



2008, 14(2-3), 239-251

DOCE SESIONES DE TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN CASO DE TRASTORNO DE PÁNICO CON AGORAFOBIA

Cristina M. Wood

Universidad Complutense de Madrid

Resumen: El trastorno de pánico, con y sin agorafobia, es el resultado de prestar atención e interpretar errónea y catastróficamente las sensaciones fisiológicas hasta el punto de que se viven como peligrosas (Clark et al., 1997). A continuación se expone el caso de un varón de 20 años de edad, que solicita una intervención psicológica aduciendo un problema grave de ansiedad. Padece agorafobia desde hace 3 años, sin haber sufrido ataques de pánico hasta hace 3 meses, momento a partir del cual ha comenzado a sufrir los mismos de modo inesperado y recurrente. La medicación recetada por su médico de cabecera desde entonces no favorece la remisión de los síntomas. Basándonos en el modelo cognitivo del pánico de Clark (1986), se aplicó un tratamiento cognitivo-conductual- centrándonos especialmente en la psicoeducación, el papel de los sesgos cognitivos, las anticipaciones catastrofistas y creencias irracionales acerca de las sensaciones corporales - en doce sesiones de una hora, con una periodicidad semanal, más tres sesiones de seguimiento. Se lograron alcanzar y mantener los objetivos planteados: eliminar los ataques de pánico, disminuir los niveles de ansiedad y depresión, enfrentarse a las situaciones temidas sin sufrir ansiedad (viajar en avión o en transporte público, acudir al cine o al teatro, etc.) y retirar la medicación sin sufrir recaídas. Por último, se muestran los resultados obtenidos de la evaluación pre y post tratamiento mediante el empleo de varios instrumentos de evaluación.

Palabras clave: ataques de pánico, trastorno de pánico con agorafobia, tratamiento cognitivo-conductual, sesgos cognitivos, experimento de caso único.

Abstract: Panic disorder, with and without agoraphobia, is the result of paying attention to and interpreting physiological sensations in an erroneous and catastrophic manner, up to the point that these sensations are believed to entail dangerous consequences. We present a case study of a 20 year old Psychology undergraduate student, who requests a psychological intervention due to a serious anxiety problem. He has suffered from agoraphobia for three years, without ever having experienced a single panic attack; three months ago he suffered his first and subsequent unexpected panic attacks. The drug treatment prescribed by his GP has not favoured any kind of symptom remission. Based on Clark's Cognitive Model of Panic (1986), we implemented a cognitive treatment (focusing on psychoeducation and the role played by cognitive biases, and catastrophic and irrational misinterpretations of bodily sensations), in 12 weekly, 60 minute sessions, plus three additional follow-up sessions. Successful results were obtained and maintained at follow-up: panic attacks were completely eradicated, anxiety and depression levels were reduced, feared situations were confronted without suffering anxiety (travelling by plane or public transport, going to movie theatres, etc.) and medication was discontinued without suffering a relapse. Lastly, pre and post-treatment results obtained through the use of several assessment instruments are discussed.

Key words: Panic attacks, panic disorder with agoraphobia, cognitive-behavioural treatment, cognitive biases, single-case experiment.

Title: *Twelve sessions of cognitive-behavioural treatment in a case of Panic Disorder with Agoraphobia*

Si realizamos una revisión de los estudios controlados más recientes, y los me-

ta-análisis publicados acerca de los mismos, dirigidos a evaluar la eficacia diferencial de los tratamientos psicológicos versus farmacológicos en los casos de trastorno de pánico (con o sin agorafobia), nos daremos cuenta de la superioridad del tratamiento cognitivo-conductual (TCC) a corto y largo plazo (Barlow, 1997; National Institute of

*Dirigir la correspondencia a

Cristina M. Wood

Departamento de Psicología Básica II (Procesos Cognitivos)

Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid

Campus de Somosaguas, s/n. 28223 Madrid

wood@psi.ucm.es

© Copyright 2007: de los Editores de *Ansiedad y Estrés*

Mental Health, 1993; Otto, Smits, & Reese, 2004).

El tratamiento farmacológico no siempre produce mejorías clínicas en los casos de trastorno de pánico pues, aunque su eficacia ha demostrado ser mayor que el placebo - con el uso de antidepresivos tricíclicos, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, benzodiazepinas, o inhibidores de la monoaminoxidasa (Bakker, van Balkom, Spinhoven, 2002; Bakker, van Balkom, & van Dyck, 2000; Practice guideline for the treatment of patients with panic disorder, 1998) - los resultados satisfactorios no tienden a mantenerse a largo plazo.

Igualmente, no podemos obviar que, aparte de la eficacia (validez interna) y la efectividad (validez externa o utilidad clínica), los tratamientos deben ser eficientes, o lo que es lo mismo, deben aportar mayores beneficios y menores costes que otras terapias alternativas (Otto, Pollack, & Maki, 2000). De un reciente meta-análisis, realizado a partir de 91 investigaciones, se desprende que la aplicación del TCC, tanto en los casos de trastorno de pánico como de depresión, supone un ahorro del 33% del coste final en comparación con los tratamientos farmacológicos (Hunsley, 2003).

Los únicos dos programas que cuentan con suficiente apoyo empírico como para ser calificados de "tratamientos bien establecidos" para el trastorno de pánico por parte de la Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures (1993) son: el Tratamiento del Control del Pánico (Barlow, Craske, Cerny, & Klosko, 1989) y la Terapia Cognitiva para el trastorno de pánico (Clark, 1986; Clark et al., 1999). Se encuentra que la aplicación de 12 sesiones de TCC, basado en estos dos programas, produce resultados muy satisfactorios y significativamente superiores a la aplicación de 6 sesiones de TCC o menos (Craske, Maidenberg, & Bystritsky, 1995;

Kenardy et al., 2003; Sharp, Power, & Swanson, 2000).

En apoyo a estos tratamientos protocolizados, que han demostrado ser altamente eficaces en ensayos controlados, a continuación presentamos el caso de un paciente diagnosticado de trastorno de pánico con agorafobia a quien se aplicó doce sesiones de TCC, más dos sesiones de seguimiento - al mes y a los 3 meses de haber finalizado el tratamiento - y cuyos resultados fueron altamente satisfactorios.

Método

Identificación del paciente

En el presente trabajo analizaremos el caso de M., un varón de 20 años de edad, soltero, sin hijos, estudiante de primer curso de Económicas y de nivel sociocultural/económico medio. Es el menor de tres hermanos, y el único que aún vive con sus padres. Presenta antecedentes familiares de fibromialgia y posible diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada. El padre del paciente se perfila como una persona autoritaria, agresiva, perfeccionista y escasamente afectiva.

Análisis del motivo de consulta

El motivo de consulta por el que acude el paciente es porque cree tener "un problema grave de ansiedad desde hace años". Hace tres años que evita viajar en avión y tampoco acude a salas de cine o discotecas por miedo a sufrir elevados niveles de ansiedad y no poder salir de las mismas sin que la gente lo advierta. Viajar en avión se ha convertido en una situación que evita a toda costa.

A los dos meses de iniciar sus estudios universitarios comenzó a sufrir elevados niveles de estrés y su sintomatología ansiosa aumentó (Landeró & González, 2006), motivo por el cual decidió visitar a su médico de cabecera quien le diagnosticó ago-

rafobia. A pesar de estar recibiendo un tratamiento a base de ansiolíticos y antidepresivos desde entonces, su sintomatología no ha remitido y ha comenzado a sufrir crisis de angustia, o ataques de pánico (con fuerte sensación de miedo, taquicardia, sudor, náuseas, sensación de ahogo, mareo y pérdida de control), recurrentes e inesperados, en diversos lugares, como su casa, el tren o metro, y en sitios cerrados (aulas de la facultad, centros comerciales, etc.). El paciente explica cómo “tanta gente, tanta responsabilidad, hace que me suba la ansiedad de forma descontrolada cuando salgo de casa y cojo el tren”.

Los objetivos del paciente consisten en aprender a controlar su ansiedad y “poder volver a hacer cosas normales”, como acudir a clase en transporte público, ir al cine con sus amigos, viajar, y todo ello sin sufrir miedo y malestar. Admite que abandonó el consumo de antidepresivos hace 10 días y que no quiere seguir consumiendo ansiolíticos.

Durante la primera sesión se le explica al paciente los efectos, ventajas e inconvenientes que presenta la aplicación del TCC frente a otros tipos de tratamiento, como el farmacológico o la psicoterapia. El paciente acepta recibir un TCC, se muestra motivado y con buenas expectativas de éxito al conocer los porcentajes de eficacia de dicha técnica.

Historia del problema

El paciente declara que sufrió maltrato físico y psicológico por parte de su padre, a quien describe como una persona muy rígida y severa. Afirma que la relación entre ambos siempre ha sido fría, distante, “como si fuéramos simples conocidos”. Según alega M., las elevadas exigencias de sus padres le han generado sentimientos de frustración acompañados de una fuerte sensación de fracaso y falta de control. La madre, por su parte, parece ser que manifiesta

una preocupación constante por todo, así como una actitud negativa y catastrófica ante la vida cotidiana. El paciente revela que su madre ha sido excesivamente sobreprotectora y que le ha transmitido muchos miedos e inseguridades.

M. sufrió su primer ataque de pánico en el domicilio familiar, en compañía de su madre cuando al parecer comenzó a sentirse muy inquieto, como si se sintiera encerrado y le faltara el aire. Acto seguido sintió una necesidad apremiante de salir a la calle a caminar, “a respirar oxígeno”. Su madre, al darse cuenta de su estado, lo llevó a urgencias y, una vez allí, le dieron un ansiolítico sin explicarle qué le había sucedido y qué debía hacer para que no le volviera a suceder. Durante los minutos que duró su ataque de pánico, el paciente refiere haber experimentado una intensa sensación de miedo, un notable aumento de la frecuencia cardíaca, sudores y una desagradable sensación de mareo sin conocer el motivo subyacente, lo que le generó una mayor sensación de miedo y descontrol. En los días siguientes, parece ser que se sentía inquieto y preocupado por lo ocurrido, e inesperadamente volvió a sufrir nuevos ataques de pánico, prácticamente a diario. Su elevada respuesta de ansiedad se fue generalizando a todo tipo de situaciones (e.g., antes de un examen, mientras caminaba por la calle o en casa de un amigo).

Los síntomas de ansiedad típicamente presentes en sus ataques de pánico incluyen un aumento de la frecuencia cardíaca, molestias abdominales, sensación de ahogo o falta de aliento, sudores, náuseas (presenta miedo a vomitar), movimientos repetitivos con las manos o las piernas sin una finalidad concreta, y miedo a perder el control (desde los atentados del 11-M en Madrid dice sentir que algo negativo va a suceder, alega que “algo puede no ir bien en los trenes o el metro”). Antes y durante sus ataques de pánico, además, dice sentir que

la gente “lo clava con la mirada”, y que ello le provoca una mayor sensación de miedo a hacer el ridículo.

M. siente preocupación por tener localizados los aseos y salidas de emergencia cuando acude a cualquier lugar. Al parecer, le confiere una sensación inmediata de “tener todo bajo control”, lo que le ayuda a tranquilizarse. De hecho, a menudo se ve obligado a apearse del vagón en el que está viajando, independientemente del lugar al que se dirija o de lo acuciantes que sean sus necesidades fisiológicas, para acudir al aseo más cercano y lograr de este modo tranquilizarse, demostrándose a sí mismo que “el tren no me controla”.

M. sufre de insomnio primario debido a que dedica varias horas cada noche a reparar mentalmente, con los ojos abiertos, todo lo que ha hecho durante el día y lo que debe hacer al día siguiente. Se despierta muy cansado y sale de casa sin desayunar (dice que así evita tener ganas de vomitar en el tren o metro); hasta las tres de la tarde no realiza ninguna comida.

En época de exámenes se queja de que no se concentra por culpa de la ansiedad, cada 10-15 minutos se siente forzado a levantarse, “por los nervios, no puedo quedarme ahí sentado, si me quedo me agobio”. A menudo anticipa que va a suspender, por lo que, según él mismo, llega a la indefectible conclusión de que es inútil seguir estudiando. Admite que “pierde mucho el tiempo” y que por ello ha suspendido alguna asignatura.

Durante los primeros días de clase en la facultad, al paciente le resultó difícil hacer preguntas debido a su “timidez”. Su temor a hablar en público le dificultó relacionarse adecuadamente con sus compañeros pero después de cuatro meses admite que lo va superando (para un estudio sobre la evolución del miedo a hablar en público en estudiantes universitarios véase Orejudo-Hernández, Herero-Nivela, Ramos-Gascón,

Fernández-Turrado, & Nuño-Pérez, 2007). No obstante, demuestra ser una persona con escasa asertividad. Dice sentirse incapaz de pronunciar la palabra “no” ante cualquier petición, crítica o queja por parte de sus compañeros, puesto que de lo contrario se siente muy culpable. Parece ser que este hecho le genera una gran frustración, así como fuertes sentimientos negativos hacia sí mismo.

Selección de las técnicas de evaluación

La principal técnica empleada fue la entrevista individual no estructurada, mediante la cual se confirmó el diagnóstico de trastorno de pánico con agorafobia como su principal problema, ya que los ataques de pánico no son exclusivos de este trastorno, más bien aparecen en todos los trastornos de ansiedad (APA, 2000; Roy-Byrne, Craske, & Stein, 2006).

Dadas las características del paciente, tras la primera sesión y durante un par de semanas, se solicitó al mismo que rellenara un autorregistro diario de sus síntomas de pánico, explicitando la situación (dónde y en compañía de quién), sus pensamientos (foco de atención y tipo de interpretaciones) antes y durante el ataque de pánico, así como las consecuencias de los mismos, de manera que fuera aprendiendo a autoobservar sus pensamientos.

Para la evaluación pre y postratamiento, el paciente completó los siguientes instrumentos de evaluación: Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA; Miguel-Tobal & Cano-Vindel, 2002; Wood, 2007); Inventario de Expresión de Ira Estado/Rasgo (STAXI-2; Miguel-Tobal, Casado, Cano-Vindel, & Spielberger, 2001); Cuestionario Tridimensional de la Depresión (CTD; Jiménez-García, Miguel-Tobal, & Cano-Vindel, 1996); y la subescala de “ataques de pánico y agorafobia” del Inventario de Actividades Cognitivas

en los Trastornos de Ansiedad (IACTA; Cano-Vindel & Miguel-Tobal, 2001).

Diagnóstico Clínico

Existe una historia de ataques de pánico, repetidos e inesperados, desde hace 3 meses; se cumplen más de uno de los tres criterios necesarios para diagnosticar un trastorno de angustia (inquietud persistente ante la posibilidad de tener un nuevo ataque; preocupación por las posibles consecuencias que ello pueda tener; y un cambio significativo del comportamiento relacionado con los ataques de pánico); y constatamos la presencia de agorafobia desde hace años, por lo que cabe concluir que el diagnóstico multiaxial, según criterios DSM-IV-TR (APA, 2000), es F40.01 trastorno de angustia con agorafobia [300.21], o en otras palabras, trastorno de pánico con agorafobia. No presenta diagnóstico en los ejes II, III y IV y su evaluación global de actividad, en el eje V, se sitúa en torno a 50-60 (insomnio primario, ataques de pánico frecuentes, dificultades moderadas para acudir a clase o realizar actividades placenteras, estado de ánimo depresivo, etc.).

Niveles de ansiedad, ira y depresión

En los cuestionarios utilizados, el paciente mostró niveles muy altos de emocionalidad negativa, especialmente ansiedad y depresión, como podremos ver en detalle al comparar los resultados pre y postratamiento en el apartado de Resultados. Destaca un centil 99 en el nivel general de ansiedad, medido por el ISRA, idéntico nivel en depresión, medido por el CTD, o un centil 95 en el Índice de Expresión de la Ira (que indica altos niveles de Expresión Interna y Externa, y bajos niveles de Control, tanto Interno como Externo). Las elevadas puntuaciones en ansiedad, medidas por el ISRA, son habituales en personas con algún trastorno de ansiedad, mientras que estas altas puntuaciones en depresión en el

CTD pueden ser un simple indicador de ese trastorno de ansiedad, sin que exista un trastorno depresivo mayor. A su vez, las puntuaciones de ira se explican sobre todo por la falta de asertividad.

Objetivos del tratamiento

El objetivo del tratamiento consistió en la modificación de las siguientes conductas problema: (1) disminuir el sesgo atencional e interpretativo sobre sus sensaciones corporales (Eysenck & Eysenck, 2007); (2) eliminar las conductas de evitación agorafóbica (volver a viajar en avión, acudir a sitios aglomerados como centros comerciales, salas de cine, o teatros, y viajar solo en transporte público) sin sufrir malestar; (3) eliminar el temor a marearse (debido a la creencia de que puede caer al suelo, inconsciente, sin recibir ningún tipo de ayuda y ser víctima de un robo); (4) desmitificar las creencias irracionales (necesidad excesiva de aprobación, creencia de que la historia pasada de uno es un determinante decisivo de la conducta actual, elevados niveles de perfeccionismo, etc.); (5) instaurar hábitos de alimentación saludables (realizar cinco comidas ligeras al día, sin prisas, para evitar la sensación de mareo o náuseas en el tren o metro); (6) eliminar la conducta de repasar mentalmente, de forma repetitiva (de manera que pueda dormir al menos 6 horas cada noche); (7) aumentar el control de la ira interna y externa; (8) eliminar las anticipaciones negativas ante los exámenes (aprender a organizar y optimizar su tiempo y mejorar sus hábitos de estudio); y (8) promover el uso de la conducta y comunicación asertiva.

Los objetivos del tratamiento se jerarquizaron, dedicándose las primeras sesiones de tratamiento al aprendizaje del manejo y control de la ansiedad, erradicando de este modo los ataques de pánico y recuperando los hábitos cotidianos y de ocio (ir al cine, al teatro, viajar en tren, metro o avión, visitar centros comerciales, visitar

recintos feriales, etc.) sin sufrir malestar. Y todo ello, habiendo abandonado el consumo de benzodiazepinas, puesto que éstas, además de generar una dependencia, no logran tasas de éxito superiores al 5% en pacientes con trastorno de angustia (en algún caso, ni siquiera después de más de 40 años de tratamiento), según demuestra el estudio longitudinal llevado a cabo por Rubio y López-Ibor (2007), llegando incluso a provocar un efecto rebote al abandonar su consumo, ya que no enseñan al paciente a perderle el miedo a las sensaciones fisiológicas internas.

Entre los objetivos secundarios a perseguir se incluyen los siguientes: aumentar su asertividad y su autoestima; potenciar las habilidades sociales para mejorar las relaciones interpersonales – cuya participación en la etiología y mantenimiento de los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo se ha demostrado ampliamente en diversos estudios (Felipe-Castaño & Ávila-Espada, 2007) y poder contar así con un mayor apoyo social que ayude a reducir sus niveles de estrés (Gil-Monte, Carretero, & Roldán, 2005; Moreno-Jiménez, Seminotti, Garrosa-Hernández, Rodríguez-Carvajal, & Morante-Benadero, 2005; Pozo-Muñoz, Alonso-Morillejo, Hernández-Plaza, & Martos-Méndez, 2005); aprender a controlar su ira (Pérez-Nieto, & González-Ordi, 2005), reducir sus niveles de perfeccionismo y necesidad excesiva de mantener el control, mejorar sus hábitos de sueño y de alimentación, así como aprobar las asignaturas que ha suspendido.

Todos estos objetivos se consensuaron con el paciente.

Aplicación del tratamiento

Los aspectos que abordamos al aplicar el TCC, y que coinciden en gran medida con los protocolos de los únicos dos programas bien establecidos, son:

1) psicoeducación: durante las primeras tres sesiones se facilitó una explicación di-

dáctica sobre qué es la ansiedad y cómo se manifiesta; la naturaleza de la respuesta de lucha/huida; por qué las sensaciones corporales que experimenta el paciente son normales e inofensivas; cómo los sesgos cognitivos y la necesidad excesiva de mantener el control provocan un aumento de las respuestas de ansiedad;

2) reestructuración cognitiva: identificación y modificación de los pensamientos catastrofistas respecto de las sensaciones fisiológicas y las cogniciones que subyacen a la ansiedad, desde la segunda hasta la undécima sesión;

3) técnicas de distracción y entrenamiento atencional: situar el foco de atención fuera de uno mismo, como por ejemplo, contar objetos, colores, describir texturas, escuchar sonidos, etc. (Papageorgiou & Wells, 1998; Vázquez, 2003);

4) entrenamiento en autoinstrucciones positivas: sustituir el diálogo interno del paciente por afirmaciones menos amenazantes, más positivas, realistas y adaptativas (Meichenbaum, 1977);

5) entrenamiento en respiración abdominal (Amutio, 2004; Craske, Rowe, Lewin & Noriego-Dimitri, 1997) y relajación muscular progresiva de Jacobson (1938): a partir de la cuarta sesión, aprendizaje de la respiración abdominal y la relajación de los principales músculos mediante ejercicios de tensión y relajación para reducir los niveles de activación fisiológica (González-Ordi, 1997); y

6) experimentos conductuales: a partir de la sexta sesión, una vez que el paciente entiende por qué sufre ataques de pánico, se pueden afrontar de modo gradual las situaciones temidas, sin llevar a cabo las “conductas de seguridad” (e.g., tener localizados los aseos y salidas de emergencia, apearse del tren o metro, aflojarse el botón del pantalón) con el objetivo de exponerse a dichas situaciones y desconfirmar las creencias catastrofistas acerca de la peligrosidad de las sensaciones corporales.

A pesar de que algunos autores hacen especial hincapié en la exposición interoceptiva como forma de tratar la evitación agorafóbica (Barlow & Craske, 2007), no consideramos necesario utilizar dicha técnica, y en su lugar nos apoyamos con mayor fuerza en el componente cognitivo del pánico, tal y como defienden Clark et al. (1999).

Quisiéramos resaltar que, a lo largo de toda la intervención mantuvimos un estilo socrático, formulando preguntas dirigidas a que el propio paciente descubriera las respuestas. En lugar de intentar convencerle de que sus creencias catastrofistas eran falsas e incluso absurdas, se procuró que el paciente las considerara como hipótesis a verificar en sus experimentos conductuales.

Como tareas para casa, durante las primeras sesiones de tratamiento y como parte de la psicoeducación, se recomendó la lectura de algunos capítulos de un libro divulgativo sobre ansiedad y fobias (Peurifoy, 1993). Posteriormente, se fueron comentando los mismos, al final de cada sesión de tratamiento, verificando de este modo su utilidad y comprensión.

Para instaurar hábitos de alimentación saludables se recomendó que desayunara algo ligero aunque no sintiera hambre por las mañanas y que comiera algún alimento más a media mañana para no regresar a su casa con el estómago vacío, evitando de este modo que pudiera sentir mareos en el transporte público. A su vez, se le explicó el motivo por el que no podía conciliar el sueño por las noches y se llegó a un acuerdo para que no repasara mentalmente, y de forma repetitiva, una vez en la cama, las actividades del mismo día o del día siguiente (se le dio la opción de pensar en ello y apuntarlo sobre papel, si así lo deseaba, en el transporte público de camino a su casa y durante no más de 10 minutos).

Salkovskis, Hackmann, Wells, Gelder, & Clark (2007) señalan que, cuando los pacientes con trastorno de pánico cuentan

con un modelo teórico que les permite entender el papel que juegan sus sesgos atencionales e interpretaciones catastróficas en el mantenimiento de sus ataques de pánico, entonces es más fácil que abandonen sus conductas de seguridad, de manera que la exposición pueda ayudarles a desconfirmar las creencias irracionales que mantienen acerca de la peligrosidad de sus síntomas de ansiedad. Tal como defiende Barlow (2008), resulta más eficaz exponer a las personas a sus experiencias emocionales actuales de modo que puedan aprender a manejar y regular sus emociones de forma positiva que exponerles directamente a condiciones aversivas externas sin tener en cuenta los procesos cognitivos que están moderando la experiencia.

De tal forma, a partir de la sexta sesión de tratamiento, el paciente comenzó a acudir a los lugares temidos, enfrentándose a todo tipo de situaciones, por iniciativa propia, e incluso anticipándose a las sugerencias de su psicóloga. Al haber interiorizado su modelo explicativo y confirmado por sí mismo que no se cumplían las catástrofes que pronosticaba, fue ganando confianza en sí mismo y una mayor sensación de control. Consecuentemente, el estilo atribucional del paciente fue haciéndose más positivo ante los éxitos (Sanjuán, 2007). Ello favoreció el abandono - de forma totalmente voluntaria - de la conducta de localizar los servicios públicos más cercanos. Se reforzó enormemente la conducta de afrontamiento, que en todo momento consistió en valorar la exposición a situaciones temidas como retos en lugar de como amenazas, tal y como defiende el modelo de la valoración de Lazarus y Folkman (1984). Gradualmente, comenzó a sentarse en las butacas más centrales de las salas de cine y a planear sus vacaciones en el extranjero (teniendo que viajar repetidas veces en avión).

A pesar de que diversos autores (Beck, Stanley, Baldwin, Deagle, & Averill, 1994;

Salkovskis, Clark & Hackmann, 1991) han demostrado que la reestructuración cognitiva puede ser eficaz incluso en ausencia de cualquier tipo de exposición interoceptiva o situacional, ni siquiera la de los experimentos conductuales, consideramos que la exposición a las situaciones temidas reafirma, aún más si cabe, la re-evaluación de los estímulos amenazantes como estímulos benignos e inofensivos.

Durante la octava sesión, se trabajó el entrenamiento en solución de problemas (D'Zurilla & Goldfried, 1971; Fernández-López & Iruarrizaga, 2005) para después discutir los pros y contras de anticipar negativamente (por ejemplo, durante sus horas de estudio en época de exámenes) y se revisaron e implantaron nuevos hábitos de estudio. Durante la misma sesión se comentaron las ventajas e inconvenientes de acceder siempre a las peticiones de los demás debido a su evidente falta de asertividad. Además, se dedicó un par de sesiones más al entrenamiento en habilidades sociales (para fomentar el hecho de hacer y recibir críticas, incrementar el apoyo social y adquirir, a su vez, comportamientos asertivos) y el control de la ira.

La undécima sesión se centró en la prevención de recaídas, consistente en repasar todas las técnicas y herramientas que se habían utilizado a lo largo del tratamiento.

En la duodécima y última sesión, se realizó una devolución de los resultados obtenidos a través de los instrumentos de evaluación que el paciente cumplimentó por segunda vez, contrastando los mismos con las impresiones del paciente. Además de indicarle qué áreas requerían especial atención y precaución por su parte, se reforzó al paciente muy positivamente por todos los logros alcanzados. Se acordó mantener tres sesiones de seguimiento (al mes, a los tres y a los seis meses) para corroborar el mantenimiento de los objetivos.

Resultados

Los resultados obtenidos en este caso reflejan la aplicabilidad y elevada eficacia del TCC para el trastorno de pánico con agorafobia, pues tras doce sesiones de una hora se consiguió eliminar por completo dicho trastorno, al haber desaparecido los ataques de pánico y las evitaciones agorafóbicas.

Además, los inventarios utilizados reflejaron una gran disminución de la emocionalidad negativa, que era muy alta antes del tratamiento. En el Gráfico 1 se recogen las puntuaciones centiles del ISRA correspondientes al pre y postratamiento. Tal y como puede observarse, se ha producido una importante disminución en el triple sistema de respuesta de ansiedad (Cognitivo, Fisiológico y Motor), el rasgo o nivel general de ansiedad, así como en las cuatro áreas situacionales o rasgos específicos que evalúa el ISRA (ansiedad ante situaciones de Evaluación, Interpersonales, Fóbicas y Cotidianas).

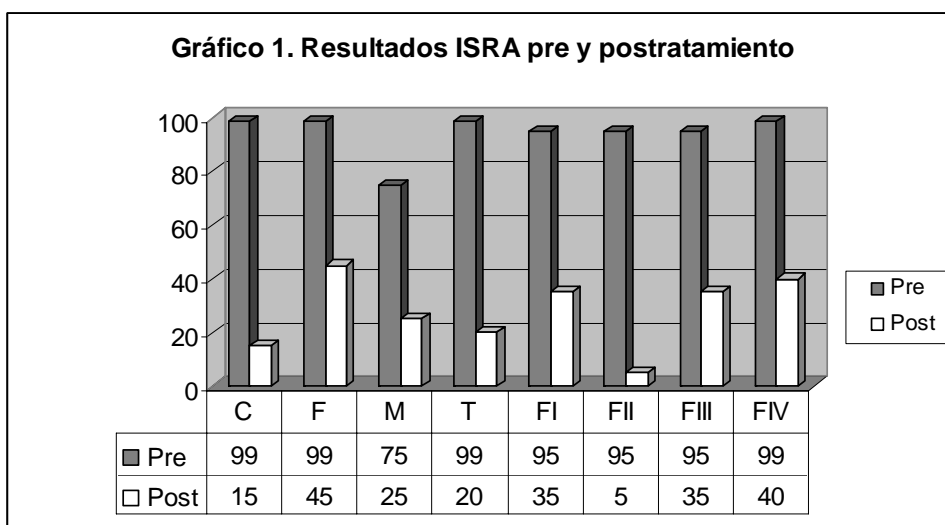
Nos gustaría destacar que el conocimiento adquirido por el paciente acerca de la influencia que las variables cognitivas tienen sobre la activación fisiológica ha jugado un papel central en la notable mejoría clínica que ha experimentado. El paciente, al comprender que era precisamente su forma de atender e interpretar catastróficamente sus sensaciones corporales la que estaba provocando los elevados y desagradables síntomas de ansiedad (eje central del tratamiento llevado a cabo), dejó de sufrir ataques de pánico desde la primera sesión. Al ir disminuyendo su activación fisiológica y su temor a la misma, consecuentemente, fue recuperando aquellas actividades que anteriormente le resultaban gratificantes, así como un estilo de vida similar al que tenía antes de las evitaciones. Actualmente, el paciente es capaz de acudir a salas de cine y de teatro, centros comerciales, presentarse a exámenes en aulas de grandes dimensiones, o volar en avión, sin sufrir

elevados niveles de ansiedad e incluso disfrutando de la situación. Por todo ello, podemos afirmar que la intervención ha logrado los objetivos primarios planteados previamente en tan sólo doce sesiones.

Además, se han conseguido los objetivos secundarios que nos habíamos propuesto. La relación con sus padres se ha visto muy favorecida; actualmente se comunican de forma más fluida, profundizando incluso en temas emocionales. Según refiere el paciente, sus relaciones sociales han mejorado notablemente y se siente cada vez más apoyado por sus compañeros de la facultad. El entrenamiento en habilidades sociales ha resultado ser de gran utilidad ya que el paciente dice sentirse orgulloso de sí mismo al ver cómo, gradualmente, reacciona de forma más positiva y con sentido del humor ante las críticas de los demás y se da cuenta de que sus amistades no reaccionan tan negativamente como él se esperaba cuando les hace una crítica constructiva o les da una negativa. A su vez, refiere que es capaz de ser mucho más asertivo y sufrir menores niveles de culpabilidad y frustración, lo que le genera un estado de ánimo más positivo.

Este resultado tiene su reflejo en los cambios ocurridos en uno de los inventarios utilizados. Como puede observarse en el Gráfico 2, sus puntuaciones centiles en Control de la Ira Externa e Interna (medidos a través del STAXI-2), en el pre y post-tratamiento han aumentado significativamente (del centil 15 al 70 y del centil 20 al 95, respectivamente).

Los niveles de depresión, medidos a través del CTD, han disminuido de forma importante, coincidiendo, una vez más, con las afirmaciones del propio paciente. Nos parece relevante comentar que, de forma indirecta, los síntomas depresivos fueron remitiendo conforme el paciente iba recuperando las actividades cotidianas y de ocio sin sufrir ansiedad y comprobando que era capaz de hacer nuevas amistades. Diversos estudios demuestran que los tratamientos psicológicos dirigidos a un trastorno de ansiedad específico – como el trastorno de pánico con o sin agorafobia – producen una mejoría significativa en los trastornos del estado de ánimo o trastornos de ansiedad comórbidos – como, por ejemplo, el trastorno de ansiedad generalizado o la depresión mayor - que no son abordados de



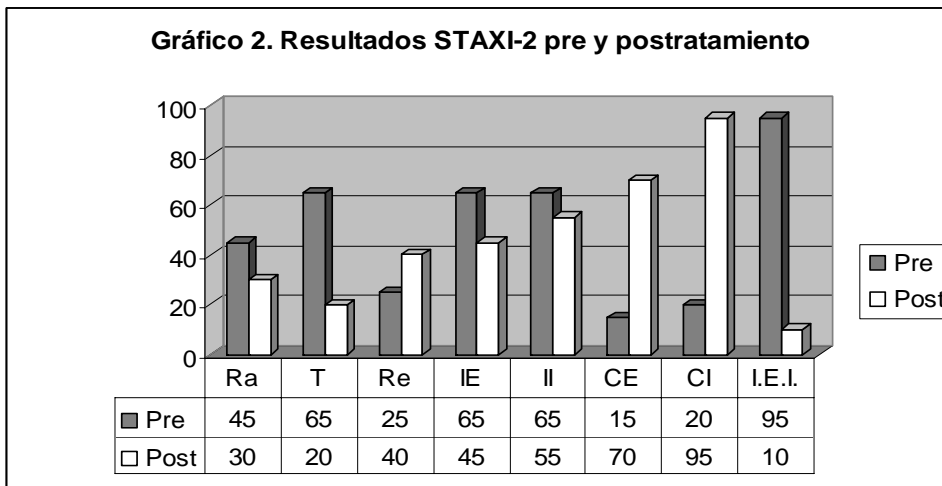
C=Cognitivo; F=Fisiológico; M=Motor; T=Total; F1=Evaluación; F2=Interpersonal; F3=Fóbica; F4=Cotidiana

forma específica por dichos tratamientos (para una revisión véase Barlow, Allen, & Choate, 2004). En el Gráfico 3 se refleja la puntuación total del CTD correspondiente al pre y postratamiento (centil 99 y centil 35, respectivamente).

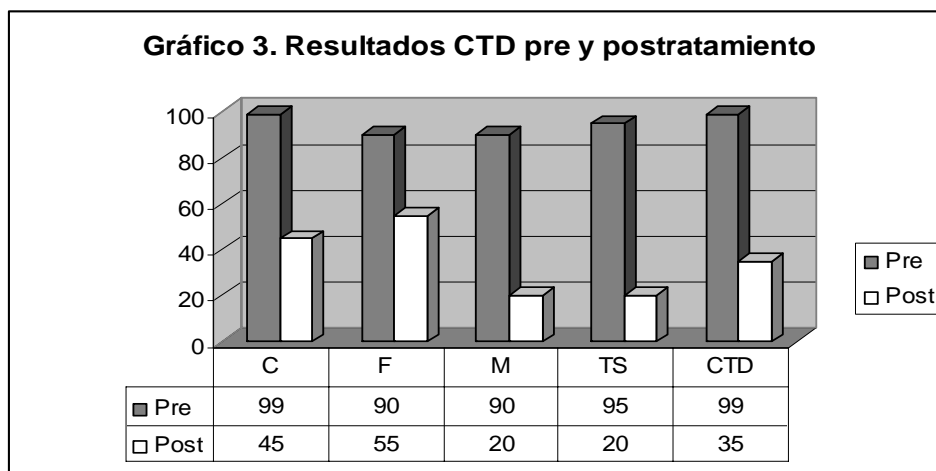
La subescala de ataques de pánico y agorafobia del IACTA no se encuentra baremada a día de hoy, por lo que no podemos transformar las puntuaciones directas en centiles. No obstante, sí señalaremos

que las puntuaciones directas en el pre y postratamiento, sobre un total de 112 puntos, fueron 52 y 31, respectivamente, lo que refleja una disminución de un 40,4% en la actividad cognitiva relacionada con sus ataques de pánico y agorafobia. Esto indica una disminución de los pensamientos que están relacionados con su sesgo atencional e interpretativo.

Después de un consumo diario de benzodiazepinas durante tres meses el pa-



Ra= Rasgo de Ira; T= Temperamento; Re= Reacción; IE= Ira Externa; II= Ira Interna; CE= Control Externo; CI= Control Interno; I.E.I.= Índice de Expresión de la Ira.



C= Cognitivo; F= Fisiológico; M= Motor; TS= Tendencia Suicida; CTD= Puntuación total.

ciente abandonó, bajo la supervisión de su médico, el consumo de las mismas, sin sufrir por ello ningún ataque de pánico.

Seguimiento

A día de hoy, se ha llevado a cabo un seguimiento al mes, a los tres y a los seis meses de la finalización del tratamiento. Los resultados no sólo se han mantenido en el tiempo, sino que incluso han ido mejorando. El paciente ha volado en avión en repetidas ocasiones sin sufrir malestar alguno. Ha continuado exponiéndose a situaciones como sentarse en la butaca central de diferentes salas de cine, viajar en metro en distintas ciudades europeas, acudir a lugares que antes evitaba, relatando con asombro cómo, cada vez, le resulta más lejana la sensación de ansiedad.

Discusión

Es importante señalar que el paciente mostró una actitud muy colaboradora, siguiendo las pautas indicadas y llevando a cabo todas las tareas para casa con gran motivación. La comunicación entre psicólogo y paciente vía correo electrónico resultó también de gran apoyo.

De conformidad con lo señalado en la literatura científica más reciente, incluidos los meta-análisis más potentes, suelen ser necesarias un mínimo de 8-12 sesiones, una vez por semana, de una hora de duración como mínimo, dirigidas por un psicólogo de orientación cognitivo-conductual, si se quiere lograr, con cierta seguridad (alrededor del 80%), unos beneficios terapéuticos a largo plazo. En nuestro caso particular, fueron necesarias 12 sesiones de TCC, más tres de seguimiento para conseguir los objetivos terapéuticos formulados.

Dentro de las limitaciones de este tratamiento podríamos destacar el hecho de que las dos primeras sesiones de seguimiento se llevaron a cabo vía contacto tele-

fónico, en lugar de realizarlas en persona. Nuestra intención es poder llevar a cabo en persona el cuarto y último seguimiento al año de haber finalizado el tratamiento. A pesar de que los resultados han sido satisfactorios, éstos no se pueden generalizar dado que estamos ante un experimento de caso único. Desde luego, hubiera sido deseable comentar varios casos más de trastorno de pánico, con o sin agorafobia, preferiblemente con pacientes de ambos sexos y de diversas edades para poder así contrastar las diferencias observadas según el sexo, la edad o la cronicidad. Si M., en lugar de haber sufrido ataques de pánico durante 2 meses, los hubiera sufrido durante años (como suele ser lo habitual en los pacientes que acuden a consulta) posiblemente el tratamiento hubiera requerido un número mayor de sesiones.

En la última década están proliferando las investigaciones de neuroimagen que demuestran que el tratamiento cognitivo modula la respuesta de la corteza prefrontal y la amígdala, desechando las emociones negativas e incrementando las emociones positivas no sólo en trastornos del estado de ánimo sino en distintos trastornos de ansiedad, como el trastorno de pánico (Derubeis, Siegle, & Hollon, 2008; Johanson, Risberg, Tucker, & Gustafson, 2006; Sakai et al., 2006; Schwartz, 1998). Son necesarias muchas más investigaciones de esta índole que corroboren la eficacia del tratamiento cognitivo.

No quisiéramos terminar sin antes destacar la importancia de que los psicólogos clínicos, como profesionales de la salud, utilicemos sistemáticamente los tratamientos que han sido demostrados como los más eficaces, para dar así una atención de calidad a los pacientes. Tal es el caso del TCC para los casos de trastorno de pánico, con o sin agorafobia, ya que cuenta con suficiente apoyo empírico para ser considera-

do un tratamiento eficiente, efectivo y eficaz.

Artículo recibido: 30-07-2008
aceptado: 16-09-2008

Referencias bibliográficas

- Abramowitz, J. S., Khandker, M., Nelson, C. A., Deacon, B. J., & Rygwall, R. (2006). The role of cognitive factors in the pathogenesis of obsessive-compulsive symptoms: A prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, *44*, 1361-1374.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text revision). Washington, DC: Author.
- Amutio, A. (2004). Relajación y emociones positivas. *Ansiedad y Estrés*, *8*, 59-71.
- Bakker, A., van Balkom, A.J., & Spinhoven, P. (2002). SSRIs vs. TCAs in the treatment of panic disorder: a meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand*, *106*, 163-167.
- Bakker, A., van Balkom, A. J., & van Dyck, R. (2000). Selective serotonin reuptake inhibitors in the treatment of panic disorder and agoraphobia. *Int Clin Psychopharmacol, Special Issue: Selective serotonin reuptake inhibitors in the anxiety disorders*, *15*, S25-S30.
- Barlow, D. H. (1997). Cognitive-behavioral therapy for panic disorder: current status. *J Clin Psychiatry*, *58 Suppl 2*, 32-36.
- Barlow, D. H. (2008). One treatment for emotional disorders? *Monitor on Psychology*, *39*, 26.
- Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, *35*, 205-230.
- Barlow, D. H. & Craske, M. G. (2007). *Mastery of your anxiety and panic: Therapist Guide* (4th ed.). New York: Oxford University Press.
- Barlow, D. H., Craske, M. G., Cerny, J. A., & Klosko, J. S. (1989). Behavioral treatment of panic disorder. *Behav Ther*, *20*, 261-282.
- Beck, A. T., Stanley, M. A., Baldwin, L. E., Deagle, E. A., & Averill, P. M. (1994). Comparison of cognitive therapy and relaxation training for panic disorder. *J Consult Clin Psychol*, *62*, 818-826.
- Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behav Res Ther*, *24*, 461-470.
- Clark, D. M., Salkovskis, P. M., Hackmann, A., Wells, A., Ludgate, J., & Gelder, M. (1999). Brief cognitive therapy for panic disorder: a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol*, *67*, 583-589.
- Craske, M. G., Maidenberg, E., & Bystritsky, A. (1995). Brief cognitive-behavioral versus nondirective therapy for panic disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, *26*, 113-120.
- Craske, M. G., Rowe, M., Lewin, M., & Noriega-Dimitri, R. (1997). Interoceptive exposure versus breathing retraining within cognitive-behavioural therapy for panic disorder with agoraphobia. *Br J Clin Psychol*, *36*, 85-99.
- DeRubeis, R. J., Siegle, G. J., & Hollon, S. D. (2008). Cognitive therapy versus medication for depression: treatment outcomes and neural mechanisms. *Nat Rev Neurosci*, *9*, 788-796.
- D' Zurilla, T. & Goldfried, M. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of abnormal psychology*, *78*, 107-126.
- Eysenck, M. W. & Eysenck, W. (2007). Four-factor theory and the anxiety disorders. *Ansiedad y Estrés*, *13*, 283-289.
- Felipe-Castaño, E., & Ávila-Espada, A. (2007). Un análisis interpersonal de la ansiedad y la depresión: parecidos y diferencias en el circumplex interpersonal. *Ansiedad y Estrés*, *13*, 77-87.
- Fernández-López, V., & Iruarizaga, I. (2005). Intervención psicológica en la toma de decisiones: un caso clínico. *Ansiedad y Estrés*, *11*, 291-301.
- Gil-Monte, P. R., Carretero, N., & Roldán, M. D. (2005). Algunos procesos psicosociales sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. *Ansiedad y Estrés*, *11*, 281-290.
- González-Ordi, H. (1997). El proceso de la relajación: aspectos antecedentes, mediadores y consecuentes de las técnicas de tensión-distensión, respiración y sugestión. *Ansiedad y Estrés*, *3*, 155-175.
- Hunsley, J. (2003). Cost effectiveness and medical cost-offset considerations in psychological service provision. *Canadian Psychology*, *44*, 61-73.
- Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation*. Chicago: University of Chicago Press.
- Jiménez-García, G. I., Miguel-Tobal, J. J., & Cano-Vindel, A. (1996). *Cuestionario Tridimensional de la Depresión*. Departamento de Psicología Básica II (Procesos Cognitivos). Facultad de Psicología: U. Complutense.
- Johanson, A., Risberg, J., Tucker, D. M., & Gustafson, L. (2006). Changes in frontal lobe activity with cognitive therapy for phobia. *Appl Neuropsychol*, *13*, 34-41.

- Kenardy, J. A., Dow, M. G., Johnston, D., Newman, M. G., Thomson, A., & Taylor, C. B. (2003). A comparison of delivery methods of cognitive-behavioral therapy for panic disorder: an international multicenter trial. *J Consult Clin Psychol*, *71*, 1068-1075.
- Landero, R., & González, T. (2006). Síntomas psicósomáticos y teoría transaccional del estrés. *Ansiedad y Estrés*, *12*, 45-61.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.
- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-Behavior Modification*. New York: Plenum.
- Miguel-Tobal, J. J. & Cano-Vindel, A. (2002). *Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad (ISRA): Manual*. Madrid: TEA.
- Moreno-Jiménez, B., Seminotti, R., Garrosa-Hernández, R., E., Rodríguez-Carvajal, R., & Morante-Benadero, M. E. (2005). El burnout médico: la ansiedad y los procesos de afrontamiento como factores intervinientes. *Ansiedad y Estrés*, *11*, 87-100.
- National Institute of Mental Health (1993). *Understanding panic disorder*. Washington, D.C.: U.S. Department of Health and Human Services.
- Orejudo-Hernández, S., Herero-Nivela, M. L., Ramos-Gascón, T., Fernández-Turrado, T., & Nuño-Pérez, J. (2007). Evolución del miedo a hablar en público en estudiantes universitarios. Predictores de cambio a lo largo de un curso académico. *Ansiedad y Estrés*, *13*, 89-102.
- Otto, M. W., Pollack, M., H., & Maki, K. M. (2000). Empirically supported treatments for panic disorder: Costs, benefits, and stepped care. *J Consult Clin Psychol*, *68*, 556-563.
- Otto, M. W., Smits, J.A.J., & Reese, H.E. (2004). Cognitive-behavioral therapy for the treatment of anxiety disorders. *J Clin Psychiatry*, *65*(Suppl 5), 34-41.
- Papageorgiou, C. & Wells, A. (1998). Effects of attention training on hypochondriasis: a brief case series. *Psychol Med*, *28*, 193-200.
- Pérez-Nieto, M. Á., & González-Ordi, H. (2005). La estructura afectiva de las emociones: un estudio comparativo sobre la Ira y el Miedo. *Ansiedad y Estrés*, *11*, 141-155.
- Peurifoy, R. Z. (1993). *Venza sus temores: ansiedad, fobias y pánico*. Barcelona: Robinbook.
- Pozo-Muñoz, C., Alonso-Morillejo, E. Hernández-Plaza, S., & Martos-Méndez, M. J. (2005). Determinantes de la satisfacción laboral en trabajadores de la Administración Pública: el valor de las relaciones interpersonales en el lugar de trabajo. *Ansiedad y Estrés*, *11*, 247-264.
- Practice guideline for the treatment of patients with panic disorder. Work Group on Panic Disorder. American Psychiatric Association (1998). *Am J Psychiatry*, *155*(5 Suppl), 1-34.
- Roy-Byrne, P. P., Craske, M. G. & Stein, M. B. (2006). Panic Disorder. *Lancet*, *368*, 1023-1032.
- Rubio, G. & Lopez-Ibor, J. J., Jr. (2007). What can be learnt from the natural history of anxiety disorders? *Eur Psychiatry*, *22*, 80-86.
- Sakai, Y., Kumano, H., Nishikawa, M., Sakano, Y., Kaiya, H., Imabayashi, E., et al. (2006). Changes in cerebral glucose utilization in patients with panic disorder treated with cognitive-behavioral therapy. *Neuroimage*, *33*, 218-226.
- Salkovskis, P., Clark, D., & Hackmann, A. (1991). Treatment of panic attacks using cognitive therapy without exposure or breathing retraining. *Behav Res Ther*, *29*, 161-166.
- Salkovskis, P. M., Hackmann, A., Wells, A., Gelder, M. G., & Clark, D. M. (2007). Belief disconfirmation versus habituation approaches to situational exposure in panic disorder with agoraphobia: A pilot study. *Beh Res Ther*, *45*, 877-885.
- Sanjuán, P. (2007). Estilos explicativos, bienestar psicológico y salud. *Ansiedad y Estrés*, *13*, 203-214.
- Schwartz, J. M. (1998). Neuro-anatomical aspects of cognitive-behavioural therapy response in obsessive-compulsive disorder. An evolving perspective on brain and behaviour. *Br J Psychiatry*, *35*, 38-44.
- Sharp, D. M., Power, K. G., & Swanson, V. (2000). Reducing therapist contact in cognitive behaviour therapy for panic disorder and agoraphobia in primary care: Global measures of outcome in a randomised controlled trial. *Br J Gen Pract*, *50*, 963-968.
- Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures (1993). *A report adapted by the APA Division 12 Board*. Washington: APA, 1-17.
- Vázquez, C. (2003). *Técnicas cognitivas de intervención clínica*. Madrid: Síntesis.
- Wood, C. M. (2007). Los trastornos de ansiedad en las publicaciones de autores españoles. *Ansiedad y Estrés*, *13*, 153-161.