

**Tratamiento  
psicológico del  
trastorno de pánico  
y la agorafobia**  
**Manual para terapeutas**  
**Pedro Moreno**



biblioteca de psicología





**TRATAMIENTO PSICOLÓGICO  
DEL TRASTORNO DE PÁNICO  
Y LA AGORAFOBIA**

**Manual para terapeutas**



PEDRO MORENO  
JULIO C. MARTÍN

**TRATAMIENTO PSICOLÓGICO  
DEL TRASTORNO DE PÁNICO  
Y LA AGORAFOBIA**

**Manual para terapeutas**

*Prologado por*  
David H. Barlow

**BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA  
DESCLÉE DE BROUWER**

Queda prohibida, salvo excepción prevista en la ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sin contar con la autorización de los titulares de propiedad intelectual. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (arts. 270 y sgts. del Código Penal). El Centro Español de Derechos Reprográficos ([www.cedro.org](http://www.cedro.org)) vela por el respeto de los citados derechos.

© Pedro Moreno y Julio C. Martín, 2007

© EDITORIAL DESCLÉE DE BROUWER, S.A., 2007

Henao, 6 - 48009 Bilbao

[www.edesclée.com](http://www.edesclée.com)

[info@edesclée.com](mailto:info@edesclée.com)

Impreso en España - Printed in Spain

ISBN: 978-84-330-2126-7

Depósito Legal: BI-103/07

Impresión: RGM., S.A. - Bilbao

*A Dave.*





# Índice

---

Prólogo.....	13
Preface .....	17
Introducción .....	21
1. Trastorno de pánico: diagnóstico y tratamiento .....	25
El trastorno de pánico y su diagnóstico clínico .....	25
El ataque de pánico en el trastorno de pánico .....	28
El trastorno de pánico según la CIE-10 y el DSM-IV-TR .....	30
Valoración clínica del paciente con trastorno de pánico .....	32
Evaluación orientada al tratamiento del paciente con trastorno de pánico.....	35
Tratamiento del trastorno de pánico .....	37
Criterios de derivación .....	42
Criterios de exclusión .....	43
Criterios de derivación a tratamiento farmacológico.....	44
2. Psicoeducación.....	45
Cómo llevar a cabo la psicoeducación .....	46
Principales ideas a transmitir al paciente.....	54
Cuestiones a tener en cuenta .....	62

Ejemplos de conversaciones sobre temas típicos	
o difíciles de tratar .....	64
Caso: Miedo a desmayarme .....	64
Caso: Sólo noto un par de síntomas .....	65
Caso: Mis crisis de ansiedad duran mucho tiempo .....	65
Caso: Con la menstruación tengo más crisis de ansiedad .....	66
Caso: Crisis de ansiedad nocturnas .....	67
Caso: Hablar del tratamiento me pone nervioso .....	67
Caso: ¿Tendré siempre crisis de ansiedad? .....	67
Caso: Mis síntomas cambian .....	68
Dificultades que pueden surgir .....	68
3. Relajación muscular .....	73
Cómo entrenar en relajación muscular antipánico .....	75
Principales ideas a transmitir al paciente.....	80
Cuestiones a tener en cuenta .....	82
Ejemplos de conversaciones sobre temas típicos o difíciles	
de tratar .....	83
Caso: La relajación me pone nervioso.....	83
Caso: No tengo tiempo para practicar la relajación.....	83
Caso: No sé relajarme .....	84
Caso: ¿Medicación o relajación? .....	84
Dificultades que pueden surgir .....	85
ANEXO. Guión de relajación propuesto.....	87
4. Respiración antipánico .....	93
Cómo entrenar en respiración antipánico .....	95
Principales ideas a transmitir al paciente.....	97
Cuestiones a tener en cuenta .....	100
Ejemplos de conversaciones sobre temas típicos	
o difíciles de tratar .....	102
Caso: ¿Y si me desmayo? .....	102
Caso: ¿Mi tabla de salvación para las crisis de ansiedad? .....	102
Caso: Me pone nervioso pensar en mi respiración.....	102
Caso: ¿Cuándo practico la respiración abdominal? .....	103
Dificultades que pueden surgir .....	103

5. Intervención cognitiva .....	105
Cómo llevar a cabo la intervención cognitiva.....	110
Principales ideas a transmitir al paciente.....	118
Cuestiones a tener en cuenta .....	122
Ejemplos de conversaciones sobre temas típicos	
o difíciles de tratar .....	125
Caso: ¿Y si un día me da el infarto de verdad?.....	125
Caso: Cuando tengo la crisis no puedo pensar .....	127
Caso: Mi “predicción catastrófica” se cumple .....	127
Caso: Podría superar cualquier crisis menos aquélla.....	129
Dificultades que pueden surgir .....	131
6. Exposición interoceptiva .....	133
Cómo llevar a cabo la exposición interoceptiva .....	135
Principales ideas a transmitir al paciente.....	146
Cuestiones a tener en cuenta .....	152
Ejemplos de conversaciones sobre temas típicos	
o difíciles de tratar .....	154
Caso: Los ejercicios no provocan miedo .....	154
Caso: Provocar miedo, no vómito .....	156
Caso: Atrapando la sensación de mareo .....	156
Caso: Provocando la sensación de ahogo .....	157
Caso: Compras imaginarias .....	157
Caso: La “magia curativa” de ir acompañado.....	158
Caso: Cuántas actividades realizar .....	159
Caso: De repente una crisis de ansiedad .....	159
Dificultades que pueden surgir .....	161
7. Exposición a situaciones agorafóbicas.....	165
Cómo llevar a cabo la exposición a situaciones	
agorafóbicas .....	167
Principales ideas a transmitir al paciente.....	174
Cuestiones a tener en cuenta .....	178
Ejemplos de casos.....	181
Caso: La evitación .....	181
Caso: Las señales de seguridad .....	182

Caso: Tengo miedo a muchas situaciones .....	183
Caso: La presencia de otros .....	183
Caso: La distancia al conducir y el escape controlado....	184
Caso: Me enfrenté a la situación pero la ansiedad no desaparecía .....	185
Caso: He superado todos mis miedos menos uno .....	186
Caso: He vuelto a tener crisis de ansiedad después de mucho tiempo .....	187
Caso: Cambios después de la mejoría .....	188
Dificultades que pueden surgir .....	188
8. Guía para el tratamiento grupal del trastorno de pánico .....	193
Selección y formación del grupo .....	195
Recomendaciones generales .....	196
Primera y segunda sesiones .....	197
Anexo. Programa de sesiones para la terapia grupal .....	200
Bibliografía .....	205

# Prólogo

---

Durante los últimos años ha habido un desarrollo espectacular en el ámbito de la salud. Sin embargo, muchas de las intervenciones y estrategias ampliamente aceptadas en el campo de la salud mental y de la medicina conductual han sido cuestionadas por las pruebas científicas, no sólo por su falta de beneficio, sino por la posibilidad de inducir daño. Otras estrategias han mostrado ser efectivas utilizando las mejores evidencias científicas actuales, dando lugar a recomendaciones generales para hacer más accesible estas prácticas al público. Tras esta revolución se encuentran varios desarrollos recientes. En primer lugar, hemos llegado a una comprensión mucho más profunda de la patología, tanto de la psicológica como de la física, lo que ha permitido el desarrollo de nuevas intervenciones más precisas y específicas. En segundo lugar, las metodologías de investigación han mejorado sustancialmente, de forma que hemos reducido las amenazas a la validez interna y externa, facilitando que los resultados derivados de las investigaciones puedan ser más directamente aplicables a las situaciones clínicas. En tercer lugar, todos los gobiernos y los gestores de los sistemas sanitarios han decidido que se debe mejorar la calidad del cuidado, que éste debe estar sustentado por la evidencia científica, y que es de interés público asegurar que esto suceda (Barlow, 2004; Institute of Medicine, 2001).

Naturalmente, el principal obstáculo que encuentran los clínicos en cualquier lugar es la accesibilidad a las nuevas intervenciones psicológicas desarrolladas y sustentadas por la evidencia científica. La aparición de manuales y libros de trabajo que describan los nuevos tratamientos son un paso importante para resolver este problema, ya que contienen los procedimientos detallados paso a paso para evaluar y tratar problemas y diagnósticos específicos. Estos materiales se aproximan al proceso de supervisión a la hora de ayudar a los terapeutas a aplicar estos procedimientos en su práctica clínica. Así, las guías detalladas para el terapeuta, como este libro, son también esenciales para administrar con éxito estos nuevos tratamientos.

El trastorno de pánico y la agorafobia son problemas graves y devastadores en todo el mundo. Se estima que la prevalencia vital del trastorno de pánico es del 4,7%, (Kessler, Chiu, Demler, Merikangas, & Walters, 2005; Kessler, Berglund, Demler, Jin, Merikangas, & Walters, 2005). Las estimaciones más conservadoras sugieren un porcentaje adicional del 3,3 al 4,6% experimenta crisis de ansiedad no clínica o crisis de ansiedad ocasionales. El grado de ansiedad por la recurrencia de las crisis de ansiedad, y los pensamientos catastróficos durante las crisis parecen diferenciar las crisis de ansiedad no clínica de lo que es el trastorno de pánico. Los estudios epidemiológicos también indican tasas de agorafobia sin historia de trastorno de pánico relativamente elevadas (5,3% a lo largo de la vida). El diagnóstico de trastorno de pánico, con o sin agorafobia, raramente se da aislado. Es común la existencia simultánea de trastornos del Eje I como las fobias específicas, la fobia social, la distimia, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno depresivo mayor, y el abuso de sustancias. Entre el 25% y el 60% de los pacientes con trastorno de pánico también cumple criterios para el diagnóstico de un trastorno de la personalidad, sobre todo los trastornos de personalidad evitativa y dependiente (ver Roy-Byrne, Craske, & Stein, en prensa).

Para el trastorno de pánico y la agorafobia se ha desarrollado un tratamiento psicológico efectivo y que ha sido designado como tratamiento de elección de primera línea en los sistemas sanitarios de todo el mundo (Barlow, Gorman, Shear, & Woods 2000, Barlow 2002), y ese tratamiento es precisamente el que se presenta en este libro.

En nuestro emergente sistema sanitario, cada vez existe mayor consenso de que la práctica basada en la evidencia científica ofrece la forma de actuar más responsable para el profesional de la salud mental. Todos los clínicos de la salud mental desean profundamente ofrecer el mejor cuidado posible para sus pacientes. Este libro de Pedro Moreno y Julio César Martín García-Sancho ayudará a salvar la brecha de la información y diseminación de los tratamientos empíricamente validados.

*David H. Barlow*  
*Boston, MA, USA*

## Referencias

- BARLOW, D.H. (2004). "Psychological treatments". *American Psychologist*, 59(9), 869-878.
- BARLOW, D.H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2<sup>nd</sup> ed.). Nueva York: The Guilford Press.
- BARLOW, D.H., GORMAN, J.M., SHEAR, M.K. y WOODS, S.W. (2000). "Cognitive-behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder: A randomized controlled trial". *JAMA*, 283, 2529-2536.
- INSTITUTE OF MEDICINE. (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21<sup>st</sup> century*. Washington, DC: National Academy Press.
- KESSLER, R.C., CHIU, W.T., DEMLER, O., MERIKANGAS, K.R. y WALTERS, E.E. (2005). "Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication". *Archives of General Psychiatry*, 62, 617-627.
- KESSLER, R.C., BERGLUND, P., DEMLER, O., JIN, R., MERIKANGAS, K.R., y WALTERS, E.E. (2005). "Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication". *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.
- ROY-BYRNE, P.P., STEIN, M.B. y CRASKE, M.G. (en prensa). "Panic disorder". *Lancet*.





# Preface

---

Stunning developments in healthcare have taken place over the last several years, but many of our widely accepted interventions and strategies in mental health and behavioral medicine have been brought into question by research evidence as not only lacking benefit, but perhaps, inducing harm. Other strategies have been proven effective using the best current standards of evidence, resulting in broad-based recommendations to make these practices more available to the public. Several recent developments are behind this revolution. First, we have arrived at a much deeper understanding of pathology, both psychological and physical, which has led to the development of new, more precisely targeted interventions. Second, our research methodologies have improved substantially, such that we have reduced threats to internal and external validity, making the outcomes more directly applicable to clinical situations. Third, governments around the world and healthcare systems and policy-makers have decided that the quality of care should improve, that it should be evidence based, and that it is in the public's interest to ensure that this happens (Barlow, 2004; Institute of Medicine, 2001).

Of course, the major stumbling block for clinicians everywhere is the accessibility of newly developed evidence-based psychological interventions. Manuals and workbooks describing new treatments are an important step in solving this problem since they contain step-by-step detailed procedures for assessing and treating specific problems and diagnoses. These materials approximate the supervisory process in assisting practitioners in the implementation of these procedures in their practice. But detailed guides for the therapist, such as this book, are also essential to administer these new treatments successfully.

Panic disorder and agoraphobia are severe and debilitating problems around the world. Prevalence estimates for panic disorder over a lifetime are 4.7%, (Kessler, Chiu, Demler, Merikangas, & Walters, 2005; Kessler, Berglund, Demler, Jin, Merikangas, & Walters, 2005). Conservative estimates suggest an additional 3.3 to 4.6% experience nonclinical panic, or, occasional panic attacks. The level of anxiety about the recurrence of panic, and catastrophic cognitions during panic seem to differentiate nonclinical panic from panic disorder. Epidemiological studies also report relatively high rates for agoraphobia without a history of panic disorder (5.3% lifetime). Rarely does the diagnosis of panic disorder, with or without agoraphobia, occur in isolation. Commonly co-occurring Axis I conditions include specific phobias, social phobia, dysthymia, generalized anxiety disorder, major depressive disorder, and substance abuse. From 25 to 60% of persons with panic disorder also meet criteria for a personality disorder, mostly avoidant and dependent personality disorders (see Roy-Byrne, Craske, & Stein, 2006).

An effective psychological treatment has been developed for panic disorder and agoraphobia that has been designated as a first line treatment of choice in health care services around the world (Barlow, Gorman, Shear, & Woods 2000, Barlow 2002) and it is this treatment which is presented in this book.

In our emerging healthcare system, the growing consensus is that evidence-based practice offers the most responsible course of action for the mental health professional. All behavioral healthcare clini-

cians deeply desire to provide the best possible care for their patients. This book by Pedro Moreno and Julio Cesar Martin Garcia-Sancho will assist in closing the dissemination and information gap.

*David H. Barlow*  
*Boston, MA, USA*

## References

- BARLOW, D.H. (2004). "Psychological treatments". *American Psychologist*, 59(9), 869-878.
- BARLOW, D.H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2<sup>nd</sup> ed.). Nueva York: The Guilford Press.
- BARLOW, D.H., GORMAN, J.M., SHEAR, M.K. y WOODS, S.W. (2000). "Cognitive-behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder: A randomized controlled trial". *JAMA*, 283, 2529-2536.
- INSTITUTE OF MEDICINE. (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21<sup>st</sup> century*. Washington, DC: National Academy Press.
- KESSLER, R.C., CHIU, W.T., DEMLER, O., MERIKANGAS, K.R. y WALTERS, E.E. (2005). "Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication". *Archives of General Psychiatry*, 62, 617-627.
- KESSLER, R.C., BERGLUND, P., DEMLER, O., JIN, R., MERIKANGAS, K.R., y WALTERS, E.E. (2005). "Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication". *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.
- ROY-BYRNE, P.P., STEIN, M.B. y CRASKE, M.G. (en prensa). "Panic disorder". *Lancet*.



# Introducción

---

El trastorno de pánico es, de los trastornos de ansiedad, el trastorno que se atiende más frecuentemente en los dispositivos asistenciales de psicología clínica. La necesidad de contar con un tratamiento psicológico eficaz y eficiente se ha cubierto, en buena medida, mediante la investigación científica llevada a cabo en las dos últimas décadas. Hoy por hoy, podemos decir que contamos, al menos, con algunos tratamientos empíricamente validados para atender a los pacientes que sufren trastorno de pánico con o sin agorafobia. Uno de estos tratamientos es el *Tratamiento para el Control del Pánico* del profesor David H. Barlow, de la Boston University, USA.

La relación de los autores de este manual con el profesor Barlow se inicia a finales de los años ochenta cuando uno de nosotros (Julio) le pide permiso para realizar la traducción privada de su primer libro dirigido a pacientes, donde se presentaba una de las primeras versiones del tratamiento para el control del pánico (Barlow y Craske, 1989).

A mediados de los noventa otro de los autores (Pedro), durante su formación como especialista en psicología clínica (PIR) tiene la oportunidad de participar en las terapias grupales para pacientes con

trastorno de pánico que llevaba a cabo periódicamente Julio en los dispositivos asistenciales del Servicio Murciano de Salud.

Finalmente, el tercer de los autores (Juan) se une al proyecto de elaborar este manual para terapeutas durante su formación como especialista en psicología clínica bajo la tutela de Pedro y Julio, participando en las terapias grupales periódicas que continuamos llevando a cabo en las instalaciones del Servicio Murciano de Salud.

Por tanto, la experiencia de tres “generaciones” de psicólogos clínicos especialistas –con práctica clínica como dedicación principal– se pone a la disposición del lector en un manual que recoge los detalles necesarios sobre el procedimiento y la puesta en práctica del tratamiento para el control del pánico del profesor Barlow. No obstante, precisamente por la admiración y respeto que sentimos por el trabajo del profesor Barlow, rogamos al lector que tenga presente que estamos presentando nuestra propia experiencia clínica y docente con este tratamiento. Si halla cualquier error o discrepancia con la versión original del profesor Barlow atribúyanoslo a nosotros.

## **Contenidos y estructura del manual**

El manual hace énfasis en la aplicación clínica del tratamiento para el control del pánico del profesor Barlow. Se ha redactado pensando en el nivel de conocimientos de un estudiante de últimos cursos de Psicología, pero presupone muy pocos conocimientos o experiencia en terapia cognitivo-conductual. Por tanto puede ser ideal tanto para el estudiante o psicólogo en formación que desea conocer la aplicación práctica de este tratamiento, como para el profesional experimentado (de cualquier orientación teórica) que desee llevar a la práctica este probado tratamiento para el trastorno de pánico (con o sin agorafobia).

El manual se divide en nueve capítulos. Tras una introducción al trastorno de pánico, a su psicopatología, su evaluación clínica y los diferentes planteamientos terapéuticos, se van desarrollando en los diversos capítulos la puesta en práctica de los componentes del tra-

tamiento: psicoeducación, relajación muscular y respiración “antipánico”, intervención cognitiva, exposición interoceptiva y exposición a situaciones agorafóbicas. Todos estos capítulos tienen idéntica estructura: nociones básicas para llevar a cabo la intervención, principales ideas a transmitir al paciente, cuestiones a tener en cuenta, ejemplos de conversaciones sobre temas típicos o difíciles de tratar y dificultades que pueden aparecer en la terapia. El manual finaliza con un capítulo dedicado a la aplicación grupal de este tratamiento, proponiendo un guión de actuación y recogiendo los aspectos específicos que aseguran la buena dinámica grupal.

Para finalizar esta breve introducción, deseamos dejar constancia del especial agradecimiento que sentimos por los diferentes gestores del Servicio Murciano de Salud –y más concretamente de la Subdirección de Salud Mental–, que apostaron por nuestra forma de abordar a los pacientes con trastorno de pánico (y nos apoyaron durante años) mucho antes de que el tratamiento del profesor Barlow lograra las pruebas empíricas de su eficacia y eficiencia que hoy tiene y de que el movimiento de la medicina basada en la evidencia alcanzara la popularidad actual.

*Los autores*

**Ansede.com: La web de la ansiedad**

El lector puede obtener materiales adicionales que complementan esta obra a través de la página web en la que participa uno de los autores: <http://www.ansede.com>





# 1 Trastorno de pánico: diagnóstico y tratamiento

---

*Pedro Moreno  
Julio C. Martín  
Juan García*

## **El trastorno de pánico y su diagnóstico clínico**

El *trastorno de pánico*<sup>1</sup> (*panic disorder*) se caracteriza por el sufrimiento de una o múltiples crisis de pánico (*panic attack*) que resultan inesperadas para el paciente, es decir, sufre de forma repentina y sin saber por qué ataques de miedo intenso. Es típico que el paciente, en plena crisis, esté convencido de que está sufriendo un infarto al corazón, un derrame cerebral o que crea estar enloqueciendo, si bien pueden aparecer otros temores menos prototípicos. Generalmente, los síntomas iniciales de la crisis parecen guiar la interpretación que hace el paciente de sus sensaciones corporales (taquicardia=>infarto; dolor en el pecho=>infarto; sensación de ahogo=>asfixia; desrealización / despersonalización=>enloquecer; etc.).

El paciente, además de las crisis de pánico inesperadas, presenta una inquietud persistente por si aparece una nueva crisis, muestra gran preocupación por las implicaciones de dichas crisis o sus

---

1. Preferimos, por ser más informativa y directa, la traducción literal de *panic disorder*, como se denomina este trastorno en la versión original de la 4ª ed. revisada del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2002).

consecuencias, y/o cambia de forma significativa el comportamiento relacionado con las crisis.

El trastorno de pánico puede acompañarse o no de *agorafobia*, que consiste en la aparición de ansiedad elevada (no necesariamente una crisis de pánico) al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso) o donde puede no disponerse de ayuda, en el caso de aparecer una crisis de pánico o síntomas similares al pánico (ej. miedo a padecer despeños diarreicos o crisis bruscas de inestabilidad). El paciente tiende a evitar de forma

**Tabla 1.1 Trastorno de angustia (DSM-IV-TR)**

A. Se cumplen (1) y (2):

- (1) crisis de angustia inesperadas recidivantes.
- (2) al menos una de las crisis se ha seguido durante 1 mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas:
  - (a) inquietud persistente ante la posibilidad de tener más crisis
  - (b) preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias (ej. perder el control, sufrir un infarto de miocardio, «volverse loco»)
  - (c) cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis

B. Ausencia / Presencia de agorafobia.(\*)

C. Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

D. Las crisis de angustia no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, como por ejemplo fobia social (p. ej., aparecen al exponerse a situaciones sociales temidas), fobia específica (p. ej., al exponerse a situaciones fóbicas específicas), trastorno obsesivo compulsivo (p. ej., al exponerse a la suciedad cuando la obsesión versa sobre el tema de la contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., en respuesta a estímulos asociados a situaciones altamente estresantes), o trastorno por ansiedad de separación (p. ej., al estar lejos de casa o de los seres queridos).

(\*) Dependiendo de la presencia o ausencia de agorafobia se codifica el trastorno de pánico en el DSM-IV-TR como *F41.0 Trastorno de angustia sin agorafobia* o *F40.01 Trastorno de angustia con agorafobia*.

persistente varias de estas situaciones o lugares, como estar solo dentro o fuera de casa, estar entre multitudes, viajar en medios de transporte, cruzar puentes o montarse en ascensores. Aunque con bastante temor, a veces puede exponerse a las situaciones temidas, especialmente si se halla en compañía de un conocido. Los criterios de la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992) exigen la presencia de temor o evitación de por lo menos 2 de las siguientes situaciones: aglomeraciones, lugares públicos, viajar solo o ausentarse de casa, y que ante los mismos se haya producido simultáneamente como mínimo 2 síntomas de las crisis de ansiedad en al menos una ocasión (ver Tabla 1.1 y Tabla 1.2).

**Tabla 1.2 Agorafobia (DSM-IV-TR)**

- A. Aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso) o donde, en el caso de aparecer una crisis de angustia inesperada o más o menos relacionada con una situación, o bien síntomas similares a la angustia, puede no disponerse de ayuda. Los temores agorafóbicos suelen estar relacionados con un conjunto de situaciones características, entre las que se incluyen estar solo fuera de casa; mezclarse con la gente o hacer cola; pasar por un puente, o viajar en autobús, tren o automóvil. Nota: Considerar el diagnóstico de fobia específica si el comportamiento de evitación se limita a una o pocas situaciones específicas, o de fobia social si tan sólo se relaciona con acontecimientos de carácter social.
- B. Estas situaciones se evitan (p. ej., se limita el número de viajes), se resisten a costa de un malestar o ansiedad significativos por temor a que aparezca una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia, o se hace indispensable la presencia de un conocido para soportarlas.
- C. Esta ansiedad o comportamiento de evitación no puede explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental como fobia social (p. ej., evitación limitada a situaciones sociales por miedo a ruborizarse), fobia específica (p. ej., evitación limitada a situaciones aisladas como los ascensores), trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., evitación de todo lo que pueda ensuciar en un individuo con ideas obsesivas de contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., evitación de estímulos relacionados con una situación altamente estresante o traumática) o trastorno de ansiedad por separación (p. ej., evitación de abandonar el hogar o la familia).

### ***El ataque de pánico en el trastorno de pánico***

Seguendo las definiciones del DSM-IV-TR y la CIE-10, entendemos por *crisis de ansiedad*, *crisis de angustia* o *ataque de pánico* la aparición de un episodio repentino de intenso miedo o malestar, que se inicia de forma brusca, alcanza rápidamente su máxima expresión (habitualmente en 10 minutos o menos) y cesa paulatinamente, que se acompaña a menudo de una sensación de peligro o de muerte inminente y de una urgente necesidad de escapar, y que presenta al menos 4 de los siguientes 13 síntomas somáticos o cognitivos: palpitaciones, sudoración, temblores o sacudidas, sensación de falta de aliento o ahogo, sensación de atragantarse, opresión o malestar torácicos, náuseas o molestias abdominales, inestabilidad o mareo (aturdimiento), desrealización o despersonalización, miedo a perder el control o «volverse loco», miedo a morir, parestesias y escalofríos o sofocaciones. La CIE-10 incluye además el síntoma de sequedad de boca y exige que por lo menos uno de los síntomas de la crisis corres-

**Tabla 1.3. Crisis de angustia o ataque de pánico (DSM-IV-TR)**

Aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de 4 (o más) de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos:

- (1) palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca
- (2) sudoración
- (3) temblores o sacudidas
- (4) sensación de ahogo o falta de aliento
- (5) sensación de atragantarse
- (6) opresión o malestar torácico
- (7) náuseas o molestias abdominales
- (8) inestabilidad, mareo o desmayo
- (9) desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo)
- (10) miedo a perder el control o volverse loco
- (11) miedo a morir
- (12) parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo)
- (13) escalofríos o sofocaciones

ponda a palpitaciones, sudoración, temblores o boca seca. Cuando estas crisis presentan menos de 4 síntomas, se denominan *crisis de síntomas limitados* o *crisis sintomáticas limitadas*. Ver Tabla 1.3.

Las crisis de ansiedad pueden aparecer en una amplia gama de trastornos de ansiedad como el trastorno de angustia, el trastorno obsesivo compulsivo, la fobia social o específica, y los trastornos por estrés postraumático y agudo. Según su modo de inicio y la presencia o ausencia de determinados desencadenantes ambientales, pueden distinguirse 3 tipos de crisis de ansiedad:

- **inesperadas:** el inicio de la crisis no se asocia a desencadenantes ambientales y es percibida por el paciente como espontánea, sin ningún motivo aparente.
- **determinadas situacionalmente:** la crisis aparece de forma casi exclusiva cuando el paciente se expone o anticipa la presencia de un estímulo o desencadenante ambiental específico (ej. ver una serpiente o un perro desencadena automáticamente una crisis de ansiedad).
- **predispuestas situacionalmente:** son crisis de ansiedad más o menos relacionadas con una situación determinada, su aparición es más probable cuando el paciente se expone a ciertos estímulos o desencadenantes ambientales, aunque no siempre existe esta asociación con el estímulo ni tampoco siempre el episodio aparece inmediatamente después de exponerse a la situación (ej., las crisis tienen más probabilidades de aparecer al conducir, pero a veces el individuo puede llevar su coche sin sufrir ninguna crisis, o bien padecerla a la media hora de estar conduciendo).

Para diagnosticar *trastorno de pánico* se requiere la presencia de crisis de ansiedad recidivantes e inesperadas (al menos 2), seguidas de la aparición, durante un período como mínimo de 1 mes, de preocupaciones persistentes por la posibilidad de padecer nuevas crisis de ansiedad y por sus posibles implicaciones o consecuencias, o bien de un cambio de comportamiento significativo relacionado con estas crisis. La CIE-10 concreta que como mínimo han de producirse 4 crisis de ansiedad en un período de 4 semanas.

### ***El trastorno de pánico según la CIE-10 y el DSM-IV-TR***

Los sistemas diagnósticos DSM-IV-TR y CIE-10 enfatizan distintos aspectos psicopatológicos, lo que puede provocar diferencias en la clasificación diagnóstica, a pesar de que los tratamientos sigan siendo muy similares. El DSM-IV-TR enfatiza la presencia de las crisis de ansiedad inesperadas y la preocupación o cambio de comportamiento debido a las mismas, de forma que la evitación agorafóbica es secundaria en su algoritmo diagnóstico, y la agorafobia sin historia de trastorno de angustia se conserva con la intención de seguir investigando. La CIE-10, en cambio, enfatiza el aspecto fóbico y evitativo del trastorno, pasando la presencia de crisis de ansiedad inesperadas a un segundo plano. La Tabla 1.4 presenta las equivalencias entre ambos sistemas diagnósticos.

La investigación actual parece apoyar más la descripción del DSM-IV-TR, ya que la mayoría de los pacientes presentan trastorno de pánico sin desarrollar conducta agorafóbica y la prevalencia de la agorafobia sin historia de trastorno de pánico es muy baja (Grant y cols, 2006). La aparición de ésta se relaciona con un comienzo más temprano del trastorno y con síntomas concretos como miedo a perder el control o la presencia de escalofríos y sofocos (Langs y cols, 2000), y se ha comprobado que los pacientes con trastorno de pánico con agorafobia presentan más trastornos comórbidos, más discapacidad y más neuroticismo que los pacientes con trastorno de pánico sin agorafobia o agorafobia sin historia de pánico (Andrews y Slade, 2002). Todo esto lleva a plantear la posibilidad de que la agorafobia sea secundaria al trastorno de pánico, que la combinación de ambas patologías sea una variante más grave del trastorno de pánico sin agorafobia, y que el escaso número de pacientes con agorafobia sin trastorno de pánico sean realmente pacientes con trastorno de pánico con agorafobia cuyas crisis de ansiedad se caracterizan por un menor número de síntomas físicos y cognitivos, y una mayor tendencia a la conducta de evitación. El hecho de que acudan a los dispositivos asistenciales más pacientes que sufren trastorno de pánico con agorafobia, a pesar de tener menor prevalencia que el trastorno de pánico sin agorafobia, podría deberse a una mayor tendencia de estos pacientes a buscar ayuda (Grant y cols, 2006).

**Tabla 1.4 Equivalencias entre los dos sistemas diagnósticos dominantes**

ASPECTO	CIE-10	DSM-IV-TR
Taxonomía	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agorafobia (F40.0)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- sin trastorno de pánico (F40.00)</li> <li>- con trastorno de pánico (F40.01)</li> </ul> </li> <li>• Trastorno de pánico (F41.0)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agorafobia sin historia de trastorno de angustia (F40.00)</li> <li>• Trastorno de angustia                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- con agorafobia (F40.01)</li> <li>- sin agorafobia (F41.0)</li> </ul> </li> </ul>
Trastorno de pánico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Crisis recurrentes de ansiedad grave durante un mes</li> <li>• No limitadas a ninguna situación particular</li> <li>• Imprevisibles</li> <li>• No ansiedad intercrisis, aunque <i>ansiedad anticipatoria leve</i></li> <li>• No agorafobia ni depresión</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Crisis de angustia inesperadas y recidivantes</li> <li>• Al menos una se sigue un mes de:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Inquietud</i> por tener otra</li> <li>- <i>Preocupación</i> por sus consecuencias</li> <li>- <i>Cambio</i> de comportamiento</li> </ul> </li> <li>• <i>Con o Sin Agorafobia</i></li> </ul>
Agorafobia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 síntomas de la crisis de ansiedad</li> <li>• En 2 o más situaciones:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Multitudes</li> <li>- Lugares públicos</li> <li>- Viajar lejos de casa</li> <li>- Viajar solo</li> </ul> </li> <li>• Evitación de esas situaciones</li> <li>• <i>Con o sin</i> trastorno de pánico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansiedad cuando:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Escapar es difícil/embarazoso</li> <li>- No ayuda si crisis/síntomas</li> </ul> </li> <li>• Situaciones características:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estar solo fuera de casa</li> <li>- Multitudes/colas/puentes</li> <li>- Medios de transporte</li> </ul> </li> <li>• Evitación, aguante con malestar o con compañía</li> </ul>



### ***Valoración clínica del paciente con trastorno de pánico***

Desde el punto de vista clínico y terapéutico nos interesa chequear una serie de aspectos psicopatológicos para decidir si el paciente que atendemos presenta las características que indican que éste es el momento adecuado para aplicar el tratamiento psicológico que presentamos y que está específicamente diseñado para el paciente con trastorno de pánico con o sin agorafobia.

Antes de comenzar a planificar el tratamiento es preciso elaborar una exhaustiva historia clínica del paciente, explorando adecuadamente sus antecedentes personales y familiares, el estado mental actual y su estado de salud física, así como el consumo de sustancias psicoactivas (incluyendo aquí drogas ilegales, alcohol y también fármacos, prescritos o no), sus rasgos o estilos de personalidad y el grado de estrés a que está sometido el paciente en su vida cotidiana.

En primer lugar, debemos descartar que el paciente sufra enfermedades médicas que pueden inducir crisis de ansiedad, tales como:

- Hipertiroidismo: al liberarse demasiada hormona tiroidea, se produce nerviosismo, irritabilidad, aumento de la sudoración, palpitaciones, temblor de las manos, ansiedad, dificultad para dormir, adelgazamiento de la piel, cabello fino y quebradizo y debilidad muscular – especialmente en los brazos y muslos.
- Feocromocitoma: un tumor de la glándula suprarrenal que provoca la liberación excesiva de las hormonas adrenalina y nora-drenalina, las cuales regulan la frecuencia cardíaca y la presión arterial.
- Trastornos del sistema vestibular (p.e. enfermedad de Ménière, un trastorno del oído interno que afecta el equilibrio y la audición, caracterizado por una sensación anormal de movimiento o vértigo, mareo, pérdida de audición en uno o ambos oídos, y ruidos o piqueteo en el oído [tinnitus]).
- Trastornos comiciales (crisis epilépticas).
- Enfermedades cardíacas como la arritmia y la taquicardia supraventricular (una taquicardia que se presenta ocasionalmente y que comienza con episodios que tienen lugar por encima de los ventrículos).

En segundo lugar, es necesario sondear la relación del paciente con las sustancias psicoactivas en general y de modo específico con las que puedan inducir crisis de ansiedad, bien por su consumo (p.e. cocaína, anfetaminas, cafeína u otros estimulantes, o *cannabis*) bien por abstinencia de las mismas (p.e., alcohol, ansiolíticos). No obstante, un paciente puede tener crisis de ansiedad inducidas por el consumo o abstinencia de sustancias y, posteriormente, tras abandonar dicho consumo y permanecer libre de síntomas de abstinencia, persistir la aparición de crisis de ansiedad inesperadas propias del trastorno de pánico.

En tercer lugar, aunque el paciente presente “crisis de ansiedad”, debemos descartar que otros trastornos presentes y distintos del trastorno de pánico puedan constituir el diagnóstico principal actual. Por ejemplo, el paciente puede presentar “crisis de ansiedad” que en realidad son secundarias a sintomatología psicótica, maníaca o bien pueden ser crisis histeriformes, más que propiamente del trastorno de pánico.

En cuarto lugar, realizaremos una valoración minuciosa de la sintomatología ansiosa y de los temores que no constituyen un trastorno de pánico, a saber: hipocondría, fobia social, fobias específicas, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés postraumático y trastorno de ansiedad de separación. El hipocondríaco está preocupado por su salud, teme estar enfermo y, si bien generalmente se tranquiliza con las palabras del médico, su tranquilidad no es duradera. La persona que padece fobia específica a la enfermedad tiene miedo a contraer una enfermedad, no cree estar enferma en el momento presente pero desarrolla una crisis de ansiedad *determinada* por el hallazgo de un signo o síntoma que cree es señal de haber contraído una enfermedad. El fóbico social experimenta crisis de ansiedad *determinadas* por el carácter social de la situación en la que se desencadenan. El obsesivo-compulsivo experimenta crisis de ansiedad cuando se expone a situaciones que desencadenan sus obsesiones (p.e. al tocar algo que cree contaminado, etc.). El paciente con estrés postraumático sufre crisis de ansiedad *determinadas* por la exposición a estímulos que están asociados con la experiencia traumática que originó su trastorno. El paciente con ansiedad de separación

ción sufre una crisis de ansiedad *determinada* por el “abandono” de sus padres u otras figuras importantes de apego. Por contraste, el paciente con trastorno de pánico sufre crisis de ansiedad que NO están determinadas situacionalmente, sufre crisis de ansiedad espontáneas e inesperadas, aunque con la evolución del cuadro clínico dichas crisis puedan acabar siendo *predispuestas* situacionalmente (es decir, el paciente desarrolla la predicción de que si va, p.e., al supermercado, tendrá una nueva crisis, pero no siempre que va al supermercado tiene una crisis de ansiedad), lo que a su vez puede dar lugar al desarrollo de la evitación agorafóbica.

En quinto lugar, preguntar por los antecedentes familiares puede ser orientador, ya que en las familias de los pacientes con trastorno de pánico es frecuente hallar otros familiares con patología similar, sobre todo si la edad de inicio del pánico es temprana (antes de los 20 años de edad).

En sexto lugar, puesto que los pacientes con trastorno de pánico presentan un mayor riesgo de sufrir simultáneamente trastornos de la personalidad, sobre todo de tipo dependiente y evitativo (Albert, Maina, Bergesio y Bogetto, 2006; Roy-Byrne, Craske y Stein, 2006), recomendamos explorar las características de personalidad del paciente para ajustar mejor nuestras perspectivas de tratamiento, ya que la presencia de trastornos de la personalidad suele asociarse a una mayor gravedad del cuadro clínico (Ozkan y Altindag, 2005) y puede ser aconsejable prestar atención terapéutica a otras áreas del paciente. Suele ser útil aplicar alguna prueba complementaria con garantías psicométricas como, por ejemplo, el *Inventario Clínico Multiaxial de Millon* (Millon, 2002).

Para finalizar, aunque bien podría haber sido el primer punto de esta relación de recomendaciones, debemos determinar si hay indicios suficientes para sospechar que el paciente esté simulando el trastorno de pánico o bien que, de un modo no enteramente consciente, esté incentivada la persistencia del cuadro clínico. Algunos ejemplos de situaciones en las que debemos estar especialmente alerta son los estados de incapacidad laboral transitoria, la solicitud de “informes” sobre el estado clínico y el grado de incapacidad (laboral o de otro tipo), la existencia de tensiones maritales, y, en general, cualquier

situación que pueda ser “más penosa” para el paciente que el propio padecimiento del trastorno de pánico. No sería la primera vez que el paciente “no mejora” porque entonces se vería obligado a incorporarse a un trabajo que le resulta aversivo por motivos diversos. Tampoco sería la primera vez que tras una mejoría de la agorafobia el paciente ve peligrar su relación de pareja y entonces “recae”.

Resumiendo, para maximizar las probabilidades de éxito del tratamiento del control de pánico que presentamos en esta obra debemos descartar que el foco principal del miedo y del sufrimiento del paciente sea otro aspecto distinto de lo característico del trastorno de pánico. Si el paciente presenta una mezcla idiosincrásica de síntomas, quedará a criterio facultativo la conveniencia de aplicar este enfoque de tratamiento o bien posponerlo hasta que el paciente haya superado otros problemas más prioritarios o al menos se haya estabilizado de modo que pueda trabajarse el trastorno de pánico.

### ***Evaluación orientada al tratamiento del paciente con trastorno de pánico***

Una vez que hemos decidido que éste es el paciente y el momento adecuado para aplicar el tratamiento de control del pánico, pasaremos a realizar una evaluación más detallada de los siguientes aspectos, con vistas a planificar la terapia:

- *Síntomas físicos de las crisis de ansiedad.* Algunos pacientes tienden a presentar más síntomas cardiovasculares (palpitaciones, taquicardia, escalofríos o sofocos), respiratorios (disnea, sensación de falta de aire o asfixia, dolor pectoral), pseudoneurológicos (parestias, sensación de mareo o inestabilidad, desrealización, despersonalización, temblor), excretorios (sudoración o urgencia para orinar) o abdominales (dolor abdominal o urgencia para defecar).
- *Síntomas cognitivos de las crisis de ansiedad.* Creencia de tener una enfermedad física (infarto cardíaco, tumor o infarto cerebral, enfermedad neurológica), una enfermedad mental (estar volviéndose loco, perder el control voluntario, perder la noción

de la realidad o el juicio), de poder desmayarse o alguna creencia inespecífica como creer que se está muriendo sin saber de qué o por qué.

- *Relación entre los síntomas físicos y cognitivos.* En la medida que los síntomas cognitivos suelen ser una interpretación errónea y personal de los síntomas físicos, resulta interesante saber qué relación establece el paciente entre los mismos según su propia historia de aprendizaje. Por ejemplo, si el paciente presenta desrealización es más probable que la interprete como que se está volviendo loco, y más si refiere conocer a alguien que “se volvió loco y lo ingresaron en un hospital psiquiátrico”.
- *Conducta de escape.* Hay que valorar la facilidad con la que tiende a reaccionar escapando, o el impulso para hacerlo, en determinadas situaciones y ver si suelen ser situaciones similares. Por ejemplo, lugares percibidos como demasiado cerrados (ascensores, supermercados, autobuses) o demasiado abiertos (pasear por jardines, plazas, playa, campo). También es interesante valorar si esos lugares están conectados con sus síntomas físicos y cognitivos. Por ejemplo, escapar de un ascensor o un autobús por creer que puede asfixiarse en cuanto nota la mínima sensación de falta de aire al comenzar a hiperventilar.
- *Conducta de búsqueda de ayuda.* Es frecuente que el paciente busque ayuda hospitalaria, médica, de familiares o de conocidos cuando experimenta crisis de ansiedad. Es importante saber con qué facilidad busca esta ayuda, cómo reaccionan en estos lugares ante sus demanda (magnificando o minimizando sus síntomas), qué información le han aportado (pruebas en contra de una enfermedad como electrocardiogramas, si le han dicho que tiene una enfermedad o un “desequilibrio químico”), cómo le han tratado (reforzando o extinguiendo su conducta), etc.
- *Ansiedad anticipatoria.* Una vez experimentada una o más crisis de ansiedad, es probable que el paciente desarrolle expectativas sobre lo que puede ocurrir en determinados lugares (ej. un autobús) o al realizar determinadas actividades (ej. ejercicio físico), lo que puede generarle ansiedad anticipatoria. A su vez,

esta ansiedad anticipatoria le hace percibir sensaciones corporales que pueden “confirmar” que su temor es real, provocando en él la conducta de escape o evitación. Por ejemplo, si espera desmayarse al entrar en un supermercado, puede ponerse ansioso al estar a punto de entrar en él, esto le provoca una ligera sensación de mareo, que confirma su expectativa de poder desmayarse, lo que hace que no llegue a entrar en el supermercado o que salga rápidamente de él si está dentro.

- *Conducta de evitación.* Ante la expectativa de que algo catastrófico puede ocurrir (ej. perder el conocimiento), es frecuente que el paciente intente evitar la realización de determinadas actividades (ej. conducir), o estar presente en ciertas situaciones o lugares (ej. pasar por un puente). Hay que valorar qué actividades, situaciones y lugares está evitando, ya que esto será importante para el tratamiento.
- *Aguante con protección (objetos o personas) y/o distracción.* En ocasiones, en lugar de evitar o escapar, el paciente se enfrenta a las actividades o situaciones temidas, pero lo hace utilizando determinados objetos (ej. llevando medicación o un amuleto) o compañías (ej. pareja o un amigo), tomando determinadas precauciones (ej. caminar cerca de los hospitales o con un bastón) o intentando distraerse mientras realiza dichas actividades o situaciones (ej. llevar la música muy alta mientras conduce). El resultado de esto es que, la supuesta experiencia correctora de enfrentarse al objeto o situación temidos no se produce porque el paciente atribuye el éxito del enfrentamiento al uso de esos objetos, compañías o precauciones, con lo cual sus expectativas o creencias catastróficas no se desmienten.

## **Tratamiento del trastorno de pánico**

Dos guías clínicas recientes de alta calidad (*National Institute for Clinical Excellence* [NICE]), 2004; Andrews, Oakley-Browne, Castle, Judd y Baillie, 2003), coinciden en recomendar con el grado de evi-

dencia más alto (A) el tratamiento cognitivo conductual para el trastorno de pánico y otros trastornos de ansiedad. Citando textualmente la guía del NICE:

“se ofrecerá cualquiera de las intervenciones siguientes, teniendo en cuenta lo que prefiere la persona. Las intervenciones sustentadas por pruebas de mayor duración del efecto son, en orden descendente:

1. Terapia psicológica (terapia cognitivo conductual: TCC)
2. Terapia farmacológica (ISRS)
3. Auto-ayuda (biblioterapia: utilización de material escrito para ayudar a las personas a comprender sus problemas psicológicos y aprender formas de superarlos cambiando su conducta – basados en principios TCC)” (p. 6)

La guía del NICE no sólo recomienda el tratamiento cognitivo conductual (TCC), sino que establece la prioridad de aplicación de este tratamiento en función de la permanencia de sus efectos. Hace otra recomendación de tipo A que nos parece fundamental: que este tratamiento debe ser aplicado por una persona entrenada y supervisada que pueda demostrar que se adhiere a un protocolo de tratamiento con base empírica. Luego veremos por qué.

En el terreno de la eficiencia, la guía australiana es clara: el TCC del trastorno de pánico es el más coste efectivo, comparado con diversos antidepresivos. No sólo es más barato en el primer año de tratamiento, sino que el efecto es mayor a medida que aumenta el tiempo de seguimiento. “Durante el segundo año y siguientes, la superioridad del TCC aumenta, tanto si se continúa con la medicación como si no. Si se mantiene la medicación sus costes aumentan. Si se retira, se producen recaídas en alrededor del 50% de los pacientes. La recaída no se asocia con TCC, al menos durante los primeros 5 años, así que no hay cambio en el coste o beneficio”.

La *Guía clínica para el tratamiento del trastorno por angustia* de la Asociación Psiquiátrica Americana también lo recomienda como tratamiento de elección, colocándolo al mismo nivel que la farmacoterapia. La Asociación de Psicólogos Americana lo recomienda entre los tratamientos empíricamente validados. Pero, ¿qué entendemos

por Terapia Cognitivo Conductual (TCC) del trastorno de pánico y la agorafobia? ¿Son todos los tratamientos TCC equivalentes?

En una excelente revisión, Barlow y col. (2002) comienzan con buen criterio repasando primero los tratamientos para la agorafobia y luego los del pánico, siguiendo el orden histórico en que se desarrollaron.

El primer tratamiento de la agorafobia fue la *desensibilización sistemática* que demostró ser ineficaz, por lo que se empezó a utilizar como tratamiento estándar la *exposición in vivo*. Varios meta-análisis publicados en los años 80 sobre la exposición in vivo demostraron que del 60 al 75% de los pacientes que completan el tratamiento mejoran de forma significativa. Aunque pocos logran una “curación” absoluta (desaparición total de los síntomas) un alto porcentaje mantiene a largo plazo los buenos resultados conseguidos. En el estudio de Fava (citado por Barlow y col., 2002), realizado con 90 pacientes y analizado mediante técnicas de análisis de supervivencia, el 96% de los pacientes que completaron con éxito el tratamiento de exposición continuaba en remisión dos años después; el 77% a los cinco años y el 67% a los 7 años. Cabe resaltar que los pacientes con agorafobia residual y los que presentaban trastornos de la personalidad tenían mayor probabilidad de recaída.

Respecto al pánico, en los años 80 el grupo de Barlow elaboró un protocolo de tratamiento específico conocido como *Tratamiento de control del pánico*. La novedad y la clave de este tratamiento está en exponer al paciente a sensaciones físicas similares a las producidas por las crisis de ansiedad (*panic attacks*). También incorpora la reestructuración cognitiva, dirigida a las distorsiones sobre la ansiedad y el pánico y el entrenamiento en respiración.

A comienzos de los 90 el grupo de Oxford (Clark y Salkovskis) y el propio Beck, publicaron su trabajo con terapia cognitiva del pánico. Se centra en la reevaluación cognitiva de las sensaciones físicas y guarda estrecha relación con la reestructuración cognitiva del trabajo de Barlow. Los resultados, sobre todo al seguimiento, son similares. Los resumimos en la tabla 1.5 elaborada a partir del metanálisis de Gould de 1995 (Barlow y col. 2002).



**Tabla 1.5. Meta-análisis de 43 estudios controlados de tratamiento de trastorno de pánico con agorafobia**

	TCC	Terapia cognitiva y exposición interoceptiva combinado	Tratamiento psicofarmacológico	Tratamiento combinado
Tamaño del efecto	0,68	0,86	0,47	0,56
Abandonos	5,6%		19,8%	22%

De esta tabla podemos sacar una primera conclusión: no todo TCC del trastorno de pánico es igualmente efectivo. Es preferible utilizar un protocolo diseñado específicamente para este trastorno y validado empíricamente. Este es el caso del *Tratamiento del Control del Pánico* de Barlow cuyos componente principales exponemos a continuación.

### ***Componentes del Tratamiento de Control del Pánico de D. H. Barlow***

El tratamiento propuesto por Barlow para el trastorno por pánico se basa en cuatro componentes fundamentales: Observación y comprensión del trastorno, técnicas de control físico, reestructuración cognitiva y exposición interoceptiva (exposición a las sensaciones físicas del pánico). A esto habría que añadir un quinto componente, la exposición, que se dirige al tratamiento de la agorafobia.

1. **Observación y comprensión del trastorno:** El objetivo de este componente es establecer las bases para la reestructuración cognitiva mediante la observación y la información objetivas. Por un lado, introduce las diferencias entre las crisis de ansiedad y la ansiedad generalizada, el estrés y el papel que desempeña cada uno en el comienzo y mantenimiento del trastorno. Por otro lado, a través de los auto-registros, introduce la observación objetiva de las sensaciones y situaciones que desencadenan las crisis. Su práctica es fundamental a la hora de evaluar las recaídas, ya que por su efecto depresivo, tienden a desvir-

- tuar los avances realizados. La comprensión del modelo de las crisis de ansiedad y de lo que *no* puede pasar como consecuencia de la ansiedad, disminuye el miedo lo suficiente como para enfrentarse a la exposición.
2. Las **técnicas de control físico** que se utilizan en este modelo son la respiración diafragmática y el entrenamiento en relajación muscular. No se pretende que estas técnicas se utilicen para reducir o “controlar” las crisis de ansiedad, sino para disminuir el estado general de activación. Es decir, tienen más que ver con la ansiedad generalizada y, en todo caso, detectar señales mínimas de ansiedad para poder reducir sus síntomas. Digamos que tienen una finalidad más preventiva y que sólo surten efecto si se practican de forma regular (y no cuando se tienen crisis).
  3. La **reestructuración cognitiva** pretende identificar las distorsiones cognitivas que acompañan al trastorno de pánico y reevaluarlas para contrastar el *peligro* real. Una pregunta típica de esta fase puede ser: “¿Cuál es la probabilidad de que te dé un infarto?”. Esta pregunta supone: haber identificado ese pensamiento, comprender lo que es un infarto y haber conseguido información sobre el tema.
  4. La **exposición interoceptiva** es quizás el componente más novedoso, ya que supone *buscar* las sensaciones en lugar de tratar de evitarlas o reducirlas. Se comienza provocando sensaciones de ansiedad en un ambiente controlado, mediante ejercicios diseñados específicamente como hiperventilar o girar en una silla. Después se pide al paciente que lleve a cabo estos ejercicios solo y, finalmente, que busque situaciones que provoquen sensaciones similares a las que teme. El resultado que se persigue es la extinción de la *falsa alarma* (crisis de ansiedad).
  5. La **exposición**, por último, se dirige a disminuir o, si fuera posible, eliminar la agorafobia. Estrictamente hablando, no sería necesario utilizarla en el trastorno de pánico sin agorafobia. Su objetivo es impedir las conductas de escape y de evitación que mantienen o agravan el trastorno. La exposición debe ser sistemática y regular, independientemente del estado de ansiedad de un día concreto. Puede ser gradual o impositiva (intensiva).

**Tabla 1.6. Componentes, objetivos y actividades fundamentales del tratamiento de control del pánico**

<b>Componente</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Actividades</b>
<i>Observación y comprensión del trastorno</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Distinguir pánico, ansiedad generalizada y estrés</li> <li>2. Comprender la forma en que se producen y mantienen las crisis</li> <li>3. Comprender que es lo que no puede pasar</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autorregistros</li> <li>• Información verbal y escrita</li> <li>• Lectura y búsqueda de información</li> </ul>
<i>Técnicas de control físico</i>	<p>Reducir el nivel global de activación</p> <p>Reconocer las señales mínimas de ansiedad y tensión en cualquier situación</p>	<p>Entrenamiento en relajación muscular</p> <p>Entrenamiento en respiración diafragmática</p>
<i>Reestructuración cognitiva</i>	<p>Reevaluar las cogniciones típicas de las crisis</p> <p>Disminuir la sensación de peligro</p>	<p>Discusión de distorsiones cognitivas</p>
<i>Exposición interoceptiva</i>	<p>Extinguir el condicionamiento interoceptivo</p> <p>Poder tolerar sensaciones de ansiedad</p>	<p>Exposición a las sensaciones</p> <p>Exposición a las situaciones que provocan sensaciones corporales</p>
<i>Exposición in vivo (agorafobia)</i>	<p>Eliminación del escape y la evitación como mecanismos de control</p> <p>Extinguir el condicionamiento fóbico</p>	<p>Elaboración de la jerarquía de situaciones agorafóbicas</p> <p>Exposición regular y sistemática (gradual o implosiva)</p>

### ***Criterios de derivación***

Del metanálisis de Gould y las recomendaciones de las diferentes guías se desprende que lo ideal sería derivar a los pacientes a un tratamiento protocolizado (terapia cognitiva o exposición interoceptiva) lo antes posible y, a ser posible, sin tratamiento farmacológico (salvo el estrictamente necesario para reducir una ansiedad inmanejable al inicio): es decir, tras la primera visita a urgencias, si se diagnostica

trastorno por pánico, con o sin agorafobia, o tras diagnosticar el trastorno por el temor o preocupación a que se produzcan nuevas crisis.

Sin embargo, se deben tener en cuenta las preferencias del paciente y su estado clínico (sería poco ético hacer esperar a una persona, generalmente con alto grado de sufrimiento, existiendo tratamientos eficaces alternativos).

Una práctica habitual en muchos centros de salud mental es utilizar el tratamiento combinado. Como demuestra el metanálisis citado, no es lo mejor, ni en cuanto a resultados, ni en cuanto a abandonos. En nuestra experiencia, reduce la motivación del paciente, que aprende a tratar las crisis de ansiedad utilizando la medicación, muchas veces respondiendo al consejo médico (“si te da una crisis ponte una pastilla debajo de la lengua”, lo que se convierte en “la solución”). Como señala la guía australiana antes citada, la mitad de los pacientes que interrumpen la medicación recaen, lo que a su vez refuerza la necesidad de la medicación como estrategia de afrontamiento.

Un caso distinto sería el que pretende disminuir o retirar la dosis de benzodicepinas (todavía muy usadas a pesar de la preferencia de todas las guías consultadas por los antidepresivos) para lo cual se propone al paciente un tratamiento psicológico, con el fin de afrontar la ansiedad que aparece al disminuir o retirar las dosis de benzodicepinas. Sería el caso de las famosas crisis de rebote, producidas al retirar el tranquilizante y, en algunos casos, descritas por los pacientes como peores que las iniciales. En estos casos se requiere una estrecha colaboración si los tratamientos psicofarmacológico y psicológico los aplican profesionales distintos –para que los síntomas de ansiedad del paciente sean manejables y para que las disminuciones de la medicación se lleven a cabo en función del estado de la terapia psicológica.

### ***Criterios de exclusión***

- *Trastornos de la personalidad como diagnóstico principal.* En estos casos es preferible dirigir el tratamiento al trastorno de la personalidad, lo que, de entrada, implica un planteamiento a más largo plazo.

- *Esquizofrenia, trastornos bipolares y otros trastornos graves que a veces presentan crisis de ansiedad.* Debe tratarse en primer lugar el trastorno principal. Sólo si está controlado y en fase estable, se valorará el tratamiento específico del pánico o la agorafobia si persisten.
- *Trastorno hipocondríaco y trastornos obsesivos si son el diagnóstico principal.* Éste no es un tratamiento diseñado para la hipocondría ni para el TOC. Tampoco para el trastorno histriónico, que a veces presenta síntomas similares a las crisis de ansiedad.
- Cuando hay una “ganancia secundaria” muy importante por el trastorno (p.e., baja por enfermedad que supone volver a un puesto en el que se sufría acoso laboral según el paciente). En estos casos hay que tratar, frecuentemente de forma multiprofesional, cuál sería el mejor abordaje. También algunos agorafóbicos con su dependencia del cónyuge, aplazan la toma de decisiones en un problema de pareja que hay que abordar *per se* y conviene plantearse si es preferible tratar este problema antes o simultáneamente.

### ***Criterios de derivación a tratamiento farmacológico***

- Cuando el paciente bien informado expresa sus preferencias por el tratamiento farmacológico.
- Cuando no está claro que el tratamiento psicológico vaya a pausarse de forma adecuada (mucha distancia entre sesiones, interrupciones largas, cambio de profesionales...).
- Cuando por las características del paciente o de sus circunstancias sea mucho más fácil seguir el tratamiento farmacológico (ausencias prolongadas de la ciudad de residencia, dificultad extrema para acudir regularmente a las sesiones...).
- Cuando los tratamientos psicológicos disponibles no ofrezcan mejores índices de resolución que los tratamientos farmacológicos (peor eficacia, efectividad y eficiencia).

# 2

## Psicoeducación

---

*Juan García*  
*Julio C. Martín*

Desde el modelo cognitivo conductual, se conoce como *psicoeducación* al proceso por el que el terapeuta aporta información al paciente con la intención de que éste entienda determinados fenómenos psicológicos. Esta información permite al paciente comprender sus problemas, dando una explicación sobre el origen de los mismos y, sobre todo, qué hace que se mantengan en la actualidad. En esta fase también se aporta información de cuáles van a ser los procedimientos utilizados para el tratamiento y su efectividad, así como la probabilidad de cambio esperada, y los roles y las tareas que van a llevar a cabo terapeuta y paciente. Desde la perspectiva cognitiva este proceso se realiza aportando información, pero sobre todo a través de preguntas que ayuden al paciente a entender su situación y cómo afrontarla (*método socrático*). Sería como ayudar al paciente a pensar dónde debe poner los ladrillos si quiere una casa que le guste, antes que indicarle nosotros dónde debe poner esos ladrillos. Este enfoque no prescriptivo permite sentar las bases para una mejor reestructuración cognitiva, así como una mejor colaboración al señalar la conveniencia de practicar ejercicios de exposición.

En el caso del trastorno de pánico y de la agorafobia es importante que el paciente comprenda la fisiología de la ansiedad y sus formas (ansiedad generalizada y crisis de ansiedad), cómo puede originarse y cuál es su función, cuáles son sus síntomas, qué mecanismos la facilitan o inhiben, por qué se mantiene por conductas de evitación y escape, cuál es el papel de los pensamientos catastróficos (cogniciones), y cuál sería el tratamiento más idóneo (reestructuración cognitiva y exposición en vivo).

Además de las explicaciones verbales, se puede hacer uso de materiales escritos como el libro de Moreno y Martín (2004) titulado: *Dominar las crisis de ansiedad. Una guía para pacientes*. Esta obra puede ser considerada como el “libro de texto y consulta” para el paciente durante y después del tratamiento, pudiéndose encargar su lectura como tarea para casa. El objetivo último de aportar al paciente una base conceptual de sus problemas y de los procedimientos de tratamiento es llegar a un consenso sobre el plan de tratamiento a seguir y cómo ponerlo en marcha. De esta manera, podemos conseguir que aumenten las expectativas de cambio del paciente, facilitando así su motivación para el mismo y su mayor implicación, algo esencial para que el paciente lleve a cabo las tareas propuestas por el terapeuta, en especial la exposición en vivo. Durante esta fase es muy importante intentar entender cuáles son las expectativas del paciente acerca de la terapia y de nuestro papel como terapeutas, para poder corregir las percepciones erróneas y aumentar la probabilidad de éxito del tratamiento.

### **Cómo llevar a cabo la psicoeducación**

Debemos abordar los siguientes aspectos:

- 1) Qué es la ansiedad y cómo se convierte en problema.
- 2) Es muy poco probable que se cumplan los mayores temores del paciente (p. e., asfixiarse, tener un infarto, volverse loco o desmayarse).

- 3) La crisis de ansiedad actúa como una falsa alarma de la respuesta de huida/lucha/paralización que se asocia a determinadas sensaciones, actividades, situaciones o lugares.
- 4) El modelo de vulnerabilidad-estrés y el modelo interactivo de estrés.
- 5) Diferencia entre la ansiedad generalizada o anticipatoria y las crisis de ansiedad, así como su interacción.
- 6) Los tres componentes de la respuesta de ansiedad (fisiológico, cognitivo y conductual), cómo interactúan entre sí, y cómo se pueden abordar con el tratamiento propuesto.
- 7) La necesidad de la autoobservación de los propios síntomas y la utilidad de los autorregistros en dicha tarea.

El tratamiento comienza explicando al paciente qué es una crisis de ansiedad, cuáles son sus síntomas y en qué consiste el trastorno de pánico y la agorafobia. Para ello, podemos pedirle que nos relate la última crisis de ansiedad que tuvo (o la peor que tuvo) y qué pensaba o se imaginaba que le estaba sucediendo. A partir de los síntomas que nos relate (p.e. despersonalización) y de lo que estos representen para él (p.e. estar volviéndose loco), podemos presentar el listado de síntomas físicos y cognitivos que definen las crisis de ansiedad. Tras reconocer qué síntomas son los que experimenta con mayor frecuencia, podemos preguntarle cómo reacciona ante los mismos o qué repercusiones han tenido para él, comprobando de este modo las formas de evitación/escape que ha desarrollado hasta ahora y el deterioro funcional actual. A continuación, podemos introducir los conceptos de preocupación, ansiedad anticipatoria, evitación y escape, para pasar a describir el trastorno del paciente, utilizando la terminología de la CIE-10 o del DSM-IV-TR. De esta forma establecemos una relación entre síntomas físicos y pensamientos catastróficos, y entre ansiedad anticipatoria y evitación/escape, que van a ser la base para justificar el tratamiento cognitivo conductual del trastorno.

Es frecuente que el paciente relacione determinados síntomas con determinadas enfermedades o resultados catastróficos, lo que a su vez le puede llevar a adoptar ciertas conductas contrafóbicas de seguridad o de evitación. En la Tabla 2.1 se presentan algunos ejemplos.



**Tabla 2.1. Interpretaciones y conductas asociadas a signos y síntomas del pánico (Wells, 2005)**

<b>Sensación física / síntoma más destacado</b>	<b>Interpretación errónea y catastrófica</b>	<b>Conducta de seguridad / evitación</b>
Palpitaciones Opresión precordial	Ataque al corazón Estar muriendo	Intentar relajarse para bajar la taquicardia Sentarse Evitar fatigarse o hacer ejercicio físico
Sensación de irrealidad	Volverse loco Perder el control y hacer algo que no desee	Intentar mantener el control de los pensamientos Comprobar si puede memorizar Asegurarse vías de escape
Sensación de ahogo	Asfixia por falta de aire	Respirar profundamente Sentarse cerca de ventanas Llevar caramelos de menta Evitar multitudes
Sensación de atragantamiento	Asfixia por atragantamiento	Llevar una botella de agua Provocarse la tos
Sensación de mareo o inestabilidad	Desmayarse	Controlar la respiración Sentarse Apoyarse en alguien/algo Evitar salir solo
Visión borrosa	Quedarse ciego Derrame cerebral	Comprobar la visión Llevar gafas de sol Evitar estresarse
Temblores en las piernas	Desmayarse Caerse al suelo	Apretar las piernas cuando está de pie Andar cerca de las paredes Llevar zapatos planos

Los mayores temores del paciente con crisis de ansiedad son los siguientes:

- 1) *Asfixiarse*. Este miedo surge por la dificultad que se experimenta para respirar. Suele deberse a que los músculos intercostales están tensos, lo que dificulta la espiración y por tanto la siguiente inspiración. La interpretación catastrófica de

estar asfixiándose o ahogándose puede hacer que el paciente comience a respirar con mayor intensidad y frecuencia (conducta de seguridad) provocando un estado de hiperventilación. La hiperventilación genera síntomas adicionales como parestesias o mareo, que causan más temor aún y confirman que está sucediendo algo malo. Además, al prestar atención a la respiración, ésta deja de hacerse automáticamente y pasa a ser voluntaria, lo que produce sensación de anormalidad en la misma. No obstante, la asfixia es imposible porque, aunque la respiración puede controlarse parcialmente de forma voluntaria, la respiración en sí es un proceso involuntario que depende de centros cerebrales automáticos. En el peor de los casos, si realmente estuviera produciéndose la asfixia, la puesta en marcha del sistema nervioso parasimpático provocaría el desmayo para que los músculos se relajasen. La respiración pasaría a ser controlada de forma automática, recobrándose la conciencia una vez restaurada la forma correcta de respirar.

- 2) *Tener un infarto cardíaco.* Al percibir las palpitaciones y la opresión torácica, muchos pacientes creen estar sufriendo un ataque al corazón. Algunos piensan que es ansiedad pero que ésta puede hacer que el corazón se pare o estalle. Lo cierto es que la vasoconstricción/vasodilatación y la taquicardia no pueden provocar por sí mismas un infarto, ya que para que se produzca un infarto es necesario que se obstruyan o rompan vasos sanguíneos del corazón. Algunos pacientes refieren además malestar en el brazo izquierdo y parestesias, secundarias a la vasoconstricción. Generalmente esto se debe a la tensión muscular y a la focalización de la atención en esa zona porque han oído que se siente dolor en ese brazo y no en el derecho. En estos casos se puede recordar al paciente que cuando alguien sufre un infarto cardíaco se le inyecta adrenalina para que el corazón se ponga en marcha, y adrenalina es precisamente lo que se libera en el organismo cuando se experimenta una crisis de ansiedad, por lo que el temor no se basa en la realidad fisiológica.

- 3) *Volverse loco o perder el control.* Suele estar muy asociado con la sensación de irrealidad de los síntomas disociativos de la desrealización y/o despersonalización. En estos casos, es conveniente explicarle que lo que tradicionalmente se conoce como locura se denomina esquizofrenia y que consiste en la presencia de alucinaciones, ideas delirantes y alteraciones graves del comportamiento, el habla y las emociones. Algo que nada tiene que ver con sus síntomas. Por otra parte, puede ser interesante resaltarle la diferencia entre su necesidad imperiosa de escapar de determinadas situaciones o lugares cuando preferiría no hacerlo y el hecho de perder el control, pues cuando escapa, lo hace de forma voluntaria e incluso sería lo más congruente con la valoración de peligro o amenaza que ha realizado. No obstante, puede aprender a contenerse en esas situaciones.
- 4) *Desmayarse.* El miedo a desmayarse o caerse al suelo surge tras percibir la sensación de mareo, vértigo e inestabilidad. Sin embargo, estas sensaciones indican la activación del sistema nervioso simpático (que aumenta la presión sanguínea), que es fisiológicamente incompatible con el desmayo (provocado por la disminución brusca de la presión sanguínea). El desmayo sólo ocurre en personas con una especial predisposición para ello y que suelen presentar fobia a la sangre, y su objetivo es minimizar la pérdida de sangre en el caso de que haya una herida o sea imposible escapar o defenderse. En estos casos lo que se produce es un rápido aumento de la presión sanguínea seguido de un brusco descenso de la misma, debido a la activación del sistema nervioso vegetativo parasimpático.

En menor medida, algunos pacientes refieren temores a quedarse ciegos o a atragantarse. El miedo a quedarse ciego puede deberse a la visión borrosa, producto de la fijación ocular, o a la percepción de sus “floaters” oculares, que son pequeñas motas que se desplazan en la superficie líquida del ojo y que pueden ser vistos si se les presta atención. El miedo a atragantarse puede deberse a la percepción de la rigidez en cuello y garganta, y a la sensación de boca seca. No obstante, los temores del paciente pueden ser muy idiosincrásicos, dependiendo

de qué síntomas se presentan con mayor intensidad y/o frecuencia, a qué síntomas se le presta más atención, y la historia de aprendizaje particular acerca de cómo son las enfermedades o cómo se puede morir. Además, en algunas ocasiones, es posible que el paciente no sea capaz de concretar ningún temor específico y que únicamente refiera tener muchísimo miedo y mucha necesidad de escapar. El abordaje de estos casos se tratará en capítulos posteriores.

Para consolidar este aprendizaje, se puede recomendar la lectura del capítulo 1 de la *Guía del Paciente*, donde se detallan todos estos contenidos en un lenguaje comprensible.

Una vez que tenemos claro las sensaciones físicas y los posibles resultados catastróficos temidos, se pueden introducir algunos conceptos básicos sobre la fisiología de la ansiedad y el miedo, así como el origen evolutivo de las crisis de ansiedad y cómo éstas llegan a aparecer de forma espontánea o ante determinados contextos. Para ello, se puede recomendar la lectura del capítulo 2 de la *Guía del Paciente*. Siguiendo a Barlow (2002), podemos señalar al paciente que ante una situación de peligro inminente que puede amenazar la vida (por ejemplo si somos atacados por alguien), nuestro organismo se alarma para defenderse y aparece el miedo. Esta emoción, propia de todos los mamíferos y otras especies inferiores, se acompaña de una serie de cambios físicos y cognitivos que preparan al organismo para la acción, que generalmente consiste en salir huyendo o escapar para ponerse a salvo (huída) o en el ataque defensivo si la huída no es posible (lucha). Estas reacciones constituyen la *reacción de emergencia* de Cannon, que se caracteriza por tendencias de *acción instintivas de huída y lucha* ante el peligro. Cuando estas reacciones no son posibles o son contraproducentes, puede aparecer la *reacción de "congelación o parálisis"* (del término inglés "freezing"), que consiste en quedarse totalmente inmóvil hasta que la situación amenazante desaparezca o hasta que la huída sea posible. Estas reacciones son naturales y están mediadas por el sistema nervioso vegetativo. Cuando es necesario movilizarse ante el peligro, se produce una hiperactivación del sistema nervioso vegetativo simpático, que facilita la huida o la lucha defensiva. En cambio, cuando se requiere permanecer totalmente inmóvil, se pone en funcionamiento el sistema nervioso vegetativo parasimpático, que provo-

ca el desmayo (hacerse el muerto) para evitar daños mayores. En el caso de que se hubiesen producido heridas, ésta sería la reacción más adecuada para evitar morir desangrado, y por eso es la reacción característica de la fobia a la sangre. Si estos sistemas se ponen en funcionamiento ante una situación de peligro real, hablaríamos de una *alarma verdadera*, adaptativa y que nos ayuda a sobrevivir. Por el contrario, si estas reacciones se ponen en marcha en situaciones o lugares que no representan una amenaza real (o tal amenaza sólo es simbólica o imaginada), estaríamos hablando de una *falsa alarma*, desadaptativa y que puede dar lugar a desarrollar un trastorno. Los síntomas que describe el paciente durante una crisis de ansiedad no son más que los cambios fisiológicos y cognitivos necesarios para estas respuestas de movilización/ inmovilización ante el peligro (por ejemplo taquicardia, taquipnea, sudoración, sensación de rapidez mental o visión túnel, despersonalización/desrealización o inestabilidad/mareo) y/o los efectos secundarios inofensivos de estos cambios (sensación de ahogo, atragantamiento, opresión pectoral, náuseas/malestar abdominal, parestesias, escalofríos o sofoco, tensión muscular). Pero como estas reacciones se dan en un contexto no peligroso (falsa alarma), el paciente concentra su atención en las reacciones corporales y/o en el contexto en el que se producen, apareciendo temores secundarios (por ejemplo miedo a morir, volverse loco, perder el control, tener una enfermedad...), ya que tales reacciones no parecen justificarse por las circunstancias (no hay ningún peligro real, por ejemplo, estar en casa por la noche viendo la televisión o sentado en un autobús). Cuando se sufre una crisis de ansiedad en un contexto no peligroso, esta falsa alarma puede convertirse por condicionamiento en una *alarma aprendida*, dando lugar a tres posibles situaciones:

- 1) El paciente puede centrar su atención en sus reacciones fisiológicas, de forma que la respuesta de alarma se asocie a las propias sensaciones físicas de ansiedad (condicionamiento interoceptivo). Posteriormente, puede generalizarse a otras sensaciones corporales parecidas, desarrollando una alarma aprendida a las sensaciones corporales en sí (lo característico del trastorno de pánico).

- 2) Puede establecerse una asociación entre la falsa alarma y el contexto no peligroso en el que se ha dado (por ejemplo en un autobús, en un supermercado, o conduciendo), desarrollando el paciente una alarma aprendida a determinados lugares (lo característico de la agorafobia) o circunstancias (como al llegar la noche)
- 3) La última situación, y la más frecuente en los contextos clínicos, es una combinación de las dos anteriores, en la que el paciente aprende a alarmarse de sus propias reacciones corporales en determinados lugares o situaciones, aparentemente inofensivos.

Para explicar cómo se producen las primeras crisis de ansiedad (las primeras falsas alarmas), introducimos al paciente en el modelo de vulnerabilidad-estrés y el modelo interactivo de estrés. Según el *modelo de vulnerabilidad-estrés para las falsas alarmas* (Barlow, 2002), las crisis de ansiedad surgen de la combinación de una vulnerabilidad física para responder con crisis de ansiedad (reactividad biológica, umbral para las tendencias de acción asociadas a alarmas), una vulnerabilidad psicológica (historia de aprendizaje, modelado familiar y falsa información sobre distintas enfermedades y sus síntomas) y una situación de estrés desencadenante, breve pero intenso o leve pero mantenido en el tiempo, que el paciente no sabe cómo afrontar. Respecto al *modelo interactivo de estrés* (Lazarus y Folkman, 1986), la aparición de éste depende de la evaluación de una situación como amenazante, la valoración de las habilidades de afrontamiento para hacer frente a dicha amenaza, y las posibilidades de poner en marcha esas habilidades de afrontamiento. Si no es posible afrontar la amenaza, puede producirse una resistencia pasiva, que facilita el aumento de la tensión, lo que a su vez facilita el que puedan producirse crisis de ansiedad. Hay que resaltar al paciente que el estrés puede surgir tanto por cambios vitales negativos (muerte de un ser querido, enfermedad, falta de asertividad, separación, sobrecarga) como positivos (casarse, tener hijos, ascenso en el trabajo).

Las explicaciones sobre los autorregistros, las diferencias entre ansiedad generalizada y crisis de ansiedad, los tres componentes de

la respuesta de ansiedad, su interacción y cómo se abordan en el tratamiento, se explican detenidamente en el siguiente apartado.

### **Principales ideas a transmitir al paciente**

- 1) *El trastorno de pánico y la agorafobia son trastornos mentales relativamente comunes y que pertenecen al grupo de los trastornos de ansiedad. Es importante conceptualizar el trastorno a partir de los datos que aporta el paciente, centrándonos en sus síntomas más prominentes y cómo los afronta. Es útil que identifique sus síntomas, aprenda a ponerles nombre y sea consciente del uso que hace de la evitación y del escape (de actividades, lugares y/o situaciones). También podemos explicar al paciente que el trastorno de pánico y la agorafobia son relativamente frecuentes, diagnosticándose en el 10% de los pacientes que acuden a consulta por salud mental (American Psychiatric Association, 2002).*
- 2) *Las crisis de ansiedad aisladas son frecuentes y no necesariamente implican un trastorno de pánico o agorafobia. Según Kessler (2006), la prevalencia vital de las crisis de ansiedad aisladas sin cumplir los criterios diagnósticos del trastorno de pánico ni de la agorafobia es del 22,7%, lo que indica que las crisis de ansiedad son relativamente frecuentes en la población general y que no necesariamente conllevan un deterioro funcional del paciente. El desarrollo del trastorno implica por tanto factores adicionales a la mera aparición de una crisis de ansiedad. Determinadas situaciones estresantes (muerte de un familiar, accidente de tráfico, sobrecarga familiar o laboral...) podrían facilitar la aparición de una crisis de ansiedad aislada, sin que se desarrolle posteriormente un trastorno.*
- 3) *Estos trastornos son el resultado de una predisposición del paciente y de la presencia de estresores psicosociales. La predisposición del paciente puede ser fisiológica, debido a factores genéticos (Smoller y cols, 1998; Kendler y cols, 2001), y psicológica, debi-*

do a la historia de aprendizaje (Ehlers, 1993) o a la presencia de determinados rasgos de personalidad como el neuroticismo o la sensibilidad para la ansiedad (Stein, 1999). En el caso del trastorno de pánico, se aprecia una mayor facilidad para responder al estrés con fuertes descargas simpáticas en forma de crisis de ansiedad. En el caso de la agorafobia parece haber una mayor predisposición a experimentar miedo y condicionar reacciones de ansiedad a determinados ambientes o situaciones que han permitido la adaptación desde el punto de vista evolutivo como lugares abiertos y con luz (facilitan ser visto y cazado por depredadores), los lugares cerrados o con multitudes (facilitan el quedar atrapado o sin oxígeno) o los lugares lejanos de nuestro medio habitual y nuestro grupo de referencia (dificultan el refugiarse o ser defendido en caso de peligro) (Leahy y Holland, 2000). Al mismo tiempo, existe una vulnerabilidad psicológica a interpretar las sensaciones corporales y las consecuencias de las mismas de forma catastrófica, peligrosa o dañina (Stein y cols, 1999), lo que facilita la elaboración de miedos secundarios terroríficos en el pánico (muerte inminente, enfermedad física o mental...) o en la agorafobia (reaccionar imprevisiblemente al no poder escapar o verse atrapado, quedar en evidencia...). Además de la vulnerabilidad fisiológica y psicológica, es necesario la presencia de un cambio o una situación conflictiva que genere un estrés breve e intenso, o ligero pero prolongado, para que se originen y se mantengan estos trastornos. No obstante, el estrés en sí no es ni la causa ni el principal factor de mantenimiento de estos trastornos, por lo que el tratamiento no va a centrarse en reducir o eliminar el grado de estrés o las situaciones problemáticas que estresen al paciente, sino en controlar sus síntomas y la evitación de los mismos.

- 4) *La crisis de ansiedad se concibe como una falsa alarma de la respuesta de huida/lucha/paralización, que es una respuesta adaptativa que permite proteger al organismo en situaciones amenazantes para la vida.* Los síntomas que componen las crisis de ansiedad son el resultado de los cambios fisiológicos (cardio-



vasculares, respiratorios, endocrinos) experimentados por el paciente tras la activación de la respuesta de huida/lucha/parálisis. Esta respuesta, necesaria y adaptativa en situaciones amenazantes para nuestra vida, se activa erróneamente en una situación poco o nada amenazante (falsa alarma). Pero, al no existir un peligro inminente que justifique tal respuesta, el paciente concentra su atención en las sensaciones corporales que experimenta, generando pensamientos secundarios de tipo catastrófico (Barlow, 2002).

- 5) *Las crisis de ansiedad pueden ser un miedo aprendido.* Ante la ausencia de un peligro inminente real, el miedo experimentado durante la crisis de ansiedad puede asociarse con la percepción de las propias sensaciones corporales de la ansiedad (ej. taquicardia), como en el caso del trastorno de pánico, o con determinados lugares o situaciones (ej. supermercado o conducir solo), como en el caso de la agorafobia. De tal forma que el paciente aprende a alarmarse ante la percepción o la anticipación de determinadas sensaciones corporales en ciertos lugares o situaciones (Barlow, 2002).
- 6) *Las crisis de ansiedad pueden mantenerse por tres procesos: atención selectiva, uso de señales de seguridad, y conducta de evitación.* Según Wells (2005), una vez que se ha producido alguna crisis de ansiedad, el trastorno puede mantenerse por al menos tres procesos. Por un lado, el paciente comienza a prestar mayor atención a sus propias sensaciones corporales, de forma que disminuye su umbral perceptivo para detectar cambios corporales que antes pasaban desapercibidos, experimentándolos ahora con mayor intensidad subjetiva. Por otro lado, comienza a tomar precauciones y a desarrollar conductas contrafóbicas que puedan evitar o impedir las catástrofes esperadas. Éstas pueden ser muy variadas (llevar determinados objetos, hacerse acompañar, realizar determinadas acciones...) pero tienen en común que impiden al paciente desmentir la validez de sus interpretaciones y expectativas catastróficas, haciéndole pensar erróneamente que no han sucedido gracias

a sus precauciones o conductas de seguridad. Por último, la conducta de evitación, impide al paciente comprobar la validez de sus predicciones catastróficas, ya que, al no exponerse a aquellas actividades o situaciones temidas, no puede verificar que éstas no se cumplen.

- 7) *La forma de enfrentarse a las crisis de ansiedad puede estar manteniendo e incluso agravando el problema.* Craske y Rowe (1997) proponen que es más probable que se desarrolle un trastorno de pánico y/o agorafobia si las primeras crisis de ansiedad se producen en situaciones en las que las sensaciones corporales de la ansiedad son percibidas como especialmente amenazantes debido a la posibilidad de sufrir un daño (por ejemplo si se va conduciendo o se está manejando maquinaria peligrosa), de quedarse atrapado (estar en un avión, ascensor o un autobús lleno de gente), de ser valorado negativamente por otras personas (acontecimientos sociales, trabajo) o de estar lejos de nuestras fuentes cotidianas de seguridad (de viaje, lejos de casa o de la familia). Si estas crisis se interpretan y se afrontan de forma equivocada, el trastorno puede desarrollarse y mantenerse. Hay que ayudar al paciente a que identifique cómo está interpretando lo que le sucede y cuáles son las formas perjudiciales de afrontamiento que está utilizando (evitación, escape, distracción, uso de objetos o acompañantes contrafóbicos, abuso de sustancias...). Anteriormente se han expuesto las interpretaciones catastróficas más frecuentes.
- 8) *Las crisis de ansiedad siempre se disparan ante la presencia de algún estímulo externo o interno, aunque éste no sea evidente para el paciente.* Es por ello que vamos a pedirle que comience a observar sus propias reacciones y registre sus crisis de ansiedad en el momento en que se producen, para detectar cuáles son los desencadenantes y aumentar la capacidad de predicción del paciente. Según Clark (1986) estos estímulos pueden ser *externos* –como lugares o situaciones considerados amenazantes porque han sido asociados con una crisis de ansiedad previa– y, sobre todo, *internos* –a partir de la percepción de sen-

saciones corporales, debido a la respuesta de ansiedad anticipatoria o a la realización de otra actividad que provoque cambios corporales. Además, en tanto que los recuerdos suelen estar sesgados, el paciente tiende a recordar más sucesos ansiosos y mayor gravedad de los mismos, lo que facilita un mayor grado de ansiedad generalizada y de hipervigilancia. Hay que conseguir que el paciente deje de estar centrado en su malestar subjetivo y comience a valorar de forma más objetiva lo que le sucede, momento en que introducimos los autorregistros. Es recomendable que el paciente registre todos los días si ha tenido alguna crisis de ansiedad y su estado de ánimo. Se pueden utilizar los registros que aparecen en la Tabla 2.2 y en la Tabla 2.3.

**Tabla 2.2. Registro para explorar la crisis de ansiedad**

<b>Registro de la Crisis de Ansiedad</b>	Fecha: _____	Hora: _____
Situación en la que se dio (dónde, con quién, qué estabas haciendo):		
_____		
_____		
La crisis fue ____ inesperada y sin motivo aparente ____ presentida ____ esperada		
El máximo miedo que experimenté de 0 a 10 fue: _____		
Marca con una X los síntomas que tuviste durante la crisis y subraya el que más te asustó de todos:		
o Palpitaciones/corazón acelerado	o Escalofríos o sofocos	
o Temblores	o Sensación de irrealidad	
o Sudor excesivo	o Vértigo o Mareo	
o Sequedad de boca	o Miedo a morir	
o Sensación de atragantamiento	o Miedo a volverse loco	
o Hormigueo en brazos/piernas/cara	o Miedo a perder el control	
o Dificultad para respirar o asfixia	o Miedo a desmayarse/caerse	
o Nauseas/malestar en el estómago	o Otro: _____	
o Dolor/presión/malestar en el pecho		



- 9) *Las crisis de ansiedad y la ansiedad generalizada son distintas, aunque se refuerzan mutuamente.* Una crisis de ansiedad es un episodio agudo con intenso miedo, centrado en el presente. En cambio, la ansiedad generalizada es un estado más crónico, caracterizado por la preocupación sobre lo que va a pasar en un futuro próximo. La ansiedad generalizada puede aumentar la probabilidad de que ocurran crisis de ansiedad, ya que mantiene al organismo en un estado elevado de activación fisiológica y con una atención focalizada en las sensaciones corporales. Esto facilita la percepción de las sensaciones que pueden interpretarse catastróficamente, dando lugar a la crisis de ansiedad. A su vez, la expectativa de volver a sufrir crisis de ansiedad, o lo que éstas signifiquen para el sujeto (enfermedad, muerte, humillación...), puede facilitar que la persona esté continuamente preocupada y por tanto con ansiedad generalizada.
- 10) *La respuesta de ansiedad posee tres componentes: fisiológico, cognitivo y conductual.* El componente fisiológico se corresponde con la activación del sistema nervioso vegetativo. El cognitivo comprende pensamientos e imágenes mentales que se han asociado con la percepción y la búsqueda de peligro y la sensación de falta de control. El conductual consiste en la respuesta de escape, evitación e interrupción de una conducta que esté en marcha. El modelo de los tres componentes de respuesta para describir la ansiedad proviene de Lang (1977) y Rachman (1978). Este modelo pretende resaltar que desde un componente de respuesta se puede facilitar o inhibir la activación de los otros componentes, ya que estos se encuentran conectados por redes asociativas.
- 11) *Los tres componentes de la respuesta de ansiedad varían en la ansiedad generalizada y en las crisis de ansiedad, aunque ambas formas de ansiedad podrían considerarse los extremos de un continuum de ansiedad más leve a ansiedad más grave.* Durante la crisis, se produce un incremento rápido y abrupto de la activación vegetativa, generalmente con fuerte hiperventilación, y existe una percepción de amenaza inminente que lleva al paciente a escapar o a buscar ayuda, es por tanto una reacción o emoción

aguda que se resuelve con prontitud. En los estados de ansiedad más generalizada, el grado de activación es menor y la tensión muscular es frecuente, existiendo una percepción de amenaza futura para la que el paciente tiene que permanecer vigilante o alerta, siendo frecuente la conducta de evitación o la paralización con cese de conductas. En este caso, hablamos de una reacción más crónica y permanente en el tiempo.

- 12) *El tratamiento propuesto abarca los tres componentes de la respuesta de ansiedad.* El componente fisiológico, es decir, el grado de activación vegetativa aguda o crónica, se trata mediante la respiración abdominal, que pretende controlar la hiperventilación, y mediante la relajación muscular, que pretende reducir el grado de tensión muscular. Para tratar el componente cognitivo, se aporta información sobre la ansiedad y se realiza reestructuración cognitiva, para que el paciente adquiera un nuevo marco de referencia desde el que entender los síntomas y pueda corregir las interpretaciones erróneas que contribuyen a mantener el problema. Finalmente, mediante la exposición en vivo interoceptiva y agorafóbica, facilitamos que el paciente afronte sus síntomas y las situaciones temidas en lugar de escapar, evitar o buscar ayuda, comprobando que sus peores expectativas o temores no se cumplen.
- 13) *Las crisis de ansiedad pueden repetirse por un proceso de atención focalizada consciente o inconsciente.* Tras haber experimentado una crisis de ansiedad, el paciente, con la intención de evitar una nueva crisis o lo que para él represente la misma (la posibilidad de enfermar, morir o hacer el ridículo), comienza a prestar una mayor atención a sus sensaciones corporales, vigilando sus cambios. Este aumento de la atención puede generar que el paciente tome conciencia de sensaciones que antes pasaban desapercibidas para él, y que pueden interpretarse catastróficamente (“me voy a volver loco” o “me va a dar un infarto”), provocando la respuesta de huida-lucha-paralización, es decir, la crisis de ansiedad. Con el tiempo, esta vigilancia de las propias sensaciones del cuerpo puede automatizarse y hacerse inconsciente, de forma que el paciente puede reaccionar con miedo

ante un cambio corporal que se produzca cuando está concentrado en cualquier otra tarea o incluso durante el sueño, lo que explica las crisis de ansiedad nocturnas. Respecto a estas últimas, Craske (1999) propone que las crisis de ansiedad nocturnas se desencadenan por la percepción no consciente de los cambios fisiológicos del sueño, especialmente los que se producen en la transición a las etapas 2 y 3 del sueño no REM.

### **Cuestiones a tener en cuenta**

- 1) *Validar la experiencia subjetiva y malestar del paciente.* El paciente suele presentarse bastante asustado por los síntomas desagradables que experimenta, y es frecuente que en más de una ocasión haya acabado en los servicios de urgencias de un hospital, especialmente con las primeras crisis. Al llegar allí, se le suele administrar un tranquilizante (sobre todo, lorazepam) y se le calma explicándole que “no es nada, sólo tiene ansiedad”. Estas explicaciones no suelen convencerle, por lo que es probable que comience a buscar ayuda en otros profesionales, pensando que puede tener una enfermedad física que no ha sido detectada en el servicio de urgencias o por su médico de familia. Cuando llega al profesional de la salud mental, es común que relate lo frustrante que le resulta la contradicción entre la falta de gravedad expresada por algunos profesionales de la salud (“no se preocupe, sólo es ansiedad”) y la vivencia subjetiva experimentada (“pensaba que me moría”, “me estaba volviendo loco”), así como su reticencia a creer que todo sea un problema mental. También es frecuente que sus familiares o bien se enfaden y generen resentimiento hacia el paciente (“lo que tiene es cuento”), o bien exageren las consecuencias de sus síntomas (“puede tener algo grave”), reforzando la angustia del paciente. Por todo ello, es muy importante validar el malestar subjetivo experimentado por el paciente, haciéndole saber que entendemos lo mal que lo ha pasado y que esos síntomas que experimenta son desagradables y provocan miedo, si bien son totalmente inofensivos.

- 2) *Un nuevo marco de referencia para explicar los síntomas.* Mediante la psicoeducación comenzamos el proceso de reestructuración cognitiva, ya que aportamos al paciente un nuevo marco de referencia que le permite comprender mejor sus síntomas. Además, la concepción psicobiológica y el modelo de vulnerabilidad-estrés de estos trastornos permite corregir las ideas erróneas acerca de sus síntomas y/o sus consecuencias, así como introducir el fundamento y la utilidad de los componentes de tratamiento a seguir.
- 3) *Los autorregistros aumentan la motivación del paciente para el cambio y le permiten pensar objetivamente sobre sus síntomas.* En vez de estar continuamente preocupado por los síntomas y el malestar que estos causan, ayudamos al paciente a que se centre en examinar de forma objetiva lo que le está pasando en cada momento.
- 4) *Los autorregistros pueden ser terapéuticos en sí mismos.* El paciente pasa de ser una víctima pasiva de su malestar a un observador activo del mismo. Según Craske y col. (2000), con los autorregistros podríamos contribuir a la eliminación de los sesgos en el recuerdo retrospectivo de las crisis de ansiedad, lo que sirve para disminuir la anticipación ansiosa de futuras crisis y aumenta la capacidad percibida de predicción y control del paciente sobre sus síntomas.
- 5) *La información puede ser terapéutica en sí misma.* Con la información aportada pretendemos cambiar la capacidad de predicción y control del paciente, al comprender cómo se produce la escalada de ansiedad que conduce a la crisis y cómo pueden abordarse los tres componentes de respuesta para su control. Además, en el caso del pánico sin agorafobia, aprende a identificar los precursores de sus crisis: la aparición de las sensaciones corporales temidas.
- 6) *La Guía del paciente.* Si hacemos uso de la Guía del paciente, podemos mandar al paciente que lea varias veces los capítulos 1, 2 y 3 como tareas para casa, con la intención de fomentar la comprensión del modelo propuesto, y corregir las ideas erróneas sobre lo que le está sucediendo.



## **Ejemplos de conversaciones sobre temas típicos o difíciles de tratar**

### ***Caso: Miedo a desmayarme***

Paciente: A mí lo que me da más miedo es poder desmayarme mientras voy conduciendo, ya que podría tener un accidente. ¿Podría llegar a desmayarme?

Terapeuta: ¿Qué te hace pensar que podrías desmayarte?

P: Pues me noto mareada y tengo una sensación extraña. Además, me cuesta respirar.

T: ¿Cuántas veces has tenido esas sensaciones y cuántas veces te has desmayado?

P: Bueno... En realidad nunca me he llegado a desmayar a pesar de haberme sentido muchas veces así.

T: ¿Sabes qué es necesario para que se produzca un desmayo?

P: Pues marearse y perder el conocimiento, ¿no?

T: Perder el conocimiento sería el resultado de desmayarse y marearse no implica que necesariamente te tengas que desmayar. Para desmayarse hace falta una caída brusca de la presión sanguínea. ¿Qué crees que le pasa a tu corazón cuando estás nerviosa?

P: Pues que late más rápido de lo normal y con fuerza.

T: Muy bien. Supongo que habrás notado cómo late más rápido y por tanto la presión es más alta también. Entonces, si cuando vas en el coche te pones nerviosa y empiezas a hiperventilar, eso te causa una ligera sensación de mareo, y tu corazón late con fuerza ¿qué te hace pensar que te vas a desmayar?

P: Pues no sé... La verdad es que sería contradictorio desmayarse en esa situación.

T: Exacto. Es bastante difícil poder desmayarse por ansiedad, y más si nunca te has desmayado antes. El desmayo por ansiedad es frecuente sólo en los casos de gente que tiene miedo a la sangre y a las heridas, ya que cuando las ven se les produce una caída brus-

ca de la presión sanguínea que puede provocarles un desmayo. Pero ése no es tu caso.

***Caso: Sólo noto un par de síntomas***

P: De todos los síntomas que me comenta, yo sólo noto el temblor por las piernas y los brazos, y sobre todo mucho miedo.

T: ¿Quieres decir que nunca has experimentado algún síntoma más del listado?

P: Bueno... también me late el corazón más fuerte y me noto muy tensa, a veces sudo un poco... pero nunca me ha faltado la respiración ni nada de eso.

T: ¿Estás preocupada por si te vuelve a pasar lo del temblor o has dejado de hacer ciertas actividades o has evitado asistir a determinados lugares por temor a que te pase?

P: Puff! ¡Pues claro que sí! Estoy siempre histérica pensando que me puede volver a pasar... y sobre todo cuando estoy sola... necesito que siempre haya alguien conmigo, ya no puedo ni estudiar si estoy sola en casa... estoy nada más que pendiente de si me puede volver a pasar.

T: Aunque técnicamente haga falta tener cuatro síntomas del listado junto con un intenso miedo, sólo con que esto haya pasado una vez es suficiente. Además, pareces muy preocupada por el temor a tener otra crisis de ansiedad y esto está repercutiendo en tu vida cotidiana, como a la hora de estudiar.

P: ¡Sí! (le caen unas lágrimas).

***Caso: Mis crisis de ansiedad duran mucho tiempo***

P: Usted dice que la ansiedad sube en unos diez minutos y vuelve a bajar, pero a mí no me baja. Mis crisis de ansiedad duran semanas.

T: Creo que no le he entendido, ¿me lo puede explicar un poco mejor?

- P: Pues es eso... que tengo una crisis y después no consigo calmarme... estoy ahí muy nervioso... y no hay forma de tranquilizarme.
- T: ¿Quiere decir que después de experimentar una crisis de ansiedad, se encuentra más ansioso y preocupado?
- P: Claro... no paro de pensar que me va a pasar otra vez o que un día de estos voy a perder la cabeza.
- T: Por lo que me cuenta, parece estar hablando de cosas distintas. Cuando tiene la crisis, experimenta una ansiedad intensa con los síntomas que hemos mencionado anteriormente. Después, como bien dice usted, también experimenta ansiedad, pero no tan intensa. Esta ansiedad no se debe a que la crisis siga en marcha, sino a que permanece preocupado por temor a tener otra crisis de ansiedad o por temor a sus consecuencias. Son por tanto dos tipos de ansiedad distintos. Una es muy intensa, ocurre puntualmente y dura poco en el tiempo, es una crisis de ansiedad. La otra, es menos intensa, es más permanente y está relacionada con la preocupación, es una ansiedad generalizada.

### ***Caso: Con la menstruación tengo más crisis de ansiedad***

- P: Cuando me queda poco para tener la regla, me dan más crisis de ansiedad. ¿Es normal esto?
- T: Cuando se da en el organismo una situación que provoque cambios fisiológicos o corporales, bien relacionados con la menstruación o con otras circunstancias, como por ejemplo cuando se tiene la gripe o se tiene resaca, pueden darse dos casos: que te plantees que esos cambios se deban a esa circunstancia puntual y por eso no le des importancia, o también que la percepción de esos cambios te haga pensar en otras posibles causas y que eso aumente tu malestar.
- P: La verdad es que cuando sé que me queda poco para la regla, yo también estoy más pendiente de mi cuerpo... y luego en cuanto noto lo más mínimo... enseguida pienso que puede ser algo malo como cáncer o algo así. Soy bastante hipocondríaca.

***Caso: Crisis de ansiedad nocturnas***

P: Si el miedo a las sensaciones corporales es lo que dispara la crisis, ¿cómo es posible que tenga crisis cuando estoy durmiendo?

T: Las crisis de ansiedad nocturnas son relativamente frecuentes. La mitad de los pacientes con trastorno de pánico han experimentado alguna vez una crisis nocturna y se producen de forma muy parecida. Aunque estemos dormidos, nuestra atención sigue funcionando y si en algún momento detecta una sensación temida puede provocar la crisis.

***Caso: Hablar del tratamiento me pone nervioso***

P: Con lo hipocondríaco que soy, sólo hablar sobre la ansiedad y el tratamiento me pone nervioso.

T: ¿A qué te refieres con hipocondríaco?

P: Pues que en cuanto me noto cualquier sensación o sólo con pensarlo, creo que me va a dar un infarto o me voy a volver loco... o cualquier enfermedad...

T: Eso no es más que un reflejo de tu ansiedad y tu preocupación por no saber cómo hacerle frente. Es importante que tengas presente que en el tratamiento de la ansiedad es necesario experimentarla para que sea efectivo. Al principio puede ser desagradable, pero poco a poco irás tolerándola mejor, hasta que puedas tolerarla y controlarla con relativa facilidad.

***Caso: ¿Tendré siempre crisis de ansiedad?***

P: Si se supone que tengo una vulnerabilidad física y psicológica para las crisis de ansiedad, entonces ¿tendré siempre las crisis y podrán heredarlo mis hijos?

T: Como te he comentado antes, el trastorno de pánico y la agorafobia pueden surgir por una interacción entre distintos factores. Es cierto que una vulnerabilidad física puede facilitar que reacciones

rápidamente con la respuesta de huida/lucha y esa vulnerabilidad puede ser heredada. No obstante, las experiencias de aprendizaje, es decir, la vulnerabilidad psicológica, y la forma en la que pensamos acerca de lo que es o no peligroso y de nuestras propias capacidades para afrontarlo, también es igualmente importante. Si aprendieses a controlar tu grado de estrés y tus pensamientos, ¿qué te hace pensar que seguirías teniendo crisis de ansiedad?

P: No sé... supongo que podría controlarlas.

### ***Caso: Mis síntomas cambian***

P: Antes no podía correr o moverme mucho porque en seguida pensaba que me iba a asfixiar. Me ponía muy nervioso al sentir que me faltaba el aire. Ahora, ya no me preocupa tanto eso, pero cuando noto latir mi corazón... me da mucho miedo. Creo que me va a dar un ataque al corazón o algo. ¿Es normal que antes me diera miedo una cosa y ahora otra?

T: Si nos fijamos en las dos situaciones, ¿qué tiene en común pensar que te estás asfixiando cuando tienes la sensación de que te falta el aire y pensar que te va a dar un ataque al corazón cuando notas latir rápido o fuerte tu corazón?

P: Pues que me noto una sensación y creo que va a ser algo malo como una enfermedad.

T: Me parece que lo que temes no es la sensación de falta de aire en sí o el latir de tu corazón en sí, sino que eso pueda ser peligroso y que sea una señal de que algo negativo está sucediendo. En cambio, estamos viendo que esas sensaciones son inofensivas.

### **Dificultades que pueden surgir**

- 1) *Explicación exclusivamente biológica del trastorno.* Algunos pacientes pueden mostrarse reticentes a confiar en la información aportada durante la psicoeducación por considerar que su

trastorno es algo más que mera ansiedad. Suelen pensar que los síntomas que experimentan durante las crisis de ansiedad son realmente consecuencia de alguna enfermedad física no detectada aún por su médico o consecuencia de algún desequilibrio bioquímico sólo controlable por medios químicos que lo reequilibren. Bajo estas creencias suele existir una resistencia a ser considerado como un “enfermo mental”. Para superar esta resistencia podríamos adoptar dos posturas. La primera sería no contradecir al paciente, manteniendo su concepción bioquímica del problema pero reformulándola a nuestro favor. En este sentido, podríamos expresar al paciente que es cierto que se han comprobado diferencias cerebrales mediante técnicas de neuroimagen (Eren y cols, 2003; Massana y cols, 2003) pero que no puede determinarse con exactitud si esas diferencias son causa o consecuencia de las crisis de ansiedad. Además, en el caso de que fuese la causa, eso no implicaría que el tratamiento psicológico propuesto no sea efectivo, o incluso más efectivo que el tratamiento farmacológico. La segunda postura, sería hacer ver al paciente cómo existen variables psicológicas que precipitan y/o median las crisis de ansiedad. Por ejemplo, señalando la presencia de disparadores potenciales de la ansiedad que pueden haber pasado desapercibidos para el paciente, o cómo la percepción de seguridad del paciente, debido a la presencia/ausencia de determinadas señales o compañías, pueden aumentar o reducir el grado de ansiedad (algo impensable si el trastorno fuera exclusivamente bioquímico).

- 2) *El paciente se resiste a realizar los autorregistros.* Bajo la excusa de no tener tiempo, fuerzas o ganas para realizar los autorregistros, puede haber distintas razones. Es importante descifrar cuál es la razón subyacente para poder actuar en consecuencia. Si el paciente no ha comprendido la utilidad del autorregistro o no sabe cómo realizarlo, aportaremos la información necesaria y resolveremos todas sus dudas en un lenguaje comprensible. Si el paciente dice saber de sobra cómo se siente y no necesitar registrar nada para saberlo, es conveniente recordarle que

los recuerdos a veces son inexactos, ya que algunas personas tienden a recordar selectivamente los aspectos negativos de los sucesos, lo que puede mantener o acrecentar la preocupación del paciente. También podemos señalarle que algunas crisis de ansiedad se dan de forma inesperada y que registrar el contexto en el que se dan puede ayudar a encontrar sus desencadenantes o precipitantes para poder controlarlos. En algunos casos, es posible que el paciente evite registrar sus síntomas o sensaciones porque sólo pensar en hacerlo le pone más nervioso. Si es así, es importante normalizar la situación y explicarle que la parte más efectiva del tratamiento es aquella en la que se entra en contacto y se afrontan los síntomas y sensaciones temidas. Si aún así el paciente se resiste, es posible que tenga una baja motivación para el cambio, porque esté desesperanzado y/o porque tenga fuertes ganancias secundarias (exención de responsabilidades, baja laboral, atención de alguien significativo...). En estos casos, podemos aportar información al paciente y confrontarle con esta realidad para aumentar su motivación. Si la resistencia persiste, habrá que comunicarle que quizás el tratamiento no esté indicado en este momento o con este formato, posponiéndolo o informándole sobre otras intervenciones posibles: farmacoterapia o psicoterapia de orientación no cognitivo-conductual.

- 3) *Las crisis de ansiedad inesperadas no parecen encajar con el modelo propuesto.* Esto puede deberse a que el paciente refiere no tener unos pensamientos de peligro o amenaza que justifiquen su reacción y que ésta es además demasiado rápida como para que le dé tiempo a pensar en nada. En estos casos es importante resaltar que la influencia recíproca entre los componentes puede producirse tanto consciente como inconscientemente, de forma que puede estar vigilando su cuerpo y reaccionando ante las sensaciones temidas sin ser totalmente consciente de ello.
- 4) *El paciente dice seguir teniendo crisis de ansiedad a pesar de haber comprobado varias veces que no ocurre nada catastrófico*

(*desmayo, muerte, humillación, etc.*). En estos casos es importante averiguar si el paciente trata de evitar o escapar tan pronto como puede de las sensaciones o situaciones temidas. También es posible que esté utilizando conductas contrafóbicas de seguridad que le generen la falsa creencia de que no sucedió ninguna catástrofe porque lo evitó de alguna manera (por ejemplo, tomándose un tranquilizante o sentándose en un banco). Podemos preguntarle qué pasaría si las sensaciones y el temor no terminaran. Ante esta pregunta suelen reconocer la presencia de preocupaciones acerca de la posibilidad de que las sensaciones temidas aumenten su intensidad o se vuelvan incontrolables hasta llegar a ser peligrosas.

- 5) *El paciente dice no tener ya crisis de ansiedad pero que está continuamente ansioso.* En estos casos es conveniente comprobar si ese estado de ansiedad generalizada es el resultado del temor a volver a experimentar otra crisis de ansiedad o sus consecuencias. Si es así, continuamos con el tratamiento. Si no, es posible que el paciente posea preocupaciones diversas que originen el estado de ansiedad generalizada. En este caso habría que cambiar el formato de tratamiento, centrándolo más en la relajación y la resolución de problemas.
- 6) *El paciente no acepta la explicación de que sus crisis de ansiedad son una falsa alarma de la reacción de huida/lucha/paralización.* Generalmente al preguntarle por qué, el paciente suele referir que las sensaciones experimentadas ante un peligro real y durante la crisis de ansiedad son distintas. En este caso, es conveniente aceptar esta diferencia cualitativa en la percepción, pero concibiéndola como un efecto del foco de la atención. Cuando estamos frente a un peligro real presente o próximo, nuestra atención se concentra en dicho peligro (por ejemplo la mano de un atracador que lleva un cuchillo), ignorando las sensaciones corporales de los cambios fisiológicos asociados. En cambio, cuando no hay un peligro externo (por ejemplo, viendo la televisión en casa) o el objeto de nuestro temor es nuestro propio cuerpo, nuestra atención se centra en las sensa-



ciones internas y sus cambios, con lo cual, la percepción de las mismas es mucho más intensa y cualitativamente distinta. De ahí, la diferencia en la percepción de las sensaciones, aunque fisiológicamente sean idénticas.

# 3

## Relajación muscular

---

*Juan García*

*Pedro Moreno*

La tensión de los músculos es una reacción fisiológica frecuente en los estados de ansiedad o miedo. En situaciones potencialmente peligrosas o ante peligros concretos, es adaptativo para el organismo tensar los músculos con el propósito de prepararse para la acción y garantizar así la supervivencia, que sería difícil si los músculos estuviesen relajados y la respuesta de huida o lucha no pudiese realizarse de forma efectiva con rapidez. Además de estas formas agudas de tensión muscular frente a peligros presentes, también pueden producirse formas más crónicas y permanentes de tensión muscular como respuesta a estados de ansiedad generalizada, donde existe una preocupación o expectativa ansiosa frente a la aparición de un peligro potencial futuro no presente o inespecífico (Barlow, 2002).

En pacientes con trastorno de pánico y con agorafobia es común la presencia de tensión muscular. Ésta puede surgir de forma puntual o aguda durante la aparición de la crisis de ansiedad, como un síntoma más de la crisis, o como respuesta de miedo a las sensaciones corporales desagradables temidas por el paciente en el momento de

la crisis. Cuando la tensión muscular es crónica en estos trastornos, puede ser el resultado de la preocupación continuada del paciente por volver a experimentar de forma espontánea las sensaciones corporales desagradables y/o por sus posibles consecuencias (enfermedad, muerte, invalidez...). También puede ser el resultado de la ansiedad anticipatoria que experimenta el paciente ante determinadas situaciones o lugares, en los que anticipa la aparición de otra crisis de ansiedad (o lo que para él representa ésta: un infarto, la pérdida de control...) o de sensaciones corporales desagradables que pueden ponerle en un aprieto o comprometerle de alguna manera (por ejemplo, humillación o vergüenza al ser visto por otros) dada la elevada comorbilidad con la fobia social.

Para poder reducir este estado de tensión muscular, se pueden utilizar diversas técnicas de relajación como la relajación muscular progresiva o alguna de sus variantes (Bernstein y Borkovec, 1996), el entrenamiento autógeno, el uso de imágenes mentales, de yoga o de distintas formas de meditación.

La mayoría de los tratamientos para la ansiedad utilizan como componente del mismo la relajación muscular progresiva en alguna de sus formas abreviadas, ya que la propuesta inicial de Jacobson (citado en Bernstein y Borkovec, 1996) era muy intensiva y se realizaba durante 50 sesiones de una hora cada una. Frente a este abordaje, Bernstein y Borkovec (1996) han desarrollado formas más breves de realizar la relajación muscular progresiva. Estas formas abreviadas guardan la esencia del planteamiento original de Jacobson, teniendo en cuenta que dicha técnica terapéutica busca reducir la tensión muscular, ayudando al paciente a ser consciente de la misma para poder liberarse de ella rápidamente. Para ello, hay que tensar y relajar diversos grupos musculares hasta alcanzar un estado de relajación profunda, que más tarde se intentará provocar mediante la evocación de las sensaciones de relajación muscular.

A continuación se expone una adaptación breve de la relajación muscular progresiva, en la que se incluye también leves sugerencias para inducir la relajación.

## **Cómo entrenar en relajación muscular antipánico**

Para poner en funcionamiento este componente hay que tener en cuenta los siguientes pasos:

- 1) Preparar el ambiente y explicar al paciente el procedimiento.
- 2) Enseñar la relajación muscular progresiva con 15 grupos musculares.
- 3) Reducir la relajación a 7 grupos musculares.
- 4) Provocar la relajación por evocación o recuerdo.
- 5) Generalizar la relajación a ambientes naturales con distracciones.

En la medida de lo posible, la relajación muscular progresiva debe comenzar a realizarse en un lugar tranquilo, con luz tenue y sin interrupciones. El paciente debe sentarse en una silla sobre la que pueda apoyar todo su cuerpo, de forma que pueda tensar y relajar sin dificultad los distintos grupos musculares que se le proponen. Se le indica que vista ropa cómoda, se quite las gafas o lentillas, apague el teléfono móvil, se afloje la correa y en general se deshaga de todo aquello que pueda causar distracción o incomodidad durante la práctica de la relajación como reloj, anillos, pulseras, etc.

Explicamos al paciente que la relajación muscular consiste en tensar y relajar diversos grupos musculares, manteniendo la atención concentrada en la experiencia muscular, para discriminar sensorialmente entre el estado de tensión y de relajación. Tras explicarle cuáles son los grupos musculares que tiene que tensar y relajar, le pedimos que concentre toda su atención en el primer grupo muscular y tense sólo esos músculos durante 5 segundos. Después le indicamos que relaje ese grupo muscular durante 20 o 30 segundos, experimentando la relajación. Durante la tensión y la relajación, podemos ayudarle a tener la atención concentrada en la experiencia muscular, haciendo comentarios sobre la tensión (“Nota cómo tus músculos están rígidos y tensos”), la relajación (“Sientes una sensación agradable, tus músculos se sueltan”) o el contraste de ambas (“Ahora notas una sensación de alivio, antes había tensión, ahora relajación”). La secuencia de tensar y relajar vuelve a repetirse con el mismo grupo muscular, con un aumento de la relajación de 30 a 40 segundos.

Se requiere que el paciente logre la relajación muscular completa con cada grupo muscular antes de progresar con otro grupo muscular distinto. Si el paciente refiere no estar totalmente relajado en un grupo muscular específico, se repite de nuevo la secuencia de tensar y relajar, aunque teniendo en cuenta que no se debe repetir más de 4 o 5 veces, pues se podría producir fatiga muscular o dolor.

En primer lugar, enseñamos el procedimiento con 15 grupos musculares. Al final de este capítulo se incluye un anexo con un guión de relajación a modo de ejemplo de las instrucciones a dar al paciente.

A continuación se presentan los grupos musculares a relajar con la instrucción que se podría dar para producir la tensión:

- a) *Mano dominante y antebrazo*: cerrar el puño y apretarlo con fuerza como si se fuese a dar un puñetazo.
- b) *Bíceps dominante*: dejando la mano relajada, se intenta tocar el hombro con la muñeca, o bien se aprieta el bíceps como si se quisiese sacar músculo.
- c) *Mano y antebrazo no dominante*: igual que el dominante
- d) *Bíceps no dominante*: igual que el dominante
- e) *Frente*: se levantan las cejas, arrugando la frente.
- f) *Párpados*: se cierran los ojos, apretándolos.
- g) *Nariz y mejillas superiores*: se arruga la nariz como poniendo cara de asco.
- h) *Mandíbula, mejillas inferiores y lengua*: se aprietan los dientes, tensando toda la boca y se presiona la lengua contra el paladar.
- i) *Cuello y garganta*: se intenta tocar el pecho con la barbilla o se aprieta la parte trasera de la cabeza contra el respaldo de la silla o la cama si se está acostado.
- j) *Hombros y parte superior de la espalda*: estirar los hombros como si se quisiesen tocar por detrás y luego por delante.
- k) *Pecho*: se realiza una inspiración profunda y se contiene el aire unos segundos, dejándolo salir con fuerza.
- l) *Abdomen*: se encoge el estómago como si se fuese a recibir un puñetazo.
- m) *Espalda inferior*: se arquea la espalda como si se quisiese sacar el abdomen.

- n) *Pierna dominante*: se pisa con fuerza como si se estuviera pisando un pedal. Si se está acostado, se puede estirar la pierna inclinando los pies hacia fuera.
- o) *Pierna no dominante*: igual que la dominante.

Mientras se están llevando a cabo las secuencias de tensión y relajación, se puede introducir sugerencias referentes a la respiración (“Notas cómo tu respiración se va haciendo cada vez más lenta y regular”) y/o a sensaciones musculares durante la relajación (“tus músculos pesan y sientes un ligero calor agradable”). Con estas sugerencias, se pretende facilitar la inducción del estado de relajación. Además, se le puede indicar al paciente que realice una respiración profunda y la mantenga durante la tensión para soltar el aire durante la relajación de cada grupo muscular.

Después de completar la secuencia completa, el terapeuta revisa los grupos musculares uno a uno y anima al paciente a que continúe relajándolos. Se valora entonces el grado general de relajación de todo el cuerpo y se enumeran los distintos grupos musculares para que el paciente compruebe si están relajados, tensando y relajando el grupo muscular que no lo esté. Antes de acabar, se deja al paciente un momento para que disfrute de la relajación profunda mientras hacemos comentarios relajantes que permitan al paciente estar concentrado en las sensaciones de relajación (“tu cuerpo está relajado, tranquilo, con una sensación de calma...”). Después de unos minutos, guiamos al paciente para que vaya saliendo del estado de relajación. Para ello, se puede contar hacia atrás de 5 a 1, indicando al paciente que vaya moviendo las piernas y los pies al oír 5, los brazos y las manos al oír 4, el tronco al oír el 3, la cabeza y el cuello al oír 2, y que abra los ojos al oír 1. Animamos al paciente a que continúe relajado y lo preparamos ante la posibilidad de que pueda sentirse un poco mareado o desorientado tras haberse relajado profundamente.

La relajación requiere de práctica como todo aprendizaje de habilidades, así que animamos al paciente a que practique la relajación durante unos 30 minutos dos veces al día, indicándole que para conseguir el resultado deseado debe practicarlo con continuidad durante unos 20 días. Al principio es conveniente que la realice en una silla cómoda y en un momento y lugar del día en que no tenga interrupciones.

Una vez que el paciente es capaz de relajarse con los 15 grupos musculares, el terapeuta condensa los grupos musculares para reducir la cantidad de tiempo necesario para relajarse profundamente. Los 15 grupos musculares iniciales pueden reducirse a 7:

- i. brazo dominante
- ii. brazo no dominante
- iii. cara
- iv. cuello
- v. pecho, hombros, espalda y abdomen
- vi. pierna dominante
- vii. pierna no dominante

Tras aprender la relajación muscular mediante la tensión y relajación, se introduce la relajación por evocación o recuerdo, en la que el paciente logra la relajación muscular mediante el recuerdo de las sensaciones provocadas anteriormente por el estado de relajación, pero sin tensar antes esta vez. Animamos al paciente para que se concentre en un grupo muscular concreto y entonces lo relaje mediante recuerdo de cómo se sueltan esos músculos y de las sensaciones de relajación asociadas. Después de concentrarse en los músculos relajados durante unos 30 segundos, el terapeuta pide al paciente que le indique si el grupo muscular está relajado, y, si no es así, vuelve a repetir el mismo proceso antes de pasar al siguiente grupo muscular. Una vez que el paciente haya aprendido a relajarse mediante evocación, puede introducirse también la relajación mediante la cuenta de 0 a 10, en la que, después de relajar cada grupo muscular mediante el recuerdo, el terapeuta instruye al paciente para que note cómo todos sus músculos están relajados mientras él cuenta hasta 10.

Para practicar la relajación muscular en casa, el paciente debe comenzar por lugares tranquilos, sin ruidos ni distracciones. Posteriormente, conforme va adquiriendo destreza al relajarse, debe intentar relajarse en lugares más ruidosos y con más distracciones, ya que de esta manera generaliza su capacidad de relajarse a voluntad en distintos contextos cada vez que se note tenso o ansioso.

Con la intención de llevar un seguimiento de cómo el paciente va aprendiendo a relajarse, se puede utilizar un registro como el pre-





## Principales ideas a transmitir al paciente

- 1) *La tensión muscular es una reacción fisiológica común de la ansiedad.* Contextualizamos la tensión muscular como parte del componente fisiológico del triple sistema de respuesta de ansiedad (fisiológico, cognitivo y conductual). Es una reacción natural que prepara para la acción muscular de huida o lucha.
- 2) *Suele aparecer en los estados de ansiedad generalizada y/o anticipatoria.* La continua preocupación por poder volver a experimentar una crisis de ansiedad espontánea o el temor anticipatorio de tener que exponerse a determinados lugares o situaciones temidos, pueden provocar un estado de tensión muscular general o parcial (sobre todo en cuello, hombros, pecho y estómago).
- 3) *La tensión muscular puede explicar algunas crisis de ansiedad espontáneas.* La preocupación del paciente conduce a un estado de tensión muscular, éste a su vez puede facilitar que el paciente experimente sensaciones corporales no frecuentes que, si interpreta de forma catastrófica, pueden llevarle a experimentar una crisis de ansiedad espontánea.
- 4) *La tensión muscular puede ser el resultado del miedo o la causa del mismo.* Normalmente, el miedo y la ansiedad generan tensión muscular, pero si ésta o sus sensaciones, se asocia con las crisis de ansiedad, la propia tensión muscular puede actuar como estímulo temido.
- 5) *La relajación muscular no elimina las crisis de ansiedad pero sí reduce la probabilidad de que aparezcan.* El entrenamiento en relajación muscular no elimina automáticamente las crisis de ansiedad, sino que ayuda a reducir el estado general de ansiedad, lo que a su vez reduce la frecuencia de las sensaciones corporales temidas que precipitan las crisis de ansiedad. Además, la intensidad de la activación fisiológica durante las crisis de ansiedad también suele ser menor.

- 6) *Para relajar, primero hay que tensar.* Quizá al paciente le resulte extraño que para relajarse haya que tensar los músculos en primer lugar. En este caso se le indica que tensar los músculos tiene dos propósitos. Por un lado, se provoca un efecto péndulo según el cual tras forzar la tensión en un extremo, surge la relajación en el otro. Por otro lado, mediante la tensión se facilita el contraste con la posterior relajación, para ayudar al paciente a ser consciente de estas sensaciones y que así pueda poner en funcionamiento la relajación cada vez que se note tenso.
- 7) *La relajación muscular es un componente más del tratamiento, no el tratamiento en sí.* Con esta estrategia sólo se aborda uno de los tres componentes del pánico y la ansiedad: el componente físico o fisiológico. No obstante, los mejores resultados de tratamiento se han obtenido al combinar estas estrategias con la reestructuración cognitiva (componente cognitivo de la ansiedad) o la exposición en vivo (componente conductual de la ansiedad).
- 8) *La relajación muscular no es útil para evitar las consecuencias catastróficas temidas.* Hay que llevar cuidado a la hora de introducir este componente al paciente, ya que éste debe entender bien que con la relajación pretendemos reducir el grado general de ansiedad que experimenta día a día. Nunca debe ser utilizada como estrategia para neutralizar una crisis de ansiedad puntual en el momento que se está produciendo, con la idea de que gracias a esta técnica “no sucederá nada malo”, pues en este caso la relajación podría tener un efecto perjudicial al ser utilizada como una conducta de seguridad contrafóbica.
- 9) *Para aprender a relajarse, hay que practicar.* Es necesario practicar al menos dos veces al día durante unos 15 o 20 días para que el paciente pueda relajarse con cierta soltura y empiece a notar efectos más estables.

### **Cuestiones a tener en cuenta**

- 1) *La tensión muscular puede ser parte de las crisis de ansiedad o del estado de ansiedad generalizada.* En la mayoría de los casos, la tensión muscular es el resultado de la preocupación o las expectativas ansiosas del paciente. No obstante, se puede realizar un ejercicio para comprobar si dicha tensión tiene un efecto mayor o menor en la producción de las crisis de ansiedad. Barlow y Craske (1999) proponen, como “experimento” colaborativo, que durante un minuto le pidamos al paciente que tense todo su cuerpo tanto como pueda sin causar dolor, lo que nos permitirá explorar su caso particular. El uso de la relajación muscular progresiva estaría especialmente indicado si el paciente experimenta temblores, debilidad muscular, dolor, fatiga, rigidez (sobre todo de cuello) o la sensación de estar inmovilizado, y si además presenta dolores de cabeza frecuentes, cansancio extremo o dolores musculares.
- 2) *La relajación puede generar miedo.* En los pacientes con trastorno de pánico, el temor a las sensaciones corporales puede haberse generalizado a cualquier tipo de sensación corporal desconocida. Es por ello que el propio estado de relajación, en tanto que produce sensaciones corporales desconocidas para el paciente, puede convertirse en una fuente de temor. Sensaciones de estar flotando, ligero mareo, pesadez o debilidad, pueden asustar al paciente, bien porque las reconozca como extrañas o porque las considere parecidas a las sensaciones corporales temidas. Además, la sensación de dejarse llevar puede facilitar que se sienta más inseguro o desprotegido, lo que a su vez puede aumentar la probabilidad de interpretar catastróficamente las sensaciones corporales, sobre todo cuando practica en casa. Es por tanto necesario recalcar la inofensividad y la normalidad de estas sensaciones de la relajación.
- 3) *Modelado participante.* Tras explicar y justificar la utilización de esta técnica, el terapeuta modela cómo se realiza la relajación muscular, aporta retroalimentación y refuerza socialmente los éxitos.

## **Ejemplos de conversaciones sobre temas típicos o difíciles de tratar**

### ***Caso: La relajación me pone nervioso***

Paciente: ¡Mientras practicábamos la relajación me he puesto fatal!

Yo intentaba relajarme, pero cuando me ponía a relajar un músculo me notaba cosquilleos por los músculos ya relajados y tenía la necesidad de moverme o hacer algo.

Terapeuta: ¿Esto te pasa cuando no estás relajándote?

P: Sí, las crisis de ansiedad siempre empiezan con temblores o cosquilleos.

T: No lo entiendo bien, ¿puedes explicármelo?

P: Pues que a veces estoy en casa y empiezo a notar como un cosquilleo por las piernas y los brazos, y tengo la necesidad de moverme porque si no... va a más y más... y termino en la puerta de urgencias del hospital.

T: Si prestas atención, verás que esas sensaciones musculares de temblor, hormigueo o cosquilleo, suelen ser los disparadores o desencadenantes de tu temor, de forma que, para ti, tener esas sensaciones y experimentar una crisis de ansiedad van de la mano. Al practicar la relajación, estamos concentrándonos en las sensaciones musculares. El parecido entre estas sensaciones y las que experimentas como desencadenantes de tus crisis de ansiedad es lo que está disparando tu temor. Aunque al principio te pueda resultar desagradable la relajación, es buena idea que la sigas practicando, ya que así comprobarás que esas sensaciones son inofensivas y cada vez les tendrás menos miedo.

### ***Caso: No tengo tiempo para practicar la relajación***

P: No he podido practicar la relajación porque no he tenido tiempo.

T: Es cierto que practicar la relajación requiere tiempo y esfuerzo al principio. No obstante, si pones en una balanza el tiempo que

necesitas invertir en practicar este ejercicio, unos 30 minutos al día en dos momentos que tú quieras, y el tiempo que te has pasado preocupado y con temor por volver a experimentar una crisis de ansiedad durante los últimos dos años, ¿no crees que merecería la pena un poco de esfuerzo a corto plazo, para un mayor beneficio a medio plazo?

P: Sí, veo los beneficios de practicar la relajación, pero es cierto que no tengo tiempo.

T: ¿Y qué significa que tu vida no te deje tiempo *ni siquiera* para practicar un ejercicio de relajación?

P: Tal vez tenga que dejar de hacer algunas actividades que no son tan importantes como mi terapia.

### ***Caso: No sé relajarme***

P: Pensar en relajarme me pone más nervioso porque todo el mundo me dice que me relaje y yo no puedo.

T: Relajarse no es una tarea fácil que se consiga únicamente con desearlo, requiere un método y eso es lo que se ofrece con este ejercicio. Además, ten presente que nuestro objetivo no es la relajación en sí, sino reducir el grado de ansiedad general que tienes.

### ***Caso: ¿Medicación o relajación?***

P: ¿Da igual relajarme así que con medicación? ¿Puedo dejar de tomarla?

T: ¿Qué clase de medicación tomas?

P: Un antidepresivo todos los días y un ansiolítico cuando tengo crisis de ansiedad o estoy muy nerviosa.

T: En principio es mejor que sigas tomando el antidepresivo, al menos hasta que acabemos el tratamiento y lo hables con tu psiquiatra. En cuanto al ansiolítico, con esta técnica de relajación o con la respiración abdominal podrías conseguir un efecto pareci-

do. Si bien es necesario que practiques estos ejercicios repetidamente para que los automáticos y los puedas utilizar con soltura para relajarte o controlar la hiperventilación.

### **Dificultades que pueden surgir**

- 1) *Poca credibilidad en la técnica.* En ocasiones el paciente puede mostrarse algo resistente porque considera que relajarse de esta manera no le va a servir para mucho, ya que él ha intentado relajarse de muchas maneras y eso no ha impedido seguir teniendo crisis de ansiedad o temores agorafóbicos. En estos casos es importante resaltarle que la relajación muscular es sólo uno de los componentes del tratamiento y lo que se pretende con éste es reducir el grado general de activación fisiológica que presenta.
- 2) *Pensamientos distractores o preocupaciones.* Es posible que el paciente esté pensando en lo que tiene que hacer después o le vengan pensamientos a la cabeza que le distraigan. En estos casos le indicamos que no se esfuerce en quitar todos los pensamientos de la cabeza, que los acepte y los deje pasar, volviéndose a concentrar en el ejercicio. Si está pensando en lo que tiene que hacer después, habría que volver a explicarle los objetivos y la utilidad de la técnica, y si perdura, quizás habría que posponer la relajación para otra sesión.
- 3) *Uso de la relajación como conducta de seguridad.* Puede ser que el paciente no practique la relajación de forma regular y que sólo intente utilizarla cuando esté especialmente ansioso o con una crisis de ansiedad. Es importante indicarle que si no entrena la relajación es posible que no consiga el efecto deseado, con lo cual es probable que se ponga más ansioso aún al pensar que no está realizando bien el ejercicio o que la crisis de ansiedad es tan peligrosa que ni el ejercicio puede ayudarle a controlarla. Además, la intención de esta técnica es reducir la activación fisiológica general, no a controlar únicamente las crisis cuando se producen.

- 4) *La práctica de la relajación produce ansiedad.* El estado de relajación y la focalización de la atención en el propio cuerpo y en la respiración, puede facilitar la percepción de sensaciones corporales temidas (sobre todo las asociadas con el sistema respiratorio y cardiovascular) y/o desconocidas o inusuales como sensación de ligera, peso o falta de control. Para algunos pacientes, entrar en contacto con estas sensaciones corporales puede dar lugar a interpretaciones catastróficas que conduzcan a una crisis de ansiedad. En estos casos, con la relajación se estaría produciendo una exposición a las sensaciones corporales. Para evitar esto, es conveniente avisar al paciente de que, al estar relajado, es normal percibir sensaciones que pueden parecer extrañas y que esto es un indicador de que la relajación va por buen camino.
- 5) *Temblores o dolor.* Puede ser que el paciente se queje de dolor o de experimentar temblores o espasmos al realizar la tensión. En estos casos, recomendamos que el paciente tense los músculos menos tiempo o con menor intensidad, ya que los objetivos son distinguir entre tensión-relajación y facilitar la relajación, no provocarse dolor o espasmos.
- 6) *Problemas musculares.* Si el paciente tiene algún problema muscular o no puede tensar una parte del cuerpo por alguna razón médica, se intenta provocar directamente la relajación en ese grupo muscular, utilizando la sugestión si es preciso. Pueden darse instrucciones de peso, calor, tranquilidad... Con el resto de músculos sí se practica la tensión seguida de relajación.
- 7) *El paciente se queja de no poder relajarse si no es con la voz del terapeuta.* En este caso, sobre todo al principio, puede ser conveniente indicarle al paciente que grabe él mismo el contenido de la relajación en un cassette. En la Guía para el paciente aparece dos ejemplos en las páginas 42 y 47. Uno es para relajarse con tensión-relajación y el otro para relajarse por evocación. Además, existe en el mercado CD grabado en un estudio con dichos contenidos (en la página web **www.ansede.com** puede

consultarse cómo obtener dicho CD). Una vez que el paciente haya practicado la relajación y haya aprendido cómo relajarse, es conveniente ir retirando progresivamente su dependencia de la voz externa, para que sea capaz de relajarse por sí mismo y en contextos cada vez más difíciles y con más distracciones.

- 8) *El paciente se queda dormido durante la práctica de la relajación.* El propósito del entrenamiento en relajación muscular es que el paciente aprenda a discriminar los estados de tensión de los estados de distensión para regular mejor su tensión emocional. Si se queda dormido es señal de que se ha relajado, pero no de que está realizando el aprendizaje perceptivo que servirá como herramienta para la regulación de su tensión muscular durante la vigilia. Debemos dar una explicación comprensible de estos aspectos al paciente y animarle a que busque un momento del día en el que pueda llegar a relajarse profundamente sin llegar a dormirse.

### **Anexo. Guión de relajación propuesto**

Se reproduce a continuación el guión de relajación incluido en la *Guía del Paciente* (Moreno y Martín, 2004):

“Ponte cómodo. Si lo deseas, cierra los ojos y deja que tu cuerpo se vaya concentrando en las sensaciones que van a venir a continuación...”

“Comenzaremos por tu brazo derecho. Centra tu atención en el brazo derecho... Aprieta el puño y siente la tensión que se genera en los dedos, en el antebrazo y en todo el brazo... Mantén esa tensión unos segundos, hasta que seas capaz de sentirla bien... Y ahora suelta toda la tensión del puño, suéltala toda y de forma brusca. Y concéntrate en la sensación de relajación que ocurre en la mano derecha, en el antebrazo y en todo el brazo... Centra tu atención en esa sensación. Una sensación de ligereza o de pesadez, puede que notes incluso un ligero hormigueo o un poco de calor... Eso está bien. Quizá notes que el brazo se queda blando, flojo, suelto... Eso es la relajación muscular. Permítete sentir esas sensaciones agradables...”



“Ahora vamos a tensar de nuevo los mismos músculos. Aprieta de nuevo el puño derecho, lo suficiente como para sentir la tensión muscular en el puño, el antebrazo y el brazo derecho... Suelta toda la tensión de nuevo, de forma brusca. Siempre vamos a soltar la tensión de forma brusca, ya que de ese modo podemos aprender antes a distinguir las sensaciones de la tensión de las sensaciones de la relajación... Ahora el brazo, el antebrazo y la mano ya se han relajado. Han quedado blandos, flojos y suaves.

“Deja que tu respiración se haga suave y rítmica, sin forzar. El aire circula de forma suave y llega hasta tu abdomen. Trata de respirar con la parte baja de los pulmones, de forma suave y rítmica, sin forzar...

“Ahora vamos a tensar el puño izquierdo. Ténsalo con fuerza suficiente para notar la tensión en el antebrazo y en todo el brazo izquierdo... Suelta la tensión. Deja que se relaje la mano, el antebrazo y todo el brazo izquierdo... Concentra tu atención en las sensaciones de relajación que se producen: la pesadez, la flojedad, la suavidad... todas estas sensaciones pueden producirse en el brazo y en la mano. Permite que aparezcan estas sensaciones inofensivas y relajantes... Quizá hayas notado que al tensar el puño izquierdo también se tensaban otras zonas de tu cuerpo, incluido el brazo o el puño derecho. Esto es normal, sobre todo al principio. Pero es importante que prestes atención para que sólo se tense aquella zona del cuerpo que queremos tensar. Es importante que aprendas a mantener relajadas el resto de zonas de tu cuerpo mientras no deseas sentir la tensión en esas zonas. Más adelante será muy útil que aprendas a mantener la relajación de ciertos músculos mientras tensas otras zonas de tu cuerpo.

“Repetimos de nuevo la tensión en el puño izquierdo... Y soltamos la tensión...

“De nuevo sentimos la relajación en nuestro brazo... El brazo izquierdo se queda suave, blando, flojo, libre de tensión... Y la respiración continúa suave y tranquila, sin forzar. Una respiración abdominal, suave y tranquila, sin forzar.

“Ahora vamos a tensar los músculos de la cara. Esto es un poquito más difícil pero con la práctica irá saliendo mejor. Para tensar

todos los músculos de la cara ten en cuenta que debes tensar la frente, los párpados, el entrecejo, la nariz, los labios, la mandíbula y la lengua. De momento, vamos a tensar sólo la frente. Para ello, trata de elevar con fuerza las cejas... Elévalas... Y suelta la tensión... Repite de nuevo la tensión en la frente... Y suelta la tensión... La frente se queda suave y blanda, libre de tensión...

“Tensa ahora los párpados. Apriétalos. Siente la tensión suave en los ojos... y suelta la tensión. Los párpados se relajan, quedan sueltos y casi no se sienten...

“Tensa de nuevo los párpados... Y suelta la tensión...

“Tensa ahora el entrecejo y la nariz, como si pusieras cara de asco... Siente la tensión en el entrecejo y en la nariz... Y suelta la tensión... Nota cómo se relaja esa zona de tu cara. Queda suave y blanda, sin tensión... Tensa de nuevo el entrecejo y la nariz... Y suelta la tensión...

“Tensa ahora la mandíbula y la lengua, apretando los dientes y empujando la lengua contra el paladar. Siente la tensión en los dientes y los labios... Y suelta la tensión... La lengua queda blanda, floja, sin tensión. Las mandíbulas también se relajan, sueltan toda la tensión... Tensa de nuevo la mandíbula y la lengua... Y suelta la tensión...

“Ahora la cara se ha relajado. También los brazos. Y la respiración es suave, tranquila y profunda. Sin forzar...

“A continuación, vamos a relajar el cuello. Para tensarlo puedes intentar tocar con la barbilla el pecho o, si estás acostado, puedes empujar la cabeza contra el colchón. Tensa ahora el cuello. Siente la tensión... Y suelta la tensión... El cuello queda blando, suave y sin tensión... El cuello se relaja... Tensa de nuevo el cuello. Siente la tensión... Y suelta la tensión... Concentra tu atención en la sensación de relajación y bienestar que se va acumulando... La respiración tranquila y suave, los brazos relajados, la cara relajada y ahora también el cuello relajado...

“Para tensar los hombros vamos a tirar de ellos hacia atrás, como si intentásemos tocar nuestros hombros entre sí por la espalda. Tensa ahora los hombros... Siente la tensión... Y suelta la tensión. La espalda parece relajarse... Tensa de nuevo los hombros... Y suelta la tensión... Los músculos quedan blandos y suaves... relajados.

“Ahora tensaremos de nuevo los hombros, pero esta vez tiraremos de ellos hacia delante, como si quisiéramos juntarlos delante nuestro. Ténsalos ahora... Siente la tensión... Y suelta la tensión... El pecho y la espalda se relajan. Concentra tu atención en las sensaciones que se producen... Tensa de nuevo los hombros... Y suelta la tensión... Concentra tu atención en las sensaciones de la relajación: los músculos se aflojan, se quedan sueltos y blandos. Disfruta de esa sensación de relajación que se va produciendo...

“Ahora intenta tensar los músculos del abdomen como si quisieras hacer una flexión abdominal. Siente la tensión en todo el abdomen... Y suelta la tensión... Los músculos quedan blandos y tu atención se concentra en la relajación y en las sensaciones agradables que se producen... Tensa de nuevo los músculos del abdomen... Y suelta la tensión... Disfruta de la sensación agradable que sientes al soltar la tensión. Siente cómo los músculos se aflojan y quedan blandos y tranquilos...

“Ahora vamos a tensar la parte media y baja de la espalda. Para ello trata de arquear la espalda, como si quisieras sacar el abdomen hacia delante. Arquea la espalda ahora... Siente la tensión... Y suelta la tensión... De nuevo se produce una liberación de tensión que resulta agradable... relajante... Tensa de nuevo la espalda, arqueándola... Y suelta la tensión... Concentra tu atención de nuevo en las sensaciones agradables que se producen al soltar la tensión...

“Y la respiración continúa suave y tranquila, relajante y sin forzar... El aire entra y tu cuerpo se relaja... El aire sale y la tensión se va... La respiración continúa suave, profunda y sin forzar. Relajante y agradable. Suave y abdominal...

“Ahora vamos a tensar la pierna derecha. Para eso tensa con fuerza la punta del pie hacia delante, como si quisieras pisar el freno de un coche... Siente la tensión... Y suelta la tensión... El pie se relaja; la pantorrilla y el muslo, también... Concentra tu atención en todos los músculos que han soltado la tensión y nota la diferencia... Tensa de nuevo la punta del pie, con fuerza suficiente para notar la tensión en la pantorrilla y el muslo derecho... Suelta la tensión y concentra tu atención en las sensaciones de relajación que se producen...

“Y ahora vamos a tensar la pierna izquierda. Para ello tensa con fuerza la punta del pie izquierdo hacia delante, como si quisieras

pisar el embrague del coche... Siente la tensión... Y suelta la tensión... Todos los músculos del muslo, la pantorrilla y el pie se relajan... Tensa de nuevo el pie. Siente la tensión en toda la pierna... Y suelta la tensión... La pierna se relaja. El pie, la pantorrilla y el muslo se relaja... Sientes una sensación agradable de pesadez, tranquilidad o relajación que recorre tu pierna...

“Y todo tu cuerpo se ha relajado... Los brazos... la cara y el cuello... los hombros... el abdomen... la espalda... y las piernas...

La respiración se ha hecho tranquila y profunda, suave y sin forzar, abdominal y relajante... Siente el ritmo suave y tranquilo... Siente la paz que te reporta esa respiración tranquila, abdominal y profunda... Siente cómo se renueva tu energía, cómo la tensión abandona tu cuerpo... Siente cómo la tranquilidad y la relajación se hacen más y más agradables... Permítete sentir esas sensaciones agradables. Tienes derecho a sentirte tranquilo y relajado...

“Disfruta un rato de estas sensaciones y siente cómo renuevan también tu mente...

“Cuando desees levantarte, tan sólo tienes que mover un poco las piernas y los brazos antes de hacerlo. Levántate de forma suave, pues la relajación ha hecho que todos tus músculos queden blandos y agradablemente flojos, sin tensión.”



# 4

## Respiración antipánico

---

*Juan García  
Pedro Moreno*

El entrenamiento en respiración es una estrategia de autocontrol utilizada para regular la conducta respiratoria, ya que ésta se ve alterada en los estados de ansiedad.

Un concepto central aquí es la *hiperventilación*, que consiste en el aumento de la disponibilidad de oxígeno en la sangre, por encima de los niveles requeridos por el organismo. La hiperventilación ocurre por el aumento de la frecuencia y la intensidad respiratorias. A menudo se confunde con la *taquipnea*, que es la aceleración del ritmo respiratorio o respiración rápida, en la que hay ciclos rápidos de inspiración y espiración, o con la *hipernea*, que consiste en una ventilación voluminosa con volúmenes grandes de aire inspirado y espirado en cada ciclo de respiración. Ambos tipos de respiración pueden producir hiperventilación, pero no son hiperventilación en sí mismos, ya que ésta sólo se entiende en términos de la magnitud de ventilación respecto a la necesidad metabólica de oxígeno. Por ejemplo, subir escaleras o correr pueden producir taquipnea y/o hipernea, pero no se producirá hiperventilación si la respiración no excede la cantidad de oxígeno requerido por los músculos para realizar dichas tareas. Al contrario, una persona sentada viendo una película o un evento depor-

tivo que le active emocionalmente puede experimentar hiperventilación aunque no existan indicios aparentes de taquipnea o hipernea.

En el caso del trastorno de pánico y de la agorafobia, la percepción de una sensación corporal o la anticipación de la misma al estar en una determinada situación o lugar temidos, puede provocar una taquipnea o hipernea como parte de los cambios fisiológicos de la respuesta ansiosa de huida o lucha frente al peligro, que prepara al organismo para la acción. No obstante, cuando se produce un aumento de las contracciones rápidas e intensas del diafragma y de los músculos intercostales, siendo baja la demanda metabólica de oxígeno (ej. estando en reposo o paseando) puede producirse una *hipocapnia por hiperventilación*, es decir, una disminución del dióxido de carbono en sangre debido al aumento innecesario del oxígeno. Esto a su vez aumenta el pH de la sangre (alcalosis sanguínea) que conlleva una vasoconstricción en determinadas zonas del cuerpo, lo que da lugar al aumento casi inmediato de la tasa cardíaca, una reducción de la activación parasimpática, aumento de la conductividad electrotérmica y reducción del flujo sanguíneo cerebral, combinado con un aumento en el pH y la consecuente mayor fijación del oxígeno a la hemoglobina en los tejidos cerebrales. La inmediata consecuencia de estas reacciones es la hipoxia cerebral aguda (falta del oxígeno necesario), que conduce a los síntomas típicos de las crisis de ansiedad: sensación mareo y asfixia, confusión, desrealización, parestesias, opresión pectoral, etc.

El efecto perjudicial de la hiperventilación depende del grado en que el paciente respira en exceso y de la conjunción de otras variables como el proceso respiratorio en sí (intensidad, duración, rapidez del comienzo, frecuencia), las condiciones externas e internas en las que ocurre (una emoción intensa en un ambiente desconocido o amenazante) y el grado de autocontrol que el paciente experimenta sobre los efectos de la hipocapnia (sensación de ahogo o asfixia, mareo...). La hiperventilación, que sería corregida automáticamente por el organismo, se complica por los pensamientos catastróficos del paciente ("me estoy asfixiando", "voy a perder el control"...), que aumentan el temor y por tanto la hiperventilación, hasta que por fin es corregida de forma natural por el organismo (autorregulación) o

por algún medio externo (distracción, control de la respiración o de los pensamientos catastróficos).

En 1993, Klein propuso la “teoría de la falsa alarma por asfixia”. Según esta teoría, las crisis de ansiedad espontáneas pueden dispararse porque el paciente tiene un umbral excesivamente bajo para la asfixia, detectando rápidamente el aumento de dióxido de carbono o los niveles de lactato (sustancia que aparece en los músculos cuando el oxígeno es bajo). La hiperventilación crónica se entendería como una estrategia para mantener los niveles de dióxido de carbono por debajo de un determinado umbral.

Con independencia de que la hiperventilación sea aguda, como parte del componente fisiológico de respuesta de huida-lucha, o sea crónica, como adaptación del organismo a la sensibilidad de la falta de oxígeno, el paciente puede beneficiarse del entrenamiento en respiración abdominal lenta. En nuestra opinión, los pacientes con trastorno de pánico se benefician de esta técnica, aunque la hiperventilación no sea muy destacada en ellos.

Esta técnica recibe distintos nombres como *respiración abdominal*, *respiración diafragmática* o *respiración antipánico*. Así que se utilizarán estos términos indistintamente. El propósito de esta técnica, que será detallada a continuación, es disminuir los síntomas de la hiperventilación aguda que suele tener lugar durante la crisis de ansiedad, reducir la vulnerabilidad para tales síntomas y desarrollar una técnica de autocontrol.

## **Cómo entrenar en respiración antipánico**

La puesta en marcha de este componente implica los siguientes pasos:

- 1) Psicoeducación de la respiración y su fisiología.
- 2) Ejercicio de hiperventilación.
- 3) Entrenamiento en respiración abdominal o diafragmática.
- 4) Hacer la respiración cada vez más lenta, hasta realizar una media de 10 respiraciones por minuto.
- 5) Practicar y generalizar los resultados.



Según Craske (1999) hay que enseñar los siguientes puntos:

- Es natural respirar en exceso cuando se está ansioso o con pánico, ya que el cuerpo busca más energía y para ello necesita oxígeno.
- Si el oxígeno no se consume conforme se va introduciendo, puede producirse un estado de hiperventilación.
- La hiperventilación se refiere a la disminución en sangre de la proporción de dióxido de carbono respecto a la de oxígeno, lo que aumenta la alcalinidad de la sangre, la adhesión del oxígeno a la hemoglobina, y la constricción de los vasos sanguíneos.
- Estos cambios conducen a que los tejidos reciban una cantidad de oxígeno ligeramente menor, provocando las sensaciones de mareo, vértigo, despersonalización, parestesias, etc.
- Estas sensaciones son desagradables pero no son peligrosas.

A continuación, se le puede pedir al paciente que hiperventile voluntariamente. Para ello, ha de respirar rápida y profundamente, como si quisiese hinchar un gran globo durante un minuto. Este ejercicio provoca normalmente sensaciones corporales intensas y desagradables (taquicardia, mareo, hormigueo en manos y pies...) que a menudo se parecen a las sensaciones que experimenta el paciente durante las crisis de ansiedad. Si no se produjese este efecto, podría seguir respirando así un par de minutos más. Una vez que los síntomas se reducen, explicamos al paciente que la hiperventilación a menudo está asociada con las crisis de ansiedad, y que la hiperventilación crónica, que puede estar causada por respirar de forma rápida y superficial desde el pecho, podría disminuir el umbral para experimentar crisis de ansiedad.

En el siguiente paso, introducimos la técnica de control de la respiración, modelando al paciente para que respire con el diafragma (“con la abdomen o barriga”) en vez de con el pecho. El *diafragma* es un músculo en forma de cúpula que separa la cavidad torácica (pulmones y corazón) de la cavidad abdominal (intestinos, estómago, hígado, etc.). Éste interviene en la respiración, descendiendo el volumen de la cavidad torácica al inspirar y aumentándolo al espirar. Enseñamos al paciente a controlar la respiración relajando los mús-

culos abdominales, contrayendo el diafragma y relajando los músculos intercostales. El objetivo es que deje de respirar con el tórax (respiración pectoral superficial) para respirar de forma diafragmática, rítmica y lenta, reduciendo su intensidad. Además, se instruye al paciente para que se concentre en su respiración contando las inspiraciones y pensando en una palabra relajante (ej. “tranquilidad”, “paz”, “sosiego”) en las espiraciones, enfatizando la relajación y animando a tomar conciencia de las señales interoceptivas de todos los músculos implicados en la respiración.

El terapeuta modela la forma de respirar y aporta feedback correctivo. Más adelante, se le enseña a reducir la tasa de la respiración con el objetivo de abarcar un ciclo de inspiración y espiración completas durante 6 segundos (3 inspirar, 3 espirar). Como tarea para casa se pauta practicar la respiración diafragmática durante 10 minutos, al menos 2 veces al día, sin intentar reducir la respiración o aplicar el ejercicio cuando la ansiedad sea muy elevada.

Después de practicar la respiración lenta una semana, se realiza la respiración diafragmática lenta en ambientes con distracciones como en el trabajo o en el coche. Por último se introduce este tipo de respiración como técnica para controlar el pánico y la ansiedad, tomando ciertas precauciones que se expondrán más adelante.

El objetivo a corto plazo es ayudar a que el paciente aprenda a controlar la respiración voluntariamente, y a largo plazo establecer un patrón habitual de respiración saludable. Así, se reduce la ventilación para que sea consonante con las demandas metabólicas del oxígeno, facilitando la relajación.

## **Principales ideas a transmitir al paciente**

- 1) *La hiperventilación es una reacción fisiológica común de la ansiedad.* Contextualizamos la hiperventilación como parte del componente fisiológico del triple sistema de respuesta de ansiedad (fisiológico, cognitivo y conductual) e indicamos al paciente que es frecuente que la hiperventilación acompañe a las crisis de ansiedad, ya que es natural que la persona respire

más rápido cuando el mecanismo de supervivencia de huida-lucha está activado. Para poder huir o luchar ante un peligro inminente o esperado, el organismo necesita mayor aporte de oxígeno que cuando está en reposo.

- 2) *Los síntomas de la hiperventilación se fundamentan en la fisiología de la respiración y no son peligrosos.* Estos síntomas son el resultado de un desequilibrio entre los niveles sanguíneos de oxígeno y de dióxido de carbono, que da lugar a una reducción del dióxido de carbono junto con un aumento de la alcalinidad de la sangre. Estos desequilibrios son corregidos automáticamente por el organismo. No obstante, podemos contribuir a tal equilibrio restaurando una respiración saludable como la respiración diafragmática lenta.
- 3) *No se produce asfixia, sino exceso de oxigenación.* La hiperventilación conlleva un efecto paradójico, ya que el paciente tiene la sensación de que le falta el aire o la creencia de estar asfixiándose, cuando en realidad tiene un exceso de oxigenación.
- 4) *La hiperventilación puede ser crónica o aguda.* La hiperventilación crónica podría ser el resultado de una compensación del organismo para corregir los niveles de alcalinidad en sangre. Dicha compensación daría lugar a una reducción de la sintomatología, pero aumentaría la susceptibilidad para sufrir episodios agudos de hiperventilación (Klein, 1993).
- 5) *La hiperventilación puede explicar algunas crisis de ansiedad espontáneas.* Con independencia de que la hiperventilación sea parte de la reacción fisiológica de la respuesta aguda de huida-lucha o sea el resultado de una compensación del organismo ante la alcalinidad, ésta puede dar lugar a sensaciones corporales desagradables (mareo, sensación de asfixia, hormigueo en las extremidades, opresión pectoral...) que, si interpretan de forma catastrófica (“me estoy asfixiando”, “me voy a desmayar”), pueden conducir a que el paciente experimente una crisis de ansiedad espontánea.

- 6) *El control de la respiración implica dos aspectos:* concentrarse en la respiración y respirar abdominalmente. Más tarde, además de la respiración abdominal, también se introduce la respiración lenta, en la que cada vez el paciente tarda más tiempo en espirar el aire.
- 7) *Hay que corregir la forma de respirar.* Debemos realizar la respiración desde el diafragma (abdomen) y no desde los músculos intercostales del pecho (tórax), porque la respiración pectoral contribuye a la hiperventilación. Para facilitar el aprendizaje se puede hacer uso de las dos manos. Una se coloca en el pecho y otra en el abdomen. Si sólo se mueve la mano del abdomen mientras respiramos, estamos aplicando bien la técnica.
- 8) *La respiración abdominal no elimina las crisis de ansiedad pero sí alivia los síntomas mientras se producen y reduce la probabilidad de que aparezcan.* El entrenamiento en respiración abdominal ayuda a reducir la alcalinidad de la sangre, lo que a su vez reduce la vasoconstricción con la consiguiente mejoría de ciertas sensaciones desagradables (parestesias o disnea) que pueden ser consideradas como señales que precipitan las crisis de ansiedad. Además, mientras se produce una crisis de ansiedad, el manejo de la respiración calma o alivia al paciente.
- 9) *La respiración abdominal es un componente más del tratamiento, no el tratamiento en sí.* Con esta estrategia sólo se aborda uno de los tres componentes del pánico y la ansiedad: el componente físico o fisiológico. No obstante, los mejores resultados de tratamiento se han obtenido al combinar estas estrategias con la reestructuración cognitiva (componente cognitivo de la ansiedad) o la exposición en vivo (componente conductual de la ansiedad).
- 10) *Para aprender a relajarse, hay que practicar.* Es necesario practicar al menos dos veces al día durante unos 15 o 20 días para que el paciente pueda poseer un control efectivo de su respiración.

## Cuestiones a tener en cuenta

- 1) *Debemos estimular el aumento de la percepción de seguridad y la capacidad de predicción y control del paciente.* La información sobre la fisiología de la respiración aumenta la percepción de seguridad del paciente, ya que éste aprende que los síntomas que experimenta son el resultado de irregularidades en la respiración y que son inofensivos. También aumenta la capacidad de predicción, en tanto que aprende que las crisis de ansiedad, sobre todo las espontáneas, pueden estar desencadenadas por irregularidades en la respiración. Esto, junto con la técnica de control de la respiración, mejora la capacidad de control del paciente. De hecho, su efecto probablemente se deba a la distracción o al aumento del autocontrol, más que a una modulación de la respiración en sí (Craske, Barlow y Meadows, 2000).
- 2) *La respiración abdominal puede generar miedo.* En los pacientes con trastorno de pánico, el temor a las sensaciones corporales puede haberse generalizado a cualquier tipo de sensación corporal desconocida. La respiración diafragmática o abdominal aumenta la oxigenación a no ser que se haga de forma lenta, causando una sensación de ligero mareo, que puede asustar al paciente. Además, si el paciente no ha practicado su uso y la intenta poner en marcha mientras tiene la crisis de ansiedad, puede hiperventilar más aún, generando mayor sensación de asfixia y por tanto mayor temor.
- 3) *La técnica se introduce en tres pasos.* En primer lugar enseñamos al paciente a que se concentre en la respiración y respire con el abdomen en un ambiente tranquilo. Una vez que ha practicado esta forma de respirar, le indicamos que respire lentamente, tardando cada vez más tiempo en contener la respiración y en espirar. Para terminar, se le anima a que la practique en ambientes con distracciones o cuando experimente ansiedad.
- 4) *La respiración abdominal puede ser perjudicial si no se utiliza correctamente.* Debemos prevenir que la respiración abdomi-

nal se emplee como estrategia de afrontamiento del pánico, ya que, de ese modo, inducimos al paciente a seguir creyendo que las crisis de ansiedad son peligrosas y que no le ha llegado a pasar nada grave porque las pudo controlar con esta técnica. Según Barlow (2002), cualquier conducta que reduzca los síntomas del pánico o aumente la evitación o distracción de las sensaciones corporales es desaconsejable. Tal evitación es considerada como una conducta de seguridad porque es un intento de mantener al paciente a salvo frente a una falsa alarma (síntomas de pánico o alta ansiedad). Por tanto, enseñar a respirar en este contexto podría ser conceptualizado como enseñar la evitación como forma de afrontamiento, algo contrario al objetivo de este tratamiento. No obstante, la respiración controlada puede ser beneficiosa si es conceptualizada como una forma de comprobar que algunos de los síntomas temidos pueden deberse a la hiperventilación. El fundamento es que si el paciente es capaz de reducir las sensaciones de ansiedad con sólo cambiar la forma en que respira, esto es una prueba efectiva de que las sensaciones son el resultado del exceso de respiración, y por tanto esto es algo comprensible, predecible, manejable e inofensivo. Una vez que el paciente llega a estas conclusiones, la respiración controlada se va retirando gradualmente, y el énfasis pasa a dirigirse a utilizar esta información para rebatir los pensamientos ansiosos acerca de las sensaciones. Por tanto, la respiración no se recomienda como forma de reducir la sintomatología, ya que este uso podría mantener la ansiedad focalizada en las crisis de ansiedad, porque el paciente nunca aprende que incluso las sensaciones intensas de respirar en exceso, aunque desagradables, no son peligrosas.

- 5) *Modelado participante*. Tras explicar y justificar la utilización de esta técnica, el terapeuta modela cómo se realiza la respiración abdominal, aporta retroalimentación y refuerza socialmente los éxitos.

## **Ejemplos de conversaciones sobre temas típicos o difíciles de tratar**

### ***Caso: ¿Y si me desmayo?***

P: ¿Puedo desmayarme o quedarme inconsciente si hiperventilo?

T: Incluso si te quedas hiperventilando durante mucho tiempo es poco frecuente que se produzca una pérdida de conocimiento o un desmayo, aunque puede ser que notes sensación de mareo o creas que te vas a caer.

### ***Caso: ¿Mi tabla de salvación para las crisis de ansiedad?***

P: ¿Entonces con este ejercicio puedo parar las crisis de ansiedad cuando se produzcan?

T: Te recuerdo que las crisis de ansiedad son inofensivas y son el resultado de interpretar de forma catastrófica determinadas sensaciones corporales. Si notas los síntomas de la hiperventilación como el mareo, la sensación de asfixia o el hormigueo, respirar abdominalmente puede producir alivio, pero siempre y cuando la hayas practicado en casa y sepas utilizar este tipo de respiración. No obstante, aunque no respiraras de esta manera, no pasaría nada.

### ***Caso: Me pone nervioso pensar en mi respiración***

P: Cuando me concentro en la respiración me pongo nervioso y es como si necesitara inspirar profundamente.

T: Esa necesidad de respirar indica que tu cuerpo está acostumbrado a hiperventilar. Cuando intentas cambiar tu forma habitual de respirar, notas dificultad y por eso te pones nervioso y necesitas respirar más. Eso es cuestión de práctica. Conforme practiques la respiración abdominal lenta verás que deja de pasarte eso. De todas maneras, si sintieses una gran necesidad de tomar aire, tómalo, pero a continuación contén el aire y tarda todo lo que puedas en expulsarlo.

***Caso: ¿Cuándo practico la respiración abdominal?***

P: ¿Tengo que practicar la respiración abdominal y la relajación muscular cada vez que esté nervioso?

T: Al comenzar el tratamiento diferenciamos las crisis de ansiedad de la ansiedad general. Si por estar nervioso entiendes estar tenso o preocupado, te vendría mejor relajarte muscularmente. Si, por el contrario, te notas síntomas de las crisis de ansiedad, sobre todo la sensación de asfixia o el mareo, te vendría mejor respirar abdominalmente y con lentitud.

**Dificultades que pueden surgir**

- 1) *Pacientes que hiperventilan de forma crónica.* Respirar abdominalmente y de forma lenta es especialmente difícil para aquellos pacientes que hiperventilan crónicamente. Estos se caracterizan por respirar de forma rápida y superficial, por suspirar y bostezar con frecuencia, por sufrir opresión pectoral y por experimentar parestesias y sensación de asfixia con facilidad. Aunque para estos pacientes es difícil cambiar su forma de respirar, son los que más se benefician de hacerlo. Es importante señalarles que con práctica lo conseguirán, ya que tienen que superar un viejo hábito y que eso lleva tiempo (Craske y cols., 2000).
- 2) *La necesidad de tomar aire extra mientras se practica.* Aquellos paciente que hiperventilan con mucha intensidad o con mucha frecuencia, suelen necesitar tomar aire o respirar profundamente mientras practican la respiración abdominal, ya que son muy sensibles a la sensación de falta de aire, aunque en realidad dispongan de más oxígeno del que necesitan. En estos casos, le indicamos que, cada vez que tomen aire extra o respiren profundamente, contengan el aire todo lo que puedan y lo espiren de forma lenta. También estaría indicado que practicasen la respiración más de 2 veces al día.





# 5

## Intervención cognitiva

---

*Pedro Moreno*

*Juan García*

La idea central en los modelos cognitivos de los trastornos emocionales es que las emociones negativas como la ansiedad, la rabia o la tristeza, surgen a partir de cómo el individuo interpreta determinados hechos que le suceden o genera expectativas en función de los mismos, y no tanto por los hechos ocurridos en sí. A su vez, estas emociones negativas suelen llevar asociados determinados comportamientos o impulsos, que tienden a ponerse en marcha (Hawton, 1989).

Según Beck (1985), en los estados ansiosos, los individuos sobreestiman sistemáticamente el peligro inherente a una situación dada. Estas sobreestimaciones activan automáticamente y de forma refleja el “programa para la ansiedad”, que consiste en un conjunto de respuestas heredadas de nuestro pasado evolutivo, que fue diseñado originalmente para protegernos del daño de los ambientes primitivos, y que incluye:

- Cambios en el sistema nervioso vegetativo que preparan para la huida, la lucha o el desmayo.
- Inhibición de la conducta en marcha.
- Exploración selectiva del ambiente en busca de posibles fuentes de peligro.

En ambientes primitivos donde muchos peligros eran físicos y amenazantes para la vida (por ejemplo ser atacado por un depredador), el “programa para la ansiedad” era una función valiosa para ayudar a la gente a escapar y protegerse de las situaciones peligrosas. En la vida moderna, la ansiedad puede servir para muchas situaciones que impliquen un amenaza real (por ejemplo apartarse de un coche que va a atropellarnos o defenderse de un atracador). Sin embargo, cuando la amenaza es el resultado de una percepción errónea, las respuestas activadas para el programa de la ansiedad son inapropiadas para la situación y, a menudo son interpretadas como fuente de amenaza en sí mismas, lo que conduce a una serie de *círculos viciosos* que tienden a mantener o exacerbar las reacciones de ansiedad. Por ejemplo, el aumento de los latidos del corazón puede tomarse como prueba de un ataque al corazón inminente, produciendo un aumento de la ansiedad y de los síntomas cardíacos. Debido a estas relaciones recíprocas entre el peligro percibido y los síntomas de ansiedad, una parte importante del tratamiento se dedica a manejar el miedo a los síntomas somáticos, conductuales y cognitivos de la ansiedad.

Si cuando un paciente, ante un determinado estímulo o situación, experimenta miedo, pone en marcha el “programa para la ansiedad” y lleva a cabo conductas de evitación y/o escape, no es porque ese estímulo o situación provoque de manera refleja esta respuesta, sino porque el paciente lo ha valorado o interpretado previamente como una amenaza, con independencia de que objetivamente lo sea o no.

A su vez, esta valoración de amenaza va a ser el resultado del análisis que el paciente hace del potencial del estímulo o situación para causar daño y del potencial del propio paciente para superar ese daño. El potencial dañino del estímulo o situación va a depender de lo terrible o peligroso que pueda llegar a ser para el individuo, de la probabilidad de causar daño real y del coste percibido del mismo. El potencial de superación va a depender de la percepción que el paciente tiene de sus propias habilidades de afrontamiento y de la presencia de otros factores externos que puedan ser potencialmente protectores.

Como realizar este análisis requiere un tiempo, cuando el individuo analiza un mismo estímulo o situación en varias ocasiones similares y/o éste es vivido como especialmente amenazante, el sujeto tiende a economizar recursos mentales, creando un esquema cognitivo que le permita reaccionar de forma rápida y efectiva ante un estímulo o situación similar, sin tener que valorar de nuevo el daño potencial del mismo y sus propias capacidades de superación la próxima vez que se encuentre ante una amenaza semejante. Es una forma de utilizar en nuestro beneficio la experiencia pasada y economizar así recursos mentales. Un esquema cognitivo es por tanto una representación abstracta de la propia experiencia del sujeto que sirve para interpretar la información posterior que pueda ser similar a la ya vivida y poder así actuar frente a la misma de la forma más adaptativa posible. Estos esquemas están constituidos por determinadas creencias básicas que llevan asociadas determinadas respuestas cognitivas, afectivas, psicofisiológicas y conductuales.

Según Beck (1985), el problema principal de los trastornos de ansiedad en general es la sensación de vulnerabilidad que presenta el paciente, entendiendo por *vulnerabilidad* la percepción de sí mismo que tiene éste como individuo sometido a peligros internos y externos ante los que no puede ejercer ningún control o, en el caso de ejercerlo, no puede ejercerlo de forma efectiva para garantizarse su propio sentido de seguridad. El paciente mantiene una serie de creencias básicas sobre sí mismo, como sujeto vulnerable e incapaz de afrontar las situaciones, y sobre el mundo y los demás, como potencialmente peligrosos y/o amenazantes. Estas creencias se originan en la infancia a partir de las interacciones con nuestro entorno y el sujeto las experimenta como verdades absolutas e incuestionables. Ante determinadas situaciones, estas creencias, hasta entonces inactivas, pueden activarse, dando lugar a que el individuo interprete los hechos según el contenido de sus creencias (yo vulnerable e incapaz, el mundo y los demás amenazantes), seleccionando la información que las confirma y rechazando la información que las

desmiente. Para ello, utiliza determinadas distorsiones o errores del pensamiento que facilitan que estas interpretaciones catastróficas sean posibles, y den lugar a determinados contenidos mentales en forma de pensamiento o imágenes que aparecen de forma automática en la conciencia, lo que a su vez dará lugar a determinadas reacciones afectivas y conductuales (incluyendo sus correlatos psicofisiológicos).

En el caso del trastorno de pánico y la agorafobia, la activación de determinadas creencias básicas acerca de la vulnerabilidad e incapacidad de afrontamiento que posee el paciente, va a facilitar que determinados estímulos (ej. percepción de las sensaciones corporales) o situaciones (ej. encontrarse en una multitud) puedan ser interpretados de forma potencialmente amenazadora debido a la puesta en marcha y la mediación de ciertas distorsiones del pensamiento como la *sobreestimación del riesgo* (ej. “si noto mareo, seguro que me desmayo”) o la *dramatización* (“desmayarse o sus consecuencias son terribles”). Esta interpretación va a dar lugar a determinados contenidos mentales o pensamientos automáticos (pensar “voy a desmayarme” o imaginarse desmayado en el suelo) que van a provocar a su vez la activación del sistema nervioso vegetativo y motor para provocar la respuesta de huida, lucha o paralización/desmayo, ya que el sujeto cree estar frente a una amenaza. La percepción de estos cambios fisiológicos (activación del sistema nervioso vegetativo y motor) confirma la interpretación amenazante del estímulo o situación y la incapacidad del sujeto para enfrentarse a los mismos, reforzando la asociación entre ese estímulo o situación y la respuesta de ansiedad.

Para intervenir desde el punto de vista cognitivo, pedimos al paciente que considere sus pensamientos catastróficos como hipótesis o suposiciones que han de ser comprobadas en la realidad, y no como hechos o verdades absolutas. Se muestra al paciente cómo explorar sus pensamientos automáticos y sus distorsiones o errores de pensamiento. Aunque hay varios errores o distorsiones de pensamiento, que se detallan en el siguiente apartado, en el caso del tras-

torno de pánico y la agorafobia, los más comunes son la *sobreestimación de la probabilidad/riesgo* y la dramatización. En el primero, también llamado *pensamiento catastrófico* o salto a las conclusiones negativas, el paciente considera los hechos negativos como altamente probables cuando en realidad es muy poco probable que sucedan. Por ejemplo, puede pensar que la sensación de mareo que experimenta es debido a un derrame cerebral o que la sensación de ahogo es una señal de que va a tener un infarto cardíaco, a pesar de que la probabilidad de que esto ocurra es muy baja si se tiene en cuenta su edad, salud y otras variables. Para contrarrestarlo, se le plantea al paciente que cuestione las pruebas que tiene para considerar como ciertos sus juicios de probabilidad, y se le anima a que examine las pruebas a favor y en contra para tales predicciones, considerando otras hipótesis alternativas más realistas. El uso de un *estilo socrático*, donde el terapeuta guía las preguntas para que el paciente encuentre por sí mismo la respuesta, ayuda a que el paciente examine con mayor objetividad el contenido de sus pensamientos y alcance explicaciones alternativas más realistas. En el segundo error de pensamiento, la *dramatización* o exageración de las consecuencias, el paciente ve un hecho de la forma más catastrófica y tremendista posible, cuando en realidad no lo es. Por ejemplo, ante la sensación de mareo el paciente piensa que si se desmaya la gente va a pensar que es un estúpido y eso sería terrible e intolerable. Siguiendo de nuevo un estilo socrático, ayudamos al paciente a desafiar y modificar estos pensamientos catastróficos, para que se dé cuenta de que si llega a ocurrir lo temido (ej. desmayarse) eso no va a ser tan catastrófico como pensaba, porque dispone de medios para afrontar esas situaciones.

Mediante las técnicas anteriores, se pretende modificar las creencias subyacentes de vulnerabilidad e incapacidad de afrontamiento, para que el paciente aumente sus expectativas de autoeficacia, su capacidad de predicción y de control, y una mayor sensación de seguridad.

## Cómo llevar a cabo la intervención cognitiva

Para implementar este componente hay que realizar los siguientes pasos:

- 1) Explicar el modelo cognitivo.
- 2) Identificar y registrar con el paciente sus pensamientos automáticos catastróficos y las distorsiones de pensamiento.
- 3) Cuestionar de modo constructivo (socrático) la validez de sus pensamientos automáticos mediante el análisis de pruebas (evidencias) y probabilidades.
- 4) Desafiar las predicciones catastróficas y desdramatizar sus síntomas y las consecuencias de los mismos.
- 5) Ayudar al paciente a reestructurar los recuerdos de crisis de ansiedad anteriores que recuerde con especial angustia.

Aunque la reestructuración cognitiva podría considerarse que empieza con el componente de psicoeducación, ya que permite al paciente tomar un nuevo marco de referencia desde el que entender sus síntomas y poseer explicaciones alternativas, la reestructuración cognitiva propiamente dicha comienza con la explicación del modelo cognitivo, según el cual las emociones y los comportamientos no dependen de hechos en sí, sino de cómo se interpretan los mismos a partir de nuestras creencias y expectativas.

Explicamos que esas creencias y expectativas van a guiar la forma en la que seleccionamos la información, produciendo determinadas distorsiones o errores del pensamiento que conducen a la aparición de pensamientos automáticos catastróficos.

Según Judith Beck (2000), los *pensamientos automáticos* son contenidos mentales, breves y fugaces, en forma de autoverbalización o imágenes, que aparecen espontáneamente y sin deliberación, siendo en muchas ocasiones el paciente más consciente de la emoción experimentada que del pensamiento. El paciente los acepta como verdaderos sin reflexionar sobre ellos ni valorar su validez objetiva. Para que el paciente entienda este concepto, le ayudamos a que diferencie

entre emoción (cómo se siente, ej. temeroso o triste) y pensamiento (aquello que aparece en su mente en forma de autoverbalizaciones o imágenes). Después, se explica los dos tipos de pensamientos automáticos que pueden aparecer: autoverbalizaciones (ej. “voy a tener un infarto”) e imágenes mentales (ej. imaginarse muerto en el suelo); y se distinguen de lo que no lo son, como las interpretaciones de por qué aparecen sus síntomas (explicaciones que se da a sí mismo como “esto es porque tengo poca autoestima”) o contenidos irrelevantes. En ocasiones, los pensamientos automáticos pueden aparecer de forma taquigráfica o resumida (una verbalización como “se acabó” que condensa la idea “voy a morir asfixiada por no poder respirar”) o en forma de pregunta (ej. “¿estaré muriéndome?”). En estos casos es importante investigar con el paciente el pensamiento que hay detrás de esa taquigrafía o pregunta. En los ejemplos anteriores podría ser “voy a morir asfixiada” el primero y “está a punto de estallarme una arteria cerebral” el segundo.

Una vez que entiende el concepto, mostramos al paciente un formulario similar al presentado en la Tabla 5.1, y le pedimos que registre la siguiente información:

- **A. Situación desencadenante.** Se refiere a dónde está el paciente, con quién y qué está realizando.
- **B. Pensamiento/Imágenes automáticos:** Las palabras exactas o las imágenes que aparecen en su mente *justo antes* de experimentar las emociones negativas. También ha de anotar cuánto se cree este pensamiento automático en una escala de 0 a 100, donde 0 es “no me lo creo” y 100 indica “estoy absolutamente convencido”, o en otra escala fácil de entender para el paciente.
- **C. Emociones negativas.** Incluye tanto las emociones que siente (miedo, pánico, vergüenza, rabia...) como la reacción fisiológica a esas emociones (palpitaciones, opresión pectoral...) que aparecen como consecuencia de la situación desencadenante.



**Tabla 5.1. Registro ABC**

<b>Registro de Pensamientos Automáticos ABC</b>		
<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>
SITUACIÓN	PENSAMIENTO AUTOMÁTICO	EMOCIÓN NEGATIVA
¿Dónde estás? ¿Con quién? ¿Qué haces? ¿Qué sucede?	¿Qué tienes en la cabeza en este preciso instante? ¿Palabras? ¿Imágenes? ¿Te lo crees? (0-100)	Emociones negativas Sensaciones corporales

Más tarde, cuando el paciente aprenda a registrar estos pensamientos, añadiremos otras dos columnas más al Registro ABC (ver Tabla 5.2), y pediremos que adicionalmente se complete la información que sigue:

- **D. Evidencia.** Por evidencia entendemos las pruebas que el paciente tiene a favor y en contra de la validez de su pensamiento automático, si existe una explicación alternativa a este pensamiento y la probabilidad objetiva de que ese pensamiento sea válido. También podrían incluirse las distorsiones cognitivas o errores de pensamiento (ver más adelante) que están

distorsionando o sesgando la información, y, en los casos en los que el pensamiento automático resulte ser válido, qué es lo peor que podría pasar si ese pensamiento fuese válido y si podría sobrellevarlo o qué le diría el paciente a un conocido suyo si se encontrase en la misma situación. Tras anotar la evidencia, se anota además la credibilidad que el paciente da ahora al pensamiento automático anterior.

- **E. Emociones.** En este apartado se incluyen los cambios que el paciente ha experimentado en sus sentimientos o sensaciones fisiológicas como consecuencia de analizar la evidencia.

**Tabla 5.2. Columnas adicionales para el registro ABC**

<b>D</b>	<b>E</b>
EVIDENCIA	NUEVA EMOCIÓN
Pruebas a favor/contra Explicación alternativa Distorsiones cognitivas Desdramatización	Reducción en emoción negativa o sensaciones corporales Emociones positivas

Por *distorsión cognitiva* o error de pensamiento se entiende la forma sesgada o desviada con la que el paciente interpreta los hechos a partir de sus creencias básicas subyacentes de vulnerabilidad e incapacidad de afrontamiento. Las más frecuentes se presentan en la Tabla 5.3.

**Tabla 5.3. Distorsiones cognitivas, sus definiciones y ejemplos (Moreno y Martín, 2004: 88-95)**

Distorsión y su definición (*)	Ejemplos
<p><i>Inferencia arbitraria:</i> Extraer conclusiones sin tener en cuenta la evidencia objetiva, interpretando la situación de forma arbitraria. Es la base de las distorsiones cognitivas que tiene una persona que sufre crisis de ansiedad u otros trastornos emocionales.</p>	<p>Un día te levantas algo deprimido o irritable, quizá porque no has dormido bien o porque es uno de esos días en los que uno está un poco bajo de ánimo sin motivo aparente, y te da por pensar que estás empeorando y que no tienes futuro. Hemos convertido unas sensaciones de desánimo normales y pasajeras en la evidencia que demuestra que todo va a ir a peor. Es una inferencia arbitraria porque podíamos haber concluido igualmente, o con más fundamento, que podía ser tan sólo que te has levantado con el pie izquierdo y que mañana sería otro día.</p>
<p><i>Pensamiento catastrófico:</i> Es una inferencia arbitraria particular, también llamada “error del adivino”. Consiste en saltar a la conclusión de que va a ocurrir algo terrible, sin tener evidencia suficiente. Este tipo de distorsión es fundamental en las personas que sufren crisis de ansiedad. Esta distorsión cognitiva es uno de los motores principales que disparan la crisis de ansiedad.</p>	<p>Sientes un pinchazo en el pecho y concluyes: “Me muero, esto es un infarto”. O sientes un bloqueo de tu pecho y tu mente grita: “¡Me ahogo!”. O sientes una taquicardia y piensas “Esto acabará mal”. La primera vez que se tiene una crisis de ansiedad es normal que se dé ese salto mental del síntoma a la catástrofe. Nuestra mente ansiosa tiene facilidad para saltar a conclusiones negativas y dramatizar los peligros. Con cada nueva crisis que ocurre, cada vez tenemos más evidencia de que esos síntomas no conducen a la muerte. De hecho no nos hemos muerto ninguna vez y mil veces hemos sentido que nos moriríamos. Digo morir, porque es el ejemplo que estamos tratando, pero igual vale para “volverse loco”, “tener un derrame cerebral” o “perder el control”. En cualquier caso, los pensamientos se anticipan demasiado a lo que significan los síntomas, resultando en interpretaciones catastróficas que no se ajustan a la realidad.</p>

**Tabla 5.3. (continuación)**

<p><i>Lector de mentes:</i> Es una inferencia arbitraria particular. Consiste en concluir, sin tener evidencia suficiente, que se sabe lo que está pensando otra persona.</p>	<p>Si dejo de tener crisis de ansiedad mi marido no me quedará acompañar más. Con los años vamos conociendo a las personas, pero nunca terminamos de conocernos. ¿Quién sabe si el marido de esa señora no está cansado más de la enfermedad y de la limitación que supone que de la propia pareja? La pareja no se atreve a salir sola y demanda que el marido la acompañe siempre, pero, si no tuviera las crisis de ansiedad ¿se separaría o se divorciaría el marido? Si lo más probable es que no fuera así, estaríamos ante un ejemplo de “lector de mentes”.</p>
<p><i>Personalización:</i> Pensar que los demás tienen una actitud negativa hacia uno mismo (cuando no disponemos de evidencia suficiente para pensar así).</p>	<p>No deseo acompañar a mi esposa a los grandes almacenes, porque me produce demasiada ansiedad, y me siento mal porque la veo seria. Pienso que está seria <i>porque</i> no quiero acompañarla, pero en realidad está seria porque había quedado con una amiga para tomar café y se ha enterado de que han tenido que ingresar a la madre de su amiga. El mundo no siempre gira alrededor de uno y de sus problemas. No podemos atribuir el malestar de los demás <i>siempre</i> a nosotros mismos.</p>
<p><i>Abstracción selectiva:</i> Quedarnos sólo con una parte de la información (la negativa) sobre una situación.</p>	<p>Voy a terapia para el control de las crisis de ansiedad y el psicólogo me dice que la ansiedad no se cura, que “la ansiedad se domina”. Yo me quedo con que <i>la ansiedad no se cura</i>. Me olvidó “alegremente” de que me han dicho que puedo dominar las crisis.</p>
<p><i>Sobregeneralización:</i> Generalizar en exceso las conclusiones negativas debidas a un hecho concreto.</p>	<p>No me relajo el primer día que practico la relajación muscular para el dominio de las crisis de ansiedad y me angustio porque pienso que no aprenderé a relajarme, ni a respirar adecuadamente, ni a dominar los pensamientos distorsionados. Pero ¡joj!, yo sólo había tenido problemas para relajarme el primer día. Todavía no había probado a practicar más días ni había probado el resto de técnicas de tratamiento. Estoy sobregeneralizando.</p>
<p><i>Magnificación:</i> Dar mucha importancia a los aspectos negativos de una experiencia.</p>	<p>Un día voy al supermercado y comienzo a ponerme nervioso hasta el punto que me tengo que salir y marchar a casa. Me quedo deprimido toda la tarde pensando que esto es un retroceso imperdonable en mí. Me veo acabando el resto de mis días encerrado en casa sin poder salir a la calle. Desde luego que estoy magnificando las consecuencias negativas y la trascendencia de ese acontecimiento.</p>

**Tabla 5.3. (continuación)**

<p><i>Minimización:</i> Quitar importancia a los aspectos positivos de una experiencia.</p>	<p>Si bien un día soy incapaz de ir al supermercado, otro día sí soy capaz de ir y cuando llego a casa mi esposa me felicita por ello. Entonces yo le quito importancia al hecho y <i>minimizo</i> la relevancia de haber sido capaz de ir al supermercado. Un día me hundo porque no soy capaz de ir al supermercado y cuando sí voy le quito toda la importancia a ese logro. ¿Por qué a veces nos resulta tan fácil filtrar la experiencia de modo que nos quedamos con lo que más daño nos hace?</p>
<p><i>Pensamiento dicotómico:</i> Ver la realidad en blanco y negro, no como una escala de grises. Calificar el mundo, las experiencias, las personas, uno mismo, etc., de forma extremista: bueno/malo, listo/tonto, mortal/inofensivo, etc.</p>	<p>Soy <i>tonto</i> si no entiendo a la primera las instrucciones para dominar la ansiedad. El café es <i>mortal</i> porque me produce taquicardia. Soy <i>malo</i> porque acaparo a mi pareja para no estar nunca solo. ¿Dónde está escrito que los psicólogos sean fáciles de entender a la primera? Seguramente si no entiendes algo a la primera es porque no hemos sabido expresarlo mejor. ¿Es “mortal” el café? Acelera el corazón algo, pero el corazón se dispara porque te asustas ante tus sensaciones corporales y las interpretas de forma catastrófica. Si yo pensara que una taquicardia es el principio de un infarto, no dudes que también tendría una crisis de ansiedad, pero calificar de “mortal” al café, como si de un veneno potente se tratara, es ir algo lejos. Parece más bien que mi pensamiento está funcionando en modo dicotómico (inofensivo/mortal). ¿Eres “malo” por acaparar a tu pareja? La pareja está, entre otras cosas, para apoyarse en ella cuando estamos enfermos. Habría que revisar hasta qué punto está confundiendo maldad con miedo que dispara la búsqueda de conductas protectoras. En la medida en que luches por salir adelante, de forma sincera, y con la ayuda de un profesional, es difícil que podamos calificarte de “malo”.</p>
<p><i>Razonamiento emocional:</i> Tomar nuestras emociones como evidencia para interpretar la realidad.</p>	<p>Si me da miedo, debe ser peligroso. Bueno, ¿dónde está escrito que las cosas sean peligrosas o no en función de si te dan miedo a ti? Algo es peligroso si entraña un peligro <i>real</i> para todos o la mayoría de los humanos. Si algo te produce miedo sin ser peligroso, objetivamente hablando, eso no lo convierte en peligroso. Un determinado síntoma, como una taquicardia o un dolor de cabeza, no puede ser peligroso, por sí mismo, cuando la probabilidad de que lo sea es baja. A veces ocurre que incluso a ti</p>

**Tabla 5.3. (continuación)**

	<p>mismo ese síntoma no te asustaba antes de la primera crisis. ¿Si el dolor de cabeza no te asustaba antes, aunque fuera un dolor de cabeza real y molesto, por qué ahora va a ser más peligroso si es exactamente igual que el que tenías antes de la primera crisis, según tu propio médico? Veamos otro ejemplo: “Si no mejoro es porque no tengo solución”. En muchas ocasiones los pacientes pierden la paciencia demasiado pronto. Tras años sufriendo crisis de ansiedad, la sensación de que no mejoran en cuestión de una o dos semanas ya se toma como una evidencia de que su caso no tiene solución. Por ahora los psicólogos no hacemos milagros y es necesario que el paciente tenga paciencia, que le dé la oportunidad al profesional de dejarle ayudar. Tus emociones pueden ser engañosas. <i>Sentir</i> que no tienes solución no es un razonamiento lógico, es un razonamiento <i>emocional</i>. Un razonamiento lógico es: “Vamos a probar durante tres o cuatro meses con el enfoque de este psicólogo, que se supone que está basado en estudios científicos sobre el tratamiento de las crisis de ansiedad.” No pedimos años para que se vean los efectos. Pedimos tres o cuatro meses, unas 12 ó 15 sesiones, a veces menos.</p>
<p><b>Afirmaciones “Debería...”:</b> Aplicar <i>de modo rígido</i> reglas sobre nuestras obligaciones o las de los demás.</p>	<p>“<i>Debería</i> mejorar porque ya sé lo que me pasa”. Es probable que uno pueda sentirse culpable si no mejora, una vez que ya sabe lo que le ocurre. No obstante, el tratamiento no es tan sencillo. No vale con saber que te asustas ante los síntomas de la ansiedad y que ese susto se traduce en más ansiedad, lo que hace que se dispare la crisis de ansiedad. Es necesario ir practicando una serie de ejercicios para manejar adecuadamente los síntomas y afrontar los miedos irracionales.</p>

\* Estas distorsiones cognitivas pueden presentarse individualmente o de forma conjunta, como ocurre en el ejemplo del pensamiento dicotómico, que aparece la calificación del café como peligroso (pensamiento dicotómico) coordinada con el miedo taquicardia-infarto (pensamiento catastrófico).

Por último, quedaría la reestructuración de crisis de ansiedad o situaciones que el paciente ha vivido como especialmente angustiantes y que las considera como cualitativamente distintas al resto de crisis o de situaciones. En este caso, es interesante analizar con el paciente paso a paso el registro ABCDE de ese recuerdo, reestructurando todas aquellas distorsiones cognitivas que pudieran aparecer, valorando las pruebas a favor y en contra, encontrando explicaciones alternativas, y desdramatizando en el caso de que el pensamiento temido fuese cierto (ej. temer caerse y caerse de verdad). Es muy importante que tras la reestructuración de este recuerdo, el paciente no albergue ninguna duda sobre la inofensividad o la desdramatización del suceso vivido.

### **Principales ideas a transmitir al paciente**

- 1) *Las reacciones emocionales ante determinados sucesos dependen más de cómo interpretamos dichos sucesos que de los sucesos mismos.* Por ejemplo, si una leve taquicardia la interpreto como el resultado de haber tenido una discusión acalorada o de haber caminado rápido, no experimentaré ningún temor, pero si la interpreto como la señal de que estoy gravemente enfermo, muy probablemente me asuste.
- 2) *A veces los pensamientos se valoran como verdaderos sin cuestionar su validez.* Cuando experimentamos un estado de ansiedad o miedo elevados, es muy probable que los pensamientos que rondan por nuestra cabeza sean valorados como hechos reales y que dichos pensamientos estén además equivocados o sesgados, lo que contribuye a aumentar aún más nuestra percepción de peligro. Por ejemplo, un paciente está nervioso y al percibir cómo su corazón late más de prisa de lo normal valora el pensamiento “me va a dar un infarto” como si realmente estuviera sucediendo, lo que aumenta aún más su ansiedad y su miedo, actuando en consecuencia.

- 3) *El pensamiento erróneo o sesgado es una consecuencia natural del estado de ansiedad*, ya que frente a un peligro potencial es más ventajoso para la supervivencia exagerar dicho peligro, y que luego resulte ser inofensivo, que minimizar la importancia del mismo, y que ello conlleve un daño o perjuicio. Hablamos por tanto de una tendencia sesgada hacia el falso positivo. En el ejemplo anterior, será más eficaz para sobrevivir que el paciente se asuste y exagere las consecuencias de una anomalía en su corazón, aunque sea inofensiva, a que no le dé importancia ninguna y termine teniendo un problema cardíaco o una enfermedad real.
- 4) *Una misma reacción emocional puede variar ante distintas situaciones porque cada una de ellas se interpreta de una manera diferente*. Además, esas interpretaciones y la percepción de su peligrosidad dependen de la historia particular de cada paciente, ya que cada uno tiene unas preocupaciones concretas. Por ejemplo, un paciente puede interpretar las palpitaciones como peligrosas si está nadando en la piscina (“puedo ahogarme si tengo un infarto”) y no si va paseando solo por el campo (“puedo pararme tranquilamente y respirar”). Otro en cambio, puede temer más pasear solo (“nadie puede ayudarme si tengo un infarto”) que si está nadando en la piscina (“el socorrista puede ayudarme si tengo un infarto”).
- 5) *Nuestra conducta puede impedirnos desmentir la validez de los pensamientos catastróficos*. En los casos en los que existe una sobreestimación del peligro a partir de un pensamiento catastrófico, lo más probable es que el paciente ponga en marcha alguna conducta de protección como huir de la situación temida, buscar ayuda o distraerse del peligro hasta que éste desaparezca. Estas conductas impiden que el paciente compruebe que tal peligro no era real o que estaba exagerado, perdiendo así la oportunidad de disponer de pruebas que desmientan la validez de dicho pensamiento catastrófico. Muy al contrario, el paciente valora esta situación como una prueba que confirma



la validez del pensamiento catastrófico, creyendo que no pasó nada malo porque huyó de la situación, evitó algo, buscó ayuda o se distrajo de la situación temida. Es muy importante, por tanto, que el paciente se dé cuenta de que hubiese estado igual de seguro si no hubiese llevado a cabo ninguna conducta de protección.

- 6) *Los pensamientos son hipótesis y han de ser aceptados o rechazados según las pruebas a favor o en contra de su validez.* Cuando un pensamiento catastrófico asalte nuestra mente, en lugar de considerarlo como totalmente cierto o como un hecho real, es más adecuado considerarlo como una hipótesis de lo que está sucediendo en nuestro cuerpo y/o a nuestro alrededor. A continuación, es conveniente valorar dicho pensamiento en función de las pruebas que confirman o desmienten su validez, actuando seguidamente según el resultado de este análisis y no en función de nuestras reacciones emocionales. Enfatizamos pues la búsqueda y el examen de pruebas a favor y en contra de la validez del pensamiento catastrófico (análisis de evidencias) en lugar de poner en marcha automáticamente las conductas de protección/evitación.
- 7) *La probabilidad de que suceda un acontecimiento es independiente del grado de ansiedad o miedo que esté experimentando el paciente en un momento concreto.* Por ejemplo, el riesgo de que una persona particular tenga un infarto cardíaco es el mismo si esa persona está relajada o ansiosa. Pero en estados de ansiedad, sobre todo si es intensa, tendemos a aumentar la estimación de la probabilidad de un suceso negativo, lo que a su vez incrementa la respuesta de ansiedad.
- 8) *Las distorsiones del pensamiento sesgan la realidad para confirmar nuestras expectativas.* Ante la percepción de las sensaciones temidas o al estar presente en determinados lugares o situaciones temidos, es frecuente que el paciente presente distorsiones o errores de pensamiento que favorezcan su respuesta de evitación y/o escape. Existe varios tipos, pero los más fre-

cuentes son la sobreestimación del riesgo de un suceso negativo (salto a las conclusiones negativas) y la percepción de un hecho relativamente inofensivo como si fuera insufrible e intolerable (dramatización o exageración de las consecuencias).

- 9) *Las distorsiones del pensamiento pueden corregirse mediante el análisis de pruebas/probabilidades y mediante la desdramatización.* La *sobreestimación del riesgo* puede corregirse con el análisis de las pruebas a favor y en contra, con la búsqueda de explicaciones alternativas y el análisis de probabilidades, siguiendo el modelo del registro ABCDE. La *dramatización* puede corregirse con la puesta en perspectiva o desdramatización, que consiste básicamente en adoptar un actitud del tipo “y qué si X” que permita apreciar que las consecuencias temidas no son tan graves, son manejables y limitadas en el tiempo. El uso del *análisis de evidencias y probabilidades* es más eficaz en casos donde la sobreestimación del riesgo es elevada (ej. miedo a morir o enfermar), mientras que el uso de la *desdramatización* está indicado en casos en los que es probable que su temor pueda producirse (ej. desmayarse, sonrojarse o que los demás perciban su ansiedad).
- 10) *Controlando la dramatización se facilita la contención.* La dramatización o exageración de las consecuencias es adaptativa cuando existe un peligro o amenaza real, pues cuanto mayor sea la percepción de amenaza o sus consecuencias, antes y mayor será la respuesta de huida o ataque. Es por este motivo que hay que ser precavido a la hora de interpretar los hechos en función de la reactividad emocional, ya que es bastante probable que se produzca una exageración de la situación. No obstante, a pesar de que el paciente prefiriera no tener que pasar por determinadas experiencias (ej. marearse en un supermercado por temor a desmayarse y hacer el ridículo), el paciente es capaz de enfrentarse a la situación que le genera malestar y tolerarla, y eso es precisamente lo que hay que facilitar que se produzca. Determinadas preguntas como “¿qué es lo peor que

podría pasar?”, “¿qué te hace pensar que no podrías tolerarlo?”, “¿y qué si pasa lo que temes?” facilitan que el paciente aprenda a desdramatizar la situación y sea capaz de autocontenerse.

- 11) *Las crisis de ansiedad son inofensivas y se pueden afrontar con independencia de lo desagradables que hayan podido ser para el paciente.* La mayoría de los pacientes recuerdan con especial inquietud alguna crisis de ansiedad o situación particular en la que creen haberse escapado de milagro y ante la que se ven a sí mismos como indefensos e incapaces de volver a experimentarla de nuevo. Es importante reestructurar estos recuerdos realizando un análisis objetivo de los componentes y los procesos que se vieron implicados en esta situación particular, ya que de esta manera facilitamos la reducción de la anticipación ansiosa de futuras crisis de ansiedad. Es frecuente además que el paciente crea haber sobrevivido a su “peor crisis” por la presencia de algún objeto o persona en particular que le “salvó”. Se debe facilitar que el paciente aprecie que hubiese tenido la misma seguridad con independencia de que ese objeto o persona estuviese o no. La respuesta ansiosa cesó de forma natural bien sea por habituación o por aumento de la percepción de seguridad del paciente al ser consciente de la presencia del objeto o la persona protectores.

### **Cuestiones a tener en cuenta**

- 1) *Utilización del método socrático.* Es posible que el paciente vea al terapeuta como alguien casi “mágico” que puede resolver todos sus problemas y calmar su malestar. Por tanto, hay que llevar cuidado de no caer en la tentación de sólo contestar al paciente con la intención de calmarle. Ante las preguntas del paciente, el terapeuta debe responder con otras preguntas que sirvan de guía al paciente para alcanzar él mismo la respuesta o solución. Lo que se pretende con esto es que sea el propio paciente quien desafíe posteriormente sus pensamientos catastróficos sin la presencia del terapeuta. Por ejemplo, si un

paciente con buena salud pregunta “¿voy a tener un ataque al corazón?” en lugar de contestarle que no o que es poco probable, es mejor preguntarle “¿qué te dijo tu médico la última vez?”, “¿cuántos ataques al corazón has tenido hasta ahora?” o “¿cuántas personas de tu edad y salud conoces que hayan muerto de infarto?”.

- 2) *Resaltar las distorsiones de pensamiento cuando se producen en consulta.* El terapeuta puede hacer comentarios para resaltar los errores de pensamiento o las distorsiones del paciente, sobre todo cuando existe sobreestimación del riesgo. Por ejemplo, si el paciente continúa declarando que sigue creyendo que va a tener un infarto cuando tenga otra crisis de ansiedad, el terapeuta podría decirle “¿qué ha cambiado en tu cuerpo para que ahora sea más probable tener un infarto si sufres otra crisis de ansiedad?”.
- 3) *El terapeuta sirve de modelo para adquirir las nuevas habilidades.* A partir de los ejemplos y situaciones que trae el paciente a consulta, se facilita que él mismo se pregunte y cuestione apropiadamente las pruebas que tiene a favor y en contra de sus pensamientos catastróficos. Más tarde, esto se manda como tarea para casa. De esta manera, se aumenta la percepción de control del paciente, ya que éste aprende a desafiar y controlar sus pensamientos catastróficos o tremendistas.
- 4) *Los pensamientos son dependientes del estado emocional presente.* La tendencia a sobreestimar los acontecimientos como negativos y/o peligrosos es mucho mayor cuando nos encontramos ansiosos o tenemos miedo. Además, la percepción de peligro, incluso aunque sea reconocido como irracional, puede predominar en momentos de pánico debido a la fuerza asociativa entre las sensaciones de hiperactivación simpática, los pensamientos o imágenes de amenaza y la tendencia a escapar (Barlow, 2002).
- 5) *El uso de la imaginación.* Cuando observemos que el paciente comienza a dramatizar en relación a una situación determina-

da, es necesario indagar qué imagina que sería lo peor que podría pasar, para poder así ayudarle a encontrar formas alternativas de interpretar o dar un nuevo significado a la situación temida. Esto puede ser especialmente útil para pacientes que tienden a pensar en imágenes más que en palabras. Según Hackmann (2005), en los trastornos de ansiedad es frecuente que aparezcan determinadas imágenes mentales cuyo contenido se refiere a una posible catástrofe futura. El contenido de estas imágenes mentales suele detenerse en el peor momento para el paciente (ej. verse desmayado o corriendo mientras se grita en unos grandes almacenes), por lo que convendría ayudar al paciente a que termine o complete esa imagen en el tiempo para desdramatizar lo catastrófico de la situación (ej. levantarse tras haberse desmayado o salir plácidamente del supermercado).

- 6) *La discusión de crisis de ansiedad anteriores es útil para la reestructuración cognitiva.* Con ello se pretende aumentar la percepción de seguridad, reformulando los resultados catastróficos asociados con las crisis de ansiedad pasadas, y la capacidad de predicción, por medio de explicaciones de cómo se produjeron las crisis de ansiedad. Esto puede ser especialmente importante en los casos en los que el paciente refiere que su peor predicción se cumplió como resultado de la ansiedad. Por ejemplo, un paciente puede decir que un día estaba tan sumamente ansioso que se desmayó de ansiedad. Un análisis detallado de la situación nos hará ver que posiblemente, tras percibir las sensaciones temidas (de mareo, de debilidad muscular y/o de temblor en las piernas) y creer firmemente en su predicción catastrófica de desmayarse, él mismo puso en marcha una conducta voluntaria que pretendía minimizar el daño físico o social (ej. sentarse en el sofá o tirarse al suelo) que, posteriormente, le condujo a creer que se había desmayado por ansiedad. Si se indaga, se comprobará que con bastante probabilidad no hubo síntomas propios del desmayo (percepción de estar como adormecido, quedarse todo en blanco, pérdida

de consciencia, algún hematoma por haber caído involuntaria e inesperadamente) y si hubo síntomas propios de la ansiedad (boca seca, sensación de mareo, taquicardia...). Analizando detenidamente cómo se produjeron algunas de sus peores crisis de ansiedad, podemos ayudarle a comprobar que la crisis fue relativamente previsible, realmente no se cumplieron sus pensamientos catastróficos y pudo haber sido capaz de hacerle frente.

### **Ejemplos de conversaciones sobre temas típicos o difíciles de tratar**

#### ***Caso: ¿Y si un día me da un infarto de verdad?***

P: Sé que soy muy joven para tener un infarto y que la probabilidad de tenerlo es muy baja en mi caso... Me lo digo continuamente y mi marido también me lo dice... Pero ¿y si un día lo tengo de verdad? Cuando estoy con la ansiedad, aunque la probabilidad de tener un infarto sea baja, a mí me da mucho miedo y creo que esta vez sí que me va a dar de verdad.

T: Cuando estás en plena crisis de ansiedad, ¿qué pasa por tu mente en ese preciso momento?

P: Me repito “Ay que me da, que me da (el infarto)”

T: Parece que rechazas las pruebas en contra de ese pensamiento y reaccionas asustándote como si estuviera pasando en la realidad. Además, recordando tu pregunta anterior “¿y si un día lo tengo de verdad?” parece seguir manteniendo dudas ante las posibilidades reales de tener un infarto en tu caso.

P: Si ya lo sé... que es difícil que una chica joven y sana tenga un infarto pero estoy tan mal en ese momento, que *siento* que puede llegar a darme.

T: Sentirse de una manera determinada no es un buen criterio para saber con exactitud la probabilidad real de que algo esté pasando

o vaya a pasar. En tu caso, ¿cuántas veces te has *sentido* como si fueras a tener un infarto y cuántas veces has llegado a tenerlo realmente?

P: Un montón de veces y al final no me pasa nada.

T: Además, vamos a fijarnos en las pruebas que tienes en contra de tu pensamiento “Ay que me da”... ¿Cuántas veces has ido a urgencias a hacerte un electrocardiograma y cuántas veces ese electro ha dicho que podías estar teniendo un infarto?

P: Siempre me dicen que es sólo una crisis de ansiedad, que estoy sana y que a mi corazón no le pasa nada.

T: ¿Se te ocurre alguna prueba más?

P: Bueno... pues eso... que soy joven, no bebo ni fumo, no tengo colesterol (hipercolesterolemia) ni azúcar (hiperglucemia)...

T: ¿Qué pruebas tienes a favor de que puedes llegar a tener un infarto?

P: Que me siento muy mal.

T: ¿Y habría alguna explicación alternativa que dé cuenta de cómo te estás sintiendo?

P: Pues claro, lo que siempre me dicen... que es una crisis de ansiedad.

T: Entonces, resumiendo, vemos que nunca has tenido un infarto a pesar de haberte sentido como si lo fueras a tener, cada vez que has ido a urgencias te han dicho que sólo tenías ansiedad, en los electros nunca han detectado nada, eres una chica joven y sana, y una explicación alternativa de lo mal que te sientes en ese momento es que puedes estar teniendo una crisis de ansiedad. ¿A qué conclusión podemos llegar con todo esto?

P: Pues que, aunque yo me sienta tan mal en ese momento, no me va a dar un infarto.

T: Exacto, es muy poco probable que tengas un infarto en esa situación, aunque tengas miedo y las sensaciones que experimentes sean desagradables.

***Caso: Cuando tengo la crisis no puedo pensar***

P: Aquí y ahora es muy fácil preguntarse qué pruebas tienes o si hay alguna explicación alternativa, pero cuando estás ahí, con todo el miedo y todos los síntomas, yo en lo único que puedo pensar es en que me está dando algo malo o me estoy volviendo loco.

T: Es cierto que al principio puede ser difícil pensar racionalmente cuando uno está en plena crisis de ansiedad pero recuerda que afrontar los pensamientos catastróficos es una habilidad y, como toda habilidad, requiere práctica para poder utilizarse con facilidad. Ahora, lo más importante es que aprendas a detectar los pensamientos automáticos que vienen a tu cabeza justo antes, durante o justo después de las crisis, para poder analizarlos, ponerlos a prueba y ver qué tienen de verdad. Practiquemos ahora: la última vez que tuviste una crisis de ansiedad, ¿qué pasaba por tu cabeza en ese preciso momento?

P: Me parecía que iba a perder el control, que me volvería loco.

T: No sé si recuerdas que hay gente que tiende a pensar con palabras y gente que piensa más con imágenes. ¿Cómo era en tu caso?

P: De las dos maneras, por un lado me decía a mí mismo “cada vez estás peor, te estás volviendo loco” y por otro me veía en medio de la calle gritándole a la gente mientras ellos me miraban a mí con caras de extrañeza.

T: ¿Qué pruebas tienes a favor y en contra de estar volviéndote loco?

***Caso: Mi “predicción catastrófica” se cumple***

P: Cuando estoy en el cine o en algún centro comercial, mi mayor miedo es tener que salir corriendo de allí y eso es justo lo que ocurre. Entonces, ¿cómo puedo decirme a mí misma que es poco probable que pase lo que temo si siempre pasa?

T: Si piensas un momento en lo que acabas de decir, lo que temes no es salir corriendo, más bien ésa es tu respuesta frente el temor de



permanecer allí. Deja libre tu imaginación, ¿qué crees que pasaría si te quedases allí?

P: ¡Yo qué sé! Podría pasar cualquier cosa mala, por eso es por lo que tengo que salir corriendo.

T: Fantasea un poco y trata de imaginar qué podría pasar si no hubiera forma de salir de allí.

P: Me pongo nerviosa sólo con pensarlo... No sé... Supongo que me pondría tan histérica que terminaría desmayándome o perdería la cabeza... Por eso es por lo que nunca me espero a comprobarlo y salgo pitando de allí.

T: ¿Y qué te dices a ti misma cuando sales de allí?

P: Que menos mal que salí porque me podría haber pasado cualquier cosa.

T: ¿Qué pruebas tienes de que te hubieses desmayado o hubieses perdido la cabeza si hubieses permanecido en ese lugar?

P: Una vez estaba en el supermercado y empecé a notarme rara, como si me mareara o algo así, me veía rara y veía raros a los demás, no sé explicarlo... pero era una sensación que nunca había tenido.

T: Esa experiencia desagradable que describes es frecuente en las crisis de ansiedad, pero, ¿has llegado a desmayarte o alguien te ha dicho que habías perdido la cabeza o te comportabas de forma extraña?

P: No. Era más bien la sensación de que iba a pasar, pero nunca ha llegado a suceder.

T: Observa cómo a partir de haber tenido esta experiencia desagradable, aunque inofensiva, crees que es más probable que vuelva a repetirse, lo que te angustia. A su vez, para calmar esta angustia, tiendes a escapar de ese lugar en cuanto anticipas que puede repetirse. Eso te alivia a corto plazo, pero te deja con la creencia de que no te llego a pasar nada malo porque *escapaste a tiempo*. Con

lo que la necesidad o urgencia de escapar volverá a surgir en cuanto la más mínima sensación corporal te haga sospechar que una crisis de ansiedad o algo negativo se avecina.

***Caso: Podría superar cualquier crisis menos aquella***

P: Sería incapaz de volver a pasar por aquella experiencia... Fue horrible.

T: ¿Qué fue lo que pasó en esa crisis de ansiedad que la recuerdas con especial temor? Intenta describirme paso a paso qué fue lo que pasó.

P: Bueno, pues estaba en casa, poco antes de acostarme. Había discutido con mi marido y al irme a la cama empecé a sudar y me costaba respirar. Poco a poco comencé a temblar muchísimo. Mi marido me ayudaba a intentar levantarme y no podía, me temblaba todo. Al mismo tiempo, cada vez me costaba respirar más, hasta que tuve la sensación más extraña de mi vida. Todo parecía distinto, raro, yo misma me sentía como distinta, como si estuviera fuera de mi cuerpo y la realidad no fuera como es. Fue horrible.

T: ¿Qué pasaba por tu cabeza en ese momento?

P: Bueno... yo creía estar muriéndome. Me repetía una y otra vez “me muero”, “ya no voy a volver a ver a mis padres ni a mi marido”... y me veía muerta encima de la cama con mi marido llorando a mi lado.

T: ¿Cómo se resolvió la crisis?

P: Mi marido me dio un tranquilizante y me abrazó fuertemente. Me decía que me tranquilizara, que él estaba conmigo y no iba a dejar que me pasara nada. Hasta que poco a poco me fui recuperando. De todas formas, tardé por lo menos una hora en dejar de temblar y estuve muy nerviosa los días siguientes. Si no llega a ser por él me hubiese muerto.

- T: Ahora que ya tienes más conocimientos sobre las crisis de ansiedad, ¿sabrías decirme que fue lo que sucedió?
- P: Pues tuve una crisis de ansiedad fuerte... incluso creo que yo misma me la provoqué. Después de discutir con mi marido empecé a hiperventilar y a temblar... y a ponerme más nerviosa... hasta que tuve el síntoma éste... la desrealización o la despersonalización... y yo creía estar muriéndome... porque de verdad era horrible... nunca me había pasado nada igual... pero en realidad lo único que pasaba era que estaba terriblemente asustada por las sensaciones extrañas que notaba.
- T: Muy bien. La interpretación catastrófica de los síntomas de ansiedad fue aumentando tu reacción ansiosa hasta llegar a experimentar una crisis de ansiedad bastante intensa.
- P: Sí, así fue.
- T: Posteriormente, dices que tu marido te dio un tranquilizante y te calmó hasta que se te pasó la crisis. ¿Qué crees que hubiese pasado si tu marido no hubiese estado contigo o si no te hubiese dado el tranquilizante?
- P: Puff! No sé... En ese momento yo creo que me habría muerto.
- T: ¿Qué pruebas tienes de que habrías muerto?
- P: Bueno... en realidad ninguna... el tranquilizante me relajó y mi marido me calmó... pero eso no es algo que pueda salvarte la vida...
- T: ¿Qué crees que hubiese pasado si hubieras estado sola y sin medicación?
- P: Pues imagino que hubiese estado fatal hasta que poco a poco la crisis se acabara... pero vamos... no me habría muerto.
- T: ¿Qué crees que pasaría si se volviera a repetir ahora una crisis parecida?
- P: Bueno... ahora sabría que es una crisis de ansiedad y que no tengo nada que temer... además, podría relajarme con relajación

muscular o con respiración abdominal... e intentar controlar los pensamientos negativos que me vinieran...

T: Muy bien. Y recuerda además que, aunque no hicieses nada, la crisis es inofensiva y se agota por sí misma.

### **Dificultades que pueden surgir**

- 1) *Aunque el paciente sabe que la probabilidad de que ocurra lo que teme (infarto, volverse loco, perder el control...) es baja, continúa temiendo que suceda.* Esto ocurre porque el paciente ve como probable o muy probable, lo que en realidad es posible o casi imposible. Esta sobreestimación del riesgo es la que realmente está causando el temor en el paciente. Es importante que el terapeuta señale al paciente que no se trata de que lo temido no vaya a suceder, sino que el paciente está reaccionando como si fuese muy alta la probabilidad de que fuese a suceder. Hay que animar al paciente a que muestre con pruebas que esa alta probabilidad está justificada, para hacerle ver posteriormente que es necesario asumir determinados riesgos para poder desarrollar una vida normalizada.
- 2) *El paciente reconoce la irracionalidad de su temor cuando está tranquilo, pero en medio de una crisis de ansiedad está totalmente convencido de que está en peligro.* En este caso, es conveniente animar al paciente para que practique el ejercicio de desafiar sus propios pensamientos catastróficos cada vez que aparezcan y antes de que la crisis de ansiedad alcance su grado máximo.
- 3) *El paciente expresa que su peor temor se hizo realidad.* Esto puede suceder en casos en los que el temor es desmayarse, caerse al suelo, gritar en una multitud, ponerse agresivo, experimentar cómo otras personas se ríen de él, lo critican o lo humillan. En los casos poco frecuentes como desmayarse o caerse el terapeuta puede continuar señalando la escasa probabilidad de

que eso vuelva a suceder a pesar de que ya le haya pasado. En los casos en los que esto no sea suficiente o cuando la probabilidad de que lo temido vuelva a repetirse sea mayor (reacciones negativas de otras personas) sería conveniente desdramatizar, adoptando una postura de puesta en perspectiva.

- 4) *Ante una crisis de ansiedad o el temor de que aparezca, el paciente intenta escapar de forma descontrolada y/o peligrosa.* Por ejemplo, al conducir por la autovía el paciente interpreta catastróficamente las sensaciones corporales de la ansiedad (“voy a tener un infarto”) produciéndose en él la necesidad impetuosa de escapar, apeándose en un lugar inadecuado, frenando bruscamente o acelerando con rapidez para salir por la salida más próxima. Tras estas conductas, potencialmente peligrosas, lo que el paciente pretende es escapar de lo que realmente le produce más temor (tener un infarto conduciendo y provocar un accidente). Es importante hacerle ver que estas conductas de escape, aunque parezcan descontroladas, son lógicas si atendemos a las creencias y pensamientos que experimenta en ese momento el paciente (cree estar teniendo un infarto y poder provocar un accidente), ya que cuando percibimos estar en peligro intentamos garantizar la seguridad a toda costa. En el ejemplo anterior es menos peligroso para el paciente intentar escapar como sea, que permanecer en el coche (no escapar). El terapeuta debe ayudar a que el paciente examine las pruebas que sustentan sus temores y/o desdramatice ante esa situación, para que compruebe que no tiene por qué suceder nada catastrófico si permanece en la misma.

# 6

## Exposición interoceptiva

---

*Juan García  
Pedro Moreno*

La *exposición* al estímulo fóbico es un componente frecuente del tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos de ansiedad, en los que el paciente presenta un miedo excesivo o irracional ante determinados estímulos y/o situaciones que le lleva a evitarlos o bien a resistirlos con gran malestar. Consiste básicamente en presentar al paciente aquellos estímulos o situaciones que teme (pese a ser inofensivos) de una manera controlada y prolongada, hasta que el temor a dichos estímulos o situaciones disminuya significativamente o desaparezca. El estímulo o la situación temidos pueden presentarse en la imaginación (*exposición en imaginación*) o en la realidad (*exposición en vivo*), para que el paciente se habitúe a su presencia y compruebe que no se producen las consecuencias negativas esperadas o temidas. Además, la presentación del estímulo o la situación pueden realizarse de forma *intensiva*, provocando en el paciente un intenso miedo desde el principio, o *gradual*, provocando un miedo menor al principio, moderado después e intenso al final, siguiendo una jerarquía pactada con el paciente. Nosotros recomendamos la exposición gradual en vivo, es decir, que el paciente se exponga a los estímulos o situaciones temidas en la realidad y de forma gradual, para que vaya tolerándolos mejor de forma progresiva.

En el trastorno de pánico lo que provoca temor en el paciente es la percepción de sus propias sensaciones corporales o reacciones fisiológicas, lo que se conoce como *interocepción*, ya que son consideradas como señales o indicios inminentes de que se va a sufrir una enfermedad grave con resultado fatal (muerte o locura). Por tanto, como el estímulo que causa temor en el paciente es la percepción de sus propias sensaciones corporales, habrá que provocar dichas sensaciones, de forma controlada y sistemática, para que el paciente se exponga a ellas en vivo. Para ello, Barlow y Craske (1999a) proponen una serie de ejercicios artificiales y de actividades cotidianas en el medio natural del paciente para provocar en éste las sensaciones temidas, haciendo que el paciente se exponga a ellas de forma gradual para reducir así su miedo progresivamente. En este capítulo se expondrá cómo implementar en la práctica clínica estos ejercicios y actividades que constituyen la exposición interoceptiva.

En la agorafobia, el paciente teme encontrarse en determinadas situaciones ambientales (lugares públicos o con multitudes, viajar lejos de casa o solo, etc.) donde escapar o recibir ayuda puede resultar difícil o embarazoso en el caso de volver a experimentar otra crisis de ansiedad o las sensaciones corporales que él cree que la preceden. Para enfrentarse a su temor, el paciente tiende a evitar dichos lugares o situaciones o a desarrollar diversas estrategias para aumentar su percepción de seguridad (ir acompañado, asegurarse la existencia de lugares potenciales de escape o de ayuda, etc.). No obstante, aunque el paciente exprese que teme encontrarse en dichos lugares, lo que realmente teme es la aparición de otra crisis de ansiedad, o de las sensaciones corporales que él cree que la preceden, en dichos lugares. En la agorafobia con trastorno de pánico, por tanto, hay que abordar los dos temores del paciente: el temor a percibir las sensaciones corporales que anteceden las crisis de ansiedad (al igual que en el trastorno de pánico sin agorafobia) y el temor a determinados lugares o situaciones donde escapar o recibir ayuda es difícil o embarazoso en el caso de tener otra crisis (la agorafobia propiamente dicha). El temor a las sensaciones corporales se trata con la exposición interoceptiva, que se desarrolla a continuación, y el temor a

determinados lugares se desarrolla en el capítulo siguiente (exposición a situaciones agorafóbicas). Aquí es preciso afinar el diagnóstico diferencial con otros síndromes fóbicos, ya que estos temores son muy específicos y, de no exponer al paciente al temor exacto, la eficacia de la técnica es baja o nula.

### **Cómo llevar a cabo la exposición interoceptiva**

Para llevar a cabo este componente del tratamiento hay que realizar los pasos enumerados a continuación y que se detallan posteriormente:

- 1) Pedir al paciente que realice una serie de ejercicios que intentan provocar o simular las sensaciones corporales temidas.
- 2) Colaborar con el paciente para establecer una jerarquía con los ejercicios anteriores, ordenándolos de menor a mayor miedo experimentado por el paciente ante las sensaciones provocadas.
- 3) El paciente realiza los ejercicios ordenados anteriormente para exponerse a las sensaciones temidas.
- 4) Ayudar al paciente para que identifique algunas actividades cotidianas en su medio natural susceptibles de provocar las sensaciones temidas y que es posible que éste haya estado o esté evitando realizar.
- 5) Colaborar con el paciente para establecer una jerarquía con las actividades cotidianas identificadas anteriormente, ordenándolas de menor a mayor miedo a las sensaciones corporales experimentadas.
- 6) El paciente lleva a cabo las actividades cotidianas que han sido ordenadas con anterioridad para exponerse así a las sensaciones temidas en su medio natural.

Con el fin de provocar las sensaciones temidas por el paciente, le proponemos la realización de los 9 ejercicios siguientes (Barlow y Craske, 1999a):



**Sacudir la cabeza:** el paciente sacude suavemente la cabeza de lado a lado durante 30 segundos para que se produzca sensación de mareo o desorientación.

**Levantar la cabeza:** el paciente pone la cabeza entre sus piernas durante 30 segundos y la levanta rápidamente para producir sensación de desmayo o confusión.

**Contener la respiración:** el paciente aguanta la respiración tanto como puede (por lo menos 30-40 segundos) hasta que note opresión en el pecho o tenga la sensación de estar asfixiándose.

**Tensar el cuerpo:** el paciente tensa todo su cuerpo durante un minuto (brazos, piernas, barriga, espalda, hombros, cara...), sin llegar a hacerse daño, hasta que note tensión muscular, debilidad o temblores en ciertas partes de su cuerpo.

**Girar como una peonza:** el paciente da vueltas como una peonza durante un minuto hasta notar sensación de mareo. Para ello, se puede utilizar una silla giratoria de despacho (y el terapeuta u otra persona hace girar la silla) o el paciente puede quedarse de pie y ponerse a girar sobre sí mismo durante un minuto (teniendo cerca una silla o un sofá para sentarte después o por si se cae). Con este ejercicio se pretende provocar sensación de náusea o mareo, no hacer que el paciente vomite en la consulta. Si dice vomitar con facilidad al montar en atracciones de feria o en vehículos, le pedimos que haga el ejercicio con suavidad o pasamos directamente al siguiente ejercicio. Antes de realizar el ejercicio es conveniente retirar todos los objetos o muebles que puedan ser potencialmente peligrosos para el paciente, en caso de caída. Si el paciente llega a vomitar, tampoco pasa nada, se limpia y ya está.

**Hiperventilar forzosamente:** Estando de pie o sentado, el paciente comienza a hiperventilar durante un minuto. Para ello, le pedimos que inhale y exhale con fuerza y tan rápido como pueda, hasta notar sensación de irrealidad, falta de aliento, cosquilleo u hormigueo, escalofríos, mareo o dolor ligero de cabeza.

**Respirar con una pajilla.** Durante un minuto el paciente respira únicamente a través de una pajilla, tapándose la nariz con la mano, hasta que note sensación de ahogo o asfixia.

**Respirar lentamente.** El paciente respira tan lento como puede durante un minuto, hasta notar sensación de ahogo o asfixia.

**Mantener fijamente la mirada.** Le pedimos al paciente que abra bien los ojos y se quede mirando fijamente (y con tanta intensidad como pueda) un punto de la pared o el reflejo de su cara en un espejo durante dos minutos, hasta que note sensación de irrealidad.

Con la realización de estos ejercicios pretendemos saber cuáles son las sensaciones temidas por el paciente, con qué intensidad las experimenta durante los ejercicios, cuánto miedo le provocan y si las sensaciones provocadas se parecen a las que el paciente ha experimentado en sus crisis de ansiedad previas. Por tanto, después de realizar cada uno de los ejercicios anteriores, le pedimos al paciente que identifique y valore las sensaciones corporales provocadas en función de su intensidad, del miedo sentido y de la similitud con las crisis de ansiedad reales que ha tenido previamente. Para ello, podemos utilizar un registro como el presentado en la Tabla 6.1 o las nueve tablas que aparecen en el capítulo 5 de la *Guía para Pacientes*, una tabla para cada uno de los ejercicios propuestos. Como escala de medida o valoración, se puede utilizar una de 5 valores, siendo el 1 = nada, 2 = un poco, 3 = medio, 4 = bastante, 5 = mucho.

**Tabla 6.1. Explorando la exposición interoceptiva**

<b>Registro de Sensaciones Corporales</b>				
<b>Ejercicio</b>	<b>Sensaciones producidas</b>	<b>Intensidad</b>	<b>Miedo</b>	<b>Parecido</b>
Sacudir la cabeza				
Levantar la cabeza				
Contener la respiración				
Tensar el cuerpo				
Girar como una peonza				
Hiperventilar				
Respirar con una pajilla				
Respirar lento				
Fijar la mirada				
Otro:				

Teniendo en cuenta el miedo experimentado por el paciente en los ejercicios propuestos, y con la ayuda del paciente, vamos a construir una jerarquía de exposición. En primer lugar, descartamos los ejercicios que no provocan miedo o provocan muy poco miedo (valorados con 1 ó 2) y vamos a seleccionar aquellos ejercicios que provocan un malestar de moderado a alto (valorados con 3, 4 y 5). A continuación, ayudamos al paciente a que ordene los ejercicios de menor a mayor miedo experimentado por las sensaciones provocadas, con el fin de que la aproximación y exposición al estímulo fóbico sea gradual y progresivamente tolerada por el paciente. Primero colocaremos todos los ejercicios valorados con un miedo intermedio (3), después seguiremos con los de miedo más intenso (4) y terminaremos colocando los más temidos (5).

Tras ordenar los ejercicios siguiendo un listado o jerarquía de aproximación, animamos al paciente a que los practique en la consulta, y posteriormente en casa, con el fin de que se exponga a las sensaciones que estos ejercicios provocan. Comenzará con el primer ejercicio de la jerarquía (el primero valorado con 3), llevándolo a cabo con la máxima intensidad posible, concentrando su atención en las sensaciones que experimenta, sin hacer uso de la distracción o de cualquier otra estrategia para evitar notar las sensaciones, y anotando el número de veces que ha repetido el ejercicio y el miedo que ha experimentado en cada ocasión. El paciente debe tener claro que ha de repetir cada ejercicio tantas veces como sea necesario, hasta que deje de sentir miedo al notar las sensaciones corporales. Para facilitar la práctica, podemos entregar un registro como el presentado en la Tabla 6.2. Recordamos que el propósito de estos ejercicios es inducir repetidamente las sensaciones temidas por el paciente para debilitar la respuesta de miedo al estímulo fóbico (las sensaciones corporales) mediante la habituación de la respuesta fisiológica de la ansiedad y el aprendizaje de que no se cumplen las expectativas de daño temidas.



Una vez que el paciente se ha expuesto gradualmente a las sensaciones temidas llevando a cabo los ejercicios ordenados en la jerarquía de aproximación (contexto artificial), damos un paso más, para intentar generalizar la exposición interoceptiva al ambiente natural y a la vida cotidiana del paciente (contexto natural). Esto lo vamos a conseguir proponiendo al paciente que lleve a cabo una serie de actividades cotidianas que pueden favorecer la aparición de las sensaciones corporales temidas. Estas actividades pueden ser:

**Hacer ejercicio físico:** subir escaleras, correr, bailar, hacer aeróbic, montar en bicicleta, practicar algún deporte, llevar peso...

**Excitarse emocionalmente:** ver películas de miedo o suspense, hablar en público o conversar sobre temas que causan vergüenza o temor, asistir o ver por TV acontecimientos deportivos, conversar con alguien conflictivo y enfadarse (si tiene motivos)...

**Excitarse sexualmente:** practicar sexo o consumir pornografía, si el paciente lo considera aceptable según su escala de valores.

**Permanecer en ambientes calurosos/fríos, mal ventilados o con vapor:** ducharse con agua muy caliente cerrando las ventanas y las puertas, ir a una sauna, poner la calefacción al máximo, caminar con poca ropa en lugares fríos o con mucha ropa en lugares cálidos...

**Tomar bebidas o comidas excitantes y/o muy pesadas:** café, té, chocolate, cola, comidas grasas y abundantes, comida picante o con muchas especias... Obviamente no estamos proponiendo aquí un cambio en la dieta habitual.

**Actividades que marean:** mirar las nubes, leer mientras otro conduce el coche, levantarse rápidamente cuando se esté sentado, asomarse al balcón en un edificio alto...

**Otras actividades:** Para aquellos pacientes que suelen tener crisis de ansiedad nocturnas se puede recomendar actividades como relajarse profundamente, acostarse tarde varias noches seguidas,

levantarse rápidamente tras oír muy fuerte la alarma del despertador; o dormir en condiciones calurosas y mal ventiladas (ventanas cerradas, calefacción o mucha ropa).

Todas estas actividades son cotidianas, pueden realizarse en el ambiente natural del paciente y provocan sensaciones corporales en todas las personas (hiperactivación simpática o parasimpática, temblor o sudoración, mareo, sensación de falta de aire...). Además, algunas de estas actividades provocan sensaciones difíciles de controlar voluntariamente (ej. hiperactivación simpática al tomar café) lo que supone un paso más a la hora de enfrentarse a las sensaciones corporales temidas, ya que antes el paciente podía controlar más fácilmente las sensaciones provocadas por los ejercicios.

A la hora de llevar a cabo estas actividades cotidianas, vamos a seguir los mismos pasos que al realizar los ejercicios de exposición en la consulta. En primer lugar hay que identificar las actividades que pueden ser susceptibles de generar las sensaciones temidas. Teniendo en cuenta los ejercicios anteriores, podemos sospechar qué tipo de actividades generarán mayor malestar en el paciente, ya que las sensaciones temidas serán las mismas. Sirve cualquier actividad siempre que no sea peligrosa, provoque sensaciones corporales parecidas a las que se experimentan durante las crisis de ansiedad, las sensaciones provocadas tengan una intensidad más bien alta y provoquen temor en el paciente. Así, podemos proponerle al paciente que seleccione algunas de las actividades que aparecen en la página 137 del capítulo 6 de la *Guía para Pacientes*, podemos enumerar algunas de las actividades comentadas anteriormente y que creemos que provocarán mayor temor, o podemos pedir sugerencias al paciente. Como registro podemos proporcionar el presentado en la Tabla 6.3.

**Tabla 6.3. Explorando la exposición interoceptiva en situaciones naturales**

<b>Registro de Exposición a Actividades</b>			
<b>Actividad:</b>			
Descripción:			
Sensaciones producidas	Intensidad de a sensación	Miedo que provoca	Semejanza
Taquicardia/palpitaciones			
Mareo			
Dificultad para respirar			
Escalofrío			
Sofoco			
Gran tensión o temblor			
Otras:			
Otras:			
Puntuaciones máximas			



Una vez identificadas las actividades a realizar, se van a llevar a cabo, anotando después en un registro la actividad que se ha realizado y valorando de 1 a 5 la intensidad de las sensaciones, el miedo que provocan y el parecido que estas sensaciones tienen con las crisis de ansiedad reales. A continuación, se ordenan de menor a mayor miedo, estableciendo un listado o jerarquía de aproximación, que es el orden en el que el paciente las va a ir llevando a cabo. Al igual que con los ejercicios ya realizados, comenzamos con aquellas actividades que provocan un miedo intermedio (valoradas con 3 en una escala de 1 a 5) y vamos progresando hasta alcanzar las que mayor temor provocan. Hay que repetir cada actividad con intensidad, para que provoque las sensaciones temidas desde el principio, y tantas veces como sea posible, hasta que el paciente deje de temer las sensaciones corporales. Podemos hacer uso de un registro como el presentado en la Tabla 6.4 para anotar la actividad que se lleva a cabo, el número de veces que se repite esa actividad y el temor que causa en cada ocasión. Cuando la actividad deje de provocar temor (valorado con 1), pasamos a la siguiente actividad (valorada con 3 o más). Recordamos que no se pretende que el paciente deje de tener las sensaciones corporales al realizar las actividades (algo imposible), sino habituar al paciente a las mismas para que no las tema y compruebe que no sucede nada terrible ni desastroso.



Si la exposición interoceptiva se lleva a cabo de manera efectiva mediante los ejercicios provocadores de sensaciones, y después se generaliza mediante las actividades cotidianas inductoras de sensaciones, conseguiremos que el paciente deje de estar pendiente de dichas sensaciones corporales y disminuirémos el temor a las mismas. A su vez, esto permitirá que las sensaciones dejen de ser consideradas como una señal o indicio inminente de que algo catastrófico o desastroso vaya a ocurrir, rompiendo así el círculo vicioso del pánico (sensaciones corporales=> miedo=> pensamiento catastrófico=> más sensaciones corporales=> pánico=> confirmación de que algo terrible sucede=> vigilante a las sensaciones por si vuelven a aparecer).

### **Principales ideas a transmitir al paciente**

- 1) *Exponerse a las sensaciones corporales temidas es la vía para comprender que son inofensivas, por desagradables que puedan ser.* Cuando el paciente comienza a experimentar alguna sensación corporal temida, automáticamente intenta evitarla o neutralizarla. Esta evitación puede ser sutil, como cuando el paciente trata de distraerse para no pensar en las sensaciones corporales, o puede ser más evidente, como cuando evita actividades que pueden facilitar o provocar las sensaciones temidas (reacciones emocionales por discusiones, hacer ejercicio, relaciones sexuales...). En cualquier caso, la evitación de las sensaciones corporales no permite una experiencia correctora en la que el paciente reaprenda que estas sensaciones son inofensivas. Esto contribuye a que el paciente esté pendiente de sus sensaciones y se haga más sensible a las mismas, incrementándose cada vez más su miedo. Es básico para el tratamiento que el paciente afronte repetidamente su miedo irracional a estas sensaciones hasta que deje de temerlas, y una forma eficaz de hacerlo es provocándose él mismo y delibera-

damente las sensaciones que teme. Para ello, puede utilizar los 9 ejercicios propuestos anteriormente (sacudir la cabeza, levantar la cabeza, contener la respiración, tensar el cuerpo, girar como una peonza, hiperventilar forzosamente, respirar con una pajilla, respirar lentamente y mantener fijamente la mirada).

- 2) *Reducir la evitación y aumentar la aproximación (exposición), cuanto más, mejor.* A medida que el paciente se expone repetidamente a las sensaciones corporales provocadas por los ejercicios, obtiene pruebas convincentes y objetivas de que estas sensaciones son inofensivas y aumenta su confianza a la hora de verse capaz de tolerarlas en caso de su aparición repentina. De esta manera, el paciente aprende a experimentar las sensaciones sin tenerles miedo, lo que hace que éstas dejen de destacar y ser significativas para el paciente como un peligro potencial. Hasta ahora el paciente seguía una actitud y comportamiento de evitación para afrontar las sensaciones temidas, intentando impedir su aparición o neutralizándolas rápidamente, lo que las asociaba aún más al miedo. A partir de ahora le ayudamos a reformular esta actitud de evitación hacia un comportamiento de aproximación: él es quien voluntariamente provoca las sensaciones. Como consecuencia de todo esto, el paciente dejará progresivamente de estar pendiente y de vigilar continuamente la presencia o aparición repentina de cualquier sensación corporal, reduciendo así su grado de ansiedad general y la frecuencia de las crisis de ansiedad.
- 3) *Demostramos al paciente que nos solidarizamos en su miedo y comenzamos la exposición en consulta, estando a su lado.* Los 9 ejercicios propuestos están diseñados para provocar desde el principio aquellas sensaciones que pueden resultar más llamativas y que pueden causar más temor al paciente. Por tanto, le pedimos que realice los ejercicios de forma que las sensaciones se provoquen con la mayor intensidad posible y de manera completa desde el primer momento que realiza el ejercicio. Si

comprobamos que el paciente no siente temor, es porque puede estar utilizando alguna estrategia de evitación que impida la exposición a las sensaciones temidas. Con el fin de controlar esto, le pedimos al paciente que concentre toda su atención en las sensaciones que experimenta mientras realiza los ejercicios. Hay que dejarle bien claro que no se distraiga de las sensaciones pensando o haciendo otras cosas.

- 4) *Advertimos del riesgo de ineficacia de la exposición si se evitan las sensaciones corporales temidas.* Como el paciente ha de estar concentrado en las sensaciones y exponerse a ellas durante un tiempo determinado, únicamente le autorizamos el uso de las habilidades de afrontamiento aprendidas en las sesiones anteriores (relajación muscular, control de la respiración y control de los pensamientos) cuando haya terminado el ejercicio. De lo contrario, estaría utilizando las habilidades como herramientas para evitar la exposición a las sensaciones y no se estaría exponiendo realmente a ellas. También hay que señalarle que, aunque al principio sólo sea capaz de aguantar un corto periodo de tiempo, debe tolerar progresivamente las sensaciones durante periodos de tiempo cada vez mayores antes de terminar el ejercicio, ya que si lo acaba en cuanto la sensación se haga desagradable, lo único que conseguirá es reforzar su miedo a las sensaciones, quedándose con la idea errónea de que no fue peligrosa porque no continuó con el ejercicio.
- 5) *La mejoría debe lograrse también fuera de la consulta, en la vida real.* Al igual que podemos provocar las sensaciones corporales temidas mediante los ejercicios propuestos, hay multitud de actividades en la vida cotidiana del paciente que pueden provocar también sensaciones similares de forma natural y en cualquier persona. Algunas de estas actividades podrían ser hacer ejercicio físico, excitarse sexualmente, tomar café, ver películas de miedo, enfadarse, exponerse a ambientes calurosos o mal ventilados... Hay que conseguir que el paciente tome

conciencia de que es posible que esté evitando este tipo de actividades en su vida cotidiana o que las esté aguando con temor cuando no tiene más remedio que llevarlas a cabo. En cualquier caso, en la medida que le ayudemos a reconocer este tipo de comportamientos de evitación, el paciente podrá comprender de forma más objetiva que lo que teme son las sensaciones que provocan las actividades, no las actividades en sí, lo que a su vez disminuirá su estado de ansiedad general.

- 6) *La vida real no es controlable al 100%, pero así es la vida, afortunadamente.* Las sensaciones provocadas por los ejercicios pueden detenerse o corregirse fácilmente en cuanto el paciente deja de realizarlos. En cambio, las sensaciones provocadas por algunas de las actividades propuestas (ej. tomar café) pueden no ser controladas a voluntad. Por tanto, hay que transmitir claramente al paciente que, aunque las actividades propuestas pueden dar lugar a sensaciones que no son fácilmente controladas o detenidas a voluntad (ej. el efecto activador de la cafeína), las sensaciones provocadas son igualmente inofensivas, por lo que no deben ser vistas como más peligrosas por el hecho de no estar sometidas al control voluntario. Esto es precisamente lo que sucede durante una crisis de ansiedad.
- 7) *Plantarle cara al miedo es un hábito a desarrollar.* Al igual que en los ejercicios anteriores, ayudamos al paciente a que reformule la manera en que se enfrenta a estas actividades: ahora va a ser él voluntariamente quien va a aproximarse a ellas, llevándolas a cabo cada vez que pueda y de forma sistemática, graduada y repetida.
- 8) *En la práctica llevada a cabo en la vida real puede utilizar las habilidades de afrontamiento aprendidas, pero no con la finalidad de evitar lo temido.* Aunque durante los ejercicios anteriores el paciente no podía hacer uso de las habilidades de afrontamiento aprendidas, en este caso sí se permite su aplicación

durante las actividades naturales, ya que las sensaciones provocadas pueden llegar a ser de gran intensidad y difíciles de detener directamente. Por tanto, se le indica al paciente que puede hacer uso de las habilidades de afrontamiento siempre que permanezca concentrado en las sensaciones y se deje llevar por ellas previamente, experimentándolas de forma completa. También se especifica que no debe utilizar las habilidades de afrontamiento con el fin de evitar el comienzo de las sensaciones temidas si esto es por temor a que conlleven consecuencias negativas.

- 9) *La evitación puede ser sutil y pasar inadvertida.* Para evitar las sensaciones temidas, algunos pacientes pueden utilizar conductas de evitación muy variadas, y, algunas de ellas tan sutiles, que escapan a la conciencia del paciente. Es posible que éste evite exponerse a situaciones estresantes o a relaciones interpersonales conflictivas por temor a experimentar sensaciones parecidas a las crisis de ansiedad. También es posible que el paciente encuentre dificultad al caminar por espacios abiertos (y no en lugares cerrados o si va acompañado de alguien) porque anticipa que puede experimentar sensaciones intensas. Para que la exposición interoceptiva sea efectiva es esencial que el paciente combine la exposición a las sensaciones temidas, mediante los ejercicios o las actividades propuestos, eliminando previamente cualquier conducta o señal de seguridad existente: la compañía de alguna persona o mascota, llevar ansiolíticos a mano o cualquier sustancia “antipánico”, o portar algún amuleto, objeto o símbolo “protector” por si sufre la crisis (ej. teléfono móvil, una estampa religiosa, bastón, etc.).
- 10) *La práctica de la vida real será limitada por ahora.* Las actividades provocadoras de sensaciones corporales de forma natural propuestas en este componente del tratamiento difieren de las situaciones típicamente agorafóbicas que serán descritas en el próximo capítulo. Por situaciones agorafóbicas entendemos

aquellas situaciones en las que el paciente espera tener una crisis de ansiedad porque previamente ha tenido una crisis en situaciones similares y ha asociado ese escenario a la posibilidad de experimentar una crisis. Por ejemplo, puede temer ir a un determinado centro comercial porque hace unos meses tuvo una crisis de ansiedad en un centro comercial parecido. En cambio, las actividades naturales comentadas anteriormente provocan las sensaciones temidas de forma directa, con independencia de que se haya experimentado una crisis de ansiedad previamente al realizar dicha actividad. Por ejemplo, tomar café o hacer ejercicio físico provoca hiperactivación fisiológica en todo el mundo, hayan o no tenido crisis de ansiedad alguna vez en su vida.

- 11) *La mejoría siempre es gradual.* Hay que prevenir al paciente ante la posibilidad de que vuelva a experimentar una crisis de ansiedad o mantenga cierta ansiedad generalizada a pesar de llevar varias sesiones de tratamiento. Para algunas personas, bien sea por predisposición biológica y/o psicológica, reaccionar con crisis de ansiedad o ansiedad anticipatoria ante determinadas situaciones se ha convertido en un hábito. Cambiar los hábitos es difícil y siempre es necesario un periodo de transición donde la posibilidad de que aparezcan los viejos hábitos es frecuente hasta que las nuevas habilidades aprendidas se conviertan en nuevos hábitos que sustituyan a los antiguos. Por tanto, hay que resaltar al paciente que es normal la reaparición de crisis de ansiedad o ansiedad anticipatoria, especialmente en situaciones estresantes o desconocidas, y, si eso sucediese, no quiere decir que el tratamiento no esté siendo efectivo o que las habilidades aprendidas no sean útiles para controlar sus síntomas. Además hay que señalar al paciente que, incluso si no fuera capaz de controlar sus síntomas, no existe ningún peligro, pues dichos síntomas son inofensivos y no darán lugar a las consecuencias desastrosas que teme (infarto, muerte, locura...).



## Cuestiones a tener en cuenta

- 1) *El paciente ya sabe reducir las sensaciones corporales mediante técnicas de afrontamiento aprendidas, sin embargo, NO debe emplear estas estrategias cuando realice la exposición interoceptiva.* En este momento de la intervención, se supone que el paciente tiene la suficiente habilidad para hacer uso de la relajación muscular, el control de la respiración y el control de los pensamientos catastróficos como estrategias de afrontamiento contra las crisis de ansiedad. No obstante, el uso de estas estrategias está contraindicado durante la realización de los ejercicios provocadores de sensaciones si el paciente las utiliza para impedir la aparición de las sensaciones temidas o para no prestarles atención. Por tanto, el terapeuta debe asegurarse de que el paciente sólo las utiliza una vez que el ejercicio ha acabado y el paciente se ha expuesto a las sensaciones temidas. De lo contrario, la exposición interoceptiva no será efectiva, pues el paciente puede seguir creyendo que no ha tenido una crisis de ansiedad porque la evitó empleando las estrategias de afrontamiento.
- 2) *Antes de prescribir la autoexposición conviene modelar y supervisar al paciente.* Para exponerse a las sensaciones temidas, primero con los ejercicios y luego con las actividades, el paciente tiene que seguir tres pasos. En primer lugar, mediante modelado participativo, el terapeuta ayuda al paciente a establecer una jerarquía de aproximación a las sensaciones temidas y le enseña la tarea a seguir. Después, el terapeuta guía al paciente para que se exponga en la consulta a las sensaciones temidas de forma repetida, aportando feedback correctivo. Tercero, el terapeuta manda al paciente la autoexposición como tarea para casa.
- 3) *Debemos remarcar al paciente la importancia de centrar su atención en las sensaciones corporales que se producen, sin distraerse*

*con otros pensamientos.* Se le aconseja que adopte la posición de un observador externo, como si intentara dar cuenta de lo que está ocurriendo desde fuera, describiendo y concentrándose en lo que está experimentando. También hay que impedir cualquier forma de evitación, por muy sutil que ésta sea (ej. realizar los ejercicios con poca intensidad), para que la exposición sea lo más efectiva posible, y hay que eliminar cualquier conducta o señal de seguridad que utilice el paciente (llevar medicación a mano, moverse por sitios próximos a hospitales, caminar cerca de la pared para apoyarse si se cae...).

- 4) *Si bien hay pruebas abundantes de que no aporta eficacia a la exposición la graduación de la misma, es preferible una exposición gradual al ser más considerada con la incapacidad percibida por el paciente.* La exposición debe ser gradual y progresiva, de forma que el paciente vaya ascendiendo en su jerarquía de ejercicios o de actividades en función del miedo que experimenta. Comenzamos siempre por los que menor miedo provocan y subimos progresivamente hasta alcanzar el de mayor temor. También hay que tener en cuenta que la duración de la exposición a las sensaciones puede ir prolongándose de forma gradual conforme el paciente las vaya tolerando.
- 5) *La graduación de las jerarquías de exposición debe basarse en el miedo que provoca el ejercicio o la situación, no la intensidad de las sensaciones físicas que genera.* A la hora de exponerse, debemos distinguir la intensidad del miedo y la intensidad de las sensaciones que provoca el ejercicio o la actividad que esté realizando el paciente. Al repetir cada ejercicio o actividad, la intensidad de la sensación debe ser igual o mayor que la anterior. De hecho, es raro que con la repetición las sensaciones temidas disminuyan o desaparezcan. Lo que sí se irá reduciendo es el temor que siente el paciente al experimentarlas, y, además, irá aumentando su capacidad para tolerarlas.

- 6) *Mediante la exposición repetida pretendemos modificar la percepción de seguridad y la capacidad de predicción y de control del paciente.* Al practicar los ejercicios de forma continua, el paciente puede observar que las sensaciones que experimenta no le causan ningún daño, lo que mejora su percepción de seguridad. En la medida que el paciente aprecia cómo estos ejercicios inofensivos provocan sensaciones similares a las de las crisis de ansiedad, se da cuenta del papel crítico que tiene la percepción de estas sensaciones en las crisis de ansiedad, lo que permite ver las crisis como más predecibles. Para terminar, gracias a la exposición repetida a las sensaciones temidas mediante los ejercicios o las actividades, se produce una reducción del miedo y de la evitación del paciente, con lo que su capacidad de control aumenta (Craske y cols., 2000).
- 7) *Dividir la exposición interoceptiva en dos partes (ejercicios y actividades en el ambiente natural) es para facilitar y mejorar la generalización de los resultados.* Así, una vez que el paciente se haya expuesto a las sensaciones temidas haciendo uso de los 9 ejercicios propuestos (situación más artificial y más controlable), continúa exponiéndose a las sensaciones temidas, pero en actividades naturales (situación más natural y menos controlable).

## **Ejemplos de conversaciones sobre temas típicos o difíciles de tratar**

### ***Caso: Los ejercicios no provocan miedo***

Paciente: Ninguno de los ejercicios me da miedo. ¿Qué hago entonces?

Terapeuta: Esa falta de miedo puede deberse a varias razones. Una de ellas puede ser que no tengas miedo porque sabes que las sensaciones están provocadas por los ejercicios y eres tú quien las provoca. Lo que quiere decir que cuando las experimentas de forma espontánea, las ves como más dañinas que cuando las provocas tú mismo aquí, aunque la sensación en sí pueda ser la misma. Fíjate un momento en lo que es la sensación en sí, no en el miedo que

sientes. Si dejamos el miedo a un lado, ¿las sensaciones de los ejercicios son parecidas a las sensaciones que has tenido en tus crisis de ansiedad?

P: Más o menos... aunque quizás algo menos intensas.

T: En ese caso es posible que necesites practicar los ejercicios con un poco más de intensidad. Aunque también podría ser, y esta sería una segunda razón posible, que no tengas miedo porque yo estoy aquí contigo. Bien sea porque creas que yo nunca te mandaré a hacer algo peligroso o porque mi presencia te dé seguridad, la cuestión es que mi presencia puede ser la responsable de tu falta de miedo. Si este es el caso, podría ser una buena idea que practicases solo en casa, o que yo saliera un momento del despacho, para que aprendas que las sensaciones son igual de inofensivas, haya alguien contigo o no.

P: Quizás sea eso... no sé... De todas formas, creo que no me darían miedo, bueno, no mucho.

T: Vamos a hacer lo siguiente. En primer lugar, voy a salir del despacho un momento y vas a practicar el ejercicio tú solo. Si sientes miedo, es una buena señal. Si no, intenta hacer el ejercicio con un poco más de intensidad. Si empiezas entonces a sentir miedo, perfecto. Si no, llámame y entro de nuevo. En ese caso buscaremos algún ejercicio distinto entre los dos. A veces hay que ser creativo a la hora de diseñar ejercicios. Por ejemplo, ¿cuál es la sensación que más miedo te da cuando tienes una crisis de ansiedad?

P: ¡Puff! ¡La de atragantarme! Es como si tuviera un nudo o un globo ahí en la garganta que no me deja respirar bien... Lo paso fatal.

T: En ese caso, y si lo que te he propuesto antes no funciona, podemos probar con un ejercicio distinto como ponerte la bufanda apretada al cuello, abrocharte el botón del cuello de la camisa o algo que se nos ocurra para provocar una sensación parecida a la que tú experimentas en las crisis. ¿Qué te parece?

P: Muy bien, vamos a probar.

**Caso: Provocar miedo, no vómito**

Paciente: Por muchas veces que repita el ejercicio, cada vez que doy vueltas con la silla me mareo mucho y me dan ganas de vomitar. ¿Es necesario seguir dando vueltas?

Terapeuta: ¿Tienes miedo cuando te notas mareada o tienes ganas de vomitar?

P: Antes sí, pero ya no. Al principio hubo unas cuantas veces que sentí bastante miedo, pero ahora no, ahora es más bien una sensación desagradable lo que siento.

T: Si ya no tienes miedo de esas sensaciones, no es necesario que sigas haciendo el ejercicio. Lo que pretendemos es que controles el miedo y la evitación a las sensaciones, no que dejes de tenerlas, ya que eso es imposible, puesto que son reacciones fisiológicas normales cuando hacemos estos ejercicios.

**Caso: Atrapando la sensación de mareo**

P: Si le he entendido bien, tengo que concentrarme en lo mal que me siento cuando noto el mareo para así no distraerme durante el ejercicio, ¿no?

T: Es cierto que tiene que evitar distraerse mientras realiza el ejercicio. Toda su atención debe estar concentrada en la sensación que experimenta, en este caso la sensación de mareo. Pero fíjese bien en un detalle. Tiene que concentrarse en la sensación en sí, en lo que experimenta, no en “lo mal que se siente”.

P: ¿O sea que no tengo que sentirme mal cuando lo haga?

T: Usted intente ser un observador de sus propias sensaciones. Céntrese en la sensación que experimenta y dese permiso para sentirla de forma completa. Hoy es usted quien va a por la sensación, no la sensación quien viene a por usted. Al principio puede ser que sienta malestar, pero conforme vaya repitiendo los ejercicios verá cómo ese malestar va disminuyendo.

***Caso: Provocando la sensación de ahogo***

P: Cada vez que respiro a través de la pajilla noto que me ahogo y tengo que parar. No consigo que me salga.

T: ¿Quieres decir que no consigues aguantar respirando así porque crees que te vas a ahogar?

P: Sí, noto una sensación horrible, me asfixio, no aguanto esa sensación.

T: Es cierto que es desagradable, pero los dos sabemos que no te vas a ahogar porque esa sensación es inofensiva. Vamos a intentar seguir practicando pero esta vez vamos a hacerlo de forma más gradual. Comienza respirando con la pajilla y aguanta hasta donde puedas. Después, repite el ejercicio, pero esta vez aguanta 5 segundos más, y así sucesivamente hasta llegar a un minuto. Ya verás como lo consigues.

***Caso: Compras imaginarias***

P: Estos ejercicios no me dan mucho miedo, la verdad. Yo es que sólo tengo miedo de esas sensaciones cuando estoy en determinadas situaciones, por ejemplo en el autobús o en los centros comerciales, sobre todo cuando hay mucha gente.

T: Pues en ese caso, intenta imaginar que estás en esa situación cuando realizas el ejercicio. ¿Qué sensación es la que más temes?

P: Asfixiarme. Es como si tuviera algo en el pecho y me costara respirar. Además, parece como si se fuera a gastar el aire en ese lugar, como si la gente fuera a respirar todo el aire y yo necesitara apartarlos para que me dejen a mí. Necesito tomar aire pero no puedo, me asfixio y tengo que salir corriendo.

T: ¿Dónde fue la última vez que tuviste una crisis?

P: En el supermercado. Sólo veía gente y carritos de la compra. Y empecé a notar que me asfixiaba hasta que tuve que salir corriendo de allí y me fui a casa sin comprar nada.

T: ¡Vale! Vamos a imaginarnos que estás allí en el supermercado mientras practicamos el ejercicio de contener la respiración. ¿Estás de acuerdo?

P: Bueno, vamos a ver.

T: Empieza a aguantar la respiración tanto como puedas, recuerda aguantar al menos 30 segundos antes de volver a tomar aire, cierra los ojos, e imagínate que estás en el supermercado... oyes la música y el alboroto del supermercado, notas como la gente va con sus carritos a tu alrededor... los notas muy próximos a ti...

### ***Caso: La “magia curativa” de ir acompañado***

P: He probado los ejercicios y las sensaciones que provocan son parecidas a las que temo, pero no tengo miedo porque sé que usted nunca mandaría un ejercicio que hiciese daño o fuera peligroso. En cambio, sigo teniendo miedo cuando estoy fuera y las noto de repente.

T: Si las sensaciones son parecidas y usted nota casi lo mismo ¿cuál es la diferencia entre provocarlas aquí o sentirlas fuera de aquí de forma espontánea?

P: Pues que aquí las provooco yo y además está usted.

T: ¿Qué pruebas tiene de que las sensaciones que experimenta espontáneamente fuera de aquí y sin estar yo son más dañinas?

P: Pues que aparecen de repente y no sé de dónde salen.

T: Recuerde que las crisis de ansiedad tienen siempre un detonante que las dispara aunque uno no se dé cuenta de él y crea que son espontáneas. ¿Qué suele pasar justo antes de que usted experimente una crisis de ansiedad?

P: Bueno, supongo que como estoy tan pendiente de mi cuerpo, en cuanto noto cualquier cosa extraña me altero y empiezo a temer que me dé de nuevo. Me da pánico pensar que me dé de nuevo una crisis.

- T: Entonces, si usted sabe que esas sensaciones son el resultado de estar vigilando su propio cuerpo y que si no lo vigilara probablemente no se daría cuenta de ellas, ¿a qué conclusión llegamos?
- P: Pues que no son tan peligrosas. Supongo que les doy más importancia de la que tienen en realidad.
- T: No son peligrosas ni dañinas porque fíjese que usted ha tenido varias crisis y nunca le ha pasado nada malo. Las sensaciones de los ejercicios son las mismas que las que usted siente de forma natural. La razón de que las vea más peligrosas fuera de aquí es que el detonante no es tan evidente cuando aparecen de forma natural. Aquí las provoca el ejercicio, fuera las provoca su vigilancia sobre el cuerpo.

### ***Caso: Cuántas actividades realizar***

- P: Todas estas actividades me ponen nervioso. ¿Tengo que hacerlas todas?
- T: Antes de plantearte si debes o no hacerlas todas, vamos a comenzar haciendo un listado de situaciones. Después lo ordenaremos de menor a mayor temor, para que puedas empezar con las más sencillas e ir progresando poco a poco, hasta llegar a las de mayor dificultad.
- P: Pero de todas maneras, va a ser interminable.
- T: Entiendo que te parezca una tarea larga, pero ya verás como conforme vas realizando las actividades, te irás habituando a las sensaciones corporales y puede llegar un momento en que dejes de tenerles miedo, con independencia de qué actividad estés realizando.

### ***Caso: De repente una crisis de ansiedad, cuando todo iba bien***

- P: Pensaba que lo estaba haciendo tan bien y de repente tuve una crisis de ansiedad. Ahora siento como si hubiese dado marcha atrás y tuviera que empezar de nuevo.



- T: Entiendo tu disgusto por haber tenido una crisis de ansiedad, pero que la hayas tenido ahora no implica que no lo estés haciendo bien o que hayas dado marcha atrás. No obstante, me gustaría que analizáramos juntos qué pasó en esta ocasión para que tuvieses la crisis. ¿Qué hacías y qué temías que sucediese?
- P: Pues estaba haciendo las tareas para casa y como actividad tenía que correr. Me dispuse a hacerlo y empecé a notar que mi corazón estaba más acelerado de lo normal y me asusté. Intenté analizar las pruebas a favor y en contra pero no funcionó. Creía que esta vez sí que me daba un ataque (al corazón) de verdad.
- T: ¿Qué tenía esta situación de especial para que esta vez sí que te diera un ataque al corazón de verdad? Te recuerdo que hace dos semanas practicamos un ejercicio similar en consulta y conseguiste reducir tu ansiedad.
- P: Latía demasiado rápido, más de lo normal, y pensaba que iba a explotar.
- T: ¿Cuánto tiempo hace que no corrías o practicabas ejercicio físico tú solo?
- P: Hace bastante. Ya sabes que intento llevar una vida relajada y no estresarme.
- T: Haciendo un resumen de la situación, parece ser que después de estar bastante tiempo sin realizar ejercicio por temor a que tu corazón se acelere y eso te pueda provocar un infarto, comienzas a realizar un ejercicio en el que tienes que correr por el parque tú solo, tu corazón se acelera más de lo que estás acostumbrado y eso te asusta. ¿Crees que habría una explicación alternativa para esa aceleración tan inusual?
- P: Pues eso, la falta de costumbre y el estar yo solo en el parque. Pero en ese momento no me lo planteo. Sólo pensaba en que latía demasiado rápido.
- T: El otro día practicaste el ejercicio conmigo y, aunque te pusiste ansioso al principio, esa ansiedad se redujo a pesar de seguir

latiendo rápido tu corazón. Sin embargo, has estado tanto tiempo evitando que tu corazón se acelerase, que cuando ahora se acelera mucho lo vives como algo fuera de lo común, y más si no hay nadie a tu lado que te pueda aportar seguridad como el otro día. Pero todo esto indica que vamos bien, sólo que necesitas practicar más los ejercicios para desafiar esas predicciones catastróficas, comprobar que no se cumplen y perder así el miedo a los latidos de tu corazón. ¿Qué te parece si seguimos practicando los ejercicios?

P: De acuerdo.

### **Dificultades que pueden surgir**

- 1) *El terapeuta alivia con su presencia.* La presencia del terapeuta puede facilitar que el paciente aumente su percepción de seguridad o su capacidad de predicción y control, lo que puede dar lugar a que el paciente no experimente ansiedad al practicar los ejercicios. En este caso, el terapeuta puede ayudar a que el paciente practique los ejercicios en situaciones percibidas como menos seguras para discutir después con él qué tipo de pensamientos son los que le llevan a sentir mayor o menor miedo dependiendo de las circunstancias ambientales. Así, se puede ayudar al paciente para que identifique la importancia de sus pensamientos catastróficos a la hora de tener miedo, ya que, aunque las sensaciones físicas sean las mismas o muy parecidas, lo que piensa el paciente de ellas varía, y en el caso de que no varíe, el riesgo real asociado a las sensaciones sí que varía.
- 2) *Exposiciones breves al estímulo temido.* El paciente realiza los ejercicios propuestos pero se expone durante poco tiempo a las sensaciones temidas, es decir, es capaz de exponerse pero en cuanto nota las sensaciones deja de realizar el ejercicio. También es posible que lo realice, pero con muy poca

intensidad, de forma que las sensaciones no llegan a causarle temor. En estas dos situaciones el paciente evita exponerse a las sensaciones de forma completa, por lo que el terapeuta debe indicárselo y ayudarle a identificar y modificar las creencias o pensamientos catastróficos que puede estar manteniendo.

- 3) *El paciente evita las tareas para casa.* El paciente puede exponerse a las sensaciones temidas en la consulta pero presenta dificultades para exponerse en casa. Esta dificultad suele asociarse a una mayor percepción de peligro en el caso de tener una crisis de ansiedad o de que “algo malo” pasase al realizar los ejercicios o las actividades propuestos. Una posible solución a este problema sería realizarlos de forma gradual siguiendo tres pasos. Primero los realiza en presencia del terapeuta, después los hace el paciente solo en la consulta o con la presencia de un familiar/amigo en casa, y para terminar los realiza el paciente solo en casa.
- 4) *Evitación cognitiva.* En algunas ocasiones, el paciente indica que su grado de miedo no disminuye con las exposiciones continuadas. En muchos de los casos puede deberse al uso continuado de la evitación cognitiva, es decir, el paciente sigue esperando que las sensaciones no se vuelvan intensas y trata de eliminarlas tan pronto como sea posible después de terminar el ejercicio o la actividad. En estos casos las estrategias de afrontamiento como la respiración o la relajación muscular pueden convertirse en apoyos para sentirse seguro, perdiendo su función de adaptación. Para que la exposición sea efectiva, además de hacer uso de la puesta en perspectiva (¿y qué pasa si mi corazón sigue latiendo con fuerza?) el paciente tiene que seguir practicando los ejercicios o las actividades sin practicar la respiración o la relajación automáticamente después. Muy al contrario, estos pacientes deben mantener las sensaciones temidas tanto tiempo como sea posible.

- 5) *Evitación en el medio natural.* Respecto a la exposición mediante actividades naturales, el paciente puede mostrarse reticente, expresando comentarios del tipo “si nunca bebo café, ¿por qué voy a tomarlo ahora?” o “¿A quién le gusta sentirse acalorado y sudoroso?”. A estos pacientes hay que hacerles ver que en las jerarquías de exposición hay que llegar un poco más allá de lo que se considera normal. Así que, aunque tenga que realizar actividades que nunca ha realizado o que le disgustan es conveniente llevarlas a cabo para comprobar que no pasa nada al experimentar las sensaciones en estas circunstancias. De lo contrario, siempre quedaría una puerta abierta al miedo, que podría hacerle susceptible de volver a experimentar ansiedad por temor a consecuencias desastrosas.
- 6) *Siguen apareciendo sensaciones corporales espontáneas.* En el caso de que el paciente continúe asombrado por seguir experimentando sensaciones corporales que ocurren sin razón aparente, el terapeuta debe insistir en dos puntos principales. Lo primero de todo es resaltar al paciente que si generalmente está ansioso o preocupado por volver a tener una crisis de ansiedad, es bastante probable que su grado de activación fisiológica (*arousal*) aumente, lo que le hace más vulnerable a experimentar sensaciones fisiológicas (ej. sudoración o temblor), que no son más que el resultado de dicha hiperactivación fisiológica. En segundo lugar, si uno se preocupa en exceso por volver a tener una crisis de ansiedad, estará más atento a las señales que él cree que precipitan o anticipan la crisis, es decir, las sensaciones corporales o fisiológicas.



# 7

## Exposición a situaciones agorafóbicas

---

*Juan García  
Julio C. Martín*

Como se ha explicado en el capítulo anterior, la exposición consiste básicamente en presentar al paciente aquellos estímulos o situaciones que teme (pese a ser inofensivos) de una manera controlada y prolongada, hasta que el temor a dichos estímulos o situaciones disminuya de forma significativa o bien desaparezca.

En la agorafobia (con trastorno de pánico) lo que teme el paciente es encontrarse en determinadas situaciones ambientales (lugares públicos o con multitudes, viajar lejos de casa o solo, etc.) donde escapar o recibir ayuda puede resultar difícil o embarazoso en el caso de volver a experimentar otra crisis de ansiedad o las sensaciones corporales que él cree que la preceden. En la agorafobia sin trastorno de pánico, el paciente, pese a no haber experimentado nunca una crisis de ansiedad teme también encontrarse en determinadas situaciones ambientales donde escapar o recibir ayuda puede resultar difícil o embarazoso. En este caso, bajo el temor a estos lugares o situaciones, puede subyacer un temor a experimentar diversos síntomas de ansiedad o sensaciones corporales desagradables o embarazosas (ej. ganas de vomitar, orinar o defecar), aunque nunca se haya tenido una crisis de ansiedad propiamente dicha. En cualquier

caso, tanto en un trastorno como en el otro, el paciente tiene miedo a determinados lugares o situaciones y tiende a enfrentarse a su temor evitando los mismos o desarrollando diversas estrategias para aumentar su percepción de seguridad (ir acompañado, asegurarse lugares de escape o de ayuda potenciales, distraerse, llevar tranquilizantes, etc.). Por tanto, como lo que teme el paciente es encontrarse en determinados lugares o situaciones donde escapar o recibir ayuda es difícil o embarazoso, tendrá que exponerse a estas situaciones o lugares para poder cambiar sus expectativas catastróficas y poder superar así su miedo a los mismos. Esta exposición se podrá realizar de forma gradual y progresiva, como se hizo con la exposición interoceptiva, o de forma intensiva, exponiéndose desde el principio a situaciones que provoquen un intenso miedo o ansiedad. Además, habrá que eliminar todas las conductas, señales o compañías que le aporten seguridad directa o indirectamente al paciente, y que se puedan utilizar como herramienta contrafóbica, ya que así podrá comprobar que los resultados catastróficos que espera o no aparecen o, en el caso de aparecer, no son ni tan catastróficos ni tan intolerables como imaginaba.

Para realizar una *exposición gradual en vivo*, se comienza con la construcción de una jerarquía de situaciones que causen temor al paciente y se le anima después a que se exponga a las mismas repetidamente, empezando con aquellas que le resulten más fáciles, permaneciendo en ellas hasta que la ansiedad o el temor disminuya o desaparezca. Al principio el paciente puede ir acompañado del terapeuta o de algún familiar/amigo, pero es el paciente quien debe exponerse él solo en última instancia para que el tratamiento sea efectivo.

El reto más importante en esta parte del tratamiento es motivar al paciente lo suficientemente para que acceda a realizar los ejercicios de exposición sin utilizar ninguna estrategia de evitación. Para ello, es esencial examinar con el paciente todas las formas de evitación o de reducción de la ansiedad que puede estar utilizando cuando no tiene más remedio que exponerse a las situaciones temidas. Estas

estrategias pueden ser evidentes (llevar medicación o un teléfono móvil) o más sutiles (llevar gafas de sol o un chicle), al igual que sucedía con la exposición interoceptiva.

Aunque este componente de tratamiento está indicado especialmente para aquellos pacientes con marcada agorafobia o para quienes la agorafobia es el trastorno básico, también puede aplicarse a pacientes con trastorno de pánico sin agorafobia en los que existe una significativa evitación de tipo agorafóbico, aunque no tan marcada o estable como para recibir el diagnóstico de trastorno de pánico *con* agorafobia. En algunos pacientes con trastorno de pánico es posible que la exposición interoceptiva sea suficiente para dar por concluido el tratamiento, pero se recomienda dedicar al menos una sesión para abordar el tema de la evitación agorafóbica, prescribiéndoles entonces la exposición en vivo gradual o intensiva si se observa algún temor a determinadas situaciones o lugares. En cambio, con los pacientes agorafóbicos habrá que dedicar al menos cinco sesiones para aplicar correctamente la exposición a las situaciones y lugares temidos, dedicando menos tiempo, en muchos casos, a la exposición interoceptiva.

### **Cómo llevar a cabo la exposición a situaciones agorafóbicas**

Para llevar a cabo este componente del tratamiento hay que realizar los siguientes pasos:

- 1) El paciente identifica y hace un listado con aquellos lugares o situaciones que puede estar evitando o aguantando con gran ansiedad cuando no tiene más remedio.
- 2) Se pacta con el paciente un método de aproximación y exposición a las situaciones y/o lugares temidos. Esta aproximación puede ser gradual o intensiva.
- 3) Se establece con el paciente una jerarquía de aproximación a las situaciones o lugares temidos.



- 4) Se anima al paciente para que se exponga a las situaciones o lugares temidos, sin hacer uso de estrategias de evitación, escape o distracción, y sin utilizar señales, compañías, conductas o precauciones que aporten seguridad directa o indirectamente.
- 5) Aportamos feedback correctivo y reforzamos socialmente los éxitos del paciente, reformulando los fracasos como oportunidades de aprendizaje.

En algunas ocasiones el paciente puede ser totalmente consciente de cuáles son las situaciones o lugares que está evitando, pero, en otras, es posible que no sea tan consciente. Por tanto, podemos facilitarle un listado de situaciones o lugares típicamente agorafóbicos para que observe cómo se siente o se sentiría en esas situaciones o lugares, y pueda así identificar si le provocan temor y/o los está evitando. En el caso de que al paciente no se le ocurran situaciones o lugares temidos y tampoco los identifique en la lista, se le puede indicar que piense en qué tipo de situaciones y lugares le gustaría estar si de repente sanase y no tuviese sus problemas (ansiedad, temor a algún síntoma concreto, pensamientos catastróficos...). Algunas de las situaciones y lugares típicamente agorafóbicos son:

- Conducir o viajar en medios de transporte (autobús, taxi, metro, barco, avión), especialmente si es lejos de casa y hay que coger la autovía.
- Lugares con multitudes como centros comerciales, restaurantes, cines, auditorios, hacer cola... Sobre todo si se está rodeado de gente que puede limitar o bloquear las posibles salidas.
- Lugares amplios y percibidos como abiertos, especialmente si son desconocidos y están muy iluminados.
- Lugares percibidos como cerrados: ascensores, escaleras mecánicas, puentes, túneles...
- Estar solo en casa.

En general, estos lugares o situaciones tienen en común que el paciente los percibe como lugares o situaciones en los que:

- Podría quedar atrapado o con restricciones para abandonarlo en caso de necesitarlo, debido a la dificultad de escapar.
- Podría no disponer de ayuda en el caso de necesitarla, porque no hubiese nadie presente o porque, en el caso de haber alguien, éste no sea percibido como un sujeto potencial de ayuda.
- Podría verse comprometido o avergonzado en el caso de que alguien estuviese presente en el momento en que le sucediese algo catastrófico (desmayo, crisis de ansiedad, perder el control...).

Una vez identificados las situaciones y lugares temidos, el paciente elige un *método de aproximación o exposición*. El más común y aceptado por el paciente es una *aproximación gradual*, en la que comienza exponiéndose a las situaciones y lugares menos temidos, progresando paulatinamente por los intermedios, hasta llegar a los que más temor le provocan y donde haya tenido su “peor” crisis de ansiedad. Otra forma de exponerse es mediante una *aproximación intensiva*, en la que el paciente se expone directamente a situaciones y/o lugares que le provocan un temor intenso desde el principio, permaneciendo ahí hasta que desaparezca el temor o se reduzca de forma importante su intensidad. En la *Guía del Paciente* se hace uso de dos ejemplos bastante gráficos para explicar estos dos métodos. La aproximación gradual es la “*escalera de caracol*”, donde el paciente va subiendo paulatinamente el grado de ansiedad con cada peldaño, y la aproximación intensiva es “*tirarse a la piscina*”, donde se experimenta una gran impresión al principio pero el cuerpo se va habituando conforme pasa el tiempo.

Tras elegir el método de aproximación, el paciente va a establecer una *jerarquía de aproximación* a las situaciones y lugares temidos, que consiste en ordenarlos de menor a mayor, en función del grado de temor experimentado. Es conveniente tener en cuenta que los lugares y situaciones a los que se exponga el paciente deben ser

relativamente accesibles y frecuentes en la vida diaria del paciente, para poder facilitar así la exposición. Por ejemplo, es más conveniente exponerse a estar en un supermercado (fácil acceso y lugar frecuentado) que a asistir a un congreso (situación más ocasional y restringida).

En el caso de la *aproximación gradual* (exposición por peldaños o “escalera de caracol”) se ayuda al paciente a que identifique el mayor número de situaciones y/o lugares temidos. A continuación, se le indica que seleccione la situación y/o lugar más temido (el más difícil o imposible de aguantar) y el menos temido (el que podría tolerar sin mucha dificultad) de todos los que ha incluido en su lista. Después, se le pide que identifique una situación o lugar intermedio, y los demás los va ordenando tomando como referencia estos tres. Se puede utilizar una tabla como la Tabla 7.1 para establecer la jerarquía de aproximación. Es necesario que esta jerarquía se componga al menos de 10 a 20 pasos. Para ordenar los pasos según el grado de temor o crear nuevos pasos, es conveniente tener presente las siguientes variables:

- *Presencia o ausencia de compañía* (terapeuta, familiares/amigos, desconocidos, mascotas). Ante la ausencia de compañía y/o menor confianza con la misma, mayor temor.
- *Distancia y/o Duración*. A mayor cercanía de lo temido y mayor duración de la exposición, mayor temor.
- *Dificultad para escapar*. Cuanto más difícil resulte escapar de la situación o lugar temido, mayor temor.
- *Mecanismos de seguridad*. Cuanto menos uso se haga de objetos (llevar teléfono móvil o ansiolíticos) o estrategias de seguridad (pasear cerca de hospitales) contrafóbicos, mayor temor.

**Tabla 7.1. Ejemplo de jerarquía de aproximación**

Nº orden	Situación
20	Montar en un autobús lleno de la ciudad a la playa (60 minutos)
19	
18	
17	
16	
15	
14	
13	
12	
11	
10	"Ir a comprar al mercado acompañada por una amiga".
9	
8	
7	
6	
5	
4	
3	
2	
1	Ir a comprar el pan a la panadería de la esquina

Tomada de Moreno y Martín (2004, p.144).

En el caso de la *aproximación intensiva* (exposición prolongada o “tirarse a la piscina”) el paciente únicamente selecciona situaciones y/o lugares que directamente provocan en él un intenso temor o grado de ansiedad. Seguidamente, ordena estas situaciones de temor moderado-alto a temor extremo. Es conveniente también tener presente las variables anteriormente comentadas.

Una vez establecido y ordenado el listado de situaciones y/o lugares temidos, sólo queda animar al paciente a que se exponga a los mismos, según el método de aproximación elegido y siguiendo los pasos establecidos en su jerarquía de aproximación. En el caso de la *aproximación gradual*, podemos desechar los pasos que no provoquen al menos una ligera ansiedad. En la *aproximación intensiva* recordamos que se debe provocar una ansiedad moderada-alta desde el primer momento.

Como tarea para casa se prescribe la aproximación a las situaciones y lugares temidos, exponiéndose a las sensaciones temidas en esas situaciones, adoptando una actitud de observador o espectador durante la exposición, e impidiendo toda estrategia contrafóbica de evitación, escape o distracción. Se puede hacer uso de las habilidades de afrontamiento aprendidas siempre que su objetivo no sea impedir la aparición de las sensaciones de ansiedad o impedir el cumplimiento de algún pensamiento catastrófico ante dicha situación o lugar. En la siguiente sesión, se comentan cómo han ido los ejercicios de exposición pautados, se resuelven dudas y dificultades, se refuerzan los éxitos, aunque sean parciales, y se reformula los fracasos como oportunidades para aprender de los errores y poder seguir exponiéndose con mayor eficacia. Puede ser de ayuda entregar un registro de práctica como el presentado en la Tabla 7.2



## Principales ideas a transmitir al paciente

- 1) *La evitación es comprensible, pero mantiene el problema.* Cuando el paciente experimenta o cree que podría experimentar crisis de ansiedad o sensaciones físicas desagradables (o lo que simbólicamente representen para él las mismas) ante determinados lugares o situaciones (situaciones agorafóbicas en adelante), es comprensible que trate de evitarlos como forma de afrontamiento. Sin embargo, esta forma de afrontamiento es la que mantiene el problema, ya que el paciente consigue reducir su temor a corto plazo, cuando evita o escapa, pero mantiene el problema, en tanto que sigue esperando que algo terrible suceda cuando el escape o la evitación no sean posibles. Esto a su vez facilita que la ansiedad anticipatoria se dispare cada vez que se encuentra o planea encontrarse en las situaciones agorafóbicas.
- 2) *La anticipación de la situación, y no la situación en sí, es la que pone ansioso.* En la medida que el paciente ha asociado determinadas situaciones o lugares con la aparición de crisis de ansiedad o sensaciones corporales desagradables, el paciente anticipa la aparición de las mismas al encontrarse en dichas situaciones. Por lo tanto, no son las situaciones agorafóbicas las que provocan por sí mismas las sensaciones corporales temidas, sino la anticipación o la predicción de que éstas van a suceder si el paciente se encuentra en dichas situaciones.
- 3) *Lo que provoca temor es percibir las sensaciones temidas en esas situaciones y no las situaciones en sí.* Aunque el paciente dice temer encontrarse en determinadas situaciones o lugares por resultar difícil o embarazoso escapar de allí (ej. ir conduciendo por la autopista o estar en medio del cine), son realmente las sensaciones que experimenta mientras está allí (ej. sensación de mareo o ganas de orinar), lo que aumenta su miedo o ansiedad, ya que éstas son consideradas como una señal o un indicio inminente de que algo peor está por venir (ej. desmayarse mientras conduce u orinarse en el cine).

- 4) *Para que el miedo a las situaciones agorafóbicas cese, hay que aproximarse y exponerse de forma repetida a dichas situaciones.* Es necesario que el paciente se exponga de forma sistemática y regular, experimentando completamente las sensaciones temidas en ese contexto, hasta que éstas se agoten por un proceso de habituación y/o hasta que el paciente compruebe que no se cumplen sus predicciones catastróficas. Mediante la aproximación intencionada y la exposición repetida, el paciente se ve a sí mismo enfrentándose al problema, lo que reduce su percepción de incapacidad para afrontar la situación, y aprende que las situaciones temidas no son tan peligrosas como parecían y que tampoco se cumplen las consecuencias temidas a pesar de experimentar ansiedad. Con el tiempo, la práctica de la exposición a las situaciones agorafóbicas debilita las asociaciones condicionadas entre dichas situaciones y la respuesta de ansiedad, estableciendo nuevas asociaciones de bienestar o neutralidad ante las mismas.
- 5) *A la hora de planificar la exposición, hay que concretar exactamente cómo se va a llevar a cabo cada uno de los pasos de la jerarquía de aproximación.* Es frecuente que el paciente se haya expuesto sin éxito a las situaciones agorafóbicas con anterioridad. Es posible que este fracaso haya tenido lugar por no haber planificado la forma correcta de aproximarse y exponerse, por lo que es muy importante especificar y concretar de forma objetiva y detallada cada paso de la jerarquía. Se ha de especificar el tiempo de comienzo y fin de la exposición (ej. conducir el coche sólo hasta la tercera salida de la autovía), la presencia/ausencia de señales o conductas contrafóbicas de seguridad (ej. llevar tranquilizantes) o de precauciones innecesarias (ej. apoyarse en alguien para no caerse al notar sensación de mareo), el uso o no de estrategias de afrontamiento (ej. respiración abdominal), la presencia/ausencia de compañía, la posibilidad o no de poder retirarse con antelación para después volver a exponerse (escape controlado), etc. Con ello, preten-



demos que el paciente tenga totalmente claro qué es lo que tiene que hacer en ese paso (ej. montarse en el autobús, permaneciendo de pie en la zona donde más gente haya, sin distraerse de la ansiedad hasta bajarse en la parada nº 5, y pudiendo hacer uso de la respiración abdominal) para que no tenga dudas o crea que ha fracasado cuando en realidad haya completado con éxito el paso en cuestión (ej. pensar que ha fracasado por haber respirado abdominalmente al percibir la sensación de mareo).

- 6) *Si las sensaciones temidas no aparecen espontáneamente, hay que provocarlas.* Es esencial que el paciente experimente las sensaciones temidas mientras se encuentra en la situación agorafóbica. Si estas sensaciones no aparecen de forma espontánea, se le indica que las intente provocar él mismo haciendo uso de los ejercicios aprendidos en la exposición interoceptiva (ej. corriendo para acelerar el corazón o mirando fijamente un punto para provocar sensación de mareo). Al mismo tiempo, se le señala al paciente que no se distraiga o piense en otras cosas mientras esté experimentando las sensaciones. Debe dejarse llevar y abandonarse a ellas para experimentarlas completamente.
- 7) *La exposición ha de ser repetida y constante, hasta que se deje de experimentar ansiedad ante las situaciones agorafóbicas.* Se anima al paciente para que se exponga a las situaciones agorafóbicas con independencia de su estado físico o mental (estar enfermo o decaído, haber tenido un mal día...) o de las condiciones ambientales (lluvia, tener prisa...), ya que estos factores pueden llevarle a posponer la exposición y/o a creer erróneamente que la peligrosidad de la situación o su capacidad de afrontamiento dependen de otros factores internos o externos. Además, se enfatiza que lo importante no es el tiempo que necesite para exponerse a todas las situaciones y lugares que tema, sino que permanezca en dicha situación hasta que se habitúe a la ansiedad, compruebe que no se cumplen sus pre-

dicciones catastróficas (o que puede tolerarlas si se cumplen) y pueda así volver a aproximarse a una situación similar con una ansiedad mínima.

- 8) *Se puede ir acompañado de un familiar o amigo al exponerse a determinadas situaciones*, pero siempre que esta compañía forme parte de los pasos iniciales dentro de una jerarquía de aproximación gradual a la situación fóbica. Igualmente, se pueden permitir determinadas conductas o señales de seguridad, siempre que éstas formen parte de dicha jerarquía. Pero, al terminar la jerarquía, debe ser el paciente quien se exponga a la situación temida él solo y sin conductas o señales de seguridad.
- 9) *Los fracasos son oportunidades para aprender*. La mayoría de los fracasos son por no haber practicado lo suficiente, por haber permanecido distraído durante la exposición o por haber terminado la exposición prematuramente cuando la ansiedad era alta y sin haber comprobado que no se cumplían sus predicciones catastróficas. En este último caso, se le señala al paciente que reconocer el impulso y la necesidad urgente de escapar es muy importante, ya que es el precipitante del escape en sí e indica que el paciente conserva alguna predicción catastrófica del tipo “si continúo aquí tendré una crisis de ansiedad, perderé el control o pasará algo peor”. Se le anima para que combata el efecto de estos pensamientos catastróficos haciendo uso de las estrategias cognitivas aprendidas. Si al final escapara de la situación, se le indica que eso no es un fracaso, sino una oportunidad para darse cuenta de qué tipo de predicciones o pensamientos catastróficos tuvo, para intentar controlarlos en próximas ocasiones. También se le resalta que lo importante no es que permanezca necesariamente todo el tiempo hasta que la ansiedad desaparezca, sino que sea capaz de aproximarse y exponerse a las situaciones temidas sin ceder ante la ansiedad. Por tanto, podemos señalarle que si necesitara *escapar* durante unos segundos para reponerse, siempre podría volver a aproximarse y a exponerse rápidamente.

## Cuestiones a tener en cuenta

- 1) *Habituar a la ansiedad y/o desmentir las expectativas catastróficas.* Tanto si el efecto beneficioso de la exposición en vivo a las situaciones agorafóbicas se produce por un efecto de *habitación* (reducción de la respuesta fisiológica de ansiedad debido a la repetición del estímulo temido), de *extinción* (reducción en la intensidad de la respuesta aprendida de ansiedad al presentarse y no ser reforzada), de *cambio de expectativas* (no se producen las consecuencias catastróficas previstas y el sujeto deja de esperar que aparezcan), de aumento de la *autoeficacia percibida* (comprobación de que es capaz de manejar con éxito la situación temida), o una mezcla de todo, lo cierto es que, para que el paciente deje de temer determinadas situaciones o lugares debe aproximarse y permanecer en ellos hasta que la ansiedad se reduzca. Para convencer al paciente de que se exponga a las situaciones agorafóbicas, dicha exposición puede “venderse” de dos formas. Una sería decirle al paciente que, en tanto que en su organismo la respuesta de ansiedad se ha asociado a determinados contextos (lugares o situaciones), es necesario que se aproxime y permanezca en esos contextos durante un tiempo para que la respuesta de ansiedad “se agote”, el organismo se habitúe y se rompa tal asociación. La otra forma sería retarle, mediante un *experimento conductual*, a que compruebe si la catástrofe temida y esperada ocurre y si, en el caso de que ocurriese, es capaz de salir airoso de esa situación. Para ello, las consecuencias catastróficas esperadas en esos contextos (por ejemplo desmayarse) se han considerado previamente como hipótesis a comprobar y que pueden aceptarse o rechazarse en función de lo que suceda en la realidad tras la realización del experimento.
- 2) *El enfoque general de la exposición en vivo es de dominio.* El objetivo último es que el paciente se sienta capaz de enfrentarse tanto a las sensaciones como a las situaciones temidas, y

que termine convenciéndose de que tiene recursos propios para hacerlo, con independencia de la ansiedad que experimente. Es por eso que en la jerarquía se prefiere organizar los pasos siguiendo variables como la duración y/o distancia pre-determinadas de exposición (maneja-bles por el paciente), y no el grado de ansiedad experimentada (menos maneja-bles por el paciente). Es también por eso que se recomienda ir reduciendo progresivamente el uso de estrategias de seguridad, de herramientas contrafóbicas y métodos erróneos de afrontamiento, e incluso de las propias habilidades de afrontamiento aprendidas, conforme el paciente es capaz de exponerse y de tolerar la ansiedad. Hay que tener siempre presente que el diseño de este procedimiento pretende modificar la percepción de seguridad y la capacidad de predicción y control del paciente. Especialmente la capacidad de control percibido, ya que parece haber una asociación entre bajo grado en la percepción del mismo y una alta relación entre la sensibilidad para la ansiedad y la agorafobia, valorada tanto en autoinforme como con las evaluaciones clínicas (White y cols. 2006).

- 3) *En ocasiones puede ser útil un modelo de exposición basado meramente en la extinción*, en la que el paciente permanece en la situación temida hasta que la ansiedad alcanza su grado máximo y decrece paulatinamente, llegando a desaparecer. Este enfoque está indicado para aquellos pacientes que mantienen pensamientos catastróficos acerca de los efectos de la ansiedad, a pesar de hacer uso de la reestructuración cognitiva.
- 4) *Ensayar la exposición en la imaginación puede facilitar el inicio de la exposición en vivo*. Consiste básicamente en que el paciente se imagine a sí mismo en la situación que le causa temor, experimentando las sensaciones corporales temidas. De esta manera podemos aumentar la percepción de dominio del paciente para que éste supere sus reticencias iniciales a la exposición en vivo.

- 5) *La jerarquía de aproximación y exposición a las situaciones agorafóbicas ha de ser individualizada y debe basarse en el grado de miedo y evitación existentes.* Es importante tener presente que cada paciente es único respecto a las situaciones y las sensaciones que le provocan temor, poseyendo unos pensamientos catastróficos y unas estrategias de evitación de la ansiedad (señales, conductas, o compañías que aporten seguridad) particulares que han de verse reflejados en la jerarquía. Por ejemplo, es posible que la presencia de otras personas calme a unos pacientes (“pueden ayudarme”) mientras angustie aún más a otros (“qué vergüenza si me ven así”). Es común también que el paciente presente alguna situación agorafóbica que sea especialmente significativa para él porque haya experimentado allí su peor crisis de ansiedad o la recuerde con particular humillación o vergüenza. Si no se incluyen estas situaciones significativas para que se exponga a ellas, es posible que el paciente tenga un mayor riesgo de recaída ante las mismas. Por tanto, en la jerarquía vamos a incluir aquellas variables que tengan mayor relevancia para el paciente, ordenando los pasos de menor a mayor grado de miedo experimentado y necesidad de evitación/escape frente a la situación.
- 6) *El escape controlado.* En casos en que el paciente se resiste a exponerse a las situaciones agorafóbicas porque cree que no va a ser capaz de aguantar, podemos indicarle que realice un escape controlado, que consiste en escapar de la situación temida con la intención de hacerse cargo de la ansiedad, para volver a retomar la exposición inmediatamente. Esta forma de afrontamiento no debe confundirse con el escape, ya que éste no se realiza con la intención de manejar productivamente la ansiedad para poder volver a exponerse, lo que favorece la sensibilización frente a la situación temida, aumentando el miedo y la tendencia a evitar o escapar frente a la misma (Craske y cols., 2000).
- 7) *En las situaciones temidas debe aparecer la ansiedad para que después desaparezca.* Lo que más teme el paciente es la combi-

nación de percibir la sensación temida estando en la situación agorafóbica (ej. sensación de asfixia mientras se está en una multitud). Para que la exposición sea efectiva y no se produzcan recaídas posteriores, es importante que el paciente se exponga a la situación temida provocándose él mismo las sensaciones temidas (ej. contener la respiración cuando se está en una multitud) utilizando para ello los ejercicios de exposición interoceptiva del capítulo anterior.

- 8) *Valorar correctamente los resultados.* Hay que ayudar al paciente a que valore objetivamente y de forma constructiva cada uno de sus intentos de aproximación y de exposición, ya que es frecuente que el paciente tienda a minimizar los éxitos (ej. haber permanecido los 15 minutos en el supermercado) y a maximizar los fracasos (ej. haberse asustado al sentir un ligero mareo).

## **Ejemplos de casos**

### ***Caso: La evitación***

P: Yo no tengo miedo a ninguna situación particular porque las crisis de ansiedad me pueden dar en cualquier sitio.

T: Echa un vistazo a este listado y piensa un momento cómo te sentirías en cada una de ellas.

P: La verdad es que como no voy al cine, ni al teatro, ni a bares, ni a discotecas, pues no sé cómo me sentiría allí.

T: ¿Por qué razón no vas a esos lugares?

P: No sé... Me agobian un poco. No me gusta ir a sitios tan cargados de gente. Prefiero quedarme en casa viendo una película con mi marido.

T: ¿Y qué pasa con los transportes urbanos o los centros comerciales? A veces también están llenos de gente.

- P: Como voy siempre en mi coche no utilizo el transporte urbano y para hacer la compra siempre voy a horas que calculo que hay poca gente.
- T: Por lo que me cuentas, no temes ninguna situación particular pero parece que te las arreglas para no encontrarte en esos lugares llenos de gente. ¿Qué pasaría si mañana te fueses al trabajo en autobús en hora punta o si el fin de semana fueses al centro comercial a la hora que más gente se concentra?
- P: No sé... La verdad es que me pongo nerviosa al pensarlo.
- T: Imagínate un momento en alguna de esas situaciones, ¿Qué crees que pasaría?
- P: Es como si me faltara el aire. No me lo había planteado de esa manera, pero quizás esté evitando esos sitios sin darme cuenta.

### ***Caso: Las señales de seguridad***

- P: Lo que más temo es que me dé la crisis cuando estoy en clase. ¡Menuda vergüenza!
- T: Anteriormente hemos visto la secuencia que conduce a la crisis de ansiedad: empiezas a notar que te late con fuerza el corazón, te aparece el pensamiento catastrófico “como siga latiendo así va a explotar” y te pones mucho más ansioso. ¿Hay algo que puedas hacer para evitar esa catástrofe?
- P: Normalmente, intento sentarme cerca de la ventana, para que me dé el aire, y de la puerta de salida, por si va a peor y necesito salir de la clase. En ocasiones, he salido al aseo, me he echado agua en la nuca y he respirado profundamente hasta que el corazón me late más lento. Últimamente también llevo tranquilizantes y si veo que me va a dar (la crisis o el infarto), me tomo uno.
- T: ¿Qué crees que pasaría si te sentases al fondo de la clase, lejos de la puerta y de la ventana?
- P: Directamente no lo haría.

- T: ¿Hay más situaciones en las que necesites controlar las salidas o llevar la medicación?
- P: Ahora que lo dices, lo cierto es que cuando voy al cine necesito sentarme junto al pasillo y cerca del aseo. Las pastillas las llevo siempre en el bolsillo.
- T: ¿Hay alguna otra cosa que puedas hacer o llevar para sentirte más tranquilo y evitar que la ansiedad termine en catástrofe?
- P: Caminar por zonas cercanas a hospitales, llevar cargada la batería del teléfono móvil o llevar un botellín de agua me suele dar seguridad y me tranquiliza bastante.

***Caso: Tengo miedo a muchas situaciones***

- P: Tengo miedo a tantas situaciones que la lista va a ser interminable.
- T: Entiendo que te pueda parecer casi imposible poder superar todas esas situaciones, pero lo cierto es que todas esas situaciones que temes son más parecidas de lo que en principio puedas pensar. Vamos a comenzar por aquéllas que más están interfiriendo en tu vida diaria y las vamos a ordenar de menor a mayor. Más adelante continuaremos con las menos habituales.

***Caso: La presencia de otros***

- P: A mí la presencia de otras personas unas veces me hace sentir mejor y otras peor. No sé cómo incluir eso en mi jerarquía.
- T: ¿Podrías ponerme un ejemplo de cada situación?
- P: Pues por ejemplo si voy al centro comercial con mi novia o con mis padres, me siento más tranquilo, porque ellos ya me han visto así (con crisis de ansiedad) otras veces y me ayudan a relajarme. En cambio, si voy con alguien del trabajo o con algún amigo, me pongo más nervioso.



- T: Por lo que me cuentas, parece que lo que te hace sentir mejor o peor no es el ir acompañado sino el tipo de relación que tienes con quien te acompaña. Si tuvieses que ir a comprar a un centro comercial, ¿cómo preferirías ir, solo o acompañado de un amigo?
- P: Solo. Ir con un amigo me pondría más nervioso porque estaría pendiente de que me puedo marear... y al final me inventaría cualquier excusa para salir de allí lo antes posible.
- T: Lo que comentas es bastante interesante. ¿Qué te parece si incluimos tres escalones en la escalera, teniendo en cuenta quién te acompaña? ¿Cómo podríamos hacerlo?
- P: Pues primero podría pedirle a mi novia que me acompañara, luego podría ir yo solo y después con algún amigo o compañero de trabajo.

### ***Caso: La distancia al conducir y el escape controlado***

- P: Yo tengo claro que tengo que conducir y no he dejado de conducir por la ansiedad, pero siempre hago caminos que conozco, como de casa al trabajo. Lo de salir fuera... Y sobre todo si tengo que tomar la autovía... No me veo capaz.
- T: ¿Cómo crees que te resultaría más fácil recorrer un camino desconocido tomando la autovía?
- P: Pues podría conducir hasta que no aguantara más y me salgo por la primera salida que encuentre.
- T: Si vas conduciendo, te pones nerviosa, intentas aguantar y cuando ya no puedes más dejas de conducir ¿Qué mensaje te estarías dando a ti misma?
- P: No sé... Quizás pensaría que no he perdido el control del coche porque me salí a tiempo.
- T: Exacto. Con lo cual, siempre te quedará la duda de si habrías perdido el control del coche de haber continuado. Lo que sería una idea errónea, porque hasta ahora nunca has perdido el control del

coche. ¿Qué te parece si marcamos unos objetivos? Por ejemplo, un primer objetivo podría ser proponerte un destino cercano a unos 2 kilómetros de distancia y llegar hasta él sin parar. Más adelante podrías marcarte un destino más lejano y después otro más lejano aún.

P: ¿Y qué pasaría si me pongo muy nerviosa? ¿Podría salirme por la primera salida?

T: Podrías salirte por la primera salida pero con la condición de que en cuanto dominaras un poco la ansiedad volvieras a tomar tu camino hasta llegar a tu destino, pues de lo contrario te estarías convenciendo a ti misma de que gracias a que paraste a tiempo no se cumplieron tus peores presagios.

***Caso: Me enfrenté a la situación pero la ansiedad no desaparecía***

P: Esta semana no me ha salido bien la tarea. Conseguí montarme en el autobús como dijimos y llegué a mi destino, pero estuve asustado todo el camino.

T: ¿Cómo que no te salió bien la tarea? Te salió genial

P: Pero si estuve muy ansioso todo el camino...

T: Sí, estuviste ansioso, pero te montaste en el autobús y llegaste a tu destino. Eso es lo importante. La ansiedad no pudo contigo, tú pudiste con la ansiedad.

P: La verdad es que sí (sonríe orgulloso). Porque tuve la tentación de bajarme en alguna de las paradas que hizo el autobús pero no lo hice, llegué hasta el final.

T: Enhorabuena. Recuerda que durante los dos últimos años has evitado montarte en multitud de medios de transporte y cuando lo has hecho has terminado bajándote antes de llegar a tu destino. Tu cuerpo se ha acostumbrado a responder con ansiedad cuando estás en esas situaciones, y quizás continúe haciéndolo

durante un tiempo, aunque la intensidad será cada vez menor. Si continúas así y te enfrentas a ella, llegará un momento en que desaparezca casi por completo. Sigue así, que vas muy bien.

***Caso: He superado todos mis miedos menos uno***

P: Desde que empezamos el listado de situaciones (jerarquía de exposición), he notado que voy mejor y, aunque me sigo poniendo algo nerviosa, no evito las situaciones como antes. Pero el problema es que no consigo montarme en el ascensor. Esa situación nunca la podré superar.

T: ¿Qué tiene esa situación que la diferencia tanto de las demás?

P: Una vez lo pasé fatal en uno. Pasé una ansiedad que pensaba que me moría de verdad. Es más... Sólo con pensar en verme dentro del ascensor me pongo nerviosa. Intento controlar mis pensamientos pero no dejo de pensar que se va a parar y que me voy a quedar atrapada y en seguida empiezo a notar que me falta el aire...

T: ¿En cuántas de las situaciones que ya has superado has tenido miedo a quedarte atrapada y has sentido que te faltaba el aire?

P: Bueno... Pues no con tanta intensidad... Pero me pasó lo mismo en casi todas... En el supermercado, en el cine, en la sauna... Sí... En casi todas.

T: Efectivamente. En casi todas tuviste miedo y todas las superaste. De todas formas, este último escalón quizás sea demasiado grande. ¿Qué te parece si lo dividimos en dos o tres escalones más pequeños? ¿Cómo se te ocurre que podríamos hacerlo?

P: Pues podría decirle a mi amiga María que me acompañase la primera vez o podría estar menos tiempo dentro.

T: Me parece muy buena idea. El próximo día podrías pedirle a tu amiga que te acompañara. Al siguiente, podrías subir hasta el piso

que tú desees, y para terminar ¿Qué te parece si te cueles en el edificio más alto que encuentres y subes todos los pisos tú sola?

P: (Se ríe) Va a ser difícil pero sí... Así sí que podré conseguirlo.

***Caso: He vuelto a tener crisis de ansiedad después de mucho tiempo***

P: El ejercicio que me mandaste la semana pasada fue fatal. Hacía tiempo que no tenía crisis de ansiedad y cuando fui al supermercado y me provoqué el mareo yo misma, al final terminé teniendo una crisis de ansiedad.

T: Cuéntame que pasó desde que entraste hasta que tuviste la crisis.

P: Pues nada... Que llegué allí e iba bien. Un poco nerviosa pero bien. Después hice lo de hiperventilar para provocarme el mareo y empecé a marearme cada vez más y más... Y aunque intentaba controlar mis pensamientos... No pude y terminé teniendo la crisis.

T: ¿Qué pasaba por tu cabeza cuando notabas que el mareo iba a más?

P: Pensaba que no iba a poder controlarlo y que iba a terminar desmayándome. También pensaba que la gente creería que soy una perturbada o algo así.

T: ¿Y te desmayaste al final o te dijo alguien que eras una perturbada?

P: No... Ni me desmayé ni nadie me dijo nada así... Pero lo que no entiendo es por qué me viene una crisis ahora cuando llevaba tanto tiempo sin crisis.

T: Llevabas mucho tiempo sin ponerte tan ansiosa pero también llevabas mucho tiempo evitando entrar a los supermercados tú sola y mucho menos experimentando la sensación de mareo. No notabas la ansiedad porque evitabas las situaciones que te la disparaban. Ahora, al enfrentarte a esas situaciones, es normal que vuelvas a experimentar la ansiedad.

**Caso: Cambios después de la mejoría**

P: He estado practicando todos los ejercicios y me han salido bastante bien. De hecho, he superado todas las situaciones del listado. Pero no sé lo que me pasa ahora... Es como si estuviera triste.

T: Se siente triste.

P: Sí. A lo mejor le va a parecer una tontería pero echo de menos a mi mujer. Antes íbamos juntos a todas partes y ahora paso más tiempo solo.

T: Entiendo que eche de menos a su mujer porque antes pasaban mucho tiempo juntos y ahora, en la medida que usted es capaz de ir solo a todas partes, su mujer ya no está tan disponible para usted como antes. ¿Le parece que hablemos de cómo le están afectando todos estos cambios?

**Dificultades que pueden surgir**

- 1) *El paciente no se atreve a desplazarse hasta la consulta.* En casos graves de agorafobia es posible que el paciente esté prácticamente recluido en casa. Si es así, se podría valorar la posibilidad de que asista a terapia acompañado de alguien o, si las circunstancias lo permiten, el terapeuta podría desplazarse al domicilio durante las primeras sesiones. En este último caso, habría que tomar algunas precauciones para mantener el encuadre terapéutico como evitar tomar cafés o aperitivos, tener la radio o televisión encendidas, recibir visitas, la presencia de algún “espectador”, contestar a llamadas telefónicas, y en general cualquier comportamiento que pueda apartarse de lo que comúnmente implica una consulta clínica.
- 2) *El paciente es reticente a aceptar el temor a las crisis de ansiedad o a las sensaciones corporales como el origen de su evitación agorafóbica.* Esto es frecuente en pacientes con marcada agorafobia y años de evolución. Es posible que su grado de evitación sea tan alto que no llegan a experimentar crisis de ansie-

dad porque evitan toda situación potencialmente “peligrosa”. Es conveniente detenerse en explicarles minuciosamente cómo se origina el trastorno, facilitando que recuerden su propia evolución del mismo. Es necesario que confíen en el fundamento teórico de la exposición, para que se animen a exponerse.

- 3) *El paciente duda del valor de la exposición repetida.* Antes de llegar a alcanzar cierta gravedad el trastorno, la mayoría de los pacientes prueban a exponerse ellos mismos a las situaciones temidas por iniciativa propia o animados por algún familiar. En muchos casos estas exposiciones, tanto si han sido premeditadas como si han sido forzadas por las circunstancias, suelen fracasar por no haber practicado lo suficiente, por haber utilizado alguna conducta u objeto de seguridad contrafóbica, por haber permanecido distraído durante la exposición o por haber terminado la exposición prematuramente. En estos casos, se le puede sugerir al paciente que relate una de esas veces en las que se expuso con resultados negativos, para ver con él qué errores se cometieron.
- 4) *El paciente no sabe cómo realizar la jerarquía.* Algunos pacientes presentan tanta evitación agorafóbica que no saben por dónde empezar. Otros, dicen no poder imaginarse qué grado de ansiedad o qué pensamientos catastróficos tendrían en las situaciones agorafóbicas. Los pacientes más perfeccionistas pueden quedarse inmovilizados por su afán de detallar cada paso, mientras que los más ansiosos pueden sentirse desbordados sólo con pensar que tienen que exponerse. En todos estos casos, es importante recordarles cuál es el objetivo de estas jerarquías: garantizar que el paciente sea capaz de aproximarse y exponerse a la situación temida, tolerando grados progresivamente mayores de ansiedad y sin evitar, escapar o distraerse de dicha situación. Conviene remarcar que no hay buenas o malas jerarquías, sino que cada jerarquía es específica de cada paciente. También puede ser útil realizar algún ensayo en imaginación, facilitando que pueda verse en las distintas situaciones agora-

fóbicas para apreciar cómo se encontraría en esas condiciones y valorar así su grado de ansiedad y evitación.

- 5) *Cuando la imaginación catastrófica es un obstáculo.* En algunas ocasiones, junto al pensamiento catastrófico del paciente (ej. “voy a desmayarme”) puede aparecer una imagen catastrófica (ej. verse desmayado en el suelo mientras todos le rodean) que dispara la evitación o escape. Para que esto no suceda, podemos ayudarle a que complete esa imagen y pueda comprobar cómo acabaría la escena (ej. levantándose del suelo y yéndose tranquilamente). Esto puede ser especialmente interesante para los pacientes más agorafóbicos, ya que se ha comprobado que temen desmayarse con más frecuencia que los pacientes con pánico sin agorafobia (Salkovskis, 1991), y esto suele ser así porque se imaginan que los demás van a reaccionar negativamente: o bien se ven avergonzados en el suelo mientras los rodea una multitud o bien se imaginan en el suelo mientras los demás les ignoran. De cualquier manera, creen que nunca van a llegar a casa para poder sentirse seguros (Hackmann, 2005). Estas imágenes catastróficas pueden bloquear los intentos de exposición del paciente, por lo que es conveniente realizar un ensayo en imaginación antes de exponerse en vivo, para que el paciente vea que incluso cumpliéndose su mayor temor (ej. desmayarse) puede salir airoso de esa situación.
- 6) *El paciente no lleva a cabo la autoexposición.* Como la mayor parte de la exposición agorafóbica es autodirigida, puede ser que el paciente no cumpla con las tareas para casa de exposición. Si es así, debemos animarle y resaltar la importancia de exponerse de forma repetida y de enfrentarse a las situaciones temidas para que el tratamiento sea efectivo.
- 7) *Con compañía sí, pero solo no.* Es posible que el paciente se exponga a las situaciones temidas si va acompañado de alguien, pero en el momento de exponerse él solo comienza a no hacerlo con multitud de pretextos. En este caso debemos indicarle

que es esencial ese último paso para que sea consciente de que no se van a cumplir sus predicciones catastróficas aunque vaya él solo. Además, podemos recordarle que siempre puede hacer uso de las estrategias de afrontamiento aprendidas hasta ahora. En ocasiones, especialmente en casos de agorafobia grave y crónica, es posible que el tratamiento convencional no sea efectivo porque el paciente presente un trastorno de personalidad evitativa o dependiente de base (Roy-Byrne, Stein y Craske, 2006). En estos casos habría que intervenir sobre multitud de creencias básicas acerca de sí mismo, los demás y el mundo, para que pueda desaparecer la agorafobia. Se recomienda algunos abordajes como el de Beck (2003) y Young (2003).

- 8) *La ansiedad disminuye lentamente o sigue presente al repetir una situación "superada"*. La mayoría de las veces el paciente quiere que la ansiedad desaparezca con rapidez y con pocos intentos, olvidando que para que se produzca habituación y se rompan las asociaciones entre las situaciones agorafóbicas y la respuesta de ansiedad es necesario practicar la exposición repetida y constantemente. Es importante revisar cómo se está produciendo la exposición, para valorar así si puede haber posibles estilos de afrontamiento contraproducentes o señales de seguridad contrafóbica, que puedan estar impidiendo la exposición efectiva. También hay que indicar a aquellos pacientes con larga historia de evitación agorafóbica que es posible que requieran bastante tiempo y práctica para llegar a habituarse a la respuesta de ansiedad y que eso puede frustrarles al principio, pero que lo importante es que permanezcan firmes en su actitud de aproximarse y exponerse a lo que antes evitaban.
- 9) *Cambios en las relaciones interpersonales y ganancias secundarias*. En tanto que las relaciones interpersonales (familiares, conyugales, sociales o laborales) constituyen un sistema, hay que prever las posibles consecuencias positivas y negativas de cambiar determinados roles dentro de ese sistema de relación, pues si un miembro cambia es bastante probable que el siste-



ma cambie e incluso que sea otro miembro del sistema el que “enferme” al mejorar nuestro paciente. En pacientes con años de evolución, puede haberse establecido una fuerte relación de dependencia con algunas personas de su entorno. De hecho, en algunos casos, pueden ser los propios familiares o amigos los que sin darse cuenta mantienen el problema (acompañando al paciente, tranquilizándole y prestándole atención, eximiéndole de responsabilidades...) y bloquean la recuperación del paciente (manteniendo miedos o pensamientos catastróficos, no reforzando los éxitos o los intentos de independencia...). En estos casos, puede estar indicado tener alguna sesión conjunta con aquellas personas más involucradas con el paciente para aportarle psicoeducación, reestructuración cognitiva y enseñarle cómo reforzar los éxitos del paciente. En algunos casos es posible que incluso sea necesaria una intervención familiar o de pareja tras el cese de la terapia para el trastorno de pánico y/o la agorafobia.

# 8

## Guía para el tratamiento grupal del trastorno de pánico

---

*Julio C. Martín*

Cuando empecé a aplicar este tratamiento en el Centro de Salud Mental de “La Seda” de Murcia a finales de los ochenta pedí permiso al Dr. Barlow para traducir su manual del pánico y aplicarlo con nuestros pacientes. Anteriormente había aplicado en grupo, junto con mi compañera Isabel Muñoz, la exposición a la agorafobia siguiendo el programa de Mathew, Gelder y Johnson de “Práctica programada”. Pero cada vez había mayor número de pacientes con trastorno de pánico sin agorafobia o con agorafobia leve. Había tal demanda de tratamiento que tenía que hacer dos grupos simultáneamente y, aun así, siempre había lista de espera. Citábamos a los pacientes “a ciegas”, es decir, sin entrevista previa, de una lista de candidatos, confiando en el buen criterio de nuestros compañeros psiquiatras y psicólogos. Había que citar aproximadamente a unos 18 personas para conformar un grupo de 12. Muchos abandonaban al explicarles que se requería su asistencia semanal durante 12-16 sesiones. A lo largo de los años y mediante el trabajo con otros PIR y compañeros que se han formado en el centro y han aplicado este mismo tratamiento, hemos ido perfilando detalles que mejoran la aplicación del programa en grupo, tanto por reducir

abandonos, como por aumentar el efecto terapéutico. Aunque está en marcha un estudio de la efectividad del programa (estudio de valoración de sus resultados en las circunstancias clínicas habituales) en el que participan varios centros, no podemos afirmar que estas recomendaciones estén basadas en pruebas, sino en nuestra experiencia de varios años en la aplicación de este programa en grupo.

Ya vimos en la introducción que el tratamiento es eficaz y eficiente aplicado de forma individual. Es igualmente eficaz aplicado en grupo y, por tanto, mucho más eficiente. Pero esto quizás tenga más interés para los gestores (sean de un centro público o privado) que para el propio paciente. La primera pregunta a plantearse es: ¿Por qué aplicar el tratamiento en grupo? ¿No es mejor hacerlo individualmente?

La realidad de los centros de Salud Mental es que resulta difícil, por no decir imposible, llevar a cabo entrevistas semanales individuales. Comprobar que a otras personas les sucede lo mismo y observar, semana tras semana, cómo afrontan problemas similares a los suyos, aumenta la motivación para esforzarse: Tomar una pastilla, es más fácil que repetir de forma regular respiración, relajación, reestructuración cognitiva o exposición. Ver cómo lo aplican otros compañeros, a pesar del poco efecto inicial, resulta más convincente que lo les dice un experto –“eso lo dices tú que nunca has sufrido una crisis de estas...”. Por tanto, el primer paso es hacer ver al paciente las ventajas que puede tener el tratamiento en grupo frente a las desventajas: seguir el programa de tratamiento completo con una frecuencia de sesiones óptima, frente a la difícil adaptación de los tiempos en la atención personalizada (muchas citas se dan “cuando pueda ser”, sin contar las anulaciones o cambios por enfermedad de paciente o terapeuta, olvidos...).

Las recomendaciones básicas que haríamos a quien comienza y quiere aplicar el tratamiento en grupo, vamos a dividir las en tres apartados:

- Selección y formación del grupo
- Recomendaciones generales.
- Primera y segunda sesiones

## **Selección y formación del grupo**

Conviene seleccionar a los pacientes, si es posible, mediante una entrevista individual, explicando la duración, finalidad y beneficios del grupo. Si cuando el paciente comienza el grupo tiene claro estos requisitos básicos (por ejemplo, que va a tener que venir todas las semanas de tal a tal hora, el día que comienza y termina el grupo, etc.) se reducen los abandonos.

El número óptimo de personas está entre 8 y 12, teniendo en cuenta que es relativamente frecuente que falle alguno. Si no fuera posible seleccionar mediante una corta entrevista individual a los pacientes, sino por derivación de compañeros, hay que hacer explícitos los criterios diagnósticos de inclusión y exclusión (ya comentados en la introducción) y la finalidad del grupo (no es un grupo dirigido a tratar “problemas de ansiedad”, de estrés,...)

Asegurarse de que los pacientes cumplen el diagnóstico principal evita problemas posteriores: Es más fácil incorporar un nuevo paciente, que sacar a uno de un grupo ya empezado, sobre todo si se considera “integrante” (y esto sucede muy pronto, como veremos). Hemos hecho grupos “a ciegas” (sin entrevista previa) con pacientes derivados por compañeros de centros de salud mental (a los que habíamos explicitado los criterios diagnósticos de inclusión y exclusión) y normalmente se “cuelan” trastornos histriónicos, hipocondríacos, ansiedad generalizada... cuadros que, si abundan, hacen inmanejable el grupo en su desarrollo normal.

No hay inconveniente en mezclar edades, niveles culturales, sexo (en algún grupo coincidieron 10 mujeres y un hombre) ni ningún otro tipo de variable. El enfoque a la tarea reduce distorsiones por estos aspectos, que quizás tienen importancia en otro tipo de grupos.

## Recomendaciones generales

Antes de comenzar el grupo, es útil tener un guión aproximado de lo que serán las sesiones y en qué momento se tocará cada tema (ver anexo a este capítulo). Es mejor rectificar un guión por la propia dinámica del grupo que improvisarlo sobre la marcha y “dar bandazos”.

Hay que intentar ajustarse a ese programa y, si no es así, decidirlo como terapeuta (el terapeuta dirige el grupo). Por ejemplo, quizás se decida dedicar una sesión más a la explicación y comprensión del modelo del pánico y la agorafobia por considerar que es necesario para que todos los pacientes comprendan cómo se producen sus síntomas y qué es lo que no puede pasarles como consecuencia de la ansiedad.

El ritmo del grupo suele ser el del más lento de los pacientes. Es una buena idea utilizar como modelo a los pacientes que mejor expresan lo que les sucede (con brevedad y claridad). Esto se consigue observando la explicación que dan de su primera crisis el primer día y la realización de las tareas para casa el segundo día.

Conviene recoger por escrito los problemas que manifieste un paciente que no sean objeto de la sesión actual, asegurándole que serán tratados en el momento oportuno. Si los problemas no se ajustan al contenido del grupo se le puede ofrecer una alternativa personalizada. Pero no hay que dejar que un problema individual consuma gran parte de la sesión, por ejemplo, los problemas que alguien tiene con su familia política: el grupo va dirigido al tratamiento del trastorno de pánico y la agorafobia.

Las primeras reglas, por nuestra parte, son la cortesía y la “empatía grupal”. Vamos a dar el mismo trato cortés que esperamos tengan los pacientes entre ellos para dirigirse unos a otros, como no interrumpirse, no elevar el tono de voz, no hacer reproches personales, etc. Con la “empatía grupal” nos referimos a prestar atención a nuestros pacientes como conjunto y compartir, en la medida de lo posible, algunos aspectos de la organización en su beneficio. También mostrar comprensión con su estado de ansiedad por participar en un

grupo. Si el grupo, como suele ser habitual en estos trastornos, presenta una mayoría de mujeres y madres, ya de entrada es una mala opción ponerlo en un horario que coincida con la entrada o salida de los niños del colegio. También quizás podamos hacer el grupo un día u otro de la semana (por ejemplo, lunes o martes) y es preferible entonces que el grupo decida por mayoría qué día le viene mejor. En un grupo de este tipo algunos pacientes suelen estar ansiosos –aunque no lo manifiesten por cortesía– por estar en un lugar cerrado. Ofrecerles alguna “salida” el primer día disminuye bastante esta tensión (por ejemplo, diciendo: “en estos grupos sabemos que hay personas que se sienten incómodas los primeros días. Si alguno de vosotros quiere salir, puede hacerlo en cualquier momento. Si notáis que os aumenta la ansiedad, hacédmelo saber levantando una mano o diciéndolo tranquilamente aunque tengáis que interrumpir a quien esté hablando”).

### **Primera y segunda sesiones**

Preparar bien la primera y segunda sesiones es muy importante por lo que condiciona el esquema general de sesiones, la aparición de la cohesión y sentido de grupo, las normas generales del grupo, los abandonos –“este grupo no refleja mi problema...”

Para conseguir cohesionar al grupo desde la primera sesión, se puede explicar brevemente qué son las crisis de ansiedad y la agorafobia, preguntando si alguien se ve identificado con el problema. Es importante conseguir que hablen *todos* los miembros del grupo ese primer día, para lo cual, a los que no comenten sus crisis espontáneamente se les pregunta uno por uno (pregunta útiles son: ¿Cómo fue tu primera crisis de ansiedad? ¿Qué hiciste? ¿Estabas sometido a alguna tensión o estrés los meses anteriores a la primera crisis?). Pretendemos que den una descripción breve para que puedan hablar todos. Si alguien se enrolla mucho, es preferible cortarles cortésmente, “para que puedan hablar todos los compañeros del grupo”, ase-

gurándole que a lo largo del grupo se irán tratando con más detalle los temas objeto de su digresión.

Normalmente, a medida que hablan los miembros del grupo descubren que tienen un problema parecido –cuando pensaban que eso sólo les pasaba a ellos (“a mi me sucede lo mismo, lo que pasa es que a mi me pasó estando solo en mi casa de madrugada...”). Y además ven que las personas del grupo son... normales, como ellos, alguien con quien se podrían identificar. Incluso los que comentan vivencias de despersonalización y que han llegado a dudar de su cordura, ven que los demás aceptan con tranquilidad la descripción de lo que les sucedió al mirarse en el espejo y verse raros. Esto normaliza sus problemas y aumenta la cohesión del grupo (“todos vamos en el mismo barco”).

Al final de esta primera sesión deben quedar claras las *normas* del grupo. Preferimos hablar de normas, horario, opciones de días para hacer el grupo, etc., al final de la sesión, porque los pacientes, si todo ha ido bien, ya se han identificado unos con otros. Al tener cierto sentido de grupo, es más probable que busquen el “bien común”. Nosotros sólo insistimos en dos normas: la puntualidad y, sobre todo, la confidencialidad. Si hay pacientes que se conocen, conviene preguntar si tienen inconveniente en hacer el grupo juntos. Si hay algún problema se puede proponer el cambio a otro grupo del último entrevistado (un método de decisión objetivo y “que se sigue siempre en el centro”).

Finalmente se propondrá alguna pequeña tarea para casa, como rellenar los cuestionarios, si no se ha hecho ya, o hacer un registro muy sencillo del pánico, la ansiedad y la depresión o del número de crisis que tengan esa semana.

También conviene aclarar que muchas personas, al prestar mayor atención a sus sensaciones y pensamientos, al recordar y hablar de sus crisis, no sólo no mejoran, sino que empeoran los primeros días. Esto es algo normal y no significa que la terapia vaya mal, sino todo lo contrario: Hasta ahora se ha estado evitando o escapando de los síntomas de ansiedad, también no pensando, distrayéndose, bebiendo

do agua o tomando una pastilla al notar el menor síntoma. Por tanto, prestarles atención para describirlos, en principio va a provocar en algunos casos un empeoramiento del cuadro clínico.

En la segunda sesión, si se propusieron tareas para casa, conviene preguntar brevemente por el resultado. Si conseguimos que los miembros del grupo se expresen brevemente, estaremos creando un modelo de trabajo que tenderá a mantenerse. Es decir, el repaso dura como mucho 15 minutos y debe dar pie a que todos comenten lo más importante de lo que han hecho o padecido. Si no hay brevedad, será imposible escuchar a todos los miembros del grupo. Además, si se permite que alguien consuma gran parte de la sesión, el modelo será menos centrado en la tarea y más en la expresión libre de problemas. No es el objetivo de este tipo de grupos. Por tanto, una pregunta abierta del tipo “¿qué tal ha ido la semana?” no es lo más indicado. Es preferible utilizar preguntas cerradas como: “¿quién ha tenido algún día una ansiedad por encima de cinco? (si mandamos un auto-registro) ¿podrías explicar brevemente qué sucedió ese día para que la ansiedad fuera tan alta?”. Preguntas de este tipo ayudan a “centrarse en la tarea” ya que nuestro objetivo es que todos puedan hablar brevemente de su registro semanal de ansiedad. Esto crea un modo de trabajo que se va a mantener a lo largo de todas las sesiones.

El esquema general de las sesiones será: repaso de tareas, realización de una actividad en el grupo (información, entrenamiento en relajación, respiración, reestructuración cognitiva, exposición a las sensaciones físicas...) retroalimentación de la actividad por parte de los miembros del grupo y nuevas tareas para completar en la semana (lectura de material escrito, práctica de las habilidades entrenadas, auto-registros, exposición...). Conviene reservar un tiempo para cada bloque que idealmente será, en términos musicales como una sonata: allegro, adagio, allegro. O sea, breve, largo, breve (repaso de tareas, entrenamiento / realimentación y nuevas tareas) Equivale a la agenda de la terapia cognitiva y se comenta al inicio de la sesión. La mejor forma de que no se lleven a cabo las tareas fuera de la sesión es no revisarlas.



## **Anexo. Programa de sesiones para la terapia grupal**

1. Sesión de consolidación del grupo y evaluación: Qué son las crisis de ansiedad y la agorafobia.

Objetivos:

- Proporcionar información básica
- Identificarse con los demás miembros del grupo.
- Aumentar la cohesión (“todos tenemos el mismo problema”).
- Establecer las normas básicas del grupo: confidencialidad y puntualidad.
- Evaluar (Cuestionarios)

2. Diferencia entre ansiedad, crisis de pánico y depresión. Importancia del pensamiento. Importancia de las sensaciones y de la conducta. Grandes grupos de técnicas en función de las diferencias.

Objetivos:

- Distinguir la anticipación y la preocupación de las crisis de ansiedad
- Distinguir depresión, ansiedad y estrés
- Comprender el sentido del aprendizaje y práctica de las distintas técnicas

Nota: Utilizar ejemplos de los propios pacientes recogidos en la sesión 1.

3. Información sobre las crisis de ansiedad: Qué es lo que NO puede pasar. Sesión de importancia fundamental

Objetivos:

- Comprender por qué se producen las crisis
- Comprender la relación de las crisis con el estrés
- Cuestionar las expectativa de peligro asociada a las crisis y a la ansiedad

4. Comienzo del aprendizaje y práctica de la relajación y la respiración. Repaso del impacto de la sesión anterior (cambio de expectativa). Si se pidió búsqueda de información, co-

mentar los resultados (por ejemplo, si un paciente obtuvo información de su médico sobre el resultado de determinadas analíticas, electros, etc. u obtuvo información fiable sobre el infarto...)

Objetivos:

- Aprender la diferencia entre tensión y relajación muscular
- Aprender a producir la respiración diafragmática
- Continuar disminuyendo la expectativa de peligro

#### 5. Relajación y respiración II. Registro de crisis como ejercicio

Objetivos:

- Agrupación muscular
- Respiración diafragmática fácil

#### 6. Relajación y respiración III. Análisis de crisis. Pensamientos automáticos.

Objetivos:

- Agrupación muscular
- Prolongar la espiración
- Distinguir los pensamientos y comienzo de su análisis

#### 7. Relajación y respiración IV. Errores cognitivos

Objetivos:

- Relajación por evocación
- Enlentecer la espiración
- Cambiar los pensamientos automáticos

#### 8. Relajación y respiración V. Exposición a las sensaciones. Reestructuración cognitiva de los pensamientos que se desencadenan antes y después de provocar las sensaciones

- Relajación aplicada
- Respiración aplicada a situaciones cotidianas
- Análisis y modificación de los pensamientos
- Provocar sensaciones similares a las de la ansiedad.

9. Relajación y respiración VI. Exposición a las sensaciones II. Reestructuración cognitiva de las distorsiones detectadas en la práctica.

Objetivos:

- Relajación rápida de pie
- Respiración aplicada a la ansiedad
- Provocar sensaciones similares a las de la ansiedad.  
Disminuir el temor

10. Provocar sensaciones mediante actividades. Estas actividades provocan sensaciones físicas similares a las de ansiedad a cualquier persona. No son situaciones agorafóbicas. Reestructuración cognitiva “in situ”

***Si no hay agorafobia:***

11. Prevención de recaídas.

Objetivos:

- Prepararse para posibles recaídas
- Tener claro el curso de acción

12. Relajación rápida de pie

***Si hay agorafobia:***

13. Exposición a situaciones agorafóbicas

Objetivos:

- Disminuir el temor asociado a situaciones agorafóbicas
- Eliminar el escape y la evitación como forma de control de la ansiedad.
- Aumentar progresivamente la autonomía del paciente
- Disminuir la dependencia de personas allegadas
- Disminuir el impacto negativo de las recaídas

Es difícil hablar aquí de una duración determinada. Depende del punto de partida y en algunos casos habrá que diseñar estrategias de exposición individualizadas hasta eliminar (si es posible) la agorafobia.



# Bibliografía

---

- ALBERT, U.; MAINA, G.; BERGESIO, C. y BOGETTO, F. (2006). "Axis I and II comorbidities in subjects with and without nocturnal panic". *Depress Anxiety*, 23(7): 422-8.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2000). *Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders: Compendium*. Washington: American Psychiatric Press.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- ANDREWS, G.; OAKLEY-BROWNE, M.; CASTLE, D.; JUDD, F. y BAILLIE, A. (2003). "Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guideline Team for Panic Disorder. Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the treatment of panic disorder and agoraphobia". *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(6): 641-56.
- ANDREWS, G. y SLADE T. (2002). "Agoraphobia without a history of panic disorder may be part of the panic disorder syndrome". *J Nerv Ment Dis.*, 190(9): 624-30.

- BARLOW, D.H. (2002). *Anxiety and Its Disorders, Second Edition: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic*. Nueva York: Guilford Press.
- BARLOW, D.H.; RAFFA, S.D. y COHEN, E.M. (2002). Psychosocial treatment for panic disorder, phobias and generalized anxiety disorder. En Nathan, P.E. y Gorman, J.M. (Ed.). *A guide to treatments that work (Second ed.)*. Oxford: Oxford University Press.
- BARLOW, D.H., y CRASKE, M.G. (1989). *Mastery of your anxiety and panic*. Albany, NY: Graywind.
- BARLOW, D.H., y CRASKE, M.G. (1999a) *Mastery of Your Anxiety and Panic (MAP-3): Client Workbook for Anxiety and Panic*. San Antonio, Texas: The Psychological Corporation.
- BARLOW, D.H., y CRASKE, M.G. (1999b) *Mastery of Your Anxiety and Panic (MAP-3): Client Workbook for Agoraphobia*. San Antonio, Texas: The Psychological Corporation.
- BECK, A.T.; EMERY, G. y GREENBERG, R.L. (1985). *Anxiety Disorders And Phobias: A Cognitive Perspective*.
- BECK, A.T., FREEMAN, A., AND DAVIS, D.D. (2003). *Cognitive Therapy of Personality Disorders*. The Guilford Press; 2ª ed.
- BECK, J. (2000). *Terapia cognitiva: conceptos básicos y profundización*. Barcelona: Gedisa.
- BERNSTEIN, D.A., y BORKOVEC, T.D. (1996). *Entrenamiento en relajación progresiva: un manual para terapeutas*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- CLARK, D.M. (1986). "A cognitive approach to panic". *Behav Res Ther*. 1986; 24(4): 461-70.
- CLARK, D.M.; SALKOVSKIS, P.M.; HACKMANN, A.; WELLS, A.; LUDGATE, J. y GELDER, M. (1999). "Brief cognitive therapy for panic disorder: a randomised controlled trial". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 67: 583-589
- CRASKE, M.G. (1999). *Anxiety Disorders: Psychological Approaches to Theory and Treatment*. Boulder, CO: Westview Press.

- CRASKE, M.G. y ROWE, M.K. (1997). "A comparison of behavioral and cognitive treatments of phobias". En G.C.L. DAVEY (Ed.), *Phobias: A handbook of theory, research and treatment*. New Jersey: John Wiley and Sons.
- CRASKE, M.G.; BARLOW, D.H. y MEADOWS, E.A. (2000). *Mastery of your anxiety and panic, third edition (MAP 3) (therapist guide)*. San Antonio, Texas: The Psychological Corporation.
- EHLERS, A. (1993). "Somatic symptoms and panic attacks: a retrospective study of learning experiences". *Behav Res Ther.*; 31(3): 269-78.
- EREN, I.; TUKEL, R.; POLAT, A.; KARAMAN, R. y UNAL, S. (2003). "Evaluation of regional cerebral blood flow changes in panic disorder with Tc99m-HMPAO SPECT". *Psychiatry Res.* 30; 123(2):1.
- GOULD, R.A.; OTTO, M.W. y POLLACK, M.H. (1995). "A meta-analysis of treatment outcome for panic disorder". *Clinical Psychology Review*; 15: 819-844.
- GRANT, B.F.; HASIN, D.S.; STINSON, F.S.; DAWSON, D.A.; GOLDSTEIN, R.B.; SMITH, S.; HUANG, B. y SAHA, T.D. (2006). "The epidemiology of DSM-IV panic disorder and agoraphobia in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions". *J Clin Psychiatry.*; 67(3): 363-74.
- HACKMANN, A. (2005). "Cognitive therapy panic and agoraphobia: working with complex cases". En TARRIER, N.; WELLS, A. y HADDOCK, G. *Treating Complex Cases: The Cognitive Behavioural Therapy Approach*. John Wiley and Sons. (v.o. 1998)
- HAWTON, K. (1989). *Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems: A Practical Guide*. Oxford: Oxford Medical Publications.
- KENDLER, K.S.; GARDNER, C.O. y PRESCOTT, C.A. (2001). "Panic syndromes in a population-based sample of male and female twins". *Psychol Med.*; 31(6): 989-1000.
- KESSLER, R.C.; CHIU, W.T.; JIN, R.; RUSCIO, A.M.; SHEAR, K. y WALTERS, E.E. (2006). "The epidemiology of panic attacks, panic disorder, and agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication". *Arch Gen Psychiatry.*; 63(4): 415-24.



- KLEIN, D.F. (1993). "False suffocation alarms, spontaneous panics, and related conditions: an integrative hypothesis". *Arch Gen Psychiatry*, 50: 306-317
- LANG, P.J. (1977). "A bio-informational theory of emotional imagery". *Psychophysiology*, 16, 495-512.
- LANGS, G.; QUEHENBERGER, F.; FABISCH, K.; KLUG, G.; FABISCH, H. y ZAPOTOCZKY, H.G. (2000). "The development of agoraphobia in panic disorder: a predictable process?". *J Affect Disord.*; 58(1): 43-50.
- LAZARUS, R.S. y FOLKMAN, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca. (V.O. 1984).
- LEAHY y HOLLAND (2000). *Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders*. Nueva York: Guilford Press.
- MASSANA, G.; SERRA-GRABULOSA, J.M.; SALGADO-PINEDA, P.; GASTO, C.; JUNQUE, C.; MASSANA, J. y MERCADER, J.M. (2003). "Parahippocampal gray matter density in panic disorder: a voxel-based morphometric study". *Am J Psychiatry*; 160(3): 566-8.
- MILLON, Th. (2002). *Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II*. Madrid: TEA.
- MORENO, P. y MARTÍN, J.C. (2004). *Dominar las crisis de ansiedad. Una guía para pacientes*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE (2004). *Anxiety. Management of anxiety (panic disorder, with or without agoraphobia, and generalised anxiety disorder) in adults in primary, secondary and community care. Clinical guideline 22*. Diciembre. Londres: NICE.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1992). *CIE-10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- OZKAN, M. y Altindag, A. (2005). "Comorbid personality disorders in subjects with panic disorder: do personality disorders increase clinical severity?". *Compr. Psychiatry*, 46(1): 20-6.
- RACHMAN, S. (1978). *Fear and courage*. San Francisco: Freeman.

- ROY-BYRNE, P.P.; STEIN, M.B. y CRASKE, M.G. (2006). "Panic disorder". *Lancet*.
- SALKOVSKIS, P.M. (1991). "The importance of behaviour in the maintenance of panic and anxiety: a cognitive account". *Behavioural Psychotherapy*, 19: 6-19.
- SMOLLER, J.W. y TSUANG, M.T. (1998). "Panic and phobic anxiety: defining phenotypes for genetic studies". *Am J Psychiatry*; 155(9): 1152-62.
- STEIN, M.B.; JANG, K.L. y LIVESLEY, W.J. (1999). "Heritability of anxiety sensitivity: a twin study". *Am J Psychiatry*; 156(2): 246-51.
- WELLS, A. (2005). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: A Practical Manual and Conceptual Guide*. New Jersey: John Wiley and Sons. (v.o. 1997).
- WHITE, K.S.; BROWN, T.A.; SOMERS, T.J. y BARLOW, D.H. (2006). Avoidance behavior in panic disorder: the moderating influence of perceived control". *Behav Res Ther*; 44(1): 147-57.
- YOUNG, J.E.; KLOSKO, J.S. y WEISHAAR M.E. (2003). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. Nueva York: The Guilford Press.

# **BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA**

## **Dirigida por Beatriz Rodríguez Vega y Alberto Fernández Liria**

2. PSICOTERAPIA POR INHIBICIÓN RECÍPROCA, por Joseph Wolpe.
3. MOTIVACIÓN Y EMOCIÓN, por Charles N. Cofer.
4. PERSONALIDAD Y PSICOTERAPIA, por John Dollard y Neal E. Miller.
5. AUTOCONSISTENCIA: UNA TEORÍA DE LA PERSONALIDAD. por Prescott Lecky.
9. OBEDIENCIA A LA AUTORIDAD. UN PUNTO DE VISTA EXPERIMENTAL, por Stanley Milgram.
10. RAZÓN Y EMOCIÓN EN PSICOTERAPIA. por Albert Ellis.
12. GENERALIZACIÓN Y TRANSFER EN PSICOTERAPIA, por A. P. Goldstein y F. H. Kanfer.
13. LA PSICOLOGÍA MODERNA, Textos, por José M. Gondra.
16. MANUAL DE TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, por A. Ellis y R. Grieger.
17. EL BEHAVIORISMO Y LOS LÍMITES DEL MÉTODO CIENTÍFICO, por B. D. Mackenzie.
18. CONDICIONAMIENTO ENCUBIERTO, por Upper-Cautela.
19. ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN PROGRESIVA, por Berstein-Berkovec.
20. HISTORIA DE LA MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA, por A. E. Kazdin.
21. TERAPIA COGNITIVA DE LA DEPRESIÓN, por A. T. Beck, A. J. Rush y B. F. Shawn.
22. LOS MODELOS FACTORIALES-BIOLÓGICOS EN EL ESTUDIO DE LA PERSONALIDAD, por F. J. Labrador.
24. EL CAMBIO A TRAVÉS DE LA INTERACCIÓN, por S. R. Strong y Ch. D. Claiborn.
27. EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA, por M.<sup>a</sup> Jesús Benedet.
28. TERAPÉUTICA DEL HOMBRE. EL PROCESO RADICAL DE CAMBIO, por J. Rof Carballo y J. del Amo.
29. LECCIONES SOBRE PSICOANÁLISIS Y PSICOLOGÍA DINÁMICA, por Enrique Freijo.
30. CÓMO AYUDAR AL CAMBIO EN PSICOTERAPIA, por F. Kanfer y A. Goldstein.
31. FORMAS BREVES DE CONSEJO, por Irving L. Janis.
32. PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL ESTRÉS, por Donald Meichenbaum y Matt E. Jaremko.
33. ENTRENAMIENTO DE LAS HABILIDADES SOCIALES, por Jeffrey A. Kelly.
34. MANUAL DE TERAPIA DE PAREJA, por R. P. Liberman, E. G. Wheeler, L. A. J. M. de visser.
35. PSICOLOGÍA DE LOS CONSTRUCTOS PERSONALES, Psicoterapia y personalidad, por Alvin W. Landfield y Larry M. Leiner.
37. PSICOTERAPIAS CONTEMPORÁNEAS, Modelos y métodos, por S. Lynn y J. P. Garske.
38. LIBERTAD Y DESTINO EN PSICOTERAPIA, por Rollo May.
39. LA TERAPIA FAMILIAR EN LA PRÁCTICA CLÍNICA, Vol. I. Fundamentos teóricos, por Murray Bowen.
40. LA TERAPIA FAMILIAR EN LA PRÁCTICA CLÍNICA, Vol. II. Aplicaciones, por Murray Bowen.
41. MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA, por Bellack y Harsen.
42. CASOS DE TERAPIA DE CONSTRUCTOS PERSONALES, por R. A. Neimeyer y G. J. Neimeyer. BIOLOGÍA Y PSICOANÁLISIS, por J. Rof Carballo.
43. PRÁCTICA DE LA TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, por A. Ellis y W. Dryden.
44. APLICACIONES CLÍNICAS DE LA TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, por Albert Ellis y Michael E. Bernard.
45. ÁMBITOS DE APLICACIÓN DE LA PSICOLOGÍA MOTIVACIONAL, por L. Mayor y F. Tortosa.
46. MÁS ALLÁ DEL COCIENTE INTELECTUAL, por Robert. J. Sternberg.
47. EXPLORACIÓN DEL DETERIORO ORGÁNICO CEREBRAL, por R. Berg, M. Franzen y D. Wedding.
48. MANUAL DE TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, Volumen II, por Albert Ellis y Russell M. Grieger.
49. EL COMPORTAMIENTO AGRESIVO. Evaluación e intervención por A. P. Goldstein y H. R. Keller.
50. CÓMO FACILITAR EL SEGUIMIENTO DE LOS TRATAMIENTOS TERAPÉUTICOS, Guía práctica para los profesionales de la salud, por Donald Meichenbaum y Dennis C. Turk.
51. ENVEJECIMIENTO CEREBRAL, por Gene D. Cohen.
52. PSICOLOGÍA SOCIAL SOCIOCOGNITIVA, por Agustín Echebarría Echeba.
53. ENTRENAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA LA RELAJACIÓN, por J. C. Smith.
54. EXPLORACIONES EN TERAPIA FAMILIAR Y MATRIMONIAL, por James L. Framo.
55. TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA CON ALCOHÓLICOS Y TOXICÓMANOS, por Albert Ellis y otros.

56. LA EMPATÍA Y SU DESARROLLO, por N. Eisenberg y J. Strayer.
57. PSICOSOCIOLOGÍA DE LA VIOLENCIA EN EL HOGAR, por S. M. Stith, M. B. Williams y K. Rosen.
58. PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO MORAL, por Lawrence Kohlberg.
59. TERAPIA DE LA RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS, por Thomas J. D'Zurilla.
60. UNA NUEVA PERSPECTIVA EN PSICOTERAPIA, Guía para la psicoterapia psicodinámica de tiempo limitado, por Hans H. Strupp y Jeffrey L. Binder.
61. MANUAL DE CASOS DE TERAPIA DE CONDUCTA, por Michel Hersen y Cynthia G. Last.
62. MANUAL DEL TERAPEUTA PARA LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL EN GRUPOS, por Lawrence I. Sank y Carolyn S. Shaffer.
63. TRATAMIENTO DEL COMPORTAMIENTO CONTRA EL INSOMNIO PERSISTENTE, por Patricia Lacks.
64. ENTRENAMIENTO EN MANEJO DE ANSIEDAD, por Richard M. Suinn.
65. MANUAL PRÁCTICO DE EVALUACIÓN DE CONDUCTA, por Aland S. Bellak y Michael Hersen.
66. LA SABIDURÍA, Su Naturaleza, orígenes y desarrollo, por Robert J. Sternberg.
67. CONDUCTISMO Y POSITIVISMO LÓGICO, por Laurence D. Smith.
68. ESTRATEGIAS DE ENTREVISTA PARA TERAPEUTAS, por W. H. Cormier y L. S. Cormier.
69. PSICOLOGÍA APLICADA AL TRABAJO, por Paul M. Muchinsky.
70. MÉTODOS PSICOLÓGICOS EN LA INVESTIGACIÓN Y PRUEBAS CRIMINALES, por David L. Raskin.
71. TERAPIA COGNITIVA APLICADA A LA CONDUCTA SUICIDA, por A. Freemann y M. A. Reinecke.
72. MOTIVACIÓN EN EL DEPORTE Y EL EJERCICIO, por Glynn C. Roberts.
73. TERAPIA COGNITIVA CON PAREJAS, por Frank M. Datillio y Christine A. Padesky.
74. DESARROLLO DE LA TEORÍA DEL PENSAMIENTO EN LOS NIÑOS, por Henry M. Wellman.
75. PSICOLOGÍA PARA EL DESARROLLO DE LA COOPERACIÓN Y DE LA CREATIVIDAD, por Maite Garaigordobil.
76. TEORÍA Y PRÁCTICA DE LA TERAPIA GRUPAL, por Gerald Corey.
77. TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO. LOS HECHOS, por Padmal de Silva y Stanley Rachman.
78. PRINCIPIOS COMUNES EN PSICOTERAPIA, por Chris L. Kleinke.
79. PSICOLOGÍA Y SALUD, por Donald A. Bakal.
80. AGRESIÓN. CAUSAS, CONSECUENCIAS Y CONTROL, por Leonard Berkowitz.
81. ÉTICA PARA PSICÓLOGOS. INTRODUCCIÓN A LA PSICOÉTICA, por Omar França-Tarragó.
82. LA COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA. PRINCIPIOS Y PRÁCTICA EFICAZ, por Paul L. Wachtel.
83. DE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL A LA PSICOTERAPIA DE INTEGRACIÓN, por Marvin R. Goldfried.
84. MANUAL PARA LA PRÁCTICA DE LA INVESTIGACIÓN SOCIAL, por Earl Babbie.
85. PSICOTERAPIA EXPERIENCIAL Y FOCUSING. LA APORTACIÓN DE E. T. GENDLIN, por Carlos Alemany (Ed.).
86. LA PREOCUPACIÓN POR LOS DEMÁS. UNA NUEVA PSICOLOGÍA DE LA CONCIENCIA Y LA MORALIDAD, por Tom Kitwood.
87. MÁS ALLÁ DE CARL ROGERS, por David Brazier (Ed.).
88. PSICOTERAPIAS COGNITIVAS Y CONSTRUCTIVISTAS, Teoría, Investigación y Práctica, por Michael J. Mahoney (Ed.).
89. GUÍA PRÁCTICA PARA UNA NUEVA TERAPIA DE TIEMPO LIMITADO, por Hanna Levenson.
90. PSICOLOGÍA. MENTE Y CONDUCTA, por M<sup>a</sup> Luisa Sanz de Acedo.
91. CONDUCTA Y PERSONALIDAD, por Arthur W. Staats.
92. AUTO-ESTIMA. Investigación, teoría y práctica, por Chris Mruk.
93. LOGOTERAPIA PARA PROFESIONALES. Trabajo social significativo, por David Guttman.
94. EXPERIENCIA ÓPTIMA. Estudios psicológicos del flujo en la conciencia, por Mihaly Csikszentmihalyi e Isabella Selega Csikszentmihalyi.
95. LA PRÁCTICA DE LA TERAPIA DE FAMILIA. Elementos clave en diferentes modelos, por Suzanne Midori Hanna y Joseph H. Brown.
96. NUEVAS PERSPECTIVAS SOBRE LA RELAJACIÓN, por Alberto Amutio Kareaga.
97. INTELIGENCIA Y PERSONALIDAD EN LAS INTERFASES EDUCATIVAS, por M<sup>a</sup> Luisa Sanz de Acedo Lizarraga.

98. TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO. Una perspectiva cognitiva y neuropsicológica, por Frank Tallis.
99. EXPRESIÓN FACIAL HUMANA. Una visión evolucionista, por Alan J. Fridlund.
100. CÓMO VENCER LA ANSIEDAD. Un programa revolucionario para eliminarla definitivamente, por Reneau Z. Peurifoy.
101. AUTO-EFICACIA: CÓMO AFRONTAMOS LOS CAMBIOS DE LA SOCIEDAD ACTUAL, por Albert Bandura (Ed.).
102. EL ENFOQUE MULTIMODAL. Una psicoterapia breve pero completa, por Arnold A. Lazarus.
103. TERAPIA CONDUCTUAL RACIONAL EMOTIVA (REBT). Casos ilustrativos, por Joseph Yankura y Windy Dryden.
104. TRATAMIENTO DEL DOLOR MEDIANTE HIPNOSIS Y SUGESTIÓN. Una guía clínica, por Joseph Barber.
105. CONSTRUCTIVISMO Y PSICOTERAPIA, por Guillem Feixas Viaplana y Manuel Villegas Besora.
106. ESTRÉS Y EMOCIÓN. Manejo e implicaciones en nuestra salud, por Richard S. Lazarus.
107. INTERVENCIÓN EN CRISIS Y RESPUESTA AL TRAUMA. Teoría y práctica, por Barbara Rubin Wainrib y Ellin L. Bloch.
108. LA PRÁCTICA DE LA PSICOTERAPIA. La construcción de narrativas terapéuticas, por Alberto Fernández Liria y Beatriz Rodríguez Vega.
109. ENFOQUES TEÓRICOS DEL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO, por Ian Jakes.
110. LA PSICOTERA DE CARL ROGERS. Casos y comentarios, por Barry A. Farber, Debora C. Brink y Patricia M. Raskin.
111. APEGO ADULTO, por Judith Feeny y Patricia Noller.
112. ENTRENAMIENTO ABC EN RELAJACIÓN. Una guía práctica para los profesionales de la salud, por Jonathan C. Smith.
113. EL MODELO COGNITIVO POSTRACIONALISTA. Hacia una reconceptualización teórica y clínica, por Vittorio F. Guidano, compilación y notas por Álvaro Quiñones Bergeret.
114. TERAPIA FAMILIAR DE LOS TRASTORNOS NEUROCONDUCTUALES. Integración de la neuropsicología y la terapia familiar, por Judith Johnson y William McCown.
115. PSICOTERAPIA COGNITIVA NARRATIVA. Manual de terapia breve, por Óscar F. Gonçalves.
116. INTRODUCCIÓN A LA PSICOTERAPIA DE APOYO, por Henry Pinsky.
117. EL CONSTRUCTIVISMO EN LA PSICOLOGÍA EDUCATIVA, por Tom Revenette.
118. HABILIDADES DE ENTREVISTA PARA PSICOTERAPEUTAS  
Vol 1. Con ejercicios del profesor  
Vol 2. Cuaderno de ejercicios para el alumno, por Alberto Fernández Liria y Beatriz Rodríguez Vega.
119. GUIONES Y ESTRATEGIAS EN HIPNOTERAPIA, por Roger P. Allen.
120. PSICOTERAPIA COGNITIVA DEL PACIENTE GRAVE. Metacognición y relación terapéutica, por Antonio Semerari (Ed.).
121. DOLOR CRÓNICO. Procedimientos de evaluación e intervención psicológica, por Jordi Miró.
122. DESBORDADOS. Cómo afrontar las exigencias de la vida contemporánea, por Robert Kegan.
123. PREVENCIÓN DE LOS CONFLICTOS DE PAREJA, por José Díaz Morfa.
124. EL PSICÓLOGO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO, por Eduardo Remor, Pilar Arranz y Sara Ulla.
125. MECANISMOS PSICO-BIOLÓGICOS DE LA CREATIVIDAD ARTÍSTICA, por José Guimón.
126. PSICOLOGÍA MÉDICO-FORENSE. La investigación del delito, por Javier Burón (Ed.).
127. TERAPIA BREVE INTEGRADORA. Enfoques cognitivo, psicodinámico, humanista y neuroconductual, por John Preston (Ed.).
128. COGNICIÓN Y EMOCIÓN, por E. Eich, J. F. Kihlstrom, G. H. Bower, J. P. Forgas y P. M. Niedenthal.
129. TERAPIA SISTÉMICA DE PAREJA Y DEPRESIÓN, por Elsa Jones y Eia Asen.
130. PSICOTERAPIA COGNITIVA PARA LOS TRASTORNOS PSICÓTICOS Y DE PERSONALIDAD, Manual teórico-práctico, por Carlo Perris y Patrick D. McGorry (Eds.).
131. PSICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA TRANSCULTURAL, Bases prácticas para la acción, por Pau Pérez Sales.
132. TRATAMIENTOS COMBINADOS DE LOS TRASTORNOS MENTALES. Una guía de intervenciones psicológicas y farmacológicas, por Morgan T. Sammons y Norman B. Schmid.
133. INTRODUCCIÓN A LA PSICOTERAPIA, El saber clínico compartido, por Randolph B. Pipes y Donna S. Davenport.

134. TRASTORNOS DELIRANTES EN LA VEJEZ, por Miguel Krassoievitch.
135. EFICACIA DE LAS TERAPIAS EN SALUD MENTAL, por José Guimón.
136. LOS PROCESOS DE LA RELACIÓN DE AYUDA, por Jesús Madrid Soriano.
137. LA ALIANZA TERAPÉUTICA, Una guía para el tratamiento relacional, por Jeremy D. Safran y J. Christopher Muran.
138. INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS EN LA PSICOSIS TEMPRANA, Un manual de tratamiento, por John F.M. Gleeson y Patrick D. McGorry (Coords.).
139. TRAUMA, CULPA Y DUELO. Hacia una psicoterapia integradora. Programa de autoformación en psicoterapia de respuestas traumáticas, por Pau Pérez Sales.
140. PSICOTERAPIA COGNITIVA ANALÍTICA (PCA). Teoría y práctica, por Anthony Ryle e Ian B. Kerr.
141. TERAPIA COGNITIVA DE LA DEPRESIÓN BASADA EN LA CONSCIENCIA PLENA. Un nuevo abordaje para la prevención de las recaídas, por Zindel V. Segal, J. Mark G. Williams y John D. Teasdale.
142. MANUAL TEÓRICO-PRÁCTICO DE PSICOTERAPIAS COGNITIVAS. Isabel Caro Gabalda.
143. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DEL TRASTORNO DE PÁNICO Y LA AGORAFOBIA. Manual para terapeutas, por Pedro Moreno y Julio C. Martín.



Este libro se terminó  
de imprimir  
en los talleres de  
RGM, S.A., en Bilbao,  
el 8 de febrero de 2007.





# Tratamiento psicológico del trastorno de pánico y la agorafobia

## Manual para terapeutas

"Para el trastorno de pánico y la agorafobia se ha desarrollado un tratamiento psicológico efectivo y que ha sido designado como tratamiento de elección de primera línea en los sistemas sanitarios de todo el mundo, y ese tratamiento es precisamente el que se presenta en este libro." — (Extraído del prólogo).

David H. Barlow, Ph.D.  
Boston University, USA

Sin duda alguna, éste es un "manual para terapeutas". Aquí se presenta el cómo se hace, es decir, la información detallada y los procedimientos y técnicas que debe llevar a cabo el profesional que desee aplicar a sus pacientes uno de los protocolos mejor validados para el tratamiento psicológico de los pacientes que sufren trastorno de pánico y agorafobia.

**Pedro Moreno** es Psicólogo especialista en Psicología Clínica. Licenciado en Psicología con premio extraordinario y Doctor en Psicología (sobresaliente *cum laude*) por la Universidad de Murcia. Actualmente es psicólogo clínico del Servicio Murciano de Salud y participa en la docencia de psicólogos internos residentes al tiempo que continúa investigando sobre la ansiedad y su tratamiento. Es autor de "Superar la ansiedad y el miedo" y coautor de "Dominar las crisis de ansiedad. Una guía para pacientes." (Ambos en esta misma editorial, colección Serendipity).

**Julio César Martín** es Licenciado en Psicología por la Universidad de Salamanca, aprueba las oposiciones de AISNA en 1985, trabajando desde entonces en la sanidad pública murciana. Actualmente ocupa el cargo de Jefe de Servicio en la Subdirección de Salud Mental del Servicio Murciano de Salud y sigue investigando sobre el tratamiento de los trastornos de ansiedad. Es coautor de "Dominar las crisis de ansiedad. Una guía para pacientes." (En esta misma editorial, colección Serendipity).



DESCLÉE DE BROUWER

ISBN 978-84-330-2128-7



9 788433 021287

[www.edesclée.com](http://www.edesclée.com)