estas situaciones (sobre todo transportes públicos). El carácter asituacional de las crisis de angustia y las evitaciones nos llevó al diagnóstico de crisis de angustia con agorafobia.

En lo que se refiere al diagnóstico diferencial de la fobia social, éste debe establecerse con respecto al Trastorno de Personalidad por evitación y al Trastorno Esquizoide de la Personalidad en el Eje II, así como al Trastorno de angustia con agorafobia, la Ansiedad generalizada y la Fobia específica en el Eje I. De estos últimos debemos centrarnos en la diferenciación con respecto al trastorno de angustia, dado que en nuestro paciente ambos trastornos fueron diagnosticados. En este sentido, algunos pacientes que sufren crisis de angustia desarrollan temor a las situaciones sociales por la posibilidad de ser observados cuando sufran un ataque. Cuando el único temor social se refiera al temor de ser contemplado en plena crisis, no debe efectuarse el diagnóstico de fobia social. En el caso que nos ocupa, el miedo y la evitación se referían a un amplio rango de situaciones sociales (sobre todo de interacción con el otro sexo), por lo que establecimos de forma independiente el diagnóstico de fobia social.

Modelo explicativo

Uno de los problemas a los que se enfrenta el paciente está relacionado con las situaciones sociales (ver figura 1), sobre todo las que implican una interacción con el otro sexo. Estas situaciones son valoradas por el paciente de forma excesivamente amenazante, percibiendo además que carece de recursos o éstos no son suficientes para afrontar con éxito estas situaciones. Esta valoración está marcada por una alta inseguridad y una baja autoestima, consecuencia ambas de un estilo cognitivo sesgado. Todo esto hace que el paciente experimente elevados niveles de ansiedad en las situaciones sociales, ansiedad que va a ser expresada a nivel del triple sistema de respuestas con cogniciones desajustadas con respecto a su propia actuación, síntomas físicos de activación y, en muchos casos, conductas motoras de evitación o escape, que actúan como un refuerzo negativo ya que disminuyen a corto plazo la ansiedad, pero que a medio plazo están cronificando el problema.

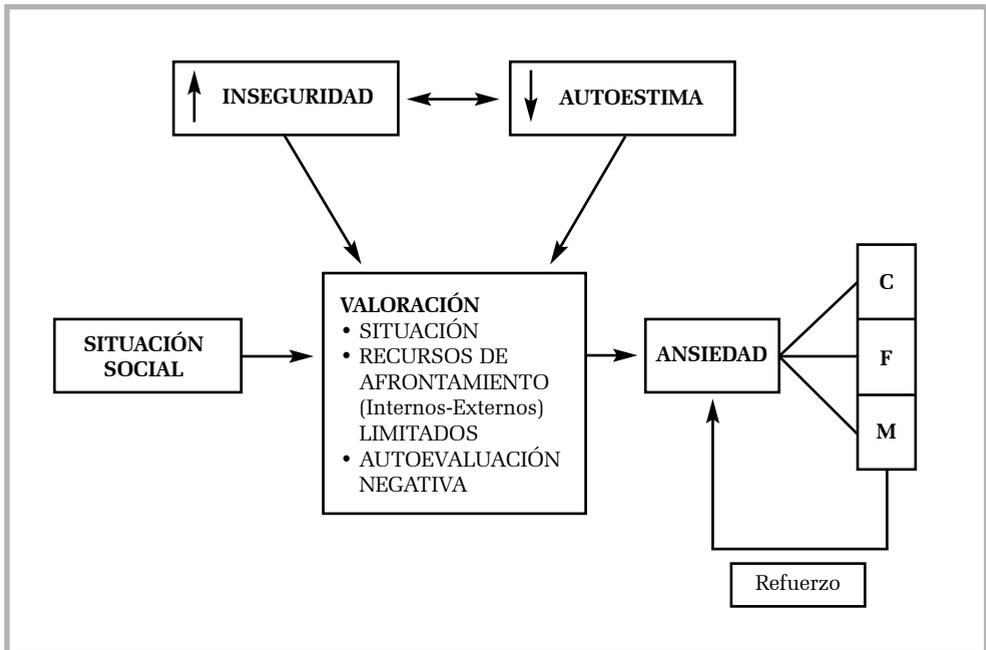


Figura 1. Fobia social.

Por lo que respecta al trastorno de pánico con agorafobia (figura 2), el paciente sufre su primer ataque después de una temporada de estrés mantenido. Este primer ataque, que aparece unido a un aumento de la activación fisiológica y a sesgos cognitivos sobre esta activación (ideas de muerte), llevan al paciente a una preocupación constante por la posibilidad de un nuevo ataque y por el temor a sus consecuencias (ansiedad anticipatoria, miedo al miedo), así como a un estado de hipervigilancia de sus síntomas físicos y autochequeo constante. Este autochequeo hace que el paciente perciba cualquier variación de su cuerpo, y estos cambios corporales los interpreta de forma catastrofista, anticipando una enfermedad o un ataque inminente. Esta forma de interpretar los síntomas físicos elevan los niveles de ansiedad del paciente, con la aparición de los síntomas físicos propios de la ansiedad. Estos síntomas son de nuevo interpretados de forma catastrófica, aumentando cada vez más la ansiedad, hasta que finalmente el ataque se desencadena. Además, el temor a la aparición de un ataque en lugares de difícil salida o en los que el paciente cree que no recibirá ayuda, le llevan a evitar algunas situaciones, sobre todo transportes públicos, o a enfrentarse a ellos con altos niveles de ansiedad. Estas evitaciones actúan como un refuerzo negativo ya que disminuyen la ansiedad, pero de nuevo, como ocurría en el caso de la fobia social, cronifican a medio plazo el problema.

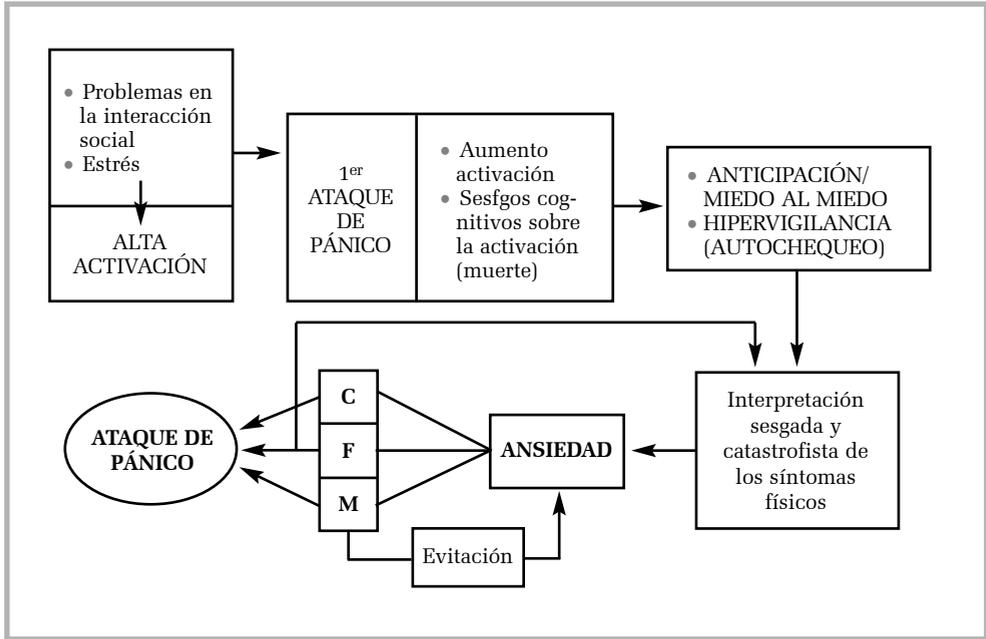


Figura 2. Trastorno de angustia con agorafobia.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

A partir de los modelos explicativos presentados nos marcamos dos objetivos generales que iban a guiar toda nuestra intervención: por un lado la reducción de los niveles de ansiedad del paciente y, por otro, el aumento de su autoestima.

Para la consecución de estos dos objetivos generales establecimos una serie de objetivos más específicos como el control y reducción de las crisis de angustia, el control de la ansiedad en las interacciones sociales, y el control y manejo de las situaciones evitadas. Todos estos objetivos serían alcanzados a partir de la consecución de pequeñas metas secuenciadas que nos irían acercando a los grandes objetivos establecidos. Entre estas metas estaban viajar sin ataques de pánico en transportes públicos, ir solo a bares, presentarse a la chica que le gusta o intervenir en clase y exponer sus dibujos.

TRATAMIENTO: TÉCNICAS Y DESARROLLO

El tratamiento se llevó a cabo en sesiones de, al menos, una hora de duración. El número de sesiones de tratamiento fue de veintiuno, siguiendo una periodicidad inicialmente semanal, separando las sesiones a dos, tres y hasta cuatro semanas a medida que se iban alcanzando los objetivos terapéuticos. Entre sesión y sesión, el paciente debía realizar diversas tareas dedicadas a la optimización de las técnicas utilizadas en la sesión clínica, así como la puesta en práctica de muchas de esas técnicas en situaciones reales que eran utilizadas como metas o subobjetivos semanales. El tratamiento comenzó en octubre del año 2000 y se extendió hasta el mes de julio. Las técnicas utilizadas, que a continuación se describen, fueron desarrollándose, intercalándose y solapándose a lo largo de las sesiones en función del grado de ajuste y de éxito terapéutico que el paciente alcanzaba con ellas.

Devolución de la información a partir de un modelo explicativo, fijando, a la vez, los objetivos y subobjetivos terapéuticos.

Técnicas psicofisiológicas. Se comenzó con un entrenamiento en respiración abdominal con la intención de que el paciente pudiera desarrollar cierta capacidad de control sobre algunos de los síntomas más característicos de los ataques de pánico como son la hiperventilación y la alta frecuencia de la tasa cardíaca. A la vez, se comenzó un entrenamiento en la relajación muscular progresiva de Jacobson, en la versión de Wolpe (1973), con el que el paciente informo no conseguir buenos niveles de relajación, encontrando muchas dificultades para realizarlo, a pesar de informar también sobre una buena capacidad para concentrarse. Ante este hecho, el entrenamiento en relajación pasó a realizarse desde la adaptación y combinación de otras técnicas, como la técnica de relajación de Benson (1976, 1984) y el entrenamiento autógeno de Schultz (1932). Con la combinación y adaptación de estas técnicas, el paciente obtuvo mejores resultados, aunque ciertas dificultades que el paciente continuaba encontrando en la relajación, impidieron que la practicara con la frecuencia que sería deseable y que obtuviera resultados más satisfactorios.

Técnicas cognitivas. Se comienza trabajando en la identificación del sesgo atencional que lleva al paciente a la selección, únicamente, de infor-

mación amenazante, tanto en situaciones fóbicas, donde el paciente muestra una mayor sensibilidad a síntomas de activación fisiológica, como en situaciones de interacción social, donde el paciente identifica mayormente reacciones negativas por parte del interlocutor. A partir de aquí, se lleva a cabo una reestructuración cognitiva de las ideas, creencias y pensamientos irracionales sugeridos por Beck (1967) y Ellis (1971), pasando más específicamente a focalizar el trabajo en los sesgos cognitivos asociados a estos trastornos según la teoría de los cuatro factores (Eysenck, 1997). Para ello, además del debate socrático, se utilizan autorregistros y «diarios» en los que el paciente relata la secuencia «situación-pensamiento-emoción» identificando los sesgos cognitivos que median en ella. La misma identificación de los sesgos cognitivos trae consigo la toma de conciencia de ideas más racionales y adaptativas sobre las que se apoyarán las nuevas creencias. En este sentido, el trabajo se acompañó del uso de las autoinstrucciones (Miechenbaum, 1977). El paciente se adaptó perfectamente al trabajo con esta técnica, consiguiendo importantes éxitos terapéuticos gracias a los esfuerzos cognitivos realizados.

Técnicas conductuales. Se llevó a cabo una exposición graduada a situaciones temidas, tanto a aquellas relacionadas con las crisis de ansiedad como a las situaciones de interacción social. Se comenzó, en relación a la agorafobia, por controlar la ansiedad en pequeños trayectos ya conocidos en metro para pasar a salidas a lugares totalmente nuevos, utilizando nuevas líneas de metro. En el ámbito de la interacción social, se comenzó por manejar la ansiedad ante situaciones como entrar sin compañía en el bar de su pueblo, para llegar a poder presentarse a la chica que le gustaba y con la que nunca había hablado. En las primeras sesiones las exposiciones se planificaban, siendo ya espontáneas por parte del paciente al final del tratamiento, y en ellas integraba las técnicas fisiológicas con las cognitivas, para él más útiles. Las exposiciones eran analizadas en función de los beneficios en las sesiones clínicas.

Técnicas de mantenimiento y seguimiento. Una vez alcanzados los primeros objetivos, se trabajó en el perfeccionamiento y optimización de las técnicas ya utilizadas, identificando posibles situaciones de riesgo y afrontándolas, desarrollando también técnicas como la solución de proble-

mas (D´Zurilla y Goldfried, 1971), sistematizando estilos de afrontamiento, y perfeccionando las habilidades sociales del paciente. Una vez alcanzados los objetivos marcados con el paciente se favoreció el trabajo en el reforzamiento de variables como la autoestima.

RESULTADOS

Por lo que respecta a los niveles de ansiedad del paciente, los resultados del ISRA (Miguel Tobal y Cano Vindel, 1994) tras la intervención manifiestan un importante descenso en todas las escalas que evalúa esta prueba, descensos que se mantienen e incluso incrementan en los resultados del seguimiento seis meses después del alta del paciente. Las puntuaciones, que en su mayoría se encontraban dentro del rango de ansiedad severa o extrema al inicio del tratamiento, han alcanzado ahora valores normales o inferiores, incluso, a los medios en la población normal. Hay que destacar los descensos en las áreas situacionales del ISRA F-II y F-III, que se corresponden respectivamente con situaciones de interacción social especialmente problemáticas para la fobia social, y con situaciones fóbicas especialmente difíciles en la agorafobia (ver Tablas 1 y 2).

Tabla 1

Puntuaciones directas y centiles en los tres sistemas de respuesta y la puntuación total de ansiedad del ISRA (Miguel Tobal y Cano Vindel, 1994) en la evaluación Pre, en la evaluación Post y en el Seguimiento (6 meses)

	COGNITIVO		FISIOLÓGICO		MOTOR		TOTAL	
	Directa	Centil	Directa	Centil	Directa	Centil	Directa	Centil
PRE	154	99	82.5	99	48	65	284	99
POST	47	40	18	35	17	20	82	40
SEG.	23	10	15.5	25	10	13	48.5	10

Tabla 2

Puntuaciones directas y centiles en las áreas situacionales (rasgos específicos) del ISRA (Miguel Tobal y Cano Vindel, 1994) en la evaluación Pre, en la evaluación Post y en el Seguimiento (6 meses)

	F-I		F-II		F-III		F-IV	
	Directa	Centil	Directa	Centil	Directa	Centil	Directa	Centil
PRE	110	95	59	99	73	95	41	99
POST	33	25	18	65	13	30	15	80
SEG.	22	10	14	55	7	15	9	60

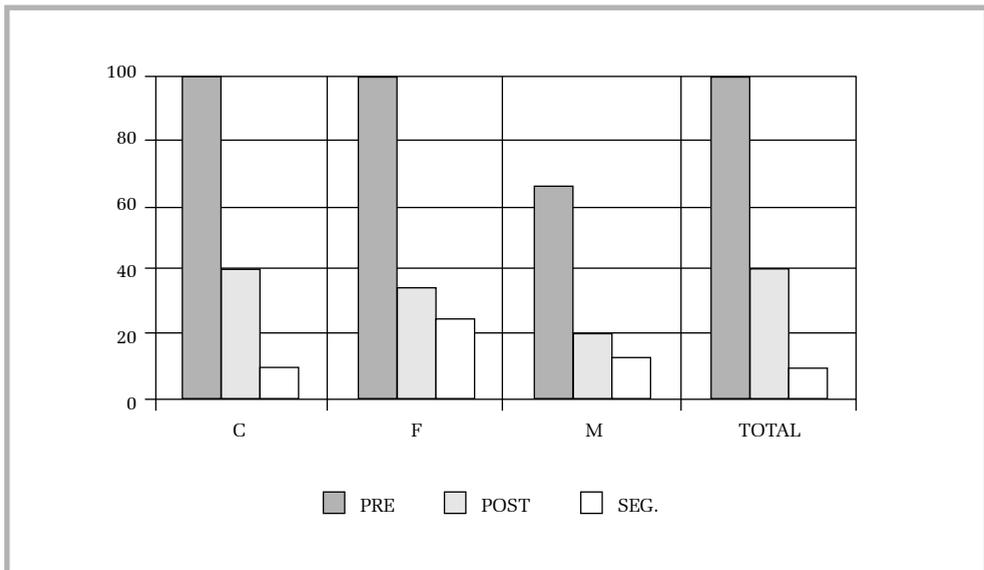


Figura 3. Resultados (centiles) Pre-Posttratamiento y Seguimiento –ISRA– (Sistemas de Respuesta).

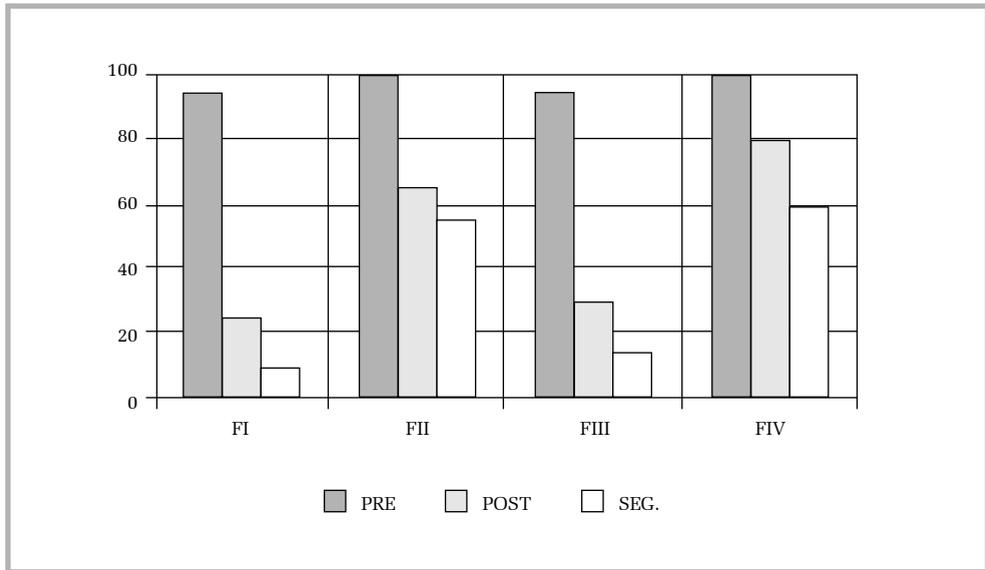


Figura 4. Resultados (centiles) Pre-Postratamiento y Seguimiento –ISRA– (Áreas Situacionales).

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

A la vista de los resultados obtenidos tras la intervención y de acuerdo con la investigación existente (e.g. Clum et al., 1993; Gould et al., 1995) se confirma la eficacia del tratamiento cognitivo conductual para los trastornos de angustia. A la vez, en relación a la fobia social, las técnicas utilizadas en el tratamiento también se muestran eficaces, como también indica la investigación existente (Méndez Carrillo et al., 2001). Más allá de este primer análisis de los resultados es preciso hacer referencia a la importancia que el cambio cognitivo ha tenido en el caso clínico presentado, especialmente cuando las dificultades que el paciente tenía para poner en práctica las técnicas psicofisiológicas han favorecido que, en gran medida, los éxitos terapéuticos se hayan logrado gracias a los esfuerzos cognitivos del paciente.

Está asumido el importante papel que los procesos de valoración y atribución juegan en la aparición de la respuesta emocional en general (e.g. Lazarus y Folkman, 1984; Scherer, Schorr y Johnstone, 2001; Weiner, 1986) así como en emociones específicas (Pérez Nieto, Camuñas, Cano Vindel, Miguel Tobal e Iruarrizaga, 2000). En los trastornos de ansiedad, los sesgos interpretativos favorecerán y diferenciarán distintos tipos de trastornos (Eysenck, 1997). Así, en los ataques de pánico, además del sesgo atencional hacia los síntomas cardíacos (Kroeze y van den Hout, 2000), estos síntomas son interpretados catastróficamente de forma sesgada (Breitholtz et al., 1999; Clark, 1986), por lo que no es de extrañar que como ya apuntaba el propio Clark (1986) las mejoras sustanciales después del tratamiento dependerán del cambio cognitivo conseguido en este sentido (Hout et al., 1994). Esto encaja perfectamente con lo ocurrido en el caso aquí presentado, puesto que en el momento del seguimiento se da una ausencia de ataques de pánico, a pesar de que como el propio paciente informa, en situaciones muy específicas («reencuentro con conocidos que hace tiempo que no ve») siente todavía, durante no más de tres minutos, algunos síntomas fisiológicos como temblores o rigidez muscular en el cuello, que en absoluto le incapacitan, que no malinterpreta y que, en cualquier caso, controla. Por supuesto, un adecuado manejo de las técnicas de relajación, que el paciente no ha alcanzado, favorecería la ausencia de los síntomas psicofisiológicos, pero su todavía leve presencia nos sirve para ilustrar la relevancia del control cognitivo.

En cuanto al cambio obtenido en la fobia social, el tratamiento cognitivo en la fobia social ya se había mostrado eficaz en otros casos clínicos (Pérez Nieto y Cano Vindel, 1998), en diversas medidas de fobia social y en conseguir el cambio de los sesgos cognitivos típicos de este trastorno (Chambless y Gillis, 1993; Chambless y Hope, 1996). Hay que añadir que la especial motivación que el paciente tenía para la exposición, otra de las técnicas consideradas como básicas en el tratamiento de la fobia social por muchos autores (Heimberg y Juster, 1995; Marks, 1991), lo cuál favoreció la obtención de los buenos resultados. La intervención de carácter cognitivo-conductual se muestra fundamentalmente válida para el tratamiento de

trastornos de ansiedad como la fobia social y el trastorno de angustia con agorafobia. En nuestra opinión, la identificación y sustitución de los sesgos cognitivos, el cambio cognitivo, se convierte en una variable fundamental, no sólo para la obtención de buenos resultados, sino de cara al mantenimiento de los mismos. Actualmente, el paciente ha reducido su ansiedad, tanto general, como ante situaciones temidas, lo que era un objetivo básico del tratamiento. Así, H.M. se ha trasladado desde su pueblo a Madrid, pasando de padecer los ataques de pánico y la agorafobia a vivir sin compañía, y cambiando su entorno ya conocido por uno más nuevo y desconocido que le obliga a desarrollar nuevas relaciones sociales casi semanalmente.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th edition). Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th edition Text revision). Washington, DC: APA.
- Bados, A. (1997). Técnicas de intervención en agorafobia. *Ansiedad y Estrés*, 3 (2-3), 339-358.
- Barlow, D.H., Gorman, J.M., Shear, M.K. y Woods, S.W. (1997). *Results from the multicenter comparative treatment study of panic disorder: Acute and maintenance outcome*. Paper presented at the British Association of Behavioral and Cognitive Psychotherapy, Canterbury, UK, July.
- Beck, A.T.(1967). *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Hoeber.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. London: Penguin Books.
- Beck, A.T. y Emery, G. (1985). *Anxiety disorders an phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Benson, H. (1976). *The relaxation response*. New York. Avron Books.

- Benson, H. (1984). *Beyond the relaxation response*. New York. Times Books
- Butler, G. (1989). Issues in the application of cognitive and behavioral strategies to the treatment of social phobia. *Clinical Psychology Review*, 9, 91-106.
- Breitholtz, E, Johansson, B. y Öst, L.G. (1999). Cognitions in generalized anxiety disorder and panic disorder patients. A prospective approach. *Behavior Research and Therapy*, 37, 533-544.
- Chambless, D.L. y Gillis, M.M. (1993). Cognitive therapy of anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 248-260.
- Chambless, D.L. y Hope, D.A. (1996). Cognitive approaches to the psychopathology and treatment of social phobia. En P. Salkovskis (Ed.), *The frontiers of cognitive therapy*. New York: The Guilford Press.
- Clark, D.M., Salkovskis, P.M., Hackmann, A., Middleton, H., Pavlos, A. y Gelder, M. (1994). A comparison of cognitive therapy, applied relaxation and imipramine in the treatment of panic disorder. *British Journal of Psychiatry*, 164, 759-769.
- Clark, D.M. y Salkovskis, P.M. (1987). *Cognitive treatment for panic attacks: Therapist's manual*. Oxford: Autor.
- Clark, D.M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behavior Research and Therapy*, 24, 461-470.
- Clum, G.A., Clum, G.A. y Surls, R. (1993). A meta-analysis of treatments for panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 317-326.
- De Beurs, E., van Balkom, A., Lange, A., Koele, P. y van Dyck, R. (1995). Treatment of panic disorder with agoraphobia: Comparison of fluvoxamine, placebo, and psychological panic management combined with exposure and of exposure in vivo alone. *American Journal of Psychiatry*, 152, 683-691.
- D'Zurilla, T.J. y Goldfried, M.R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal Abnormal Psychology*, 78, 107-126.
- Echeburúa, E. (1993). *Fobia social*. Barcelona: Martínez Roca.

- Ellis, A. (1971). *Growth Through Reason*. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.
- Eysenck, M.W. (1997). *Anxiety: The cognitive perspective*. London: Lawrence Erlbaum Associates.
- Eysenck, M.W. y Derakshan, N. (1997). Un marco teórico cognitivo para los trastornos de ansiedad. *Ansiedad y Estrés*, 3, 121-134.
- Gould, R.A., Otto, M.W. y Pollack, M.H. (1995). A meta-analysis of treatment outcome for panic disorder. *Clinical Psychology Review*, 15, 819-844.
- Heimberg, R.G y Barlow, D.H. (1988). Psychological treatments for social phobia. *Psychosomatics*, 29, 27-37.
- Heimberg, R.G. y Juster, H.R. (1995). Cognitive-behavioral treatments: Literature review. En R.G. Heimberg, M.R. Liebowitz, D.A. Hope y F.R. Schneier (Eds.), *Social phobia. Diagnosis, assessment and treatment*. New York: Guilford.
- Hope, D.A., Heimberg, R.G. y Bruch, M.A. (1995) Dismantling cognitive-behavioural group therapy for social phobia. *Behavioural Research and Therapy*, 33, 637-650.
- Kroez, S. y van den Hout, M.A. (2000). Selective attention for information in panic patients. *Behavior Research and Therapy*, 38, 63-72.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Marks, I.M (1991). Miedos, fobias y rituales. Barcelona: Martínez Roca (Orig. 1987).
- Méndez Carrillo, F.J., Sánchez Meca, J. y Moreno Gil, P. (2001). Eficacia de los tratamientos psicológicos para la fobia social: Un estudio meta-analítico. *Psicología Conductual*, 9, 39-59.
- Miechenbaum, D. (1977). *Cognitive Behavior Modification*. New York, Plenum Press.
- Miguel- Tobal, J.J.y Cano Vindel, A. (1994). *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad –I.S.R.A.–*. Madrid: Tea Ediciones.

- Öst, L.G. (1988). Applied relaxation vs progressive relaxation in the treatment of panic disorder. *Behavior Research and Therapy*, 26, 13-22.
- Öst, L.G. y Westling, B.E. (1995). Applied relaxation vs cognitive behavior therapy in the treatment of panic disorder. *Behavior Research and Therapy*, 33, 145-158.
- Otto, M.W., Pollack, M.H., Penava, S.J. y Zucker, B.G. (1999). Group cognitive-behavior therapy for patients failing to respond to pharmacotherapy for panic disorder: a clinical case series. *Behavior Research and Therapy*, 37, 763-770.
- Parkinson, B. (1995). *Ideas and realities of emotion*. London: Routledge.
- Pérez Nieto, M.A.; Camuñas, N.; Cano Vindel, A.; Miguel Tobal, J.J. e Iruarrizaga, I. (2000). Anger and anger coping: A study of attributional styles. *Studia Psychologica*, 42, 289-302.
- Pérez Nieto, M. A., Cano Vindel, A. (1998). Intervención en fobia social: caso clínico. *Psicología.COM [Online]*, 2 (2), 42 párrafos. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol2num2/art_7.htm [1 Agosto 1998]
- Ruhmland, M. y Margraf, J. (2001). Efficacy of psychological treatments for generalized anxiety disorder and social phobia. *Verhaltenstherapie*, 11, 27-40.
- Salaberría, K., y Echeburúa, E. (1995). Tratamiento psicológico de la fobia social: Un estudio experimental. *Análisis y Modificación de Conducta*, 21, 151-179.
- Scherer, K.R., Schorr, A. y Johnstone, T. (2001). *Appraisal processes in emotion: Theory, methods, research*. Oxford: Oxford University Press.
- Scholing, A. y Emmelkamp, P.M.G. (1993a). Cognitive and behavioral treatments of fear of blushing, sweating or trembling. *Behavior Research and Therapy*, 31, 155-170.
- Scholing, A. y Emmelkamp, P.M.G. (1993b). Exposure with and without cognitive therapy for generalized social phobia: Effects of individual and group treatment. *Behavior Research and Therapy*, 31, 667-681.

- Sharp, D.M., Power, K.G., Simpson, R.J., Swanson, V., Moodie, E., Anstee, J.A. y Ashford, J.J. (1996). Fluvoxamine, placebo and cognitive behavior therapy used alone and in combination in the treatment of panic disorder and agoraphobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 219-242.
- Stopa, L. y Clark, D.M. (1993). Cognitive process in social phobia. *Behaviour Resarch and Therapy*, 31, 255-267.
- Schultz, J.H. (1932). *Das autogene training*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag. (Versión en castellano. 1980, Barcelona: Ed. Científico- Médica).
- Watson, D. y Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 448-457.
- Weiner, B. (1986). *An attributional theory of motivation and emotion*. New York: Springer-Verlag.
- Wolpe, J. (1973). *The Practice of Behavior Therapy*. New York: Pergamon Press.