

# TRATAMIENTO INTEGRADO DE PSICOFARMACOTERAPIA Y TERAPIA COGNITIVA-CONDUCTUAL EN TRASTORNO DE PANICO CON AGORAFOBIA

Daniel Bogiaizian

Universidad de Belgrano, Argentina.

Director del Área Psicológica de la *Asociación Civil AYUDA para el tratamiento de los trastornos de ansiedad*, Buenos Aires, Argentina.

*Brought about by clinical research, this work tries to approach an integrated model between cognitive-behavioral psychotherapy and pharmacotherapy, applied on the treatment of panic disorder with agoraphobia. This field, which is rather obscure in its results regarding researches done, deserves to be taken into account. Bearing in mind some inespecific variables, such as the psychologist's interventions in pharmacotherapy, the psychiatrist's in psychotherapy, and improving the communication between both of them, sensitive decreases in treatment desertions are obtained as well as good evolutions in many cases, especially the most severe ones.*

*Key words: integration, psychotherapy, pharmacotherapy, panic disorder with agoraphobia*

---

A pesar que la integración entre la farmacoterapia y la psicoterapia es un campo en estado de desarrollo y algunos resultados aparecen como contradictorios, en los últimos tiempos, hay creciente consenso alrededor del concepto de que la multiplicidad de recursos favorece las posibilidades de éxito en el tratamiento del trastorno de pánico con agorafobia. La psicoterapia cognitivo-conductual y la psicofarmacoterapia específica son, en especial, las que nos han demostrado en la experiencia clínica ser las más efectivas cuando se utilizan conjunta e integradamente. Según Michelson (1994), en el caso de pacientes con trastorno de pánico con agorafobia, son necesarios tratamientos multimodales más amplios para, así, abordar la compleja naturaleza del trastorno.

La sinergia de la farmacoterapia y psicoterapia tiene un atractivo clínico. La reducción de las dosis medicamentosas en trastorno de pánico con agorafobia aparece como posible a través de un entrenamiento acertado, relaciones perfectibles

y/o la desensibilización de muchos de los sensibles estímulos fóbicos que se relacionan con los ataques de pánico y la agorafobia (Beitman, 1996).

Es interesante observar los estudios realizados tanto en tratamientos exclusivos de tipo psicoterapéutico como en tratamientos farmacológicos y comprobar más allá de la eficacia de los mismos el alto porcentaje de deserciones. A este respecto, Mavissakalian (1996) afirma que aunque los que defienden los tratamientos conductuales y farmacológicos parecen estar más interesados en la eficacia comparativa de estos trastornos, la mayor parte de la evidencia sugiere un abordaje combinado para maximizar la respuesta en las etapas severas del trastorno y para minimizar la recaída cuando los tratamientos con antidepresivos se discontinúan (al menos, cuando se trata de trastorno de pánico con agorafobia).

En un estudio realizado en nuestra población clínica (Cía, Bogiaizian, Liceaga y col., 1995), sobre un total de 143 pacientes con trastorno de pánico con agorafobia, de los 85 que sólo recibieron farmacoterapia, desertó el 30% contra un 14% de los 58 que recibieron terapia cognitivo-conductual más farmacoterapia.

Otro factor a tener en cuenta es la dificultad de intervenir desde la psicoterapia exclusivamente, puesto que el 80% de los pacientes que llegan a consultar a nuestra clínica ya está consumiendo algún psicofármaco (en general, ansiolíticos), factor que no puede dejar de tenerse en cuenta. No se puede encarar un tratamiento exclusivamente psicoterapéutico desconsiderando “ingenuamente” que se viene automedicando con 2 o 3 mg. de ansiolíticos diarios, por ejemplo.

Según Barlow (1993), es de crucial importancia trabajar la relación de los tratamientos con los abordajes generales de la medicación. Teniendo en cuenta que, en un primer momento, se medica a muchas personas con trastorno de pánico, la unión del paciente y el tratamiento y las investigaciones de los efectos interactivos en los trastornos son actividades importantes que atender en un futuro inmediato.

Los recursos de la farmacoterapia y la psicoterapia no pueden ser utilizados como una mera adición, sino que deben ensamblarse armoniosa y sólidamente a los ojos del paciente, que, en general, ya arrastra en sus antecedentes malas experiencias, tanto en la rama de la psicología como en distintas especialidades médicas.

Para optimizar ese ensamble, van a ser necesarias intervenciones del psicoterapeuta en relación a la farmacoterapia y del farmacoterapeuta en la psicoterapia; todo esto acompañado por una fluida comunicación entre ambos.

En nuestra práctica, el proceso de integración se hace presente desde el primer momento, ya que la admisión puede ser realizada tanto por un profesional psicólogo como por un médico psiquiatra.

## **ADMISIÓN**

El proceso de admisión juega un papel preponderante, ya que será la base sobre la que se asentará el tratamiento. Siempre hay que tener presente que con cualquier tipo de tratamiento el porcentaje más alto de deserciones se produce luego de la

admisión o primera entrevista, lo que habla claramente de su importancia.

La evaluación del terapeuta está conformada por su estimación en torno a la severidad del trastorno, la comprensión teórica de que dispone, así como de los recursos técnicos con que cuenta para enfrentar esa situación y también la cantidad de recursos adicionales que serán necesarios movilizar para ayudar al paciente (Férrnandez Álvarez, 1992).

*Tanto el psicólogo como el médico psiquiatra podrán realizar el proceso de admisión y deben tener en cuenta y manejar la totalidad de recursos de los que se va a disponer en el tratamiento.* Del resultado de la evaluación surgirá un diagnóstico que en el caso de tratarse de trastorno de pánico con agorafobia deberá contemplar distintos ítems:

- 1.- Posibles comorbilidades, generalmente: otros trastornos de ansiedad, depresión y trastornos de personalidad. Siempre hay que considerar la posibilidad de enfermedades físicas, especialmente. las endocrino-metabólicas, cardiopatías, enfermedades neurológicas, etcétera.
- 2.- La antigüedad del cuadro panicoso y el tiempo transcurrido hasta que se desarrolló la agorafobia.
- 3.- Evaluación de factores laborales, familiares, interpersonales y/o económicos que puedan estar incidiendo en el trastorno.
- 4.- Diagnósticos y tratamientos previos recibidos. Sus resultados y motivos de los abandonos.
- 5.- Tipo de perfil: adictivo, transgresor, cumplidor, temeroso o desconfiado y su grado de sugestibilidad.

De la consideración de todos estos factores surgirán la elección del binomio terapéutico, en función del estilo personal de los profesionales y las necesidades del caso.

Otro factor a tener en cuenta son los tratamientos o intentos de solución previos desde que el paciente comenzó con el malestar. En un estudio realizado en 1994 por A. Cía y D. Bogiaizian, el promedio de profesionales consultados previamente a la admisión fue de 8,23% (sobre un total de 75 pacientes con trastorno de pánico con agorafobia). De estos 8 profesionales, 3 fueron psiquiatras o psicólogos. Esta sucesión de tratamientos infructuosos deriva en un escepticismo orientado, en algunos casos, hacia los tratamientos farmacológicos y, en otros, hacia los tratamientos psicoterapéuticos que, en general, se han indicado como único recurso.

En nuestra práctica, es frecuente que nos encontremos con comentarios referidos a la medicación y a la psicoterapia, tales como:

- “No quiero hacerme dependiente de la medicación.”
- “No quiero tomar cualquier cosa.”
- “No quiero estar dopado.”
- “¿Tengo que tomar sí o sí la medicación?”
- “No quiero estar medicado de por vida.”

- “¿Para qué tengo que ir al psicólogo?... Ya fui a dos o tres y ninguno me quitó las fobias.”
- “¿Esto se resuelve hablando?”
- “Estoy cansado de hablar de mi infancia.”
- “Yo hablaba de mis miedos y mis síntomas y el/la psicólogo/a no le daba importancia, era como que no me creía ni él/ella.”

Remontar estos antecedentes no resulta fácil.

*Cuando se opta por un tratamiento integrado es fundamental que el profesional explique que desde la farmacoterapia se va a trabajar básicamente sobre la sintomatología física, buscando atenuar las sensaciones corporales displacenteras y, desde lo psicológico, se buscará modificar las estructuras de pensamiento disfuncionales, y se le propondrán recursos para que logre exponerse a las situaciones temidas con éxito.* El objetivo es diferenciar el tratamiento a seguir de los abordajes inespecíficos que no consideran la importancia del trabajo prioritario sobre la sintomatología invalidante y deteriorante de la calidad de vida del paciente.

Conviene aclarar que el proceso de recuperación va a ser gradual y que va a requerirse de una cuota importante de esfuerzo por parte del paciente. (Reemplazar sufrimiento estéril por esfuerzo fértil).

*Es importante que el médico refuerce los aspectos psicológicos del tratamiento y el psicólogo las ventajas de la farmacoterapia. Esto tiende a aumentar la credibilidad en el tratamiento.* El mismo comienza en el proceso de admisión con la que resulta ser la primera medida psicoeducativa: *dar el diagnóstico*, hecho que no puede estar ausente. Obviamente, también surgen interrogantes pronósticos: se debe ser muy cuidadoso al respecto si uno detecta comorbilidades de importancia, por más que se trate de un trastorno de pánico severo y claro de diagnosticar.

Aunque parezca obvio, muchos profesionales del área de la salud mental indican tratamientos o comienzan a llevarlos a cabo sin explicar al paciente de qué se lo está tratando. En algunos casos, se indican medicaciones correctas en dosis adecuadas sin que medie una palabra acerca del diagnóstico. Ante la pregunta del paciente al respecto, se suele responder vagamente, o bien con un lacónico: “Usted tome esto que va a andar bien”.

Teniendo en cuenta las características de los pacientes con trastorno de pánico y agorafobia, suelen ocurrir tres cosas:

*1ª Opción:* El paciente lee el prospecto de la medicación y al encontrarse con una larga lista de efectos indeseables posibles opta por no tomar la medicación.

*2ª Opción:* Toma la medicación a menor dosis de la indicada. (“Por las dudas”.)

*3ª Opción:* Toma la medicación y, ante el primer indicio de malestar (efecto adverso o colateral), la abandona.

Desde el área psicoterapéutica, en algunos casos, no se dan diagnósticos para evitar “etiquetamientos” y, en otros, por no considerarse necesarios. Se corre el riesgo de reforzar el temor del paciente a que pueda estar volviéndose loco o

fomentar los temores de tipo hipocondríacos; también se fomenta la idea previa, bastante frecuente, que esto le está sucediendo nada más que a él y que no se sabe lo que tiene. Ambas ideas favorecen las deserciones o abandonos de los tratamientos, privándose el paciente de ser ayudado y dejar de vivir sufriendo.

**PRIMERA ETAPA: Inicio del tratamiento del Trastorno de Pánico con Agorafobia**

Suponiendo que el paciente que comienza un tratamiento no está recibiendo ningún psicofármaco, lo primero que debemos asegurarnos y asegurarle será la tolerabilidad del psicofármaco a administrar, considerando, desde luego, que medicaremos a una persona que padece una fobia. ¿Por qué si le teme a tantas cosas, no va temerle a un medicamento que desconoce? ¿No es suficiente la sintomatología genuina de su trastorno como para agregar efectos colaterales molestos? De acuerdo con estos principios, lo ideal será comenzar con ansiolíticos antipánicos de alta potencia a muy bajas dosis y en fraccionamientos adecuados. Una conducta similar conviene adoptar cuando el paciente acude a la consulta con un ansiolítico inespecífico que no sea de alta potencia (Bromazepan, Diacepan, Lorazepan): se lo reemplazará paulatinamente por los antipánicos más potentes (Alpra, Clonazepam), (A. Cía, 1994). Teniendo muy en cuenta la dependencia que suele haber con los ansiolíticos que vienen tomando, “ya que si bien no les resuelven o suprimen los síntomas fóbicos, por lo menos, no les hacen mal” (relato textual reiterado de los pacientes). Por ejemplo:

**ALPRAZOLAM:** de 0,50 a 2 miligramos diarios cada 6-8 horas a dosis por toma de 0,125 a 0,50. (En general, es excelentemente tolerado). Con el objetivo de bloquear los ataques de pánico espontáneos, iremos aumentando gradualmente las dosis y combinándola o reemplazándola por:

**CLONAZEPAM:** de 0,25 a 1 miligramo por día (en 2 o tres tomas diarias) por tener una mayor vida media y menor poder adictivo. Consideramos como dosis antipánicas equivalentes: 0,50 mg. de Clonazepam = 1 mg. de Alprazolam

Luego de la *admisión*, el *tratamiento* consta de diferentes etapas: en un principio, la frecuencia será semanal y se alternarán las sesiones farmacoterapéuticas con las psicoterapéuticas, que con el tiempo y a medida que el paciente se vaya recuperando, las sesiones tendrán una frecuencia quincenal y, en las últimas etapas del tratamiento, mensual.

	SEMANAS																	
Admisión	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
F / P	F	P	F	P	P	F	P	P	P	F	P	P	P	F	P	P	P	P

F = Farmacoterapeuta  
P = Psicoterapeuta

En las primeras sesiones psicoterapéuticas, hay una cuota importante de

información que se le va transmitiendo al paciente: cómo funcionan los distintos niveles de ansiedad, cómo se produce un ataque de pánico. Mediante el ciclo vicioso de Amenaza física descrito por Beck, Ermentry y Greenberg (1985), el paciente comienza a discriminar los pensamientos catastróficos de las sensaciones físicas. Se le explica en qué consiste la ansiedad anticipatoria y los efectos del mecanismo de evitación y sus devastadores efectos en la calidad de vida.

De acuerdo a Barlow y Craske (1993), la información acerca de las bases fisiológicas de la ansiedad y el pánico en función de la supervivencia. El concepto de condicionantes interoceptivos, justificando los ataques de pánico que ocurren como respuesta a las señales internas o sensaciones físicas que puedan aparecer en cualquier momento, reduce la ansiedad respecto a los ataques de pánico e incrementa la credibilidad en los subsiguientes pasos del tratamiento. Para las primeras semanas, sugerimos la elaboración de un informe día por día intersesión, que por un lado, nos proporcionará mayores elementos acerca del proceso de la enfermedad y, por otro, ayudará al paciente en el proceso de discriminación. La información que el paciente vuelque a la siguiente tabla servirá para ir planificando las primeras exposiciones.

**Informe intersesión**

DÍA	HORA	PENSAMIENTO	SENSACIÓN FÍSICA	SITUACIÓN

Es importante que el psicólogo en esta etapa indague acerca de cómo marcha la medicación e informe al médico si llega a ser necesario. No es raro que el paciente no la haya tomado en las dosis indicadas o que, ante la aparición de algún efecto colateral, suspenda el tratamiento farmacológico y no comente nada por temor a que el médico lo “rete”. De acuerdo con Beitman (1996), sea la medicación efectiva o no, es posible que sus efectos secundarios se transformen en el foco de enojo del paciente. En estos casos, el psicoterapeuta **no sólo** le debe transmitir al médico psiquiatra lo que sucede, sino que también debe trabajar sobre el tema con el paciente para concienzarlo de la severa dificultad para trabajar cognitivamente con niveles de ansiedad muy elevados.

En algunos casos inclusive, el paciente teme tomar la medicación por primera vez y es conveniente realizarla en forma asistida para demostrarle al paciente que nada malo va a ocurrirle. Para evitar excusas y contribuir al inicio adecuado de la toma de medicación, es conveniente indicarla cuando el paciente se encuentra acompañado de personas de su confianza y si es posible, durante fines de semana

(considerando, desde luego, el excesivo temor de un fóbico a todo lo desconocido).

Los psicoterapeutas se deben comprometer a fomentar la confianza en sus pacientes para que ellos se comprometan lo más íntimamente y para que tomen coraje para cambiar la conducta. Cuando se posee conocimiento acerca del proceso del tratamiento farmacoterapéutico, se pueden ir tomando medidas en función de la dificultad que haya ocurrido, que de no ser corregidas, se arrastran a las siguientes etapas.

*Asegurada la buena tolerabilidad y con la franca atenuación de los síntomas pánicos, nos encontramos aquí (en las cuatro semanas) en un momento propicio para preparar los primeros afrontamientos o tareas de exposición.*

## SEGUNDA ETAPA

Luego de conseguir una considerable disminución de la sintomatología (básicamente, de las sensaciones corporales pánicas), es conveniente complementar los ansiolíticos con antidepresivos tricíclicos o ISRS, teniendo en cuenta sus prolongadas vidas medias y el hecho de que su poder adictivo es casi nulo. Esto facilitará la última etapa, la de reducción de dosis.

Considerando los antidepresivos de mayor efecto sedativo, en orden de potencia, elegiremos:

ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS (ADT)	INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (ISRS)
AMITRIPTILINA (25-75 mg./día)	PAROXETINA (5-20 mg./día)
CLOMIPRAMINA (12,5-75mg./día)	SERTRALINA (25-100mg.día)
NORTRIPTILINA(12,5-50 mg/día)	VENLAFAXINA (25-75mg./día)
IMIPRAMINA	FLUOXETINA (5-20 mg./día)

**Nota:** Observar que las dosis diarias de los antidepresivos utilizadas como antipánicosos son bastante inferiores a las utilizadas en depresión como enfermedad principal.

En esta segunda etapa, una vez lograda la estabilidad en la mejoría sintomática, habiendo recuperado el paciente cierta confianza en sí mismo, se mantienen las dosis de los fármacos antipánicosos tantos meses como sea necesario. La duración de esta etapa *dependerá* básicamente de la severidad de la agorafobia. Por lo tanto, esta etapa podrá durar sólo semanas en una agorafobia leve y meses o casi un año en una agorafobia grave. *Integrada y consensuadamente, psiquiatra y psicólogo deben reforzar en esta etapa el concepto directivo de no tomar refuerzos especiales de medicación para realizar las tareas de exposición. El alto nivel de ansiedad que generen los afrontamientos deberá idealmente ser combatido dentro del terreno psicoterapéutico (Marks y col., 1994). La psicofarmacoterapia conviene limitarla*

*a bloquear la aparición de ataques de pánico espontáneos y mantener la ansiedad de base en niveles tolerables.* Debido a que esta etapa se caracteriza por la ausencia de los síntomas panicosos espontáneos a nivel de sensaciones corporales, será consiguientemente la más propicia para que el psicólogo gane terreno en la indicación de exposiciones cada vez más complejas y trabaje sobre las cogniciones negativas que pudiesen persistir.

*La ausencia total de sensaciones corporales no siempre resulta del todo positiva. Algunos pacientes una vez que sienten menos síntomas, no quieren hacer psicoterapia,* (Beitman, 1996). De ahí que se observan, en algunos casos, mejoras en los *Cuestionarios de Sensaciones Corporales* (Chambless, Caputo, Bright y Gallagher, 1984) y muy pocos avances en los *Inventarios de Movilidad para Agorafobia* (Chambless, Caputo, Ejasin, Graeely y Williams, 1985) o en los *Cuestionarios de Cogniciones Agorafóbicas* (Chambless, Caputo, Bright y Gallagher, 1984), siguiendo la tendencia natural a evitar o escapar de situaciones fóbicas reduce o suprime la ansiedad fóbica, panicosa anticipatoria de manera temporaria (Mavissakalian, 1993). Muchos pacientes se “conforman” y prefieren sostener la mejoría que tanto ansiaban y se resisten a hacer las tareas de exposición por temor a que vuelvan los ataques de pánico.

*Será función del médico explicitarle al paciente el riesgo del abandono de la psicoterapia con la consiguiente posibilidad de cronificación del trastorno y el riesgo de quedar atado a una medicación o a las recaídas post tratamiento.* Mavissakalian (1993) cita a Kandil (1983), según el cual, los tratamientos que se sirven de acuerdo con el principio de tratar la ansiedad bajo condiciones que eviten la sensibilización y promuevan el hábito, connotan un proceso de aprendizaje, incluso a nivel molecular que puede explicar sus efectos duraderos.

Una vez que el paciente tiene asegurada una buena tolerabilidad de la medicación, se le enseña el ejercicio de respiración controlada, que obviamente requiere de una etapa de práctica y aprendizaje. Éste va a ser una de las herramientas a las que el paciente recurrirá durante las primeras exposiciones.

El ejercicio de respiración controlada es simple y puede implementarse en situaciones sociales frente a otras personas; hecho que no ocurre, por ejemplo, con las técnicas de inervación vagal. El objetivo del ejercicio es la focalización de la atención sobre un área que el paciente pueda controlar (ritmo respiratorio) y los intentos de operar sobre otros síntomas como la vista borrosa, sudoración, taquicardia, mareo, etc. que lo condenan al fracaso. Además, se le enseñan técnicas de distracción útiles (al menos, en la primera etapa) y se refuerzan los conocimientos adquiridos en la primera etapa psicoeducativa. Además, así, se evita la hiperventilación. Teniendo en cuenta experiencias realizadas con este fenómeno, Barlow (1988) sugiere que es probable que los panicosos sean hiperventiladores que desarrollan el hábito de tener una respiración veloz.

Con esta batería de recursos, se planifica la primera exposición que deberá

llevar a cabo el paciente. En los casos severos asistido por el terapeuta, (Bados López, 1995), luego de evaluar distintos estudios, considera que la integración de las técnicas cognitivas con la exposición parece una cuestión básica. Durante la exposición a las situaciones temidas, surgen con más claridad las cogniciones; éstas no son retrospectivas y están más calientes, es decir, tienen un mayor impacto emocional que cuando son recordadas retrospectivamente. Por lo tanto, una intervención cognitiva puede tener efectos muy diferentes según se aplique únicamente en la tranquilidad de la consulta o, también, durante las situaciones temidas. Además, en este último caso, la asistencia del terapeuta puede ser útil en las fases iniciales para enseñar sobre el mismo terreno la aplicación de los técnicas cognitivas y ayudar a corregir errores y solventar dificultades. En esta etapa, los autoinformes deben contar con una columna extra que indique los recursos que el paciente está poniendo en práctica. Estos informes brindarán información acerca de cómo está evolucionando el tratamiento y los aspectos a reforzar. Tanto el médico como el psicólogo deben requerir estos informes, ya que para algunos pacientes la medicación es el recurso al que tienden a acudir.

DÍA	HORA	PENSAMIENTO	SENSACIÓN FÍSICA	SITUACIÓN	RECURSOS

*Recordemos que la intención de la farmacoterapia fue atenuar y no suprimir todas las sensaciones de ansiedad. De la planificación correcta de la exposición dependerá el éxito en la tarea y esto aumentará la credibilidad en el tratamiento. Es importante aclarar que la medicación debe quedar fija y no sugerir tomas para situaciones especiales.* Los refuerzos medicamentosos sólo están justificados ante afrontamientos impostergables e inevitables y siempre que cuenten con la correspondiente autorización del médico, como por ejemplo: viaje por razones laborales, traslado de un familiar por urgencias médicas, etc. En el transcurso del tratamiento, se deben ir variando los horarios de las exposiciones, procurando alejarlos paulatinamente de las tomas de medicación.

### **Tercera etapa**

Habiendo logrado el afianzamiento en sus desplazamientos o movilidad y el consiguiente aumento en la autoconfianza del paciente, se procede a disminuir lenta y paulatinamente las dosis de fármacos (retirando, primero, los ansiolíticos y, luego, los antidepresivos antifóbicos). *Esto requerirá una vez más del trabajo integrado del psiquiatra con el psicólogo para acordar los tiempos.* Algunos pacientes

comienzan a discontinuar la medicación espontáneamente, olvidando la toma de alguna de las dosis y descubriendo que no tuvieron síntomas. Esto puede ser un buen dato para que el psicoterapeuta informe al médico que se puede comenzar la reducción de la medicación. *El psiquiatra y el psicoterapeuta deben ir discriminando los síntomas reales por una disminución de dosis, de la supuesta reaparición o recaída de la sintomatología pánica.*

Con frecuencia, cuando se le sugiere a los pacientes la reducción de las dosis medicamentosas, se observan aumentos en la hipervigilancia corporal y, ante el menor síntoma, el paciente teme estar frente a una recaída. Habrá que reforzar los recursos cognitivos y ayudar al paciente a discernir las sensaciones de ansiedad normal de las pánicas. El tratamiento, en esta etapa, no requiere de más de una o dos sesiones mensuales, hecho que además facilitará el “despegue” con los terapeutas.

La gran complejidad de esta etapa radica en evitar la tentación de “no innovar”, por “estar todo bien” tanto para el paciente como para los terapeutas. El gran desafío, sin lugar a dudas, consiste en efectuarla.

Evidentemente, para los pacientes que tengan predisposición para las adicciones en general, o para aquellos que tengan una ansiedad generalizada de base, la reducción o discontinuación de la psicofarmacoterapia se torna muy dificultosa. El 27-50% de los sujetos que han mejorado inicialmente recaen al dejar de tomar el fármaco (Telch, Tearnan y Taylor, 1983). Por el contrario, para aquellos otros que realizan un profundo cambio cognitivo, se torna mucho más sencillo, sin desconocer la tendencia recurrente del trastorno.

Por otra parte, los aumentos de la movilidad de parte del paciente pueden llegar a generar situaciones de extrañeza en el entorno familiar, que pueden requerir alguna intervención de parte del psicoterapeuta incluyendo, por ejemplo, a la pareja o su familia.

También puede ocurrir que se presenten síntomas como consecuencia de alguna discusión o conflicto en el área interpersonal. Safran y Segal (1994) dicen que es razonable la hipótesis de que la ansiedad funciona como una señal, en tanto las conductas y experiencias que se asocian con la interrupción o desintegración de las relaciones con otras personas significativas, también son identificadas como peligrosas y, en consecuencia, provocan ansiedad. La dificultad frente a estas situaciones reside en la fantasía de que es posible vivir sin ansiedad.

El proceso del alta se llevará a cabo en forma paulatina y de acuerdo a la evolución de cada paciente en particular; no todos terminan el tratamiento simultáneamente en las dos áreas. Algunos reciben el alta psicofarmacológica primero y otros, la psicoterapéutica. Lo importante es dejar cerrado el ciclo y no perpetuar el tratamiento por tiempo indefinido.

*Producto de la experiencia clínica, este trabajo intenta acercar un modelo de integración entre la psicoterapia cognitivo-conductual y la farmacoterapia, aplicado al tratamiento del trastorno de pánico con agorafobia. Este campo, que desde los trabajos de investigación aparece poco claro en sus resultados, merece ser considerado. Teniendo en cuenta algunas variables inespecíficas, como son las intervenciones del psicólogo en la farmacoterapia, las del psiquiatra en la psicoterapia, y mejorando la comunicación entre ambos, se obtienen sensibles disminuciones en los abandonos de los tratamientos y buenas evoluciones en los cuadros tratados, especialmente en los más severos.*

Palabras clave: *integración, psicoterapia, farmacoterapia, trastorno de pánico con agorafobia.*

## Referencias bibliográficas

- BADOS LÓPEZ, A. (1995). *Agorafobia, II. Tratamientos psicológicos y farmacológicos*. Buenos Aires: Paidós, pág. 503.
- BARLOW, D.H. (1988). *Anxiety and its disorders. The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: The Guilford Press, pág. 136.
- BARLOW, D.H., & CRASKE M.G. (1993). Panic Disorder and Agoraphobia. En D.H. Barlow (De.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders. A Step by Step Treatment Manual* (capítulo 1, pp. 24, 43). New York: The Guilford Press.
- BEITMAN, B.D. (1996). Integrating pharmacotherapy and psychotherapy: An emerging field of study. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 60, 163, 165.
- CÍA, A. (1994). *Trastornos por ansiedad. Ansiedad generalizada, pánico, fobias, estrés post-traumático*. Argentina: Estudio Sigma.
- CÍA, A., & BOGIAZIAN, D. (Asociación Civil AYUDA) (1994). Antecedentes premórbidos y factores de riesgo para pacientes con trastornos de pánico y agorafobia. Paper presentado en el *Congreso Argentino de Psiquiatría*, Buenos Aires.
- CÍA, A., BOGIAZIAN, D., LICEAGA R., & COL. (Asociación Civil AYUDA) (1996). Multimodal Treatment of Panic Disorder with Agoraphobia: Results in 195 patients. Paper presentado en *SEPI Conference*, San Francisco (USA).
- FERNÁNDEZ ÁLVAREZ, H. (1992). *Fundamentos de un modelo integrativo en Psicoterapia*. Buenos Aires: Paidós, pág. 131.
- KANDIL, & MAVISSAKALIAN, M R (1993). Combined Behavioral and Pharmacological Treatment of Anxiety Disorders. En J.M. Oldman, M.B. Riba & A. Tasman, *American Psychiatric Press Review of Psychiatry*, pág 568.
- MARKS & COL. (1994). Pre-treatment predictors of treatment outcome in panic disorder and agoraphobia treated with alprazolam and exposure. *Journal of Affective Disorders*.
- MAVISSAKALIAN, M R, & PRIEN, R.F. (1996). *Long-Term Treatment of Anxiety Disorders*. Washington: American Psychiatric Press, pág. 279.
- MICHELSON, L.K. (1994). *Risk-Benefit Issues in Psychological Treatment of Panic Disorder. Risk-Benefit Issues in Treatment of Panic Disorder* (pp. 223, section VI). Washington, DC.
- SAFRAN, J.D. & SEGAL, Z.V. (1994). *El proceso interpersonal en la terapia cognitiva*. Barcelona: Paidós.
- TELCH, TEARNAN, & TAYLOR (1995). En A. Bados López, *Agorafobia, II. Tratamientos psicológicos y farmacológicos* (cap. 5, pp. 463). Buenos Aires: Paidós.