

TRASTORNO AGORAFÓBICO CRÓNICO DE QUINCE AÑOS DE EVOLUCIÓN: INFLUENCIA CONTRATERAPÉUTICA DE LAS ESTRATEGIAS TRANQUILIZADORAS INADAPTATIVAS FRENTE A SU PROCESO DE NORMALIZACIÓN VITAL

Carmen T. Pitti González *
Wenceslao Peñate Castro **

* Psicóloga, directora de Hipatia Grupo Psicológico y terapeuta del caso.
Santa Cruz de Tenerife.

** Catedrático del Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos.
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA. Tenerife.

RESUMEN

El presente artículo describe el tratamiento combinado y la evolución de un caso con un trastorno agorafóbico crónico de 15 años de evolución. Se analizará el diagnóstico y la influencia contraterapéutica de las "estrategias tranquilizadoras inadaptativas" ETI y la necesidad de considerar como objetivos terapéuticos el "normalizar ámbitos vitales". La paciente acude a consulta privada, derivada por su psiquiatra con tratamiento psicofarmacológico, y tras ser entrenada en técnicas de reestructuración cognitiva, incluyendo un abordaje minimizador de las estrategias tranquilizadoras inadaptativas, se estableció un programa de exposición en vivo, inicialmente acompañada y posteriormente en soledad. El periodo de intervención descrito recoge treinta y cuatro sesiones, y veinte meses de tratamiento. Se observan mejoras clínicamente signifi-

cativas, una reducción gradual del tratamiento psiquiátrico hasta su eliminación, una reducción de las conductas problemas (incluyendo las estrategias tranquilizadoras inadaptativas) y un incremento de las conductas de afrontamiento frente a los estímulos fóbicos, que ha permitido "normalizar distintos ámbitos vitales", así como una mayor adaptación global. Se comentarán las implicaciones de este caso para la investigación clínica y la práctica profesional, frente a esta patología en su forma más severa y crónica.

Palabras clave: TRASTORNO AGORAFÓBICO CRÓNICO, TRATAMIENTO COMBINADO, ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO, ESTRATEGIAS TRANQUILIZADORAS INADAPTATIVAS.

SUMMARY

The present article describes the combined treatment and the evolution of a case with a chronic agoraphobic disorder with 15 years of evolution. There will be analyzed the diagnosis and the countertherapeutic influence of «inadaptative tranquilizer strategies» (ITS), and the need to consider as therapeutic aims «to normalize vital areas « against total remission of symptoms. Patient comes to private consultation, derived by her psychiatrist, with psychoactive drug treatment, and after being trained in cognitive restructuring techniques, including a groups of activities to reduce the ITS, there was established an in vivo expositive program, initially accompanied and later in loneliness. The period of intervention gathers thirty four sessions, and twenty months of treatment. There was observed clinical significant improvements, a gradual reduction of the psychiatric treatment up to its elimination, a reduction of the behavioural problems (including the ITS), and an increase of the coping skills for phobic stimuli, which it has allowed «to normalize several vital areas», as well as a bigger global adjustment. This case, a pathology in its severer and chronic form, is discussed according to the implications for the clinical investigation and the professional practice.

Key words: CHRONIC AGORAPHOBIC DISORDER, MIXED THERAPY, COPING SKILLS, INADAPTATIVE TRANQUILIZER STRATEGIES.

1. INTRODUCCIÓN

El trastorno agorafóbico (con o sin pánico) se nos muestra como la fobia más compleja y estructurada y es, con diferencia, la fobia que produce mayor nivel de incapacitación en el ser humano y la más difícil de tratar (Mathews y cols., 1985). Esta incapacitación condiciona la vida de los pacientes repercutiendo negativamente en su estructura de funcionamiento cotidiano, limitando su capacidad de movilidad en función de los estímulos fóbicos. Frente a las fobias simples que limitan parcialmente, este tipo de fobia puede repercutir negativamente en todos los ámbitos vitales: académico, laboral, social, familiar, lúdico y personal de los pacientes.

Diversos estudios han mostrado tasas de recuperación de trastornos agorafóbicos, tras los tratamientos, realmente óptimas (Lupresti y cols., 2000). Pese a ello siempre queda un porcentaje que no responde al tratamiento, al que se le podría añadir el grupo de pacientes que al cabo de un tiempo de tratamiento recae (A. P. A., 1999; Ayuso, 1996) y el de aquellos que no acceden a tratamientos (Bados y cols., 2002). Este último grupo de "renglones torcidos de la agorafobia" puede evolucionar negativamente en el tiempo, y como señala la CIE 10 (F 40.0), "algunos individuos llegan a quedar completamente confinados en su casa", y añade en otro párrafo que "...en ausencia de un tratamiento efectivo la agorafobia suele cronificarse, aunque su intensidad puede ser fluctuante" (pág. 171).

La cronificación del trastorno, que parece obedecer etiologicamente a una multicausalidad, resulta crucial por tres motivos:

1. Porque la consideración de cronicidad como hecho diferencial, debería incitarnos a la reflexión, análisis e investigación y a cuestionarnos el proceso terapéutico en su globalidad.

2. Porque considerar tal posibilidad debería propiciar el que se incrementen los esfuerzos clínicos en la fase aguda del trastorno, así como las investigaciones en este momento clínico.

3. Porque el abordaje terapéutico se verá mediatizado por la anamnesis del caso en cuestión.

Siguiendo esta línea argumental, el objetivo del presente trabajo consiste en la presentación de un caso con un trastorno agorafóbico con pánico grave y crónico, de quince años de evolución profundi-

zando previamente en el concepto de cronicidad, diagnóstico, objetivos terapéuticos e intervención clínica. Para ello se realizará especial hincapié en los tres aspectos siguientes:

1. *Cronicidad del trastorno agorafóbico*: El trastorno agorafóbico crónico es una realidad clínica, poco investigada si nos atenemos a las bases de datos de artículos científicos, que obliga a una extrapolación de conceptos desde otros trastornos crónicos.

2. *Objetivos terapéuticos*: La intervención clínica está orientada hacia el "normalizar" y consolidar la capacidad de afrontamiento en el máximo número de ámbitos vitales, acentuando en la prevención de recaídas y la reducción o eliminación del tratamiento psicofarmacológico concomitante.

3. *Estrategias Tranquilizadoras Inadaptativas*: Se realizará un análisis de las estrategias ETI, así como la influencia contraterapéutica de las mismas.

Con respecto a la *cronicidad del trastorno agorafóbico*, y siendo conscientes de que el término crónico no resulta deseable por las connotaciones peyorativas y de aparente incurabilidad, deseamos hacer uso del mismo dado que la realidad clínica nos obliga. Si atendemos a la variable tiempo, y partiendo de que tanto la CIE 10 como el DSM IV jamás han definido límites temporales, quince años de evolución bajo ningún prisma podría considerarse agudo. Por otra parte, conviene matizar que existe un cierto consenso fruto del debate (Gutiérrez y cols., 1997) respecto a considerar como agudo un trastorno que perdure un periodo de tiempo en días, semanas y excepcionalmente meses, y en cambio se cataloga como crónico si hay que hacerlo en años.

Partiendo de esta premisa temporal-cuantitativa, consideraremos otra definición más cualitativa del término "enfermo mental crónico" que se orienta hacia las implicaciones de las patologías en cuestión; conviene señalar que existen múltiples definiciones y que la mayoría se han orientado hacia patologías como la esquizofrenia.

En esta línea, la definición que cuenta con más aceptación es la de Goldman y colaboradores (citado en Liberman, 1993), que definen al "enfermo mental crónico" en los términos siguientes: "personas que sufren ciertos trastornos mentales o emocionales (síndromes cerebrales orgánicos, esquizofrenia, trastornos depresi-

vos y maniaco-depresivos recurrentes, y psicosis paranoides o de otro tipo), además de otros trastornos que pueden llegar a ser crónicos y erosionan o impiden el desarrollo de sus capacidades funcionales sobre tres o más aspectos primarios de la vida cotidiana –higiene personal y auto-cuidado, autonomía, relaciones interpersonales, transacciones sociales, aprendizaje y ocio– y menoscaban o impiden el desarrollo de la propia autosuficiencia económica” (pp. 19-20).

El caso que nos ocupa padece limitaciones en más de tres aspectos de los criterios mencionados, dado que se trata de un trastorno agorafóbico “severo” y además “crónico”, tal y como se analizará en el diagnóstico inicial.

En segundo lugar, y respecto a los *objetivos terapéuticos* frente a esta patología en su forma más severa y crónica, dado que resulta poco probable su “curación”; la intervención convendría estructurarla a nivel de “paliativos”. En esta línea argumental, diversos autores (Barreto y cols., 1998; Bayés, 2001; Stjernswärd, 1990) plantean que cuando no resulta posible considerar como objetivo la curación, se debe reformular el objetivo y pensar en paliar, y el objetivo sería pues “cuidar”.

Si realizamos una extrapolación a esta patología en su forma más crónica, y partiendo de que una remisión completa al nivel de funcionamiento premórbido no es probable, el objetivo equivalente sería pues “normalizar” el máximo número de ámbitos vitales (habitat, familiar, social, laboral, lúdico y personal) con el fin de propiciar y consolidar la mayor autonomía en el menor tiempo posible, así como enfatizar en la prevención de recaídas. Esta flexibilidad terapéutica, a nuestro juicio importante, debería subyacer a la base de cualquier intervención crónica.

Metafóricamente podría ser comparable a los “programas de reducción de riesgos y daños frente al Sida”, cuyos objetivos preventivos se plantean actualmente (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1.999) a nivel de consumos de menos riesgo y sexo más seguro, frente a los objetivos iniciales que se orientaban al no consumo y al sexo seguro.

En tercer lugar, y en relación a las *estrategias tranquilizadoras inadaptativas ETI*, hay que señalar que tal patología en su forma

más crónica y severa transforma a los afectados en un cúmulo de rituales tranquilizadores. Esta realidad clínica, parte del hecho de que el ser humano frente a las situaciones cotidianas de tensión desarrolla estrategias para tranquilizarse, tales estrategias poseen un carácter adaptativo ya que se adecuan a la escasa intensidad de la emoción que las evoca y por su escasa frecuencia. En los trastornos agorafóbicos crónicos los pacientes extrapolan estas estrategias a los múltiples estímulos fóbicos y resultan inadaptativas, ya que:

- Impiden o dificultan el desarrollo de estrategias de superación y autocontrol adecuadas.
- Limitan e interfieren en la vida cotidiana en múltiples aspectos.
- Refuerzan el trastorno de base al proporcionar un cierto alivio inmediato, lo que contribuye a potenciar la probabilidad de ocurrencia futura, adoptando la forma de una función exponencial.

Frente a los trastornos agorafóbicos crónicos, y como concepto se establecen como un campo más amplio que las conductas de evitación y escape, ya que si bien estas ya serían eti se observan otras antes de la emisión de estas conductas, durante y en los afrontamientos ansiógenos (que no conllevan conductas de evitación-escape) y de pánico. En la fase aguda de este trastorno también forman parte del cuadro clínico, aunque en menor medida, lo que nos lleva a concluir que se encuentran relacionadas con la cronificación del trastorno.

Estos rituales tranquilizadores ETI merecen nuestra especial consideración por el interés *diagnóstico y contraterapéutico* que parecen poseer.

Al realizar una revisión bibliográfica al respecto, resulta interesante señalar la falta de consenso y análisis pormenorizado existente en la literatura al referirnos al mismo fenómeno. Así, algunos autores como Marks (1991) hacen alusión de forma indirecta al describir el cuadro clínico, señalando: "... en la iglesia o el restaurante suelen escoger un lugar cercano a la salida, de forma que les resulta más fácil y rápido escapar en el caso de que se presente una crisis de angustia.....un teléfono cercano es también un elemento tranquilizador..... otras estrategias frecuentemente utilizadas son, por ejem-

plo, caminar llevando en la mano un paraguas, una maleta o un carrito de la compra, andar con un periódico bajo el brazo o con una bicicleta, más por tenerla al lado que por circular en ella, y llevar un caramelo en la boca..." (pág. 56).

Otros autores, por el contrario las abordan de forma directa pero hacen especial hincapié en las conductas manifiestas tranquilizadoras. En esta línea algunos autores (Durán y cols., 1993; Echeburúa y Corral, 1995) plantean que "los mecanismos defensivos" y "las estrategias de afrontamiento" más frecuentemente utilizadas por los agorafóbicos son las siguientes:

- Conductas de evitación.
- Estrategias tranquilizadoras. Los pacientes pueden recurrir siempre al mismo trayecto, no salirse de la vista de lugares seguros (el hogar, el barrio, una manzana de casas, etc.), desplazarse en coche (y no a pie), estar en sitios cerrados siempre cerca de la salida y de un teléfono, moverse a lugares en donde está próximo un hospital o centro médico, etc.
- Búsqueda de compañía. La presencia de alguna persona familiar, el marido, una amiga o algún animal doméstico.
- Objetos contrafóbicos. La evitación de los lugares públicos puede estar a veces mitigada por algún tipo de ayuda, como llevar ciertos psicofármacos en el bolso, conducir uno mismo el coche o contar con objetos de ayuda (el carro de la compra, un coche de niño, un bastón o paraguas, un periódico, una maleta, etcétera).

En esta línea, pero considerando la inclusión de una conductas cognitiva (autoafirmaciones positivas) además de las motoras, son referenciados Barlow y Craske (1994) por Buela-Casal y cols. (2001) de la siguiente forma: "... cuando surgen las crisis de angustia, existen las siguientes posibilidades de afrontamiento:

- Evitación. Puede ser de dos formas, una es evitar situaciones específicas (situaciones agorafóbicas típicas) y la otra consiste en evitar las situaciones que pueden producir sensaciones de miedo (por ejemplo, ejercicio físico, tomar café, ver películas de terror, enfadarse, ingerir alcohol, etc.).
- Estrategias de distracción: poner música, leer algo, echarse una siesta, jugar con videojuegos, etc.

- Métodos de afrontamiento supersticiosos (por ejemplo, no salir sin las pastillas) y los objetos contrafóbicos como un teléfono móvil, su perro, un paraguas, un bolso especial, etc.
- Señales de seguridad supersticiosas:
- Medicación, frascos de medicación vacíos, comida o bebida, sales o antiácidos, bolsas de papel, símbolos religiosos, objetos diversos (linternas, dinero, paraguas, etc.), material de lectura, cigarrillos, alcohol, cintas de relajación, *autoafirmaciones positivas* o el nº de teléfono del terapeuta, animales domésticos, teléfono móvil" (pp. 79-80).

En definitiva, la literatura se nos muestra un tanto ambigua al describir el mismo fenómeno. Algunos autores las mencionan como "estrategias tranquilizadoras" o "estrategias o mecanismos defensivos", frente a otros que enfatizan más en el carácter de "afrontamiento" de las estrategias en cuestión. Si en cuanto al término nominativo se observa una ausencia de consenso, algo similar sucede al clasificar las "estrategias" dado que resultan poco coincidentes las categorías establecidas. No obstante, todas estas clasificaciones parecen coincidir en algo, a saber: todas van más allá del mero hecho de considerar "las conductas de evitación" y parecen aludir a un concepto de "estrategia" más amplio.

Los autores que suscriben el presente trabajo, consideramos que:

1. El término más correcto sería *-estrategias tranquilizadoras inadaptativas - ETI-* en función de los términos que a continuación definimos.

- *Estrategias*, porque suponen una elaboración y planificación (componente cognitivo), que puede conllevar la puesta en práctica (componente motor) de las mismas.

- *Tranquilizadoras*, dado que, efectivamente, reducen o evitan incrementar los niveles de ansiedad situacionales, al propiciar un cierto *alivio* inmediato.

- *Inadaptativas* ya que contribuyen a consolidar el trastorno de base, en la medida en que dificultan o entorpecen los afrontamientos adecuados para la superación, así como por la excesiva frecuencia en su ocurrencia.

2. La clasificación de las ETI adquiere más consistencia, solidez y claridad si se realiza desde el análisis funcional de las conductas

de afrontamiento. Desde esta perspectiva, resultan dos categorías elementales (cognitivas y motoras) que a su vez se subdividen en múltiples subcategorías.

Este enfoque introductorio, basado en los tres puntos anteriores –*cronicidad del trastorno, objetivo normalizador y ETi* - constituye la base del caso que pasaremos a describir a continuación. Previamente deseáramos incidir en el punto de partida que nos contextualiza a nivel clínico en la cronificación del trastorno, esto supone que los objetivos terapéuticos difieren de la remisión total de los síntomas, y que frente a ello se intentará la normalización del máximo ámbito posible de esferas de la paciente.

Respecto a las ETI, y valorándolas como elementos concausales de la cronificación y la inadaptación, conviene matizar que no se trata por tanto de un nuevo planteamiento que suponga una nueva técnica terapéutica. Se intentará utilizar un modelo combinado de técnicas, en el que se incluya como elemento central el abordaje y control de las eti, con el objetivo último de optimizar al máximo el conjunto de técnicas.

La selección del caso en estudio ha obedecido a:

1. A la adherencia terapéutica y a la calidad de los registros de nuestra paciente en estudio, que nos ha permitido profundizar en su patología.

2. Y porque, en palabras del profesor Echeburúa (2002) sobre la actividad investigadora en el ámbito de la psicología clínica señala: “conviene en la ciencia elegir problemas difíciles, no imposibles (Schooler, 1998)” (pág 392).

2. MÉTODO

2.1. Sujeto

L. es una mujer de 35 años que acude a consulta privada, remitida por su psiquiatra, y refiere textualmente “padecer crisis de pánico y un trastorno agorafóbico de 15 años de evolución”.

Ha realizado varios tratamientos anteriores psiquiátricos y psicológicos, pero expresa haber mantenido un “escaso nivel de implica-

ción”, frente a las intervenciones clínicas de los ocho profesionales que la habían asistido con anterioridad. Manifiesta que en la actualidad desea “curarse”, dado que en el embarazo y parto reciente, vivenció uno de los peores momentos de su vida al serle retirado el tratamiento psicofarmacológico.

Está casada, con un hijo, y tienen la vivienda en el edificio de sus padres en el piso superior. Trabaja como administrativa en un centro oficial. Es la segunda de siete hermanos, y describe a su padre como una persona autoritaria, frente a su madre que la percibe como “perfecta”.

Respecto a la etiología del trastorno refiere ubicarla en la universidad, cuando estudiaba el primer curso de una carrera y tuvo que repetir. El segundo año académico, yendo en guagua (autobús) a la universidad a hacer un examen, debuta con su primera crisis de pánico.

A partir de aquí las crisis se suceden y abandona temporalmente la facultad, padeciendo lo que refiere como “una depresión” que la llevó a encamarse y a perder el apetito. Su familia la lleva a Madrid donde inicia un tratamiento psiquiátrico con el que refiere haber mejorado inicialmente de su “depresión”. A partir de aquí, se suceden los tratamientos psiquiátricos y psicológicos.

El siguiente año académico, conjuga la universidad por las tardes y comienza a trabajar por las mañanas, con su padre en el despacho de este. Los escasos resultados académicos y la presión familiar por los mismos la llevan a buscar otro trabajo, comenzando el siguiente año académico a trabajar como secretaria de alto cargo. Para L. este nuevo trabajo, puesto de confianza, le supone una jornada laboral sin horarios que se añade a su dificultad para “decir no”. En consecuencia abandona definitivamente la universidad, y el estrés laboral favorece el incremento de las crisis de pánico y del trastorno agorafóbico, según refiere L.

En esa época manifiesta haberse sentido mal, con frecuentes crisis de pánico, pero pese a ello incrementa su ritmo laboral. Cambia el alto cargo para el que trabajaba y continua su empeoramiento, agravándose por el hecho de quedarse embarazada y padecer una interrupción involuntaria del embarazo.

Frente a su patología, la paciente refiere que ha ido empeorando con el paso de los años y que cada año se incrementaban las

conductas evitativas, las fobias y las crisis de pánico. Señala también que desde que se inició en el mundo laboral *utiliza estrategias para minimizar su agorafobia, como llamar para que la vengan a recoger, estar siempre acompañada, e irlo diciendo a compañeros de trabajo por si tuviera que abandonar su puesto laboral por una crisis de pánico.*

En febrero de 1999, sufre su primera baja laboral por su empeoramiento, cambia el tratamiento psiquiátrico y mejora. A continuación descubre que está embarazada, lo que supone nuevos cambios y reducciones en el tratamiento, refiriendo haberse sentido “perdidamente agorafóbica” a lo largo del embarazo y el parto. Tras el parto, se incorpora al trabajo en marzo de 2000 retoma el tratamiento psiquiátrico, y mejora levemente aunque refiere además padecer una gran ansiedad frente a la comida que le llevó al sobrepeso de 80 Kg. Cambia de profesional y acude a otra psiquiatra que le cambia el tratamiento, y nos la deriva.

Respecto a su situación actual frente al trastorno agorafóbico nos la resume de la siguiente forma:

- *“Soy capaz de ir a al trabajo acompañada por mi marido, que espera a que llegue una compañera con la que poder subir al trabajo. Al concluir me espera abajo, y no bajo con mi compañera hasta que por el móvil no me cerciuro de que está en la puerta. Dentro del trabajo no me puedo alejar de tres compañeras que conocen mi fobia, me acompañan al baño, a la cafetería y a cualquier departamento en el edificio y nunca me dejan sola.*

- *Acompañada por mi marido, madre o padre soy capaz de moverme esporádicamente por la ciudad en distancias cortas y en coche, no caminando y por un motivo importante (médicos...).*

- *No puedo: llevar a mi hijo a la guardería (a cinco minutos de mi casa), salir, quedar con nadie, ir de compras, desplazarme por la ciudad, ir a fiestas, viajar, ir a cines, participar en las reuniones familiares, playas, campo, alejarme de la ciudad, estar en sitios con mucha gente, ir a la peluquería....ni a nada, sólo lo que es vital.*

- *En mi casa solo permanezco sola segundos o minutos (pocos y casi nunca), y sabiendo que mis padres están en la planta baja.”*

Se describirá el período de intervención desde el 9 de Octubre de 2000 hasta el 31 de mayo de 2002, que se corresponde con un

año y ocho meses de tratamiento combinado. El número sesiones ha sido de 34, con una periodicidad semanal inicialmente, luego quincenalmente y a posteriori cada tres semanas. Durante dos meses del tratamiento (septiembre y octubre de 2001) la paciente no realizó registros, y por tanto carecemos de los datos escritos correspondientes a estos dos meses, no obstante no se desvinculó de la terapia y realizó los ejercicios acordados en las sesiones de estos meses.

En junio de 2002, embarazada de cuatro meses, ha realizado un abandono terapéutico.

2.2. Evaluación

La paciente acude a consulta a los dos meses de un cambio de tratamiento, y con el tratamiento psiquiátrico siguiente:

- un antidepresivo tricíclico (clomipramina 150 mg./día).
- un inhibidor selectivo de la recaptación de la serotonina (fluoxetina 40 mg./día).
- una benzodiacepina (clonazepato dipotásico 30 mg./día).

La evaluación psicológica inicial fue realizada con los datos acumulativos de las entrevistas de tres sesiones, complementada por los siguientes cuestionarios y registros, y completada en las sesiones sucesivas.

a. Cuestionarios con resultados significativos:

- Inventario de agorafobia (Echeburúa y Corral, 1992).
- BDI: Inventario de Depresión (Beck y cols., 1961).

b. Registros:

- Autoregistros frente a sus peores crisis de pánico (pasadas y actuales).
- Autoregistros frente a los afrontamientos ansiógenos (véase anexo 1).
- Autoregistros frente a las conductas de evitación y escape.
- Listado de conductas de evitación.

Los resultados de la evaluación psicológica inicial nos muestran los resultados siguientes:

2.3. Psicodiagnóstico

• *Diagnóstico principal:*

- Agorafobia con Trastorno de pánico grave (CIE 10 F 40. 01)
 - Grado de evitación máximo, en soledad.
 - Más de cuatro ataques de pánico por semana, en las últimas cuatro semanas.
- Agorafobia con crisis de angustia grave (DSM III-R 300.21)
- Trastorno de angustia con agorafobia (DSM IV 300. 21)

Resulta destacable el resultado obtenido por la paciente frente al cuestionario de agorafobia (Pre-test) de Echeburúa y Corral, que nos permite acceder a una evaluación cuantitativa del trastorno.

1. Subescalas motoras:

- En soledad:	156	(160)
- Acompañada:	69	(160)
- Ambas:	225	(320)

2. Subescala psicofisiológica: 115 (200)

3. Subescala cognitiva: 34 (65)

Total en ambas escalas (en soledad y acompañada): 374 (585)

Total en la escala en soledad: 305, punto de corte propuesto 176.

Los valores numéricos entre paréntesis (x) se corresponden con las posibles puntuaciones máximas en las escalas, aquí y en el resto del texto.

• *Diagnóstico secundario:*

- Fobias específicas (CIE 10 F 40.2 y DSM IV 300.29):
 - acrofobia.
 - hematofobia.
- Distimia (CIE 10, F 34.1)
- Trastorno distímico (DSM IV, 300.4)

Resultados del inventario de Depresión, BDI (Beck): 21, lo que supone un t. depresivo moderado.

Basándonos en los datos anteriores podemos concluir que el caso que nos ocupa padece un “trastorno agorafóbico severo con pánico que presenta comorbilidad con un trastorno depresivo”. Esta comorbilidad sitúa a nuestro caso entre los pacientes con un trastorno agorafóbico que poseen peor pronóstico (Ayuso, 1996; Kessler, 1998) y un mayor riesgo suicida (A. P. A., 1998; A.P.A., 2000).

2.4. Análisis funcional y conductas problema

Véase anexo 2.

2.5. Estrategias tranquilizadoras inadaptativas

Las estrategias inadaptativas iniciales de la paciente se han obtenido desde diversas fuentes (que se especificarán a continuación), y en diferentes momentos terapéuticos, lo que nos ha permitido obtener los dos siguientes resultados evaluativos:

Evaluación cuantitativa

Se ha obtenido de dos partes del inventario de agorafobia de Echeburúa y Corral, la subescala motora (total 1: 225) ya que evalúa conductas de evitación y de un ítem que evalúa elementos tranquilizadores (total 2: 13), y cuyas respuestas se transcriben a continuación:

- La compañía de su pareja.
- La presencia de su perro.
- Llevar consigo algún objeto: alprazolam y rosario.
- El pensar en otra cosa y estar distraído.
- La compañía de un(a) amigo(a).
- La hora del día: las mañanas
- Tomar pastillas: alprazolam y clorazepato dipotásico.
- La proximidad de un “lugar seguro”: Mi casa, puertas y coche.

- En el caso de trasladarse, hacerlo en coche.

Total 1: 225 (320)

Total 2= 13 (12)*

Total 1+2 (pre-test) = 238 (332)

(12)*: este valor posee un sesgo a la baja ya que solo son cuantificados los items cerrados que son 12.

Evaluación Cualitativa

Se ha obtenido partiendo de las sesiones clínicas (tres entrevistas), los autoregistros y del listado de conductas de evitación. Una vez obtenidas, han sido clasificadas del siguiente modo y por niveles conductuales:

Cognitivas

1. Pensar en aproximarse a sus referentes de seguridad espaciales (casa, coche)
2. Pensar en aproximarse a referentes de seguridad de personas (madre, pareja, 3 compañeras de trabajo, psiquiatra y psicóloga)
3. Planificar enganchar un referente de seguridad con otro (personas)
4. Estrategias de autoengaño (imaginar que hay alguien en el edificio).
5. Planificación de tareas distractoras (trabajar, conversar).
6. Ejecución de tareas distractoras (contar hacia atrás, pensar en otros baños, pensar en otras cosas).
7. Planificar conductas de escape (casa de su madre, pedir que la lleven a su casa, posibilidad de taxi).
8. Planificar conductas de evitación (pensar en excusas para evitar los estímulos fóbicos).

Motoras

1. Conductas de evitación y escape (acompañada y sola).
2. Localización ocular de personas de referencia de seguridad (pareja, madre, 3 compañeras trabajo, psiquiatra y psicóloga).

3. Localización ocular y permanencia en lugares de seguridad: su casa, coche y puertas.
4. Localización telefónica de personas referentes de seguridad (pareja, madre, 3 compañeras trabajo)
5. Localización espacial por proximidad (vivir en el piso de encima de sus padres).
6. Presencia de objetos contrafóbicos: teléfono, psicofármacos (alprazolam y clorazepato dipotásico) y un objeto religioso (rosario).
7. Conductas comprobatorias (ruidos en casa de sus padres o vecinos).
8. La hora del día: las mañanas.
9. Tipo de día: días de fiesta.
10. Tipo de Transporte (realizar los traslados en coche).
11. Ingestas (agua y abuso de ciertos alimentos).
12. La compañía de amigos (no referentes de seguridad).
13. Ejecutar tareas distractoras (conversar, trabajar, hacer registros, comprar e ir a un bar).
14. Permanecer en lugares de seguridad: su casa y coche.
15. Proximidad espacial (sentarse cerca de la puerta de salida en cines, teatros...)
16. La presencia de su perro.
17. Aprisionar a su pareja.

2.6. Objetivos Terapéuticos

A raíz de lo comentado en la introducción, se plantearon los objetivos terapéuticos atendiendo al diagnóstico y a las especificidades propias del caso. En consecuencia, nos planteamos como objetivo general normalizar el máximo número posible de ámbitos vitales, en el menor tiempo posible e ir reduciendo paralelamente el tratamiento psicofarmacológico (interconsulta). Los objetivos específicos se establecieron desde las conductas problemas (véase anexo 3), y fueron contrastados con la paciente, que además nos proporcionó información relevante respecto a sus prioridades. Nuestra paciente solicitó prioritariamente la superación acompañada, y en soledad su

entorno inmediato (casa, barrio doméstico y laboral), este hecho nos incitó a iniciar la normalización terapéutica en estos ámbitos y en ese orden.

2.7. Tratamiento

Tratamiento Combinado

Dadas las características de la paciente objeto de este trabajo de investigación, y muy especialmente el hecho de que llevara ingiriendo psicofármacos durante los últimos quince años, el tratamiento elegido pasaba necesariamente por un Tratamiento Combinado. Por otra parte, y teniendo en cuenta la cronicidad del trastorno que nos ocupa, resulta razonable acogernos a las líneas de investigación recientes que señalan el efecto potenciador de los tratamientos combinados -terapia cognitivo-conductual y psicofármacos- en diferentes cuadros clínicos (Bobes y cols., 2001; Bousoño y cols., 2002; Echeburúa y Becoña, 2000; Echeburúa y cols., 1998; Sharp y cols., 1996, Stahl, 1998). Los fármacos pueden actuar sobre la reducción de síntomas; los tratamientos psicológicos sobre el aumento de competencias (Echeburúa y Corral, 2001; Jarne y Talarn, 2.000). Por ende, y considerando la gravedad del caso que nos ocupa, la terapia combinada puede resultar especialmente útil en los pacientes con agorafobia grave (Sáiz y cols., 2001).

Tratamiento Psiquiátrico

El tratamiento psicofarmacológico que se le había pautado a la paciente, y con el que se inició el tratamiento psicológico, y en las dosis diarias descritas entre paréntesis, se correspondía con:

- un antidepresivo tricíclico (clomipramina, 150 mg./día).
- un inhibidor selectivo de la recaptación de la serotonina (fluoxetina, 40 mg./día).
- una benzodiacepina (clorazepato dipotásico, 30 mg./día).

Se establecieron reducciones graduales paralelas, en función de los avances en el tratamiento psicológico, evaluando que las dosis de clomipramina permanecieran en ventanas terapéuticas.

Tratamiento Psicológico

La elección del tratamiento psicológico fue realizada teniendo en cuenta dos aspectos. Por un lado se eligieron aquellos tratamientos que han mostrado una mayor eficacia en el tratamiento de la agorafobia (task force). Por otra parte, se preguntó a la paciente por el tipo de tratamientos psicológicos anteriores recibidos, descartando tales opciones puesto que habían perdido la virtualidad de ser eficientes con la paciente.

Optándose por el tratamiento psicológico siguiente, y en el orden cronológico que figura:

1. Componente educativo

Se dedicó una sesión para proveer información inicial a la paciente acerca de su problema, explicando los niveles de respuesta del comportamiento humano –siguiendo el esquema de análisis funcional- y adaptándolo tanto a su trastorno agorafóbico como frente al trastorno de pánico (Clark y Salkovskis, 1996; Roca y Roca, 1999). Con el objetivo de profundizar en la importancia del componente cognitivo, se recomendó la lectura de un libro de autoayuda complementario a la sesión (Gaja, 1996).

2. Entrenamiento en relajación y respiración

Teniendo en cuenta que la paciente contaba con estos dos entrenamientos por parte de un terapeuta anterior, se comprobó que frente a la relajación sentía un gran rechazo que nos obligó a prescindir de esta técnica, no sucediendo lo mismo con los ejercicios de respiración dado que poseía un adecuado entrenamiento y enganche terapéutico. Se proporcionó información del mecanismo fisiológico subyacente, y se sugirió hacer uso de la respiración lenta frente a las respuestas de hiperventilación, así como practicar dos veces al día durante 10 minutos.

3. Técnica de Control Cognitivo: Reestructuración Cognitiva (RC)

La selección de la técnica cognitiva estuvo mediatizada por las técnicas “quemadas” por otros terapeutas, lo que nos dejaba poco

margen de intervención optando por la reestructuración cognitiva (Bados y cols., 2002; Barlow y cols., 1989; Beck, 1988; Beck y cols., 1985; Carrasco, 1993; Cía, 2000; Craske y cols., 1991; Gould y cols., 1995; Méndez y cols., 2001; Serrat, 1988). Los registros aportados por la paciente nos mostraron unos esquemas de funcionamiento cognitivo inadecuados –distorsionados–, frente a los estímulos fóbicos, las respuestas ansiosas y de pánico, y al abordaje de cualquier situación de vida cotidiana. Lo que parecía indicar que se había producido un proceso de generalización cognitiva, de tal modo que los pensamientos catastrofistas se extendían más allá de los estímulos fóbicos. Por ello, y aprovechando esta coyuntura nos planteamos iniciar el entrenamiento en el control cognitivo desde ámbitos de vida cotidiana, para posteriormente incluir su uso de forma paralela frente a los estímulos fóbicos y a las sensaciones ansiógenas. Este entrenamiento supuso 3 sesiones, así como un tiempo de cada sesión posterior y de seguimiento, para comprobar y reforzar la realización adecuada de los ejercicios de control cognitivo. Los registros recogían el modo en que había sido utilizada la reestructuración cognitiva durante los afrontamientos fóbicos y en aspectos de vida cotidiana.

4. Técnica de Control de las Conductas de Evitación y Escape: Exposición en Vivo (ev) frente a los estímulos externos e internos y Jerarquía Ascendente

Frente a los trastornos fóbicos, y por ende frente a los trastornos agorafóbicos la técnica “reina” por su efectividad es la exposición en vivo (Echeburúa y Corral, 1995; Emmelkamp, 1979; Emmelkamp y Kuipers, 1985; Marks, 1987; Marks y O’Sullivan, 1996) sólo cuestionada por las modernas exposiciones a realidad virtual (Botella y cols., 2000; North y cols., 1996), que requieren unas tecnologías no disponibles para los autores del presente trabajo.

La fase expositiva se inició tras el entrenamiento en técnicas de control cognitivo, con el objetivo de que la paciente dispusiera de tal recurso al realizar las exposiciones en vivo. Se establecieron dos jerarquías de estímulos fóbicos, una en compañía y otra en soledad (autoexposición). Las primeras exposiciones en vivo se realizaron en compañía (a partir del mes de noviembre de 2000), y en los entornos

cercanos a su casa, ya que la jerarquía establecida con la paciente planteaba como primer ítem su casa, y a partir de esta el distanciamiento de la misma.

Se solicitó que el tiempo de cada práctica expositiva girara en torno a las dos horas, y que fueran realizadas a diario. Las autoexposiciones en vivo se iniciaron posteriormente (a partir del mes de marzo de 2001), contando con el beneficio terapéutico de los logros obtenidos “en compañía”, que facilitaron este segundo tipo de afrontamientos. Los registros de “mejorías”, en ambas modalidades, evaluaban los afrontamientos realizados y las unidades subjetivas de ansiedad (usas).

5. Entrenamiento en detección y minimización de las Estrategias Tranquilizadoras Inadaptativas ETI.

Teniendo en cuenta que en la fase inicial (diagnóstico) del proceso terapéutico el nivel evitativo era máximo, y por tanto se emitían pocas conductas de afrontamiento, las eti cualitativas y cuantitativas asociadas diagnosticadas eran mínimas a excepción de las conductas de evitación y escape, y las descritas inicialmente.

Al iniciar la terapia expositiva –y desde la experiencia clínica de otros casos- comienzan a aparecer múltiples estrategias no diagnosticadas. En este y otros casos, los terapeutas que suscribimos el presente trabajo de investigación, observamos en este momento terapéutico un fenómeno similar al de “un mago que comienza a sacar de su chistera objetos interminables”.

Dadas las características de las eti, se entrenó a la paciente en la detección (durante dos sesiones) de las eti motoras y cognitivas asociadas a las primeras exposiciones (ev) frente a cada ítem de la jerarquía, y se incitó a la eliminación gradual de las mismas.

Para ello se hizo hincapié en la diferencia entre una estrategia tranquilizadora (et) y una estrategia tranquilizadora inadaptativa (ETI). Se aludió a que las primeras son mecanismos de defensa válidos frente a emociones de tensión o de sobrecarga cotidianas, mientras que las segundas (inadaptativas) se encuentran asociadas a los estímulos fóbicos y a las sensaciones ansiógenas o de pánico, e impiden el aprendizaje de estrategias de superación.

El diagnóstico de las eti durante el proceso terapéutico fue realizado desde:

- Registros de reestructuraciones cognitivas.
- Registros de autoexposiciones en vivo.
- Registros de mejorías.
- Verbalizaciones en las sesiones.

No obstante, dónde con diferencia mejor se detectan las eti es en los registros de las reestructuraciones cognitivas y en las verbalizaciones de la paciente durante las sesiones.

Se planteó como criterio clínico la utilización “permitida” de las eti en las primeras exposiciones (ev) frente a cada ítem de la jerarquía, para a continuación abordar cada ítem sin eti asociadas, tanto a nivel motor como cognitivo. Se solicitó además que, antes de pasar al siguiente ítem de la jerarquía, se tendría que tener superado el anterior sin eti. El abordaje minimizador de las eti se realizó tanto a nivel motor como cognitivo, y en este último caso se solicitó su inclusión en la reestructuración cognitiva, considerando cualquier eti cognitiva como un pensamiento a reestructurar.

A otros niveles vitales se sugirió minimizar su uso transitoriamente, a excepción de aquellas situaciones vitales en las que su utilización permitiera un beneficio importante para la persona (p. e. en la realización de una resonancia magnética, angiografía, scanner y angiografía cerebral).

Frente a la paciente se utilizaron los términos “trampas en los afrontamientos” y “comodines”, en alusión a la carta del juego del poker; por considerar que tales términos facilitarían su comprensión y resultarían menos técnicos.

Respecto a las eti deseamos destacar que los clínicos (desde la autocrítica de la primera autora) habitualmente estudiamos las conductas problema en la fase diagnóstica de los casos. Las eti, y frente a esta patología en su forma más severa, nos obligan a analizar dentro de las conductas de afrontamiento las conductas problema asociadas a las mismas. Se nos muestran como “restos fóbicos adheridos a las conductas de superación”.

Para comprender mejor este concepto lo ilustraremos con un ejemplo en nuestro caso en estudio. Cuando realizaba las exposiciones en vivo en un centro comercial sola y durante las primeras

exposiciones, se observó en los registros de las reestructuraciones cognitivas que le tranquilizaba pensar que la madre de una de sus compañeras de trabajo poseía un establecimiento en tal centro "por si tuviera una crisis de pánico podría ir allí y esta avisaría a su hija". Si atendemos al comportamiento manifiesto exclusivamente podríamos pensar que en la medida en que acude al centro comercial con unas usas bajas ya ha superado este ítem de la jerarquía, pero en la medida en que hace uso de esta estrategia (eti cogn. nº 12, en los resultados) resulta poco adaptativo.

Por ello se solicitó a la paciente continuar con las exposiciones hasta que fuera capaz de acudir al centro sin este tipo de estrategia y distanciándose del establecimiento en cuestión (eti mot. nº 5, en los resultados).

Cuando el proceso terapéutico avanzaba, la paciente fue adquiriendo un buen entrenamiento en detección y minimización de las eti, hasta el punto de plantear en una sesión "mis primeros viajes en taxi los hice con una trampa y es que me puse a hablar con los taxistas, pero he decidido que para superarlo antes y bien, voy a intentar al salir hoy de la consulta volver a mi casa en taxi sin hablar con quien me lleve". Esta verbalización de la paciente denota que ya es capaz de reconocer sus eti y ha aprendido a minimizarlas, lo que a nuestro entender resulta crucial ya que está adquiriendo un aprendizaje adecuado.

A nivel paradójico comentar que en una de las sesiones, y estando la terapia avanzada, planteó como duda de si era una eti o no lo que sigue: "estaba en mi casa con mi hijo que estaba insostenible, y me fui sobrecargando con lo que me planteé sacarlo a la calle a pasear. Así lo hice, pero cuando en el parque me sentí mejor me cuestioné si sería una de mis trampas lo que había hecho y dudé, pero luego pensé que no debía serlo porque era la primera vez que tenía ganas de ir a la calle en los últimos quince años, desde que no tenía agorafobia".

Este planteamiento fue aprovechado en sesión para incidir en la diferencia entre una et y una eti, explicando de nuevo que las estrategias tranquilizadoras son mecanismos adaptativos frente a este tipo de situaciones y emociones cotidianas ("sobrecarga"), pero que no resultan adaptativas frente a los estímulos fóbicos ni frente a las sensaciones ansiógenas.

6. Entrenamiento en Resolución de Problemas y Conflictos.

Teniendo en cuenta las dificultades planteadas por la paciente a la hora de abordar los problemas y conflictos, se dedicó una sesión al entrenamiento de estas habilidades (Gavino, 1997; McKay y cols., 1981). A lo largo de todo el proceso terapéutico, se incitó a la paciente a poner en practica esta estrategia frente a cualquier problema acontecido.

7. Entrenamiento en Habilidades Sociales.

Se entrenó a la paciente frente a las siguientes conductas sociales (Bados, 2001; Costa y López, 1991) deficitarias:

- Pedir favores.
- Decir no.
- Expresión de emociones adversas.
- Expresión de opiniones contrarias.

Teniendo en cuenta que la paciente poseía un buen repertorio de habilidades sociales, el entrenamiento en estas deficitarias resultó relativamente sencillo. Se dedicaron dos sesiones a estos entrenamientos.

8. Seguimiento y Prevención de Recaídas.

Dada la cronicidad del trastorno este momento terapéutico resulta crucial, desde nuestro punto de vista. Las sesiones se estructuraban analizando en primer lugar y en los registros los logros alcanzados desde la sesión anterior y reforzándolos, para a continuación analizar las dificultades acontecidas (afrontamientos difíciles, eti utilizadas-superadas...) y aportar pautas de actuación. Además, se le solicitaba esporádicamente a la paciente que se provoque sensaciones temidas (Botella y Ballester, 1997; Buena-Casal, y cols., 2001; Pastor y Sevilla, 1998; Roca, 2001), realizando ciertos ejercicios (vg. ingestas excesivas de café, ejercicios de hiperventilación...) con el objetivo de que practicara las estrategias aprendidas y comprobara su utilidad. Se concluían las sesiones delimitando los objetivos a alcanzar, así como los ejercicios y registros a realizar hasta la próxima sesión.

3. RESULTADOS

Psiquiátricos

Tras varias reducciones graduales, al cabo de 20 meses se le ha retirado totalmente el tratamiento psiquiátrico. Las dosis de clomipramina permanecieron siempre en la ventana terapéutica.

Psicoterapia

Podemos considerar que tras el periodo de intervención se han producido mejorías clínicamente significativas, tanto cualitativas como cuantitativas.

Resultados cuantitativos

Además del análisis clínico de los resultados en el tratamiento con la paciente, se llevaron a cabo una serie de análisis cuantitativos con los datos obtenidos en la evaluación inicial y los datos a los veinte meses de tratamiento y seguimiento.

Para llevar a cabo los contrastes estadísticos, dado que se trata de un solo sujeto, se tuvo que invertir la matriz de tal forma que los 'sujetos' pasaron a ser el número de ítems de cada prueba, por lo que los promedios obtenidos son la media resultante del sumatorio de las puntuaciones de los ítems de cada prueba dividido por el número de ellos.

Las pruebas contrastadas fueron el BDI, y las subescalas del inventario de agorafobia de Echeburúa y Corral (1992). Salvo en dos casos, el estadístico utilizado fue el contraste de medias t de Student para muestras relacionadas.

En el caso de la subescala de respuestas motoras de miedo al transporte público (evitación sola y evitación acompañada), dado que sólo incluía cuatro ítems, se realizó un contraste no paramétrico T de Wilcoxon. Los datos se contrastaron entre la puntuación previa en cada ítem antes y después de la intervención. Los resultados se muestran en la tabla que sigue.

Tabla 1.- Contrastes de media t de Student para muestras relacionadas antes y después de la intervención psicológica para las puntuaciones en depresión (BDI, Beck) y en agorafobia en las distintas subescalas del inventario de agorafobia (IA, Echeburúa y Corral) en una paciente con agorafobia crónica¹.

Variable	Nº ítems (rango)	M pre	D.T.	M post	D.T.	gl	T
BDI	21 (0-3)	0,91	0,99	0,48	0,75	20	2,12*
Lugares públicos (acompañada)	11 (0-5)	2,73	1,74	0,00	0,00	10	5,21***
Lugares públicos (sola)	11 (0-5)	5,00	0,00	2,36	1,36	10	6,42***
Situaciones (acompañada)	17 (0-5)	1,94	1,20	0,00	0,00	16	6,68***
Situaciones (sola)	17 (0-5)	4,76	0,66	2,00	1,12	16	8,77***
Frecuencia de sensaciones ansiógenas	20 (0-5)	2,40	1,39	2,90	1,89	19	-1,56
Grado de temor a sensaciones ansiógenas	20 (0-5)	3,35	1,35	2,15	1,75	19	4,86***
Ideación negativa	13 (0-5)	2,62	2,06	2,69	1,49	12	-0,18

* p ≤ 0,05; ** p ≤ 0,01; *** p ≤ 0,001.

M pre = puntuación media antes de iniciarse el tratamiento; M post = puntuación media después del tratamiento y seguimiento; D.T. = desviación típica; gl = grados de libertad; t = t de Student; BDI = Inventario de Depresión de Beck.

¹ Se ha invertido la matriz de datos para posibilitar los contrastes estadísticos, por lo que los resultados promedios se ofrecen por ítems y no por la puntuación total.

Entrando a comentar los resultados, en primer lugar las puntuaciones en los distintos ítems del BDI disminuyeron significativamente. Hay que recordar que se partía de una puntuación clínicamente significativa (21), disminuyéndose hasta un nivel de disforia (puntuación de 12). El contraste estadístico nos indica ahora que, además de la disminución clínicamente significativa en el nivel de depresión, también se observa una disminución estadísticamente significativa.

En segundo lugar, y con respecto a la agorafobia si contrastamos la puntuación pre-test de 374 (valor que supone un 64% en la escala) con la puntuación pos-test de 211 (que se corresponde a un 36%), podemos concluir una mejoría clínicamente significativa al superar el 50% del global en la escala. Considerando la escala en soledad (la más fobógena), cuyos valores iniciales se correspondían con una puntuación pre-test de 305 (73,5 % de agorafobia en la escala), se produce una mejoría que ubica el resultado pos-test en 211 (que supone un 50, 8 % en la escala). Estos resultados nos muestran una mejoría del 22, 7 % en la escala que, por un lado nos llevan a no considerarlas clínicamente significativas (por un 1,8%), y por otro lado ya que el punto de corte en soledad se establece en 176 frente a nuestro 211, no podemos concluir que la paciente se encuentre curada. La diferencia entre estos dos últimos valores ($211 - 176 = 35$) no obtenida, ratifica el planteamiento inicial de *cronicidad*.

Con respecto a las puntuaciones obtenidas en las distintas subescalas sobre la agorafobia en la modalidad sola, hay que indicar previamente que para la exposición a medios de transportes, dado que estaba compuesto por sólo cuatro ítems, se llevó a cabo un contraste no paramétrico T de Wilcoxon.

Las puntuaciones z obtenidas fueron de 1,89 para el afrontamiento acompañada y de 1,63 para el afrontamiento de medios de transportes sola. En el primer caso, la probabilidad asociada fue de $p = 0,05$, sin embargo, el afrontamiento en soledad frente a la subescala medios de transporte no alcanzó significación estadística.

Frente a estos resultados conviene matizar que en Tenerife no hay trenes (ítem 2), el acceso a los aviones (ítem 3) es limitado, el coche (ítem 4, y el único que mejora significativamente) y los autobuses (ítem 1) se situaban en los últimos ítems de la jerarquía de

prioridades para nuestro caso, que realizó el abandono terapéutico superando los afrontamientos en soledad por la ciudad en taxi.

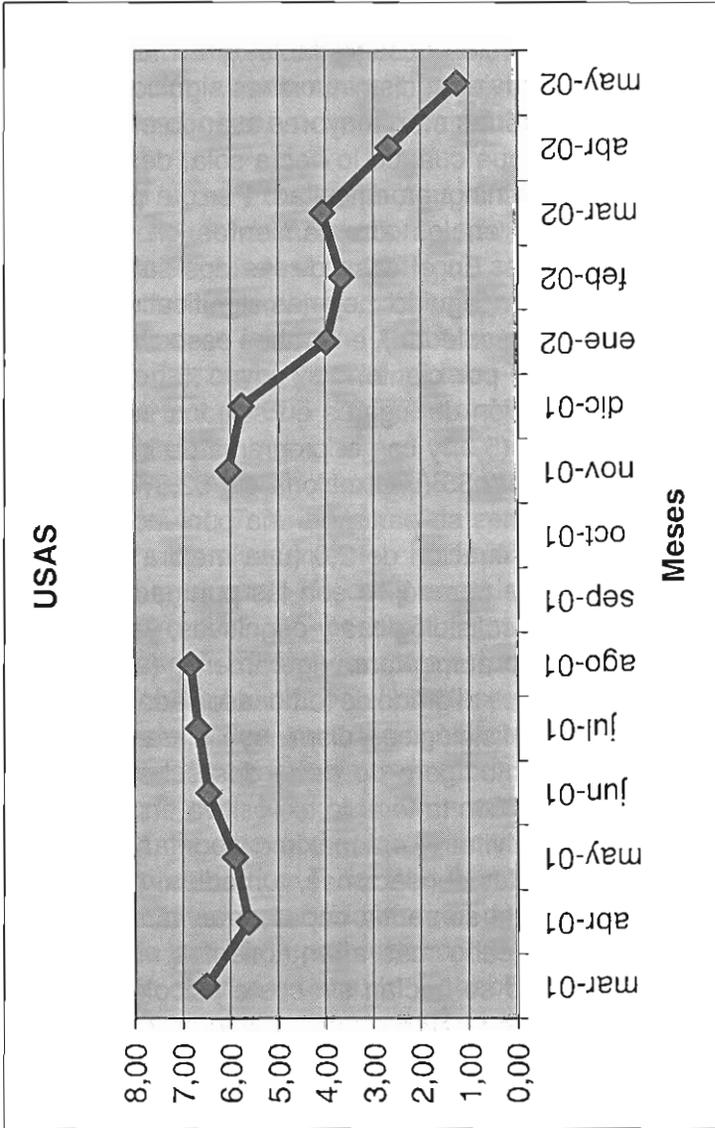
Así entonces, sólo en tres de las subescalas en soledad no se alcanzó dicha significación (medios de transportes sola, frecuencia de las sensaciones corporales desagradables y en la ideación negativa), en el resto se obtuvieron disminuciones significativas. Como era de esperar, estas mejorías eran mayores cuando el afrontamiento lo hacía acompañada que cuando lo hacía sola, destacando que acompañada no presenta ninguna dificultad. Pero, a pesar de ello, los cambios observados en los afrontamientos en soledad son especialmente apreciables. En el caso de las dos subescalas motoras en las que se han conseguido mejorías significativas (evitación de lugares y situaciones en soledad), en ambos casos la disminución ha superado el cincuenta por ciento.

En el caso de la evitación de lugares en soledad se partía de la puntuación media máxima (5,0) y con el programa de intervención se alcanzó una puntuación de 2,36 (una mejoría del 52,8%). En el caso de la evitación de situaciones se partía de una puntuación media de 4,76 y se alcanzó una puntuación de 2,0 (una mejora del 57,98%).

Un dato aparentemente paradójico son las puntuaciones obtenidas en las subescalas psicofisiológicas y cognitivas, ya que no sólo no disminuyeron, sino que aumentaron ligeramente (aunque no de manera significativa), aunque el grado de temor asociado a la aparición de esas respuestas psicofisiológicas disminuyó claramente.

Con respecto al aumento ligero de estas dos subescalas consideramos que se relaciona con la terapia expositiva en sí misma, en la medida pre-test el nivel evitativo era máximo y por tanto la paciente apenas experimentaba estas sensaciones, a medida que la terapia iba progresando la paciente se sentía capaz de evitar menos situaciones fóbicas y llevar a cabo más afrontamientos.

Esos afrontamientos no se hacían sin coste psicológico, ya que por un lado quince años de trastorno agorafóbico no se olvidan con facilidad, y por otra parte la paciente experimentaba cogniciones anticipatorias, amagos y/o las sensaciones desagradables que acompañaban a la reacción fóbica (no sólo sensaciones ansiógenas, sino la ideación catastrofista que puede acompañar a la conducta expositiva) que minimizaba con la reestructuración cognitiva.



Gráfica 1: Evolución de las usas en los afrontamientos "en soledad".

En consecuencia, lo que sí parece que ocurre es que la paciente ya no valora con el mismo temor esas sensaciones e ideaciones y las integra como parte de su comportamiento adaptativo. Este dato se puede observar en la correlación obtenida entre el sumatorio de los afrontamientos mes a mes y la ansiedad experimentada (unidades subjetivas de ansiedad): la r_{xy} fue de $-0,75$ ($p = 0,01$), lo que indica que la paciente tiende a hacer más afrontamientos y cuantos más hace, menor ansiedad experimenta tal y como se muestra en la gráfica 1.

Respecto a las *estrategias tranquilizadoras inadaptativas*, los resultados cuantitativos de la paciente que habían sido obtenidos de dos partes del inventario de agorafobia de Echeburúa y Corral, la subescala motora (total 1) y de un ítem que evalúa elementos tranquilizadores (total 2), se han obtenido los siguientes resultados de contraste:

Evaluación pre-test:

Total 1= 225 (320) Total 2= 13 (12)* Total 1+2 = 238 (332)

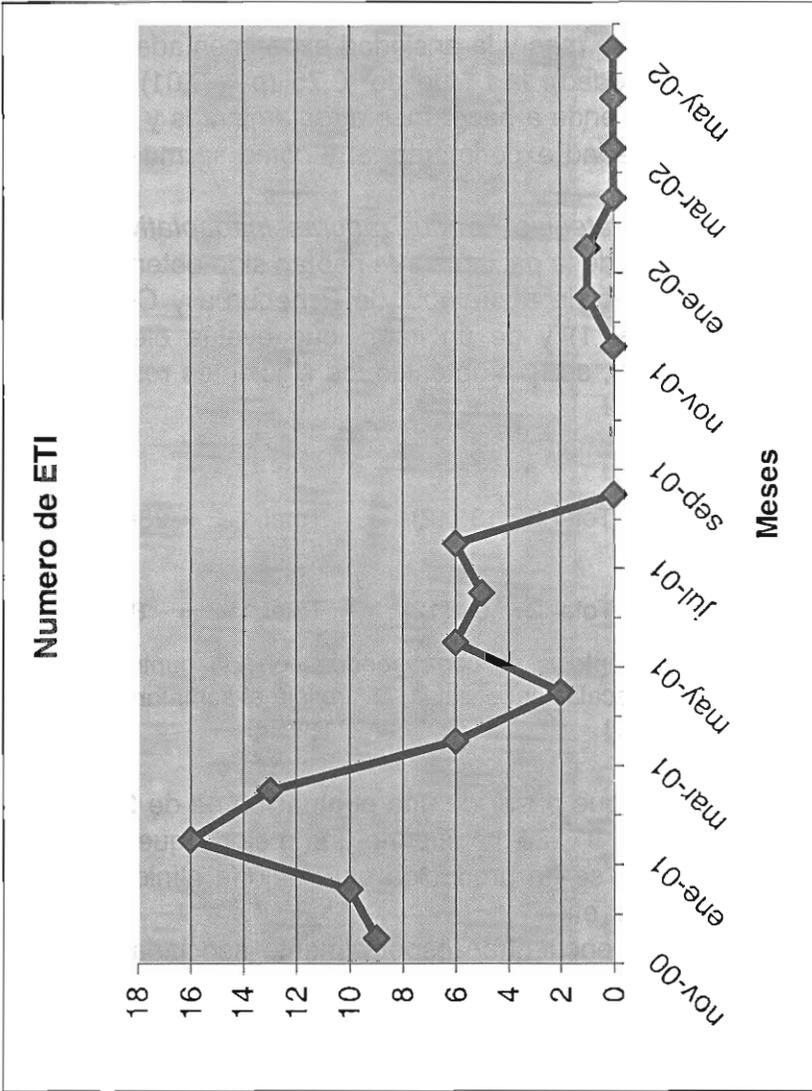
Evaluación pos-test:

Total 1= 75 (320) Total 2= 6 (12)* Total 1+2 = 81 (332)

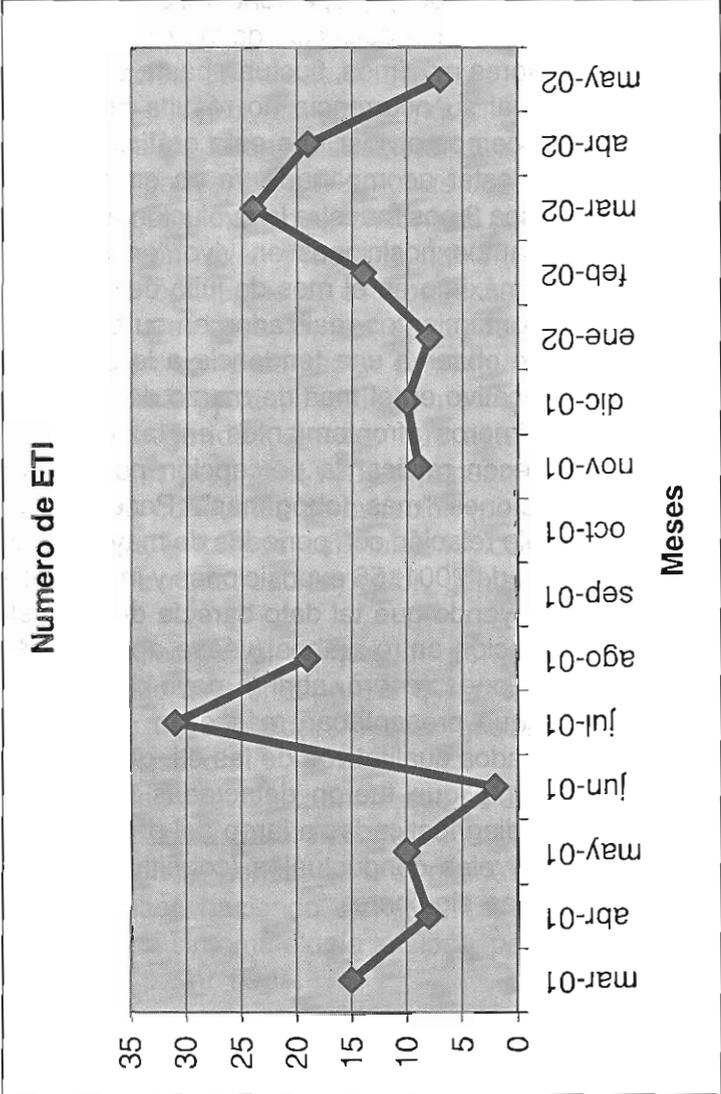
(los valores entre paréntesis se corresponden con las puntuaciones máximas posibles en la escalas subescalas, el * refleja el sumatorio de los ítems cerrados)

Teniendo en cuenta que pasar de una puntuación eti de 238 (72 %) a una puntuación de 81 (24 %) supone una mejoría que supera al 50%, estimamos que se ha producido una mejoría clínicamente significativa frente a las eti.

Dado que las eti se encuentran especialmente asociadas a las conductas de afrontamiento, al iniciar la fase expositiva se incrementaron cualitativa y cuantitativamente. A medida que se avanzaba en la jerarquía expositiva, y frente a los primeros estímulos fóbicos se producía un ascenso máximo en las eti que luego descendía, resultando este ciclo especialmente significativo en las primeras exposiciones (tanto acompañada como en soledad), tal y como se puede observar en las gráficas 2 y 3.



Gráfica 2.- evolución cuantitativa de las eti "acompañada" en la psicoterapia



Gráfica 3.- evolución cuantitativa de las eti "en soledad" en la psicoterapia

La gráfica 2 nos muestra la evolución de la paciente frente a las eti en las exposiciones en vivo “acompañada”. Los dos primeros meses (noviembre y diciembre de 2000) obtienen una frecuencia inferior al tercer mes (enero de 2001) que, entendemos se relaciona con el periodo de entrenamiento en la detección de las mismas. En enero de 2001 muestra los valores máximos, fluctúan hasta el mes de julio de 2001, a partir del cual su ocurrencia no resulta significativa.

Por otra parte, no debemos olvidar que esta gráfica describe las eti acompañada, y que estar acompañada ya es en sí una eti

Por otra parte, la gráfica 3 nos muestra la evolución de la paciente frente a las eti en las autoexposiciones en vivo “en soledad”. Se puede apreciar un pico máximo en el mes de julio de 2001 (que se corresponde con los afrontamientos realizados en su barrio doméstico), a partir del cual se observa una tendencia a la baja, con un segundo ascenso significativo en el mes de marzo de 2002 (que se corresponde con los primeros afrontamientos en taxi).

Estos dos picos parecen ratificar la percepción por parte de la terapeuta de las situaciones “más fobógenas”. Pese a ello, nos cuestionamos una posible relación con períodos de mayor frecuencia en las exposiciones (julio de 2001: 56 exposiciones y marzo de 2002: 47 exposiciones), concluyendo que tal dato carecía de consistencia ya que no existía correlación entre ambos (véase apéndice 4). Los meses con más exposiciones (enero, abril y mayo de 2002) no se correspondían con los que presentaban más eti.

Respecto a los resultados cualitativos de las eti, que incluyen las diagnosticadas inicialmente que fueron detectadas de nuevo a lo largo de la terapia y las diagnosticadas a largo del proceso terapéutico y clasificadas por niveles conductuales (cognitivas y motoras) y categorías, han sido las siguientes:

Cognitivas

1. Pensar en aproximarse a sus referentes de seguridad espaciales (casa, coche)
2. Pensar en aproximarse a referentes de seguridad de personas (madre, pareja, 3 compañeras de trabajo, psiquiatra y psicóloga)

3. Planificar enganchar un referente de seguridad con otro (personas y combinación de los anteriores).
4. Estrategias de autoengaño (imaginar que hay alguien en el edificio, autoconvencerse de la inapetencia de un afrontamiento distante).
5. Planificación de tareas distractoras (trabajar, conversar, llamar por el móvil, escuchar música)
6. Ejecución de tareas distractoras (contar hacia atrás, pensar en otros baños, pensar en otras cosas, lo que va a hacer al llegar a casa, llamadas telefónicas pendientes, el sitio al que va a ir, con quién y de qué hablar, lo que va a comprar).
7. Planificar conductas de escape (casa de su madre, pedir que la lleven a su casa, pensar en la posibilidad de coger un taxi, pensar en como contactar con alguien en caso de "apuro", pensar en la proximidad de la madre, de una de sus referencias de seguridad, pensar que tiene el móvil y que podría llamar a,... para que venga, pensar en irse a su casa.
8. Planificar conductas de evitación (pensar en excusas y mentiras para evitar los estímulos fóbicos).
9. "Porqué": menstruación, calor, gente, cansancio, gripe, sitio pequeño.
10. Sociales: contar el número de personas presentes.
11. Proximidad temporal: pensar que pronto vendrá una persona referente de seguridad, pensar que sus padres vuelven de viaje en ese día.
12. Proximidad espacial: pensar que se encuentra cerca una persona conocida (referente de seguridad o no).
13. Anticipatorios: pensar en ir al gimnasio y si le da una "crisis se machaca haciendo ejercicio".
14. Frente a la sintomatología ansiosa: pensar que está bien, que no va a pasar nada.

Motoras

1. Conductas de evitación y escape (acompañada y sola).
2. Localización ocular de personas de referencia de seguridad (pareja, madre, 3 compañeras trabajo, psiquiatra y psicóloga).

3. Localización ocular y permanencia en lugares de seguridad: casa y coche.
4. Localización telefónica de personas referentes de seguridad (pareja, madre, 3 compañeras trabajo)
5. Localización espacial por proximidad (vivir en el piso de encima de sus padres, situarse cerca de las puertas, sentarse cerca de la puerta de salida en cines y teatros, realizar afrontamientos cerca de la consulta de la psicóloga o cerca del establecimiento comercial de la madre de una compañera, llevar el móvil en la mano o bolso).
6. Presencia de objetos contrafóbicos: teléfono, psicofármacos alprazolam y clorazepato dipotásico) y un objeto religioso (rosario).
7. Conductas comprobatorias (ruidos en casa de sus padres o vecinos, llamar por teléfono para comprobar que uno de sus referentes de seguridad está cercano).
8. Conductas anticipatorias (solicitar la cuenta en un bar antes de que le sirvan por si se siente mal y se tiene que ir, cruzar la calle para eludir semáforos por si..., firmar con celeridad las tarjetas de crédito).
9. La hora del día: las mañanas.
10. Tipo de día: días de fiesta.
11. Ingestas (agua y abuso de ciertos alimentos).
12. La compañía de amigos (no referentes de seguridad).
14. Ejecutar tareas distractoras (conversar, trabajar, hacer registros, comprar, ir a un bar, escuchar música, ver escaparates, probarse ropa, observar a la gente, borrar en el móvil los mensajes y fumar).
15. Permanecer en lugares de seguridad: su casa y coche.
16. Mantener las puertas y las ventanas abiertas.
17. La presencia de su perro.
18. Aprisionar a su pareja.
19. Aquiescencia Social: Intentar agradar a sus compañeras de trabajo por si las necesita (referentes de seguridad).
20. Respecto a la terapia (reflejar en los registros niveles de ansiedad superiores por si tuviera una recaída) y al terapeuta

(comprobar que el terapeuta no va a abandonar la praxis privada).

21. Frente a las mejorías terapéuticas y el refuerzo verbal por parte del terapeuta, responder "que pueden haber recaídas, que no está curada del todo,...".

Resulta destacable la eti nº 20 motora (reflejar en los registros niveles de ansiedad superiores por si tuviera una recaída) dado que se observó en una sesión de seguimiento (diciembre de 2001), que los valores descritos en las usas no se correspondían con las verbalizaciones en consulta. La paciente describía "buenos afrontamientos, casi sin ansiedad" y los registros presentaban usas con valores de "6", al ser preguntada por tal contradicción respondió que "los ponía más elevados en los registros por si tuviera una recaída". Se solicitó adecuar las usas a la realidad, desmitificando la posibilidad de recaer, produciéndose a partir de aquí un descenso significativo en las usas (véase gráfica 1).

Resultados cualitativos

Teniendo en cuenta que el caso que nos ocupa está referido a un trastorno agorafóbico crónico, cuyo nivel de partida se correspondía con un nivel evitativo máximo ("evito todo, incluso estar sola en mi casa") centraremos inicialmente los resultados en la capacidad de afrontamiento tras el tratamiento.

La paciente nos muestra una capacidad de afrontamiento diferenciada en función de su permanencia acompañada o en soledad.

La capacidad de afrontamiento acompañada, refleja que en la actualidad la paciente posee una total movilidad acompañada dentro y fuera de la isla, si bien hay que considerar que fuera de la isla debe provenir la compañía de uno de sus referentes de seguridad (marido, padres o compañeras de trabajo, eti).

Respecto a su capacidad de afrontamiento en soledad se observa que posee capacidad para afrontar en soledad su casa, barrio doméstico y barrio laboral, así como el desplazarse en taxi por la ciudad.

Estas mejorías en la capacidad de afrontamiento han contribuido a "normalizar" ciertos ámbitos vitales, así observamos que:

A nivel laboral posee capacidad para desplazarse en su entorno laboral en soledad, para afrontar los ascensos que conlleven un incremento de sus responsabilidades laborales y los cambios (ha solicitado un traslado a otro departamento ubicado en otro barrio cercano que le ha sido denegado).

A nivel social posee capacidad para afrontar cualquier evento en compañía, dentro y fuera de la isla; hecho este que se ve facilitado al haber mejorado las habilidades sociales descritas.

A nivel lúdico resulta destacable la capacidad para afrontar y organizar cualquier evento lúdico en compañía. En soledad afronta: paseos por la ciudad, acude a bares, acude a darse masajes, a la peluquería y al gimnasio, y ha retomado la lectura.

A nivel familiar ha conseguido una relación de interdependencia con la madre y marido en la isla, frente a la relación de dependencia de la que se partía.

Todo ello nos lleva a concluir como ámbitos totalmente "normalizados" el social, laboral y el lúdico. Frente a los ámbitos parcialmente "normalizados" que se corresponden con el Familiar y Personal.

Además de estos avances en la capacidad de afrontamiento, la paciente ha superado las fobias específicas paralelas: acrofobia y hematofobia.

Por otra parte, ha obtenido otras mejorías terapéuticas a nivel personal, mejorando el control de la ingesta alimentaria (pasando de 80 Kg. a 64 Kg.), control en las compras, la capacidad para tomar decisiones y el embarazo actual de nuestra paciente. Este último dato nos parece relevante, ya que la paciente asociaba su embarazo anterior ha haberse sentido "perdidamente agorafóbica".

Respecto a los resultados cualitativos de las eti, señalar que el entrenamiento en detección y minimización por parte de la paciente parece haber logrado el efecto deseado. Por un lado su minimización parece haber propiciado la adquisición de unos afrontamientos más adaptativos, en la medida en que no se veían mediatizados por la utilización de estrategias inadaptativas; y por otra parte, tal entrenamiento parece favorecer y potenciar otros ámbitos vitales, a la vista de los resultados obtenidos.

Conviene destacar también que la paciente a lo largo del proceso terapéutico no ha padecido recaídas significativas, lo que nos hace pensar que los logros obtenidos han adquirido la consistencia deseable.

4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El caso presentado describe el abordaje terapéutico de un trastorno agorafóbico (con pánico) severo y "crónico" de 15 años de evolución, que mejora clínicamente tras 20 meses de tratamiento combinado. El abordaje del caso en ningún momento ha pretendido plantear una nueva técnica de intervención, el abordaje planteado ha intentado *optimizar las técnicas* que han demostrado su virtualidad clínica, frente a una patología compleja, severa y crónica, y por tanto con el peor pronóstico. Este hecho refleja la cotidianeidad de los clínicos aplicados que, cuando nos enfrentamos a casos de esta magnitud, nos vemos obligados a replantearnos el proceso terapéutico en su globalidad con el objetivo de propiciar en los pacientes una mejora en su calidad de vida.

Desde esta perspectiva clínico-optimizadora hemos planteado una diferenciación entre el trastorno agorafóbico en fase aguda y el trastorno agorafóbico crónico. El trastorno en fase aguda presenta unas tasas elevadas de recuperación en un periodo de tiempo relativamente corto, frente al trastorno en su fase *crónica* que exige un abordaje diferencial, teniendo en cuenta que:

1. Respecto al término "cronicidad" si bien entendemos que estigmatiza a la persona así designada y oscurece su diversidad y potencial de mejora, y que no es un apelativo deseable por su implicación de desesperanza y progresivo deterioro (Lieberman, 1993). Deseamos señalar que el uso de tal término debe quedar restringido a los profesionales de la salud mental.

2. El tratamiento se enmarcará en un tratamiento combinado, ya que este tipo de trastornos habitualmente acuden a nuestras consultas tras "X" años de tratamientos psiquiátricos y psicológicos (entre otros), lo que nos va a obligar a realizar esfuerzos de coordinación con otros profesionales de la salud mental. Por ende, y

principalmente, existe ya un campo de investigaciones suficiente que respalda la virtualidad de los tratamientos combinados para este tipo de patologías. Frente a este hecho, los autores que suscriben este trabajo, desean abogar por el “enterramiento del hacha de guerra” que parece haber favorecido el distanciamiento con los profesionales de la psiquiatría (Bousoño y cols., 2002); este distanciamiento, y desde la autocrítica interna se nos antoja casi tan absurdo como el que ha distanciado a los clínicos aplicados de los clínicos investigadores.

3. La selección del tratamiento psicológico a seguir se determinará en función de los tratamientos anteriores suscritos por los pacientes, lo que nos debe incitar a profundizar en la anamnesis antes de optar por un tipo de tratamiento, ya que vamos a encontrarnos con recursos que han perdido su virtualidad (a excepción de la autoexposición en vivo). La experiencia clínica nos muestra que un tratamiento usado, bien o mal por un terapeuta anterior, es percibida por el paciente como un “recurso poco válido”.

4. Los objetivos terapéuticos se deben estructurar desde la *normalización* de los máximos ámbitos posibles, de tal modo que el trastorno agorafóbico de base interfiera minimamente en la vida de los afectados. Este enfoque normalizador, posee la ventaja adicional de que potencia el equilibrio entre las expectativas del terapeuta, la terapia y los pacientes.

5. En el proceso terapéutico descrito *las estrategias tranquilizadoras inadaptativas*, y frente a esta patología en su forma más crónica, son un elemento relevante en el proceso terapéutico dado que:

- Inicialmente al realizar el análisis funcional de las conductas problema se detectan escasamente, a excepción de las conductas de evitación y escape. El diagnóstico de las ETI exige realizar análisis funcionales de las conductas problema y de las conductas de afrontamiento, siendo los segundos análisis poco frecuentes en la práctica clínica.

- Al realizar las exposiciones en vivo los pacientes las utilizan como elementos que les proveen un cierto alivio inmediato, e impiden el aprendizaje expositivo adecuado y en tal medida su valor resulta contraterapéutico.

- En la jerarquía de items fóbicos debe hacerse uso de las eti solo en las primeras exposiciones frente a cada item de la jerarquía, y no avanzar al siguiente hasta que el paciente sea capaz de abordar un item sin eti asociadas.

- Las situaciones "más fobógenas" tienden a incrementar la ocurrencia de las eti, lo que les atribuye adicionalmente un interés diagnóstico, que frente a este trastorno puede sernos útil para graduar mejor las jerarquías de los estímulos fóbicos.

- La experiencia clínica frente a esta patología en su forma más crónica nos muestra que las estrategias tranquilizadoras inadaptativas ETI se nos muestran como un elemento clave, y paradójicamente poco investigadas. Sugerimos pues crear un cuerpo de investigación que profundice en el rol que juegan en la cronificación de los trastornos, el alcance contraterapéutico que poseen, el papel que juegan en las recaídas, así como la necesidad de crear instrumentos que faciliten su diagnóstico.

Por último señalar que el caso que nos ha ocupado ha pretendido acercar la realidad clínica cotidiana desde la "cronicidad de un trastorno agorafóbico", y estableciendo frente a esta patología un abordaje diferencial. Para concluir, realizaremos una "atrevida extrapolación metafórica" de conceptos desde la física elemental (Sears y Zemansky, 1971) y recordaremos una fórmula clásica, que nos decía que el trabajo es igual a la potencia por el tiempo ($W. = P. \times t.$).

Frente a este tipo de casos y valorando las dificultades que conlleva el abordaje terapéutico, se podría considerar que el trabajo necesario para desestructurar un trastorno de esta índole es igual a la potencia del trastorno por el tiempo de evolución. Nuestro caso expuesto ha padecido el trastorno quince años, y todo parece indicar que la potencia del trastorno ha ido incrementándose con los años, la multiplicación de estos dos términos de la ecuación ¿podría estar a la base del sobreesfuerzo realizado para minimizarlo?

Por último, y a modo de referencia histórica señalaremos una referencia clásica de la revista *Lancet* (1.952), que publicó la siguiente descripción de una crisis de angustia agorafóbica:

"En el momento más intenso de la crisis necesito huir, a cualquier lugar. En general voy en busca de amigos que me son de confianza ... sea cual sea el lugar donde me encuen-

tre. Sin embargo, intento no huir y resistir al máximo de mis posibilidades. Una de las estrategias que utilizo para evitar salir huyendo es resistir la tentación de buscar compañía ya que ni tan siquiera me atrevo a pensar en la posibilidad de que me fallara tal recurso. De esta forma puedo atenuar la crisis y seguir adelante, o como mínimo ésta deja de molestarme y no agotar así toda mi voluntad. A veces, cuando me he sentido derrotado o desesperado, he debido soportar la vergüenza de buscar compañía. Todavía me desespero más cuando me doy cuenta de que no soy capaz de confesar que necesito ayuda”.

Esta descripción de crisis puede resultar doblemente aleccionadora. Por un lado nos muestra la complejidad de la fobia, y por otro nos puede acercar a la complejidad de los rituales y estrategias tranquilizadores.

Paradójicamente cincuenta años más tarde la patología no parece haber variado excesivamente, pese a los avances tecnológicos, prueba de ello sería el siguiente registro realizado por nuestro caso en estudio:

“Estoy sola con mi hijo y no hay nadie en los otros pisos, me alivia pensar quizás haya alguien y yo no lo oigo, con lo cual no salgo de la duda pero estoy mejor. Hoy sé que no hay nadie, pero si me encuentro mal me encierro con el teléfono y el niño en el cuarto de mi hermana en el tercer piso, ya que es el mejor sitio para aguantar a que vengan. Si me da una crisis de pánico no tengo escapatoria, ni puedo hacer locuras.... bueno lo que se me pasa por la cabeza, por si soy capaz de hacerlo.”

BIBLIOGRAFÍA

- A.P.A. DSM III-R (1987).** *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-III-R* Washington D.C., American Psychiatry Press. (Trad. Castellana, Barcelona, Masson, 1988).

- A.P.A.** (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-IV*. Washington D.C., American Psychiatry Press. (Trad. Castellana, Barcelona, Masson, 1995).
- A.P.A.** (1998). *Psychiatric Self-Assessment Review*. Washington D.C., American Psychiatry Press. (Trad. castellana, Barcelona, Edika Med, 1999).
- A.P.A.** (1999). *Psychiatric Self-Assessment Review*. Washington D.C., American Psychiatry Press. (Trad. castellana, Barcelona, Medical Trends, 2000).
- A.P.A.** (2000). *The American Journal of Psychiatry*. Selección de Artículos para España. Volumen 4, número 1 (Trad. castellano, Barcelona, J&C Ediciones Médicas SL, 2001).
- Ayuso, J. L.** (1988) *Trastornos de Angustia*. Barcelona, Martínez Roca.
- Ayuso, J. L.** (1996). Pronóstico y evolución del trastorno de pánico. *Monografías de Psiquiatría. número extra*, 15-22.
- Bados, A.** (2001). *Fobia social*. Madrid, Síntesis.
- Bados, A., García, E. y Fusté, E.** (2002). Eficacia y utilidad clínica de la terapia psicológica. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2, 477-502.
- Barlow, D. H., Craske, M. G. , Cemy, J. A. y Klosko, J. S.** (1989). Behavioral treatment of panic disorder. *Behavior Therapy*, 20, 261-282.
- Barlow, D. H., Craske, M. G.** (1994) *Mastery of your anxiety and panic II*. Nueva York, Therapy Works.
- Barreto, P., Arranz, P., Barbero, J y Bayés, R.** (1998). Intervención psicológica con personas en la fase final de la vida. En V. Caballo (dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Vol. 2 (pp. 431-451). Madrid, Siglo Veintiuno.
- Bayés, R.** (2001). *Psicología del sufrimiento y de la muerte*. Barcelona, Martínez Roca.
- Beck, A. T.** (1988). Cognitive approaches to panic disorders: Theory and therapy. En S. Rachman, y J. D. Maser, (Eds.). *Panic: Psychological Perspectives*. New Jersey, Erlbaum.
- Beck, A. T. , Emery, G. y Greenberg, R. L.** (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. Nueva York, Basic Books.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Meldelson, M., Mock, J. y Ergaugh, J.** (1961). A inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Bobes, J., Bosoño, M., González, M. P. y Sáiz, A.** (2001). Trastornos de ansiedad y trastornos depresivos en atención primaria. Barcelona, Masson.
- Botella, C.** (2000). Realidad virtual: nuevas tecnologías aplicadas al campo de la psicología clínica. En M. Lameiras, y J. Faílde, (Comp.) *La psico-*

- logía clínica y de la salud en el siglo XXI. Posibilidades y retos*, (pp. 407-420). Madrid, Editorial Dykinson SL.
- Botella, C. y Ballester, R.** (1997). *Trastorno de pánico: evaluación y tratamiento*. Barcelona, Martínez Roca.
- Bousoño, M., González, G., Bascarán, M., García, A., Saiz, P. y Bobes, J.** (2002) De la psiquiatría basada en pruebas a la humilde clínica cotidiana. Una reflexión. En P. Pichot, J. Ezcurra, A. González-Pinto, y M. Gutiérrez (Eds.) *Ciclo vital y trastornos psiquiátricos graves* (pp. 599-609). Madrid, Grupo Aula Médica.
- Buela-Casal, G., Sierra, J. C., Martínez, M. P. y Miró, E.** (2001). Evaluación y tratamiento del pánico y la agorafobia. En G. Buela-Casal y J. C. Sierra (Eds.) *Manual de evaluación y tratamientos psicológicos*, (pp. 79-80). Madrid, Biblioteca Nueva.
- Carrasco, I.** (1993). Terapias racionales y de reestructuración cognitiva. En Labrador, J., Cruzado, J. y Muñoz, M. *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta* (pp. 687-709). Madrid, Pirámide.
- Craske, M. G., Brown, T. A. y Barlow, D. H.** (1991). Behavioral treatment of panic disorder: A two-year follow-up. *Behavior Therapy*, 22, 289-304.
- Cía, A.** (2000). *Estrategias para superar el Pánico y la Agorafobia*. Buenos Aires, Ed. El Ateneo.
- Clark D. M. y Salkovskis, P. M.** (1996). *Cognitive Therapy of panic and hypochondriasis*. Oxford, Pergamon Press.
- Costa, M. y López, E.** (1991). *Manual del Educador Social*. Madrid, Ediciones del Ministerio de Asuntos Sociales.
- Durán, L., Jiménez, D., Llinares, C., Martín, M. J. y Padín, J. J.** (1993), Clínica y diagnóstico de la ansiedad y sus cuadros. Relación con otras patologías. En A. Chinchilla (Dir.), *Trastornos por ansiedad*, (pp. 156-158). Barcelona, Sanofi Winthrop.
- Echeburúa, E.** (2002). El sistema de sexenios en la evaluación de la actividad investigadora en el ámbito de la psicología clínica: una primera reflexión. *Análisis y Modificación de Conducta*, 28, 391-404.
- Echeburúa, E. y Becoña, E.** (2000). *Guía de Tratamientos Psicológicos*. Madrid, Dykinson.
- Echeburúa, E. y Corral, P.** (1992). Un nuevo inventario de agorafobia (IA). *Análisis y modificación de conducta*, 18, 101-123.
- Echeburúa, E. y Corral, P.** (1995). Agorafobia. En V. Caballo, G. Buela-Casal y J. A. Carrobbles (Dir.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos*. Vol. 1. (pp. 344-345). Madrid, Siglo Veintiuno.
- Echeburúa, E. y Corral, P.** (2001). Eficacia de las terapias psicológicas: de la investigación a la práctica clínica. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 1, 181-201.

- Echeburúa, E. , Corral, P. y Salaberría, K.** (1998). Terapia de Conducta y Tratamientos Psicofarmacológicos. En Vallejo, M. A. (Ed.), *Manual de terapia de conducta*, Vol. 1. (pp. 146-147). Madrid, Dykinson.
- Emmelkamp, P.** (1979). The behavioural study of clinical phobias. En M., Hersen, R. Eisler, y P. Miller, (Eds.). *Progress in Behavior Modification* (Vol. 8). Nueva York: Academic Press.
- Emmelkamp, P. y Kuipers, A.** (1985). Groups Therapy of anxiety disorders. En D. Hupper, y S. Ross, (Eds.). *Handbook of Behavioural Group Therapy*. Nueva York, Plenum Press.
- Gaja, R.** (1996). *Bienestar, autoestima y felicidad*. Barcelona, Plaza & Janés.
- Gavino, A.** (1997). *Técnicas de Terapia de Conducta*. Barcelona, Martínez Roca.
- Gould R. A., Otto, M. Y Pollack, M. H.** (1995). A meta-analysis of treatment out-come for panic disorder. *Clinical Psychology Review*, 15, 819-844.
- Gutierrez, M. , Escurra, J. y Pichot, P.** (1997). *Cronicidad en psiquiatría*. Barcelona, Ediciones en Neurociencias.
- Jarne, A. y Talarn A.** (2.000). *Manual de Psicopatología Clínica*. Barcelona, Fundación Vidal i Barraquer, Paidós.
- Lancet**, (1952). *Disabilities*. Anxiety Neurosis, 79-83.
- Kessler, R.** (1998). Comorbilidad de la depresión y los trastornos de ansiedad. En S. Montgomery, y J. den Boer (Eds.) *Perspectivas en psiquiatría, Volumen 7, ISRS en Depresión y ansiedad*. West Sussex, John Wiley & Sons..
- Liberman, R.** (1993). *Rehabilitación integral del enfermo mental crónico*. Barcelona, Martínez Roca.
- Lupresti, C., Udina, C. y Ros, S.** (2000). *La ansiedad a largo plazo. Pánico, Agorafobia, Fobia social*. III Jornadas Nacionales de Pánico, Agorafobia y Fobia Social. Barcelona, Carles Lupresti, Claudia Udina, Salvador Ros editores.
- Marks, I.** (1991). *Miedos, fobias y rituales. 2. Clínica y tratamientos*. Barcelona, Martínez Roca.
- Marks, I. y O'Sullivan, G.** (1996). Psicofármacos y tratamientos psicológicos en la agorafobia/pánico y en los trastornos obsesivo-compulsivos. En E. Echeburúa (Dir.), *Avances en el Tratamiento Psicológico de los Trastornos de Ansiedad*. (pp. 97-114). Madrid, Pirámide.
- Mathews, A. M., Gelder, M. G. y Jonhson, D. W.** (1985). *Agorafobia, Naturaleza y Tratamiento*. Barcelona, Fontanella.
- Méndez, F., Olivares, J. y Moreno, P.** (2001). Técnicas de Reestructuración Cognitiva. En J. Olivares, Y F. Méndez (Dir.) *Técnicas de Modificación de Conducta*. Madrid, Biblioteca Nueva.

- Ministerio de Sanidad y Consumo** (1.999). *Manual de Educación Sanitaria: Programa de Formación para la Prevención de los Problemas de Salud Asociados al Consumo de Drogas*. Zarautz, Itxaropena.
- North, M., North, S. y Coble, P.** (1996). *Virtual reality therapy. An innovative Paradigm*. Colorado, IPI Press.
- Organización Mundial de la Salud** (1992). *CIE 10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y pautas para el Diagnóstico*. Madrid, Meditor.
- Organización Mundial de la Salud** (1993). *CIE 10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Criterios Diagnósticos de Investigación*. Madrid, Meditor.
- Pastor, C. y Sevilá, J.** (1998). *Tratamiento psicológico del pánico-agorafobia*. Valencia, Publicaciones del Centro de Terapia de Conducta.
- Roca, E. y Roca, B.** (1999). *Como tratar con éxito el pánico con o sin agorafobia*. Valencia, ACDE Ediciones.
- Roca E.** (2001). *Como superar el pánico*. Valencia, ACDE Ediciones.
- Saiz, J., Ibáñez, A. y Montes J.** (2001). *Trastorno de angustia. Crisis de pánico y agorafobia en atención primaria*. Barcelona, Masson.
- Sears, F. y Zemansky, M.** (1971). *Física*. Madrid, Aguilar.
- Serrat, C.** (1988). *Tratamiento Cognitivo Conductual de los Trastornos Agorafóbicos*. Madrid, publicaciones del Centro Luria.
- Sharp D. M., Power, K. G., Simpson, R. 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.
- Stahl, S. M.** (1998). *Psicofarmacología esencial. Bases neurocientíficas y aplicaciones clínicas*. Barcelona, Ariel.

ANEXO 1

Autoregistro utilizado frente a los afrontamientos ansiógenos, y frente a las conductas de evitación y escape

FECHA	SITUACIÓN	QUE PIENSO	QUE SIENTO	QUE HAGO

ANEXO 2

Los análisis funcionales de las conductas problema de nuestro caso en estudio nos muestran las conductas problema mediatizadas por los estímulos externos e internos. En el esquema adjunto se destaca la presencia de las eti (cognitivas y motoras), ubicándolas en función de su presencia en los análisis.

Esquema global del análisis funcional:

SITUACIÓN ESTIMULAR	NIVEL COGNITIVO
<ul style="list-style-type: none"> • Estímulos Internos (EI) <ul style="list-style-type: none"> >Fisiológicos: Respuestas Ansiógenas o Pánico. >Cognitivos: Anticipación de Respuestas Ansiógenas, Pánico o EE. 	Pensamientos Distorsionados ETI
	NIVEL FISIOLÓGICO-EMOCIONAL Respuestas de Ansiedad, Pánico y miedo.
<ul style="list-style-type: none"> • Estímulos Externos (EE) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Agorafóbicos ▪ Fóbicos 	NIVEL MOTOR Conductas de Evitación (ETI) Conductas de Escape (ETI) ETI
CONSECUENCIAS (Corto Plazo): ALIVIO	

Conductas Problema:

Fóbicas

Estímulos Agorafóbicos:

- Soledad.
- Multitudes.
- Lugares públicos: mercados, plazas.
- Colas.
- Transportes Públicos: aviones, trenes, taxis y guaguas.
- Espacios Abiertos: montes, playas, calles anchas....

- Espacios Cerrados: hospitales, grandes almacenes, aparcamientos subterráneos, supermercados.
- Distanciamiento doméstico, de su ciudad e isla.
- Sensaciones ansiógenas y de pánico.

Estímulos Fóbicos:

- Alturas (acrofobia).
- Sangre (hematofobia).

Conductas Cognitivas:

Pensamientos Distorsionados:

- Anticipar negativamente (situaciones y sensaciones).
- Magnificar negativamente (situaciones y sensaciones).
- Minimizar lo positivo.
- Pensamientos extremos.
- Rumiaciones.
- Debería.

ETI

Conductas Fisiológicas-Emocionales:

1. Crisis de pánico:

- Sensaciones de mareo.
- Sensaciones de vértigo.
- Sensaciones de irrealidad (despersonalización-desrealización)
- Sensaciones de ahogo y sofoco.
- Sensaciones de asfixia (hiperventilación).
- Temblores.
- Sudoración.
- Palpitaciones (taquicardias).

2. Respuestas de ansiedad:

- Pérdida de sensibilidad.
- Escalofríos u oleadas de calor.
- Flojera en las piernas.
- Sequedad de boca.
- Opresión en el pecho.
- Pérdida de apetito.
- Contracción muscular.
- Pérdida de concentración.
- Dificultades para tragar.

3. Respuestas de miedo.

Conductas Motoras:

Sola:

- Conductas de Evitación y Escape Totales.
- Conductas de Afrontamientos Nulas.

Acompañada:

- Conductas de Evitación y Escape Parciales (múltiples).
- Conductas de Afrontamiento Mínimas: Laborales, distanciamiento doméstico (5 / mes),

ETI

Laborales:

- Conductas de hiper-dependencia de 3 compañeras (conocen su t. agorafóbico).
- Conductas de evitación en soledad frente a: ascensor, distanciamiento dentro del edificio de sus 3 compañeras (baño, fotocopidora...) y los ascensos que conlleven un incremento de sus responsabilidades laborales.

Personales:

- Dificultad para tomar decisiones.
- Conductas compulsivas: ingesta alimentaria y las compras.

Sociales:

- Dificultad para pedir favores.
- Conductas de Evitación: decir no, expresar emociones adversas, expresar opiniones contrarias, discutir, asistir a fiestas y reuniones en grupo

Lúdicas:

- Conductas inhibidas.

Familiares:

- Conductas de hiper-dependencia de la madre y marido.

ANEXO 3

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

1. Conductas Cognitivas:

- Reducir los pensamientos distorsionados.
- Incrementar los pensamientos racionales.
- Minimizar las eti.

2. Conductas Fisiológicas-Emocionales:

- Minimizar las crisis de pánico.
- Minimizar las respuestas de ansiedad.
- Minimizar las respuestas de miedo.
- Incrementar las respuestas de relax.

3. Conductas Motoras:

Fóbicas:

Reducir las conductas de evitación y escape total en *soledad*, frente a:

- Multitudes.
- Lugares públicos.
- Transportes públicos.
- Espacios abiertos.
- Espacios cerrados.
- Distanciamiento doméstico, de su ciudad e isla.

Reducir las conductas de evitación y escape parciales (múltiples) en *compañía*, frente a:

- Distanciamiento de su casa, ciudad e isla.
- Grandes almacenes.
- Aparcamientos subterráneos.
- Espacios abiertos (montes, playas, calles anchas...)
- Hospitales.
- Transportes públicos (guaguas, taxis y aviones).
- Mercados
- Supermercados.

Incrementar los Afrontamientos de los estímulos fóbicos, *sola y acompañada*.

Minimizar las eti.

Laborales

Eliminar las conductas de hiper-dependencia de 3 compañeras (conocen su t. agorafóbico).

Eliminar las conductas de evitación en soledad frente a:

- ascensor
- distanciamiento dentro del edificio de sus 3 compañeras (baño, fotocopiadora...)

- ascensos que conlleven un incremento de sus responsabilidades laborales.
- Potenciar la normalización laboral.

Personales

Incrementar la capacidad para tomar decisiones.
Controlar la ingesta alimentaria y las compras.

Sociales

Minimizar la dificultad para pedir favores.

Eliminar las conductas de evitación:

- decir no
- expresar emociones adversas
- expresar opiniones contrarias
- discutir
- asistir a fiestas y reuniones en grupo

Incrementar el afrontamiento de las HH. SS. anteriores.

Lúdico

Potenciar la emisión y consolidación de conductas lúdicas.

Familiares

Eliminar las conductas de hiper-dependencia de la madre y marido y propiciar interdependencia.

ANEXO 4

AFRONTAMIENTOS CUANTITATIVOS EN SOLEDAD AÑO 2001 Y 2002

MES	Nº DE AFRONTAMIENTOS
MARZO 2001	36
ABRIL 2001	42
MAYO 2001	44
JUNIO 2001	47
JULIO 2001	56
AGOSTO 2001	46
SEPTIEMBRE 2001	No hace registros
OCTUBRE 2001	No hace registros
NOVIEMBRE 2001	41
DICIEMBRE 2001	42
ENERO 2002	61
FEBRERO 2002	46
MARZO 2002	47
ABRIL 2002	62
MAYO 2002	69

