



UNIVERSITAT DE BARCELONA



Facultat de Psicologia.
Departament de Personalitat, Avaluació
i Tractament Psicològics.

AGORAFOBIA Y PÁNICO

Arturo Bados López

5 de diciembre de 2005

ÍNDICE

NATURALEZA.....	2
Situaciones evitadas y/o temidas.....	2
Miedo al miedo.....	4
Los ataques de pánico	5
TIPOS DE TRASTORNO DE PÁNICO/AGORAFOBIA.....	9
EDAD DE COMIENZO Y CURSO	10
FRECUENCIA.....	11
PROBLEMAS ASOCIADOS	14
GÉNESIS Y MANTENIMIENTO.....	17
Adquisición del miedo a las situaciones agorafóbicas	17
Situaciones temidas e hipervigilancia de estímulos amenazantes.....	18
Eventos estresantes.....	19
Características personales y experiencias durante la infancia.....	19
Ansiedad elevada.....	21
Hiperventilación	21
Activación fisiológica, sensaciones corporales	22
Interpretación de las sensaciones como señal de peligro y ansiedad/pánico	23
Factores mediadores de la interpretación de peligro	25
Trastorno bioquímico e influencia genética	25
Escape y evitación de las situaciones temidas.....	26
EVALUACIÓN.....	28
Entrevista.....	29
Cuestionarios generales sobre ansiedad y/o evitación agorafóbicas.....	30
Cuestionarios generales sobre sensaciones, cogniciones y ataques de pánico.....	32
Autoinformes obtenidos en situaciones temidas	34
Cuestionarios de discapacidad	35
Autorregistros.....	35

Observación.....	36
Escalas de calificación clínica.....	37
Evaluación por parte de personas significativas.....	38
Examen médico.....	38
Evaluación de la significación clínica.....	39
Nivel de mejora.....	40
Estado final de funcionamiento.....	41
TRATAMIENTO PSICOLÓGICO.....	42
Exposición en vivo.....	43
Variables que afectan a la exposición en vivo.....	46
Guías para la exposición en vivo.....	52
Eficacia de la exposición en vivo y adiciones a la misma.....	58
Eficacia de la terapia cognitivo-conductual.....	63
Terapia conductual y cognitivo-conductual: utilidad clínica.....	72
Variables predictoras de los resultados.....	78
Tratamiento del trastorno de pánico sin agorafobia o con agorafobia leve.....	81
TRATAMIENTO MÉDICO.....	85
RECAPITULACIÓN.....	90
TABLAS.....	92
REFERENCIAS.....	109

NATURALEZA

Puede definirse brevemente la agorafobia como un **miedo y evitación de lugares públicos y de estar fuera de casa basados en la anticipación de experimentar niveles elevados de ansiedad o ataques de pánico**. La *American Psychiatric Association* (1994) define la agorafobia en el DSM-IV como el miedo a estar en lugares o situaciones de los cuales pueda ser difícil o embarazoso escapar o en los cuales pueda no disponerse de ayuda en el caso de tener un ataque de pánico o síntomas similares a los del pánico (mareo, caída, despersonalización, desrealización, pérdida del control de esfínteres, vómito, molestias cardíacas). Como consecuencia de este miedo, la persona evita las situaciones temidas, las soporta con gran ansiedad o necesita ser acompañada.

Pueden distinguirse **varios componentes** en la agorafobia: evitación de situaciones temidas (tanto las típicas agorafóbicas como las que producen sensaciones temidas), conductas defensivas durante las mismas, miedo a dichas situaciones (ansiedad fóbica), ansiedad anticipatoria (preocupación por tener un ataque de pánico o una fuerte ansiedad, expectativa o anticipación de que ocurrirá un ataque de pánico o una fuerte ansiedad), miedo al miedo (miedo a las reacciones somáticas asociadas con la ansiedad, cogniciones catastróficas), ataques de pánico o síntomas similares a los del pánico (mareo, vómito, molestias cardíacas, pérdida de control de esfínteres, despersonalización, desrealización) e interferencia o deterioro producido por el trastorno.

SITUACIONES EVITADAS Y/O TEMIDAS

Ejemplos de situaciones temidas y evitadas en la agorafobia son cines y teatros, supermercados, clases, grandes almacenes, restaurantes, museos, ascensores, auditorios o estadios, aparcamientos, lugares altos, lugares cerrados (p.ej., túneles), espacios abiertos exteriores (campos, ca-

lles anchas, patios) o interiores (grandes habitaciones, vestíbulos), viajar en autobuses, trenes, metros, aviones, barcos, conducir o viajar en coche (en cualquier momento o en autopistas o vías rápidas), hacer colas, cruzar puentes, fiestas o encuentros sociales, andar por la calle, quedarse en casa solo, estar lejos de casa. Existe una gran idiosincrasia en el número y tipo de situaciones temidas y evitadas y en la gravedad del temor y evitación.

Junto a las situaciones agorafóbicas típicas, los pacientes también pueden evitar otras que pueden tener asociadas con pánico o ansiedad, ya sea por experiencias previas o por las **sensaciones temidas que producen**. Ejemplos son tomar baños calientes o saunas, acudir a clases de gimnasia, hacer ejercicio intenso, permanecer en ambientes calurosos y cargados, montar en las atracciones *movidas* de feria, beber café cargado o alcohol, ver películas dramáticas o de terror, ver espectáculos deportivos emocionantes, tener relaciones sexuales, participar en discusiones, enfadarse, coger ascensores rápidos, bailar, utilizar secadores de peluquería y tomar comidas pesadas. Mientras los agorafóbicos moderados y graves evitan ambos tipos de situaciones, los pacientes con trastorno de pánico con agorafobia leve o sin agorafobia tienden a evitar este segundo tipo de situaciones.

El miedo y evitación de las situaciones agorafóbicas son influidos por múltiples factores: distancia desde casa, compañía de una persona, animal u objeto en quien se confía, cercanía a un lugar o zona de seguridad (hospital, consulta médica, salida de un sitio), número de personas presentes, ocurrencia de eventos estresantes, preocupaciones, fatiga y enfermedades, estado emocional (el enfado puede reducir la conducta de evitación, mientras que la depresión la aumenta), anticipación de una situación temida, cambios hormonales, toma de alcohol, fármacos o drogas, tiempo atmosférico (el calor y la lluvia pueden ser agravantes), luz (si es intensa, ya sea solar o fluorescente, parece ser perturbadora), ejercicio, hablar de los propios problemas con una persona de confianza, centrar la atención en algo diferente, considerar las cosas razonablemente y probabilidad percibida de sufrir ansiedad intensa/pánico en un día o momento dado. Todos estos factores influyen en las sensaciones corporales experimentadas, de modo que cuantas más sensaciones temidas aparezcan, más miedo y evitación habrá.

No siempre las situaciones se evitan, sino que en ocasiones se afrontan con ansiedad o mediante el empleo de **conductas defensivas** manifiestas o cognitivas que los sujetos utilizan para reducir la ansiedad y prevenir o manejar la amenaza asociada con la ansiedad/pánico. Así, un agorafóbico que piensa que puede desmayarse en un supermercado puede agarrarse fuertemente al carrito, tensar sus piernas o sentarse. Otros ejemplos de conductas defensivas son ir acompañado por una persona de confianza o animal doméstico, tomar medicación, beber alcohol, beber agua, comer algo, fumar, llevar objetos tranquilizadores (medicación, sales amoniacales, antiácidos, bolsa de papel, símbolos religiosos), llevar un teléfono móvil, pensar que hay un hospital o salida cerca o localizarlo, distraerse (p.ej., no mirar dónde se está, pensar que se está en otro sitio, hacer juegos mentales), conversar con otros, llevar gafas de sol, emplear respiración o relajación, ver TV, leer, escuchar música, sentarse, comprar sólo a ciertas horas, conducir lentamente o sólo por el carril de la derecha, agarrar fuertemente el volante, mantenerse cerca de la pared, rezar, ir al váter a la más mínima sensación intestinal, escapar de la situación. Estas conductas defensivas producen alivio inmediato, pero **contribuyen a mantener la ansiedad e impiden la disconfirmación de las interpretaciones de amenaza**, ya que por una parte imposibilitan el procesamiento de las amenazas percibidas y por otra la persona cree que ha evitado el desastre gracias a las conductas defensivas pertinentes; además, estas restringen el estilo de vida de los pacientes.

Hay que tener en cuenta que tanto las conductas de evitación total de las situaciones como las conductas defensivas van dirigidas a prevenir los peligros anticipados (infarto, desmayo), pero las últimas no conllevan la evitación de las situaciones agorafóbicas. Otros autores como Salkovskis y cols. (1999) consideran dentro del término de conductas defensivas o conductas de búsqueda de seguridad a la evitación de las situaciones temidas, al escape de las mismas y a las conductas que

ocurren en una situación con la intención de prevenir la catástrofe anticipada.

En los casos graves los sujetos pueden pasar la mayor parte del tiempo en casa en compañía de familiares y llegar incluso al enclaustramiento total en casa. El miedo o ansiedad no aparece sólo cuando la persona se encuentra en las situaciones temidas, sino también al anticipar estas situaciones, una ansiedad intensa/pánico y/o las consecuencias temidas. Esta **ansiedad anticipatoria** puede ser peor que la ansiedad experimentada en la situación temida.

MIEDO AL MIEDO

Los agorafóbicos tienen miedo de aquellas situaciones en las que consideran que pueden tener sensaciones somáticas de ansiedad o ataques de pánico o en las que creen que pueden ocurrir consecuencias dañinas o catastróficas. Por ello, otro elemento fundamental del cuadro agorafóbico es el *miedo al miedo*, el cual tiene dos componentes o dimensiones:

- **Miedo a las reacciones somáticas o activación fisiológica asociadas con la ansiedad.** Este miedo surge en las situaciones externas temidas, pero puede darse también en otras situaciones como consecuencia del calor, hambre, fatiga, actividad enérgica, estrés, enfermedad, falta de sueño, pensamientos perturbadores u otros factores que produzcan activación fisiológica. Posibles reacciones somáticas temidas son las de los ataques de pánico (véase más abajo), piernas inseguras o poco firmes, tensión, dolor o malestar en el estómago, nudo en el estómago o en la garganta, debilidad, visión borrosa o deformada, rigidez, tensión o dolor muscular y malestar intestinal.

Un dato interesante a tener en cuenta es que las sensaciones experimentadas pueden variar en función de la situación; p.ej., mareo al conducir y sensación de atragantamiento al comer en un restaurante. También hay diferencias en función de factores étnicos y culturales. Por ejemplo, en personas hispánicas puede aparecer calor en la cabeza, caída al suelo y pérdida de memoria tras el ataque. Y en Camboya, dolor de cuello y de cabeza.

- **Cogniciones** de que experimentar sensaciones somáticas de ansiedad tendrá **consecuencias dañinas o catastróficas** de tipo **físico** (ataque cardíaco, derrame cerebral, tumor cerebral, muerte, desmayo, vómito, ahogo, atragantamiento), **mental** (perder el control, volverse loco, intentar escapar incontroladamente, pensar irracionalmente, quedar paralizado, hacer daño a alguien) o **social** (que la gente piense que uno está loco o es raro, irresponsable o incompetente; que la gente le mire a uno fijamente o se ría de uno; ser incapaz de funcionar competentemente, gritar, balbucear o hablar de un modo raro, orinarse o "ensuciarse").

De entre las anteriores, el **miedo a perder el control** es una cognición más inespecífica que puede tener distintos **significados**: quedarse totalmente paralizado y no ser capaz de moverse, hacer cosas extrañas o ridículas, correr sin rumbo, gritar, proferir obscenidades, romper objetos, hacerse daño a sí mismo o a otros (tirarse por la ventana, agredir a otros) o volverse loco. Por otra parte, **debajo de muchas consecuencias catastróficas subyacen otros miedos**. Así, el miedo a desmayarse puede incluir los siguientes miedos: darse un golpe más o menos grave, caer en coma y no recuperarse nunca más, hacer el ridículo y quedar expuesto a ser dañado por otros.

Los pacientes creen fuertemente en las consecuencias temidas cuando están muy ansiosos, pero su convicción suele reducirse cuando están seguros. Conviene tener en cuenta que un número notable de agorafóbicos teme las consecuencias de tipo **mental o social, pero no las de tipo físico**. Por otra parte, algunos agorafóbicos dicen **temer sólo**

la ocurrencia de un ataque de pánico y no identifican consecuencias nocivas adicionales. Finalmente, hay **diferencias culturales** importantes. Así, las personas asiáticas tienden a enfatizar los síntomas corporales, mientras que aquellos que profesan la religión islámica pueden temer lo que ocurra después de la muerte más que la muerte *per se*.

Estrechamente relacionado con el concepto del miedo al miedo está el de **susceptibilidad a la ansiedad**, el cual se define como miedo a los síntomas de la ansiedad basado en creencias de que estos síntomas tienen consecuencias nocivas tales como enfermedad física o mental, pérdida de control, azoramiento o ansiedad adicional (Reiss, 1991). Una diferencia entre ambos conceptos es que la susceptibilidad a la ansiedad ha sido concebida como una variable de personalidad, aunque Arrindell (1993) ha mostrado que los dos componentes del miedo al miedo se comportan más como rasgos que como estados. El miedo al miedo y la susceptibilidad a la ansiedad están especialmente asociados con la agorafobia, pero aparecen también, aunque con menor intensidad, en otros trastornos: trastorno obsesivo-compulsivo, fobia social, fobias específicas, trastorno de ansiedad generalizada, depresión mayor, trastorno de pánico sin agorafobia.

Otro concepto también estrechamente relacionado con el miedo al miedo es el de **ansiedad anticipatoria**, la cual tiene **diversos significados** (véase Shear y Maser, 1994): a) preocupación por experimentar un ataque de pánico o una fuerte ansiedad debido a las consecuencias que pueden tener (este suele ser el significado más frecuente; a veces se distingue entre la preocupación por tener nuevos ataques y la preocupación por las consecuencias de estos); b) expectativa o anticipación de que ocurrirá un ataque de pánico o una fuerte ansiedad (pánico o ansiedad anticipado) o preocupación sobre cuándo ocurrirá el siguiente ataque de pánico; c) tendencia persistente a temer las sensaciones corporales relacionadas con la ansiedad; la evaluación de este temor incluye o puede incluir las posibles cogniciones catastróficas asociadas a dichas sensaciones.

De estos tres significados, el último coincide con el del miedo al miedo y el primero está relacionado con este. Sin embargo, es un concepto mucho menos específico y no está operacionalizado de forma tan precisa; además, se ha dicho que puede ser una variable más de tipo estado a diferencia del miedo al miedo que se considera una característica de tipo rasgo. Esta última suele medirse mediante cuestionarios y las otras dos mediante diarios. Por otra parte, se han distinguido también **otras dimensiones de la ansiedad anticipatoria** que pueden medirse mediante escalas de tipo Likert: la probabilidad de tener un ataque de pánico caso de no evitar, cuán malo sería tener un ataque de pánico, grado de confianza en poder afrontar un ataque si ocurre, y ansiedad experimentada antes de encontrarse en una situación temida.

LOS ATAQUES DE PÁNICO

La gran mayoría de los agorafóbicos que buscan tratamiento (80-100%) informan tener o haber tenido ataques de pánico. Según el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) **un ataque de pánico consiste** en un periodo discreto de intenso miedo, aprensión, terror o malestar que va acompañado frecuentemente de una sensación de peligro o catástrofe inminente y de un impulso a escapar y durante el cual cuatro o más de los siguientes trece síntomas aparecen de repente y alcanzan su máximo en 10 minutos o menos:

- a) palpitaciones o ritmo cardíaco acelerado;
- b) sudoración;
- c) temblores o sacudidas;
- d) sensaciones de falta de aire o ahogo;
- e) sensación de atragantamiento;
- f) dolor o malestar en el pecho;
- g) náusea o malestar abdominal;
- h) sensación de mareo, de inestabilidad o de desmayo;
- i) desrealización o despersonalización;
- j) miedo a perder el control o a volverse loco;
- k) miedo a morir;
- l) parestesias (entumecimiento o sensaciones de hormigueo);
- m) ráfagas de calor o escalofríos.

La **desrealización** hace referencia a sensaciones de irrealidad respecto al mundo exterior: las personas pueden parecer desconocidas o mecánicas, las cosas tener aspecto extraño o la vida verse como a través de un espejo; también pueden sentirse las voces familiares como extrañas y percibirse los contornos como vagos e inestables. La **despersonalización** se refiere a sensaciones de extrañeza o distanciamiento de uno mismo: sentirse como un autómatas o como si se estuviera en un sueño, sentirse como un observador externo de sí mismo, sentir extraño el propio cuerpo, como si hubiera cambiado de algún modo, sentir que el cuerpo o parte de él no le pertenece a uno o no obedece sus órdenes, sentirse separado del entorno, sentir la propia voz como extraña y distante. La reactividad fisiológica parece reducirse durante la despersonalización. Esto va en línea con la idea de que la despersonalización puede servir para proteger al sujeto de experimentar ansiedad más allá de un cierto nivel tolerable. Una escala específica para evaluar la despersonalización y desrealización (*Cambridge Depersonalization Scale*) puede verse en Sierra y Berrios (2000).

En general, los **síntomas más frecuentes**, tanto en adultos como en niños y adolescentes, son palpitaciones, mareo, dificultad para respirar, sudoración y temblores/sacudidas, mientras que entre los menos frecuentes están las parestesias y el miedo a morir. El miedo a volverse loco o a perder el control y la despersonalización/desrealización son mucho más frecuentes entre los adultos. Si hay menos de cuatro síntomas, el DSM-IV habla de **ataques de síntomas limitados**. Estos pueden ser tan perturbadores como los ataques completos.

La definición de pánico dada por el DSM-IV no implica necesariamente la ocurrencia de miedo o ansiedad intenso (explícitamente reconocido por la persona), sino que puede haber simplemente un gran malestar. Se tiene así lo que Kushner y Beitman (1990) han llamado **ataques de pánico sin miedo** y trastorno de pánico sin miedo. Este último ha sido observado en el 15-40% de aquellas personas con trastorno de pánico identificadas en varias poblaciones médicas con resultados médicos negativos.

Hay una activación autónoma incrementada durante los ataques de pánico, aunque los **cam-bios fisiológicos** observados son generalmente de **magnitud modesta** y ocurren igualmente durante diversas actividades tales como el ejercicio. Por otra parte, durante los ataques suele existir un **deseo intenso de escapar** de la situación y pensamientos de **catástrofe** inminente; además, es difícil mantener un patrón racional de pensamiento. Los ataques de pánico pueden dejar al sujeto agotado y con ansiedad residual moderada o elevada, pero no son peligrosos.

Las personas agorafóbicas varían considerablemente en diversos aspectos de los ataques de pánico tales como frecuencia, intensidad, duración, reacciones somáticas y cogniciones asociadas, circunstancias de ocurrencia y predecibilidad. A diferencia de lo que ocurre en las fobias específicas y sociales, los **ataques de pánico espontáneos** (es decir, percibidos por el sujeto como *caídos del cielo*, sin una causa aparente) son frecuentes en la agorafobia. Esto podría explicar por qué muchos agorafóbicos tienen miedo a estar solos incluso en la seguridad de sus casas.

Según autorregistros diarios, la **frecuencia** media semanal de los ataques ha sido alrededor de 7 y el número de síntomas por ataque, 4. La mayoría de los ataques de pánico suelen **durar** menos de 30 minutos, aunque pueden llegar a durar 1-2 horas o incluso más según diarios prospectivos. Estos datos se refieren a la duración total del ataque; la **duración de la fase aguda del mismo es mucho más breve**: de la mitad a una cuarta parte. Conviene tener en cuenta que cuando se utilizan autorregistros de aplicación inmediata, el **número y tipo de síntomas informados varía frecuentemente de ataque a ataque**. Una consecuencia de esta inconsistencia es que en muchos casos no se obtendrán datos válidos si uno se limita a preguntar por la descripción de un ataque de pánico típico.

Street, Craske y Barlow (1989) han propuesto clasificar a los ataques de pánico en **esperados-inesperados**, según el sujeto espere o no su ocurrencia, y señalados-no señalados. Un ataque

señalado es aquel que es percibido por el sujeto como claramente asociado con un estímulo externo (p.ej., viajar en metro) o interno (en este caso, el estímulo puede ser físico –p.ej., palpitaciones– o cognitivo –p.ej., pensamientos de muerte–). Un ataque **no señalado** (*espontáneo*) es aquel en que el sujeto no es capaz de identificar señales claras para el mismo, aunque muy probablemente estas señales de las que el sujeto no es consciente existen (frecuentemente en forma de sensaciones internas o cogniciones). El tipo de ataque más frecuente parece ser el señalado-esperado, seguido del señalado-inesperado y del no señalado-inesperado (espontáneo). Los ataques no señalados-esperados son muy infrecuentes (sería el caso de la persona que se levanta pensando que va a tener un mal día y que sufrirá un ataque a lo largo del mismo).

- Tal vez el ejemplo más puro de posible pánico espontáneo lo constituyan los **ataques de pánico nocturnos** o mientras se duerme, los cuales tienden a ocurrir fuera de las fases REM (generalmente al final de la fase 2 o comienzo de la 3) y se dan de forma regular en el 18-33% de los pacientes (Craske y cols., 2005). El que los ataques de pánico ocurran no solamente en las situaciones fóbicas, sino también sin causa aparente para los sujetos ha llevado a algunos a pensar que se trata de un trastorno endógeno (enfermedad metabólica con vulnerabilidad genética). En cambio, otros consideran el ataque de pánico como una reacción que ciertas personas están predispuestas a tener bajo condiciones de estrés igual que otras tienen úlceras, hipertensión o migrañas.
- Clark y Salkovskis (1987) han señalado que **mientras dormimos** controlamos el mundo externo con relación a sonidos personalmente significativos (p.ej., nuestro nombre o el llanto de un niño en el caso de una madre), de modo que tales sonidos tienden a perturbar nuestro sueño o a despertarnos. Por tanto, parecería razonable suponer que también **controlamos nuestro mundo interno** con relación a eventos significativos. De esta forma, una persona preocupada por su corazón puede tener un ataque nocturno de pánico inducido por palpitaciones que fueron percibidas e interpretadas erróneamente durante el sueño.

O alternativamente, como ha propuesto McNally (1994), los pacientes responden con miedo a ciertas sensaciones corporales después de haber sido despertados por un incremento de la activación. En esta línea, Barlow (1988) ha señalado que diversos cambios internos durante el sueño pueden servir como antecedentes del pánico para las personas propensas a este: ritmo cardíaco y respiración reducidos durante el sueño de ondas lentas, patrones de respiración irregular durante el sueño REM y grandes espasmos musculares durante el sueño delta o de ondas lentas. Los **ataques de pánico durante el sueño serían el resultado de** interacciones entre sobreactivación fisiológica, vigilancia de determinadas sensaciones somáticas y miedo a estas sensaciones. Craske y cols. (2001) también han observado que los pacientes con ataques de pánico nocturnos se diferencian de los pacientes que sólo tienen ataques diurnos en presentar más síntomas y ataques de pánico al practicar la relajación mediante meditación. De este modo, dichos pacientes parecen tener una **susceptibilidad adicional a las señales interoceptivas relacionadas con la relajación y, por extensión, con el sueño**. Esto sugiere un miedo a las condiciones que suponen una pérdida o disminución de la vigilancia.

- Barlow (1988) ha afirmado que los **antecedentes de los ataques de pánico** son generalmente discernibles (p.ej., ejercicio, relaciones sexuales, cambios repentinos de temperatura, estrés u otros factores que alteran el estado fisiológico de un modo apreciable), aunque los pacientes pueden no identificarlos inmediatamente. Esta identificación es todavía más difícil cuando se les pide a las personas no que registren los antecedentes de los ataques de pánico en el momento en que estos ocurren, sino retrospectivamente, recordando lo que sucedió hace 1 semana o más. Según Craske (1991), muchos ataques no señalados se diferencian de los que sí lo son en que vienen inducidos por eventos internos (imáge-

nes atemorizantes, sensaciones corporales), los cuales tienden a ser más sutiles y menos fácilmente reconocidos que los eventos externos.

- Aparte de la clasificación mencionada de los ataques de pánico, Klein y Klein (1989) han distinguido entre **pánicos espontáneos** (los que son inesperados, *caídos del cielo* o no señalados, es decir, aquellos no asociados con una situación que los dispare), **pánicos situacionalmente predisuestos** (los que es más probable que ocurran en ciertas situaciones, pero que no se dan en estas necesariamente) y **pánicos vinculados a estímulos** (los que ocurren casi invariablemente al encontrarse o anticipar la situación u objeto fóbico; son típicos de las fobias específicas). Esta clasificación ha sido recogida por el DSM-IV. Para una crítica de esta y la anterior clasificación, véase McNally (1994, cap. 1).

Los **ataques de pánico**, característicos de la mayor parte de los agorafóbicos que buscan tratamiento, **ocurren también en otros trastornos** de ansiedad (fobia específica, fobia social, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico sin agorafobia, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de estrés postraumático), en trastornos psicológicos diferentes a los de ansiedad (depresión mayor, somatización, hipocondría, alcoholismo, esquizofrenia, manía), en enfermedades físicas e incluso en poblaciones no clínicas. En **muestras comunitarias**, la prevalencia a lo largo de la vida de personas con ataques de pánico ha oscilado entre 3% y 16%, generalmente alrededor del 10% (Rouillon, 1997); las cifras con muestras de adolescentes han sido similares. En un estudio epidemiológico llevado a cabo a nivel nacional en Estados Unidos con 8.098 personas, el *National Comorbidity Survey*, la prevalencia vital de los ataques de pánico fue del 7,3%, prevalencia que bajó al 3,8% al considerar sólo a aquellos que no presentaban trastorno de pánico (Eaton y cols., 1994). A diferencia de las personas sin problemas clínicos que experimentan ataques de pánico, aquellos con trastorno de pánico parecen experimentar más ataques de pánico inesperados y tener más cogniciones catastróficas durante los mismos.

En contraste con los agorafóbicos tratados, muchos de los agorafóbicos que no buscan tratamiento informan no haber tenido nunca ataques de pánico. Existe una **discrepancia entre muestras clínicas y comunitarias respecto a la historia de pánico en la agorafobia** y sería interesante saber si esta diferencia es real o se debe, como algunos estudios indican, a variaciones en la metodología de entrevista y en la definición de agorafobia. Wittchen, Reed y Kessler (1998) condujeron un estudio epidemiológico mirando de corregir estos problemas y encontraron que la mayoría de los agorafóbicos identificados no tenían una historia previa de pánico. Sin embargo, no se acaba de entender como recibieron el diagnóstico de agorafobia sujetos que evitaban las situaciones no por temor a sufrir síntomas similares a los del pánico, sino por otros temores externos: ser atacado, perderse, sufrir un accidente, hundimiento de un puente, etc. Hayward, Pillein y Taylor (2003) hallaron en otro estudio epidemiológico que el 80% de 15 adolescentes con miedo y evitación agorafóbicos no habían tenido una historia de ataques de pánico.

Finalmente, conviene señalar que para algunos autores pánico y ansiedad no son cualitativamente distintos, sino que forman parte de un continuo de gravedad; el pánico sería una ansiedad muy intensa con un comienzo súbito o muy rápido. En cambio, otros han **diferenciado entre miedo/pánico**, el cual se produce en situaciones en que se percibe un peligro presente y está asociado con una tendencia a escapar, **y ansiedad**, un estado de preparación para un peligro futuro. Además, la ansiedad no se caracteriza ni por síntomas físicos tan intensos y repentinos ni por pensamientos de peligro interno inminente. McNally (1994) ha distinguido incluso entre pánico y miedo fóbico, ya que el foco de aprensión sería interno en el primero y externo en el segundo; además, los síntomas cardiorrespiratorios serían más prominentes en el pánico.

TIPOS DE TRASTORNO DE PÁNICO/AGORAFOBIA

El **DSM-IV** distingue dos tipos de agorafobia en función de la existencia o no de una historia de trastorno de pánico: el **trastorno de pánico con agorafobia** (véase la tabla 1) y la **agorafobia sin historia de trastorno de pánico** (véase la tabla 2). En este último, a diferencia del primero, no hay una historia de ataques de pánico inesperados recurrentes (dos o más) y la evitación agorafóbica se basa no en el miedo a tener un ataque de pánico, sino en el miedo a la ocurrencia de síntomas repentinos similares a los del pánico que sean incapacitantes o extremadamente embarazosos. Estos síntomas pueden ser los mismos que los del ataque de pánico u otros como caída o pérdida de control de esfínteres. Existe además en el DSM-IV la categoría de **trastorno de pánico sin agorafobia**.

En contraste con el DSM-IV, la décima versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (**CIE-10**) de la Organización Mundial de la Salud (1992, 1994/2000) separa **agorafobia sin trastorno de pánico**, **agorafobia con trastorno de pánico** y **trastorno de pánico**, y considera al trastorno fóbico como el trastorno principal y a las crisis de pánico como indicadoras de la gravedad del mismo. Es decir, la fobia tiene preferencia diagnóstica sobre las crisis de pánico, las cuales pueden dar lugar a un diagnóstico adicional o secundario de trastorno de pánico si se cumplen los criterios de este. De este modo, se evitan dos problemas: la sobrevaloración de los ataques de pánico y la subestimación del síndrome agorafóbico.

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la **CIE-10** para la **agorafobia** difieren de los del DSM-IV. Los criterios de la CIE-10 exigen la presencia de temor o evitación marcados y consistentes de por lo menos dos de las siguientes situaciones: multitudes, lugares públicos, viajar solo y viajar lejos de casa. Además, la CIE-10 también requiere: a) la presencia simultánea de como mínimo 2 síntomas de ansiedad (de la lista de 14 síntomas de pánico que contempla) en al menos una ocasión, b) que al menos uno de estos síntomas sea palpitaciones o taquicardia, sudoración, temblores o boca seca, y c) que los síntomas de ansiedad se limiten a, o predominen en, las situaciones temidas o al pensar en ellas. Finalmente, la CIE-10 requiere que el miedo o la evitación no sea consecuencia de ideas delirantes, alucinaciones, trastorno mental orgánico, trastornos del humor o creencias culturales.

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la **CIE-10** para el **trastorno de pánico** son diferentes de los del DSM-IV en algunos aspectos. Para empezar, los síntomas de los ataques de pánico coinciden en ambos casos, excepto en que la CIE-10: a) la dificultad para respirar y la sensación de ahogo son considerados síntomas diferentes, b) desaparece la sensación de atragantamiento, c) se incluye un síntoma adicional: boca seca, y d) a la sensación de perder el control o de "volverse loco" se añade la sensación de perder el conocimiento. Además, la CIE-10 exige que por lo menos uno de los síntomas corresponda a palpitaciones o taquicardia, sudoración, temblores o boca seca. A su vez, la CIE-10 requiere la aparición de como mínimo 4 ataques en un período de 4 semanas. Asimismo, la CIE-10 excluye el diagnóstico de trastorno de pánico si los ataques son debidos a esquizofrenia, trastornos del estado de ánimo, trastorno mental orgánico o trastorno somatomorfos.

Conviene señalar que **el grado de concordancia entre ambos sistemas (DSM-IV y CIE-10) es sólo moderado**. En el estudio de Andrews, Slade y Peters (1999), sólo el 66% de los casos con un diagnóstico de trastorno de pánico con agorafobia según uno de estos sistemas tuvo un diagnóstico igual en ambos sistemas. El porcentaje en el caso del trastorno de pánico sin agorafobia fue el 56% y en el caso de la agorafobia sin historia de trastorno de pánico el 45%.

Andrew y Slade (2002) proponen ver al trastorno de pánico sin agorafobia, a la agorafobia sin historia de trastorno de pánico y al trastorno de pánico con agorafobia como tres trastornos rela-

cionados que **difieren en el predominio del pánico y la evitación**. Los dos primeros son igual de incapacitantes y presentan una comorbilidad similar, mientras que el último es el trastorno más grave y el que presenta mayor comorbilidad e incapacitación. Los agorafóbicos sin historia de trastorno de pánico son los que menos ayuda buscan de estos tres grupos por parte de los profesionales de la salud mental.

EDAD DE COMIENZO Y CURSO

La edad media de comienzo de la agorafobia es **28 años**; la amplitud de la edad de comienzo ha ido de 5 a 58 años (Öst, 1987). La agorafobia puede comenzar antes de los 16 años en el 10% de los casos y después de los 40 años en el 15%. El grupo de edad entre 45 y 64 años tiene un menor riesgo de desarrollar agorafobia y este riesgo es aún mucho menor a partir de los 65 años. Los ataques de pánico en general y el trastorno de pánico con o sin agorafobia en particular se dan en niños, aunque, según parece, raramente; la frecuencia es mucho mayor en adolescentes (véase Ollendick, 1998). La mediana de la edad de comienzo para el trastorno de pánico sin agorafobia es 24 años; el pico de la edad de **comienzo de los ataques de pánico** en pacientes adultos se sitúa en los 15-19 años. En una revisión de estudios con pacientes de 7 a 28 años ($M = 14$ años), la edad media de comienzo de los ataques de pánico fue 11,6 años (amplitud = 4-18 años) (Sandín, 1997).

Los ataques de pánico y la evitación agorafóbica comienzan antes en personas que presentaron ansiedad por separación en la infancia, fobia escolar o neuroticismo alto. La **agorafobia suele comenzar** bien con una intensa ansiedad o ataques de pánico bien con episodios de ligera ansiedad que va creciendo gradualmente en intensidad a través de sucesivas ocurrencias hasta convertirse frecuentemente en un ataque de pánico. Por lo general, los agorafóbicos no pueden identificar la causa de sus síntomas somáticos de ansiedad y suelen interpretarlos como indicadores de grave peligro o catástrofe. Esta **atribución catastrófica** lleva a los agorafóbicos a consultar al médico de asistencia primaria y a diversos especialistas en medicina que, por lo general, no les encuentran nada anómalo. Finalmente, los agorafóbicos, especialmente aquellos con ataques de pánico u otros problemas importantes, terminan por solicitar ayuda psiquiátrica y/o psicológica.

La **evitación agorafóbica** puede darse **sin ataques de pánico**, puede **preceder** a los mismos o –lo que parece más frecuente, al menos en la práctica clínica– puede **seguirlos** ya sea de un modo relativamente inmediato o después de meses o incluso años. Comience cuando comience la agorafobia, en muchos casos el número de situaciones agorafóbicas evitadas aumenta gradualmente. Una vez establecidos, los problemas agorafóbicos pueden **fluctuar marcadamente**, con remisiones (generalmente parciales) y recaídas de duración variable, las cuales parecen ser más frecuentes en las mujeres. Una **recuperación relativamente estable es improbable** si no ha habido tratamiento o este no ha sido del tipo adecuado. Una remisión *espontánea* sólo se da en un máximo del 20% de los agorafóbicos no tratados (Marks y Herst, 1970, citado en Marks, 1987; Wittchen, 1991, citado en Ehlers, 1995). La remisión es más probable cuando la duración del trastorno es inferior a 1 año.

Las **fluctuaciones de los miedos y evitación agorafóbicos pueden ser debidas a múltiples factores**: compañía de una persona, animal u objeto en quien se confía, ocurrencia de eventos estresantes, preocupaciones y enfermedades, estado emocional, cambios hormonales, toma de alcohol, fármacos o drogas, época del año (el calor y la lluvia pueden ser agravantes).

Conviene distinguir la agorafobia de comienzo tardío de la **fobia a los espacios**. Marks (1987) ha definido esta fobia como un miedo a caerse o a los espacios abiertos en ausencia de apoyo visoespacial cercano; no todos aquellos con miedo a caerse son fóbicos a los espacios y no

todos estos fóbicos tienen miedo a caerse; por ejemplo, algunos temen básicamente las señales de espacio y profundidad al conducir. **Los fóbicos a los espacios necesitan apoyos visuales más que soporte físico para caminar o conducir por espacios abiertos.** Así, para atravesar una habitación, caminan cerca de las paredes, aunque sin necesidad de tocarlas o de hacer servir un apoyo físico; sin apoyo visual cercano, los pacientes pueden llegar a gatear para cruzar un espacio. Los sujetos pueden llegar a perder su trabajo o acabar confinados en una silla de ruedas. La fobia a los espacios es una condición muy poco frecuente que se da sobretudo en mujeres y que se caracteriza por una edad tardía de inicio ($M = 55$ años); ausencia o frecuencia mínima de depresión, ansiedad no situacional, ataques de pánico o problemas de personalidad; y patología en las **vértebras cervicales**, laberinto, cerebro posterior o sistema cardiovascular. La fobia a los espacios **no parece responder a la terapia de exposición a los espacios**, aunque falta investigar la eficacia de la exposición a las señales audiovestibulares o sensaciones de mareo, combinada probablemente con rehabilitación neuropsicológica.

FRECUENCIA

La prevalencia de la agorafobia (con o sin historia de trastorno de pánico) referida a periodos de **1 mes, 12 meses y toda la vida** alcanza respectivamente, y por lo general, unos valores aproximados de **2%, 2,5% y 5%** en población adulta, al menos en las culturas occidentales y teniendo en cuenta que los datos no son totalmente consistentes y varían en función del sexo (Bados, 1995a). La prevalencia de la agorafobia es menor **en adolescentes** que en adultos: aproximadamente **una quinta parte**, esto es un 1% de prevalencia vital. Los agorafóbicos constituyen alrededor del 50-60% de todos los fóbicos vistos en la práctica clínica.

En un estudio epidemiológico llevado a cabo a nivel nacional en Estados Unidos con 8.098 personas y que empleó criterios del DSM-III-R, el *National Comorbidity Survey*, la **prevalencia mensual y vital de la agorafobia** (con o sin historia de trastorno de pánico) fue **2,3% y 6,7%** respectivamente (1,4% y 4,1% en hombres y 3,1% y 9,0% en mujeres respectivamente) (Magee y cols., 1996). La prevalencia mensual y vital del **trastorno de pánico con agorafobia** (no incluye agorafobia sin historia de trastorno de pánico) fue **0,7%** (0,4% de hombres y 1,0% de mujeres) y **1,5%** respectivamente. La prevalencia mensual y vital del **trastorno de pánico sin agorafobia** fue **0,8%** (0,4% de hombres y 1,0% de mujeres) y **2%** respectivamente (Eaton y cols., 1994; Weissman y cols., 1997). La **prevalencia anual y vital del trastorno de pánico con o sin agorafobia** fue **2,3% y 3,5%** respectivamente (1,3% y 4,1% en hombres y 2% y 5% en mujeres respectivamente). La prevalencia anual y vital de la **agorafobia sin trastorno de pánico** fue **2,8% y 5,3%** respectivamente (1,7% y 3,8% en hombres y 3,5% y 7,0% en mujeres respectivamente) (Kessler y cols., 1994).

Es muy probable que los datos del *National Comorbidity Survey* sobrestimen la prevalencia de la agorafobia sin trastorno de pánico debido a la entrevista empleada. Andrews y Slade (2002) emplearon una entrevista revisada para evitar este problema y siguieron **criterios DSM-IV** en un estudio epidemiológico conducido con 10.641 personas en Australia. Las **prevalencias anuales** fueron: a) **trastorno de pánico con agorafobia**: 0,6%; b) **agorafobia sin trastorno de pánico**: 1,6%; c) **trastorno de pánico sin agorafobia**: 1,3%. Así pues, la prevalencia anual de la agorafobia con criterios DSM-IV fue del **2,2%**, con dos mujeres por cada hombre, y la gran mayoría de los agorafóbicos no presentaron una historia de trastorno de pánico.

Prevalencias más bajas han sido halladas en un estudio realizado en seis países europeos (entre ellos España) con 21.425 adultos, mediante entrevista y con criterios del DSM-IV (ESE-MeD/MHEDEA 2000 Investigators, 2004). La prevalencia anual de la agorafobia fue 0,4% (0,2% en varones y 0,6% en mujeres) y la vital, 0,9% (0,6% en varones y 1,1% en mujeres). La preva-

lencia anual del trastorno de pánico fue 0,8% (0,6% en varones y 1,0% en mujeres) y la vital, 2,1% (1,6% en varones y 2,5% en mujeres). Sin embargo, una revisión de diversos estudios epidemiológicos europeos llevada a cabo por Goodwin y cols. (2005) proporciona datos de prevalencia anual más similares a los obtenidos por Andrews y Slade (2002): 1,8% (0,7-2,2) para el trastorno de pánico con o sin agorafobia y 1,3 (0,7-2,0) para la agorafobia sin historia de trastorno de pánico.

La agorafobia tiene al menos una probabilidad doble de ocurrencia en las personas de **bajo nivel educativo**. Los datos son inconsistentes sobre que la agorafobia sea más frecuente en las **clases socioeconómicas bajas**. La agorafobia se da más en personas **viudas, separadas o divorciadas** que entre las casadas. Hay indicios de que la agorafobia puede ser más frecuente en **áreas urbanas** que rurales. En comparación con los familiares de primer grado de personas sin trastornos de ansiedad, hay un mayor riesgo de agorafobia a lo largo de la vida en los **familiares de primer grado** de los agorafóbicos que buscan tratamiento (3-4% contra 10-12%). Este riesgo es mayor en las madres y hermanas.

Diferencias entre sexos

En muestras clínicas las **dos terceras partes o más de los sujetos agorafóbicos son mujeres**; la media se sitúa alrededor del 80%. En investigaciones epidemiológicas, el porcentaje de mujeres se sitúa entre el 66-72% (2-2,7 mujeres por cada hombre) para la agorafobia, el trastorno de pánico con agorafobia y el trastorno de pánico sin agorafobia (Eaton y cols., 1994; Magee y cols., 1996). Se han propuesto varias **explicaciones**, no necesariamente excluyentes entre sí, del predominio de mujeres entre los agorafóbicos (para una revisión crítica, véase Bekker, 1996):

- **Mayor disposición a admitir miedos.** Se ha dicho que es más probable que las mujeres admitan sus miedos y fobias que los hombres. Pero aunque esto fuera así, no explica por qué el predominio de las mujeres sobre los hombres es mucho mayor en la agorafobia que en la fobia social o que en el trastorno de pánico sin agorafobia. Esta objeción se aplica igualmente a otras explicaciones.
- **Mayor nivel de rasgo de ansiedad.** Las mujeres se caracterizan por un mayor nivel de rasgo de ansiedad y esto facilitaría la adquisición de miedos. Chambless (1989) propone dos hipótesis para explicar esta diferencia entre sexos en ansiedad. La primera sería que en tiempos de paz las mujeres llevan una vida más estresante que los hombres (incluido aquí el abuso sexual en la infancia, violencia en el hogar, violación, pobreza). La segunda hipótesis es el estereotipo de los roles sexuales y se expone acto seguido.
- **Estereotipo de los roles sexuales.** Las mujeres son educadas en un rol femenino caracterizado por dependencia, sumisión, pasividad, temor, indefensión, orientación al hogar, falta de asertividad y deseo de seguridad. Este rol puede facilitar el desarrollo de la agorafobia. Una vez que surgen las conductas de miedo y evitación, estas son admitidas y reforzadas en el caso de las mujeres. En cambio, dichas conductas no son congruentes con el rol masculino y se espera que los hombres (y se les presiona para ello) continúen saliendo de casa, trabajando y exponiéndose a las situaciones fóbicas; si esta exposición es sistemática, puede llevar a la eliminación de la ansiedad. Con relación a los roles sexuales, también se ha dicho que las mujeres evitan más las situaciones agorafóbicas porque no se considera apropiado mostrar emoción en las mismas y, en cambio, aquellas han sido socializadas para expresar sus emociones en el área privada.
- **Factores hormonales.** Se ha dicho que las mujeres pueden ser particularmente vulne-

rables a la adquisición o agravación de miedos durante la **semana premenstrual** (y también durante la menopausia) debido a los cambios hormonales. Hedlund y Chambless (1990) hallaron que, a pesar de que las mujeres universitarias tendieron a mostrar un mayor condicionamiento aversivo que los hombres, aquellas en fase premenstrual no fueron más condicionables que las mujeres en fase intermenstrual. También se ha sugerido que puesto que las mujeres tienen menos **testosterona** que los hombres y puesto que esta hormona está ligada a la conducta de dominancia, los hombres pueden experimentar menos miedo o pueden aproximarse agresivamente a una situación temida en vez de evitarla.

La importancia de los factores hormonales o de otro tipo de variables biológicas ha venido sugerida por Arrindell y cols. (1993) con muestras no clínicas. Estos autores encontraron que, después de controlar posibles variables de confusión (extroversión, feminidad, disimulo...), los miedos agorafóbicos (y otros tipos de miedos) fueron **predichos no sólo por la masculinidad** (menos miedo) y por el estrés relativo al rol sexual masculino (más miedo), **sino también por el sexo biológico** (las mujeres informaron más miedo).

- **Prolapso de la válvula mitral.** Los sujetos con este trastorno cardiológico se quejan de síntomas somáticos similares a los del trastorno de pánico. El prolapso de la válvula mitral es más frecuente en mujeres y se ha sugerido que puede estar asociado con la agorafobia. Sin embargo, estudios recientes no han encontrado una asociación significativa entre dicho problema y el trastorno de pánico o agorafobia. Además, los pacientes presentan principalmente un prolapso funcional y reversible de la válvula mitral en vez de estructural y permanente. Así, el prolapso de la válvula mitral podría ser una consecuencia de los ataques de pánico o ambos podrían ser consecuencias de alguna causa común.
- **Predisposición biológica.** Agras (1985/1989) ha señalado que desde un punto de vista biológico tiene sentido que las mujeres tengan más miedos que los hombres, ya que están menos capacitadas físicamente para defenderse en la naturaleza y necesitan una protección adicional durante la crianza de los hijos. De este modo, la mayor gama de miedos en las mujeres podría servir para asegurar la supervivencia de la humanidad. (Para una crítica detallada de este punto de vista, véase McNally, 1994, cap. 8.)

Se ha sugerido que la diferencia entre sexos en la frecuencia de la agorafobia puede ser más aparente que real, ya que la **agorafobia** en los varones puede ser **enmascarada** frecuentemente por el **abuso de alcohol**, el cual se toma con el propósito de aliviar la ansiedad y soportar las situaciones temidas; estos sujetos serían diagnosticados de alcohólicos en vez de agorafóbicos. Sin embargo, Pollard y cols. (1990) hallaron que la agorafobia fue más frecuente entre las mujeres (38%) que entre los hombres alcohólicos (17%). Además, uno puede preguntarse si la agorafobia puede quedar también enmascarada en mujeres que abusan de **fármacos tranquilizantes** o ingieren excesivas cantidades de comida.

Las **mujeres y hombres agorafóbicos** no difieren en variables de personalidad ni en la frecuencia de los ataques de pánico. Los resultados han sido discordantes en otros aspectos del problema agorafóbico (evitación, especialmente al ir solo, miedo a las sensaciones, pensamientos catastróficos) y en problemas asociados (ansiedad, depresión, consumo de alcohol, problemas maritales) con la excepción de la temerosidad. En este aspecto, y en los demás cuando se han hallado diferencias, las mujeres han puntuado más alto excepto en el consumo de alcohol. Sin embargo, las **diferencias, cuando aparecen, son pequeñas** en general y de poca significación clínica. El último estudio al respecto ha sido publicado por Turgeon, Marchand y Dupuis (1998).

PROBLEMAS ASOCIADOS

La agorafobia va **frecuentemente** acompañada por un número de **dificultades psicológicas**, aunque la mayoría de estas no parecen ser específicas; es decir, **no son más frecuentes en la agorafobia que en otros trastornos**. La existencia de comorbilidad es importante puesto que puede tener implicaciones en varios aspectos: desarrollo de posibles complicaciones, tipo de intervención a seguir y curso y resultados del tratamiento aplicado. La comorbilidad entre agorafobia y otros trastornos no se da solamente en muestras clínicas, sino también en muestras comunitarias.

Sanderson y cols. (1990) hallaron que el **69%** de 55 agorafóbicos recibieron además **al menos un diagnóstico adicional** de trastornos de ansiedad o depresivos del DSM-III-R (44%, un diagnóstico adicional; 16%, dos; 7%, tres; y 2%, cuatro). Con criterios del DSM-IV, Brown y cols. (2001) hallaron que de 324 pacientes con trastorno de pánico con agorafobia, el **60%, 47% y 33%** recibieron respectivamente **al menos un diagnóstico adicional actual** de trastornos de ansiedad o depresivos, trastornos de ansiedad y trastornos depresivos (los porcentajes fueron 77%, 56% y 60% para diagnósticos actuales o pasados). Los diagnósticos actuales más frecuentes fueron depresión mayor (24%), trastorno de ansiedad generalizada (16%; 22% sin tener en cuenta el criterio de que el trastorno no ocurriera exclusivamente durante un trastorno afectivo), fobia social (15%) y fobia específica (15%). El trastorno de pánico con o sin agorafobia tendió a aparecer posteriormente a otros trastornos de ansiedad y a la distimia y fue igual de probable que precediera o siguiera a la depresión mayor.

La comorbilidad es menor en el trastorno de pánico sin agorafobia. Brown y cols. (2001) hallaron que de 36 pacientes, el **42%, 36% y 17%** recibieron respectivamente **al menos un diagnóstico adicional** de trastornos de ansiedad o depresivos, trastornos de ansiedad y trastornos depresivos. Los diagnósticos más frecuentes fueron trastorno de ansiedad generalizada (19%; 22% sin tener en cuenta el criterio de que el trastorno no ocurriera exclusivamente durante un trastorno afectivo), fobia social (8%), fobia específica (8%) y depresión mayor (8%).

A continuación se enumeran los problemas asociados más frecuentes junto con el porcentaje promedio de pacientes agorafóbicos afectados por los mismos; entre paréntesis aparece la amplitud de los porcentajes hallados en los distintos estudios. Los porcentajes son más altos para las mujeres en el caso del trastorno de ansiedad generalizada, trastornos fóbicos y depresión mayor; y más altos para los hombres en el abuso del alcohol. (Para una revisión, véase Bados, 1995a; Beck y Zebb, 1994.) En los niños se han detectado con relativa frecuencia trastorno de ansiedad por separación, trastorno de ansiedad generalizada, fobia social y trastornos depresivos (Sandín, 1997).

Ansiedad generalizada (muy alta o constituyendo un trastorno): 23% (0-63%). La ansiedad generalizada puede reflejar, en parte, la preocupación por los ataques de pánico y/o por el problema en general, aunque puede ser también un precursor de este. Los sujetos agorafóbicos informan de mayor rasgo de ansiedad que los sujetos con otros trastornos de ansiedad (fobia específica, fobia social, ansiedad generalizada). Existen estudios discordantes respecto a que los sujetos con trastorno de pánico con o sin agorafobia y los sujetos normales difieran en los niveles de **activación fisiológica** (ritmo cardíaco, presión sanguínea, conductividad de la piel, EMG, ritmo y volumen respiratorio, temperatura, niveles de catecolaminas) durante la línea base, el trabajo, la estancia en casa, el sueño o un promedio a lo largo del día. Una posible explicación es que las diferencias fisiológicas entre sujetos agorafóbicos y sujetos control no sean crónicas, sino que sólo sean observables bajo condiciones de anticipación y exposición a situaciones amenazantes (para los primeros).

Miedos y fobias específicas: 23% (4-51%). Los agorafóbicos se caracterizan por un alto ni-

vel de miedos autoinformados, mayor que el presentado por los sujetos con fobias específicas o sociales, aunque no por los pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo.

Fobia social: 17% (11-49%). La ansiedad social precede al comienzo de la agorafobia en muchos casos y en otros, puede ser producida o agravada por esta. Debido al trastorno, aumenta o surge la dependencia respecto a personas significativas y con esta, el miedo a ofender a estas personas. Además, los agorafóbicos creen que los demás notarán su ansiedad y que les juzgarán negativamente, lo cual contribuye a evitar contactos sociales previamente satisfactorios.

Depresión mayor: 16% (11-36%); **trastorno distímico:** 11% (5-27%). En promedio, la depresión tiende a ser de moderada a grave y se cree que en la mayor parte de los casos es una reacción comprensible al profundo malestar y a las grandes restricciones personales, sociales y laborales características de la agorafobia. Sin embargo, existen otras posibilidades: agorafobia como consecuencia de la depresión; agorafobia agravada durante la depresión, pero sin que esta tenga un papel causal; coexistencia simultánea, pero independiente, de los dos trastornos.

Hipocondría: 20% (7-48%). La hipocondría precede al comienzo de la agorafobia en muchos casos, aunque en otros puede ser secundaria a esta.

Trastorno de somatización: (0-25%). Hasta la fecha sólo se han realizado dos estudios.

Trastorno de personalidad: 54% (25-78%). Los trastornos de personalidad más frecuentes son el de personalidad evitativa (15-25% de los sujetos), dependiente (4-27%), histriónica (13-17%), esquizotípica (3-34%) y límite (2-16%). Estos porcentajes pueden estar abultados por problemas de fiabilidad y validez de las categorías de trastornos de personalidad establecidas en el DSM y de los instrumentos basados en esta clasificación. La asociación entre trastorno de pánico con o sin agorafobia por un lado y trastornos o rasgos mórbidos de personalidad por otro no es específica, sino que se da también en otros trastornos de ansiedad, en la depresión mayor y en la población psiquiátrica no psicótica en general. Es más, los trastornos y rasgos mórbidos de personalidad son más frecuentes y/o graves en pacientes aquejados de fobia social o trastorno obsesivo-compulsivo.

Los trastornos y/o rasgos mórbidos de personalidad cambian positivamente como resultado del tratamiento de la agorafobia, lo cual sugiere que, al menos en parte, son secundarios a dicho trastorno o bien que hay problemas en cuanto a la validez de los mismos. Se han destacado distintos tipos de **relaciones entre agorafobia y trastornos de personalidad**, las cuales pueden variar según los casos y los trastornos específicos considerados. Posibles relaciones son: a) ciertas características y trastornos de personalidad (CTP) predisponen a la agorafobia; b) ciertas CTP aparecen o se acentúan como consecuencia de la agorafobia; c) ciertas CTP y la agorafobia son manifestaciones separadas de una predisposición común, la cual podría estar caracterizada por neuroticismo, ansiedad social o susceptibilidad interpersonal y disforia o desmoralización; d) ciertas CTP constituyen expresiones modificadas o atenuadas de la agorafobia; e) ciertas CTP y la agorafobia interactúan de modo que las manifestaciones de ambas se hacen más notables y probables; f) ciertas CTP (esquizoide, narcisista) y la agorafobia ocurren paralelamente sin relación entre ambas.

Abuso de alcohol/fármacos/drogas: 13% (10-32%). Algunos agorafóbicos usan el alcohol y/o los fármacos psicotropos para afrontar sus problemas de ansiedad, pánico y evitación. El abuso de estas sustancias parece ser mayor en la agorafobia que en el trastorno de pánico sin agorafobia, el trastorno de ansiedad generalizada, la depresión mayor, la fobia específica, la fobia social y el trastorno obsesivo-compulsivo. Aunque el alcohol puede reducir la ansiedad a corto plazo, es probable que este efecto se invierta a más largo término. Además, el abuso de alcohol y/o de otras drogas está asociado con un aumento del riesgo de intentos de suicidio en sujetos con trastorno de

pánico con o sin agorafobia. Finalmente, el abuso de alcohol puede interferir con el tratamiento de la agorafobia al impedir la habituación de la ansiedad a través de las sesiones.

La **relación entre la agorafobia y el abuso de alcohol** no está clara. La ansiedad fóbica puede predisponer al desarrollo del alcoholismo (el sujeto buscaría aliviar su ansiedad y ayudarse para salir de casa), el alcoholismo puede crear o exacerbar la ansiedad (como consecuencia de la abstinencia, de la producción de ciertas sensaciones o de eventos estresantes inducidos por el consumo crónico de alcohol) o bien ambos pueden ser respuestas a un periodo de estrés. También es posible la siguiente secuencia: la ansiedad precede al abuso del alcohol, el cual es empleado con fines ansiolíticos; pero el abuso de alcohol puede incrementar la ansiedad y se crea así un círculo vicioso. De las diversas pautas cronológicas (ansiedad precede al abuso de alcohol, ambos comienzan el mismo año, ansiedad sigue al abuso de alcohol), la más frecuente parece ser la primera y luego la tercera.

Intento de suicidio a lo largo de la vida: 15% (0-42%) en pacientes con o sin otros trastornos comórbidos y 1,5% (1-2%) en pacientes sin trastornos comórbidos asociados al suicidio. Este último porcentaje es similar al observado en personas sin trastornos psiquiátricos (1%). Hasta el momento no se ha demostrado que el trastorno de pánico con o sin agorafobia por sí solo sea un factor de riesgo para el suicidio y el intento de suicidio. Aunque hay estudios en los que la existencia de ataques de pánico ha aparecido como un factor contribuyente al intento de suicidio, este parece anteceder en la mayoría de los casos al inicio del trastorno y/o darse durante la ocurrencia de otros trastornos. En general, tiende a pensarse que los intentos de suicidio son debidos básicamente a la existencia de otros problemas tales como trastorno afectivo, trastorno por estrés post-traumático, abuso de alcohol/fármacos/drogas, trastorno de personalidad límite o ruptura matrimonial, por lo que debe prestarse especial atención a su posible existencia o desarrollo durante el curso del trastorno de pánico con o sin agorafobia.

Mortalidad. Una cuestión importante es si existe una mayor mortalidad entre los sujetos con trastorno de pánico con o sin agorafobia, al igual que ocurre en otros trastornos tales como trastorno afectivo, alcoholismo, personalidad antisocial, adicción a drogas y esquizofrenia. En estudios retrospectivos, se ha encontrado en pacientes varones con niveles altos de ansiedad tipo pánico una mortalidad mayor que la esperada debida a enfermedad cardiovascular. Tres estudios prospectivos más recientes (véase Kawachi y cols., 1994) hallaron que en comparación a **varones** con bajos niveles de ansiedad, aquellos con **mayor ansiedad o ansiedad fóbica** autoinformada tuvieron un mayor riesgo de sufrir una enfermedad cardíaca mortal, especialmente una **muerte cardíaca súbita**; esta mayor mortalidad se mantuvo después de controlar otros factores de riesgo (tabaco, alcohol, colesterol, hipertensión, historia familiar de infarto, peso). No hubo diferencias en la presencia de enfermedades cardíacas no mortales (infartos, anginas de pecho).

Los resultados anteriores han sido confirmados en un estudio con 72.359 enfermeras de 54 años de media (Albert y cols., 2005). En comparación a **mujeres** con bajos niveles de ansiedad, aquellas con **mayor ansiedad fóbica** autoinformada tuvieron un mayor riesgo de sufrir una **enfermedad cardíaca mortal** y una **muerte cardíaca súbita** a lo largo de 12 años, especialmente en los 4 últimos; esta mayor mortalidad se mantuvo después de controlar otros factores de riesgo. En cambio, no hubo diferencias en la presencia infartos no mortales o hubo una tendencia a una menor ocurrencia cuando se controlaron otros factores de riesgo.

Una elevada ansiedad puede afectar a la función cardíaca a través de diversos mecanismos (los dos primeros son directos): a) una variabilidad reducida del ritmo cardíaco, la cual, además de ser consecuente con una reducción del tono vagal y un incremento de la activación simpática, puede producir arritmias ventriculares, y b) hiperventilación que puede llevar a un espasmo de la arteria coronaria, el cual puede producir una arritmia ventricular; c) inducción de hipertensión, hipercolesterolemia y diabetes; y d) hábitos insanos de vida, tales como fumar, be-

ber alcohol, consumo de grasas y dulces, y sedentarismo. **Limitaciones** de los estudios comentados son que se basan en números muy pequeños de muertes y no consideran los diagnósticos psiquiátricos. El número de varones de 40-75 años con elevada ansiedad que muere por causas cardiovasculares en seguimientos de 2 años es bajo: 28 por 10.000 comparado con 8 por 10.000 en varones con baja ansiedad. En seguimientos de 32 años en varones de 21-80 años (M = 42 años), los porcentajes fueron respectivamente 15% y 7%. Y en seguimientos de 12 años con mujeres de 42-67 años, los porcentajes fueron 70 por 10.000 y 44 por 10.000. En muchos de estos casos, las personas muertas presentaban diversos factores de riesgo además de la ansiedad: tabaco, alcohol, colesterol, hipertensión, diabetes, historia familiar de infarto, sobrepeso, sedentarismo.

No puede decirse por el momento que el trastorno de pánico o la agorafobia *per se* sean un factor de riesgo para la muerte por enfermedad cardiovascular, ya que ni esto ha sido estudiado directamente ni se ha excluido la existencia de otros trastornos psiquiátricos como posible fuente de confusión (Fleet y Beitman, 1998). Cuando se trabaja con un paciente preocupado por la posibilidad de morir, se comparte con él la información anterior para que la valore y vea que, en ausencia de enfermedad cardiovascular, el riesgo de muerte cardiovascular debida a los ataques de pánico es muy bajo. Además, se enfatiza que él va a aprender unas estrategias para manejar la ansiedad y el pánico.

Trastorno obsesivo-compulsivo: 4% (0-17%). **Otros problemas:** disminución o pérdida del deseo sexual y otras dificultades sexuales, insomnio. También se ha informado de dolor crónico en un estudio. Los pacientes que además presentan problemas de regulación de sus conductas agresivas o impulsivas tienen un mayor riesgo de presentar pensamientos homicidas, destrucción de propiedades y agresión durante los ataques de pánico (Korn, Plutchik y van Praag, 1997).

GÉNESIS Y MANTENIMIENTO

La **figura 1**, la cual se empieza a leer por el margen superior derecho, presenta los posibles factores implicados en el desarrollo y/o mantenimiento de la agorafobia (para un análisis detallado, véase Bados, 1995a). La **figura 2** es una versión que hace referencia sólo al mantenimiento de la agorafobia y la **figura 3** es una versión simplificada de la anterior que puede emplearse con los pacientes. La explicación de la agorafobia requiere tener en cuenta una conjunción de factores que interactúan entre sí o suman sus influencias. Estos factores se exponen a continuación, aunque conviene tener en cuenta que debido al carácter retrospectivo de los estudios, es difícil establecer qué es causa, qué es consecuencia o cuando simplemente dos variables están correlacionadas.

ADQUISICIÓN DEL MIEDO A LAS SITUACIONES AGORAFÓBICAS

Varios son los factores que pueden contribuir a la adquisición de este miedo:

- **Preparación evolutiva.** Las típicas situaciones agorafóbicas pueden concebirse como situaciones preparadas y prepotentes desde un punto de vista evolutivo. En ellas sería más fácil tener ataques de pánico debido a que estuvieron asociadas con una mayor probabilidad de peligro durante la evolución de los hombres primitivos. Ahora bien, si no se especifica claramente cuál es la base biológica de la preparación, este concepto resulta circular, ya que se infiere de aquello que pretende explicar (selectividad de las situaciones temidas).
- **Vulnerabilidad genética.** Este factor es considerado más abajo.

- **Proceso de atribución errónea** o condicionamiento supersticioso. Es muy probable que la activación desagradable, ansiedad intensa o ataques de pánico inducidos o facilitados por otros factores (problemas médicos, cambios hormonales, hipoglucemia, fármacos/drogas, conflicto interpersonal, otros eventos estresantes) puedan ser atribuidos erróneamente a las situaciones ambientales en las que ocurren o puedan ser asociados con estas, de modo que dichas situaciones pasarían a ser temidas. Finalmente, el miedo puede extenderse a otras situaciones a través de procesos de generalización física y semántica.

En relación con el proceso de atribución errónea, se ha dicho que los agorafóbicos tienen un **estilo cognitivo defensivo**: no asocian su malestar emocional con los eventos interpersonales que realmente lo producen, sino que los atribuyen erróneamente a situaciones externas y/o a alguna enfermedad y reprimen o niegan los conflictos o dificultades interpersonales. También se ha dicho que la existencia de un **locus de control externo** puede predisponer a que los ataques de ansiedad/pánico que ocurren durante un periodo de estrés sean atribuidos erróneamente a las situaciones ambientales en que se dan.

- **Otras características de personalidad**, aparte de las comentadas en el apartado anterior, pueden contribuir al surgimiento y/o mantenimiento de la agorafobia. Estas características serán comentadas más adelante.
- **Experiencias traumáticas directas** fuera de casa (asfixia, desmayo), **ver a otros** tener experiencias traumáticas fuera de casa o mostrar miedo en las situaciones fóbicas, **transmisión de información** amenazante. Aunque se ha hablado de la posible importancia de estos factores, su contribución no está clara. Las experiencias traumáticas verdaderas son raras y los denominados eventos traumáticos en algunos estudios han sido ataques de pánico (sobretudo, estos), desmayos, asfixia, náuseas o sudoración intensa.

SITUACIONES TEMIDAS E HIPERVIGILANCIA DE ESTÍMULOS AMENAZANTES

A través de los distintos modos de adquisición que se acaban de ver, una persona puede llegar a experimentar **temor en una serie de situaciones**. En estas situaciones –y dependiendo de variables tales como tipo de situación, presencia de señales de seguridad (p.ej., personas de confianza), estado de ansiedad elevada, otros estados emocionales, problemas médicos, factores biológicos, cogniciones, hipervigilancia de los estímulos temidos y otros factores (ingestión o retirada de fármacos o drogas, excitación, enfado, ejercicio, calor, fatiga, falta de sueño)– se produce una mayor o menor activación fisiológica a través de la hiperventilación o de otros mecanismos.

Como parte del fenómeno general de prestar atención a aquello que nos preocupa o interesa, los agorafóbicos presentan una **hipervigilancia** tanto hacia los elementos amenazantes de las situaciones temidas como hacia determinadas sensaciones corporales previamente asociadas con la ocurrencia de episodios de ansiedad, ataques de pánico u otras consecuencias muy embarazosas (despersonalización, diarrea, vómito). De este modo, se facilita la detección de dichas sensaciones (e incluso su percepción subjetiva cuando no existen), el incremento de la activación fisiológica (por medio de la hiperventilación o no), la producción de miedo y la ocurrencia de la posible conducta de evitación.

Se ha dicho que la atención inicial ante los estímulos amenazantes se ve contrarrestada en una segunda fase por un intento consciente de evitar cognitivamente dichos estímulos, especialmente cuando estos son físicamente inevitables. Sin embargo, los agorafóbicos, a diferencia de lo que ocurre con los fóbicos sociales y los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada, presentan

un **sesgo de memoria explícita** hacia la información relacionada con lo que les resulta amenazante. Esto sugiere que, como mucho, la evitación cognitiva es sólo parcial. Sin embargo, y curiosamente, el sesgo de memoria implícita parece ser débil; este sesgo se mide según el número de segmentos de palabras que se completan con palabras amenazantes previamente vistas, pero no recordadas.

EVENTOS ESTRESANTES

La inmensa mayoría de los agorafóbicos informan haber estado pasando por un periodo de estrés o que habían ocurrido ciertos eventos estresantes en la época en que comenzó la agorafobia. Estos eventos estresantes son de tipo físico o psicosocial y de carácter agudo o crónico. **Posibles factores estresantes** han sido conflicto interpersonal marital o familiar, divorcio/separación, nacimiento/aborto, muerte o enfermedad de una persona significativa, reacción al consumo de drogas, enfermedades/operaciones importantes, estrés laboral/escolar, problemas económicos y mudanza. No parece que los agorafóbicos se diferencien de los sujetos con otros trastornos respecto a la ocurrencia de eventos estresantes en los 6-12 meses anteriores al inicio del problema. En cambio, sí parece existir diferencia con relación a sujetos normales tanto en el número de eventos estresantes como en la perturbación o impacto negativo producido por estos. **El estrés puede dar lugar a fobias sólo en personas particularmente vulnerables.** Esta vulnerabilidad sería el resultado de una interacción entre variables biológicas, ambientales y psicológicas.

Es posible que un evento estresante o una serie de ellos juegue un papel en el **desarrollo** de la agorafobia, pero que luego tal evento estresante sea resuelto y no contribuya a la **persistencia** de la misma, la cual se ve entonces mantenida por otros factores. Asimismo, determinados sucesos estresantes que no tuvieron un papel en el inicio y desarrollo de la agorafobia pueden ocurrir más tarde y contribuir al mantenimiento o agravamiento del trastorno.

Se ha dicho que los **problemas maritales** pueden ser de gran importancia en el desarrollo y mantenimiento de la agorafobia. En general, los agorafóbicos informan de una menor satisfacción marital que las parejas felizmente casadas, pero de una mayor satisfacción que las parejas en conflicto. En un buen estudio que empleó medidas observacionales y de autoinforme, Chambless y cols. (2002) hallaron que en comparación a parejas control, las **parejas agorafóbicas evidencian mayor malestar marital** según un autoinforme, más conductas negativas no verbales, intercambios negativos más largos y una tendencia a presentar menos conductas positivas (verbales y no verbales); además, **identificaron muchas menos soluciones** para los problemas discutidos. Por otra parte, los **maridos de las mujeres agorafóbicas fueron más críticos con estas** (según informes de las esposas y observación) que los maridos control, pero no hicieron comentarios menos empáticos o de aceptación. Finalmente, conviene señalar que según el cuestionario de ajuste marital utilizado, **sólo el 32% de las parejas agorafóbicas** (contra el 4% de las parejas control) aparecieron como **problemáticas**.

Conviene señalar que la **relación entre agorafobia y posibles problemas maritales** puede ser de diversos tipos: agorafobia y problemas maritales no están relacionados, agorafobia lleva a problemas maritales, problemas maritales llevan a la agorafobia, problemas maritales tuvieron un papel en el desarrollo de la agorafobia, pero ya no ejercen su influencia, y agorafobia y problemas maritales se influyen recíprocamente.

CARACTERÍSTICAS PERSONALES Y EXPERIENCIAS DURANTE LA INFANCIA

Los agorafóbicos se diferencian de las personas normales en una serie de **características** que pueden contribuir al trastorno: susceptibilidad a la ansiedad, poca asertividad, poca confianza en sí mismos, elevada ansiedad y retraimiento social, miedo a la evaluación negativa, alta búsqueda de aprobación, estrategias ineficaces para afrontar el estrés, tendencia a evitar en vez de afrontar los problemas interpersonales, rasgo de ansiedad elevado, neuroticismo elevado e introversión alta. También se ha sugerido que la inhibición conductual ante lo desconocido es un factor de riesgo para el desarrollo de la agorafobia (aunque especialmente para la fobia social). Todas estas características podrían predisponer a una mayor ocurrencia de ciertos eventos estresantes (de tipo interpersonal) y a una mayor sensibilidad a los efectos de estos eventos.

De todos modos, sin estudios longitudinales prospectivos no es posible saber si las características de personalidad mencionadas facilitan el surgimiento de la agorafobia o bien son una consecuencia de la misma; la influencia podría ser recíproca. En un interesante estudio prospectivo Craske y cols. (2001) evaluaron factores temperamentales y de enfermedad desde los 3 a los 21 años en 992 neozelandeses. La experiencia de problemas respiratorios en la infancia y/o adolescencia predijo el pánico/agorafobia en comparación con otros trastornos de ansiedad y controles sanos. También, la reactividad emocional temperamental a los 3 años predijo el pánico/agorafobia en varones.

La **susceptibilidad a la ansiedad** puede ser una consecuencia de los ataques de pánico o un factor de riesgo para los mismos (véase, p.ej., Ehlers, 1995); existen datos prospectivos de esto último y se cree que la influencia entre susceptibilidad a la ansiedad y ataques de pánico es recíproca. La susceptibilidad a la ansiedad puede adquirirse a través de experiencias directas o vicarias de asociación de ciertas sensaciones corporales con peligro (p.ej., enfermedades y lesiones propias, enfermedades y muerte de familiares y amigos, historia familiar de trastorno mental, observar a personas significativas mostrar excesiva preocupación por temas de salud) y a través de la información negativa o ambigua acerca de sensaciones corporales o enfermedades. Los padres pueden mostrarse sobreprotectores respecto al bienestar físico y alentar a cuidarse especialmente y restringir las actividades enérgicas o sociales. En un estudio prospectivo, Schneider y cols. (2002) observaron que **la interpretación negativa de las sensaciones asociadas con el pánico ya existe en niños que no han tenido ataques de pánico, pero que son hijos de personas con trastorno de pánico**. Estos niños, pero no los hijos de padres con fobias a animales o de padres control sanos, aumentaron significativamente sus interpretaciones ansiosas tras ver un modelo relacionado con el pánico; no se produjo este aumento tras ver un modelo relacionado con la fobia a los animales o con los resfriados.

Junto a la susceptibilidad a la ansiedad, la **incontrolabilidad** es otro esquema cognitivo central en la agorafobia. En cuanto a las **experiencias durante la infancia** que podrían estar relacionadas con la agorafobia, los agorafóbicos recuerdan al menos a uno de sus progenitores (principalmente la madre) como sobreprotector y/o falta de cariño (especialmente lo primero), lo cual puede interferir con el desarrollo de la independencia. También es posible que las experiencias de separación, la ansiedad por separación y la ansiedad crónica en la infancia predispongan a partir de un cierto nivel al desarrollo de la agorafobia (Silove, Manicavasagar, Curtis y Blaszczynski, 1996). De todos modos, los datos son **inconsistentes** sobre que haya una relación específica entre **ansiedad por separación** en la infancia y el **trastorno de pánico** con o sin agorafobia más adelante (Bados, 1995a). Datos favorables y contrarios a la postura que mantiene la continuidad entre el trastorno de ansiedad por separación y el trastorno de pánico pueden verse en Sandín (1997). Algunos han defendido que la ansiedad por separación es un factor de vulnerabilidad no sólo para el trastorno de pánico, sino para los trastornos de ansiedad en general y para la depresión. Un estudio prospectivo (Aschenbrand y cols., 2003) ha hallado que las personas con trastorno de ansiedad por separación en la infancia no presentaron más frecuentemente trastorno de pánico con agorafobia en la vida adulta que las personas con trastorno de ansiedad generalizada o fobia social en la infancia. Esto va en contra de que el trastorno de ansiedad por separación sea un factor especí-

fico de riesgo para la agorafobia.

Caso de que exista una asociación entre la ansiedad por separación en la infancia y el trastorno de pánico en la vida adulta, como parecen concluir Silove y cols. (1996), existen varias hipótesis explicativas: a) la ansiedad grave por separación temprana se transforma en trastorno de pánico en la vida adulta; b) los síntomas tempranos de pánico provocan ansiedad por separación en el niño, lo que facilitaría el desarrollo de trastornos secundarios como el trastorno de pánico; c) la ansiedad por separación temprana y el trastorno de pánico son consecuencias de una predisposición a ser más ansioso; d) la ansiedad por separación puede progresar hacia una forma adulta de trastorno de ansiedad por separación y complicarse con otros trastornos de ansiedad como el trastorno de pánico (Sandín, 1997).

Finalmente, el **abuso sexual y el maltrato físico durante la infancia** (los cuales puede incrementar, entre otras consecuencias, el rasgo de ansiedad y las respuestas autónomas y hormonales al estrés) son informados más frecuentemente por mujeres con trastorno de pánico con o sin agorafobia que por mujeres normales. Sin embargo, los datos son discordantes sobre que dichos fenómenos hayan sido más frecuentes en personas con trastorno de pánico que en personas con otros trastornos de ansiedad (Friedman y cols., 2002; Safren y cols., 2002; Stein y cols., 1996). Es muy posible que el abuso sexual y el maltrato físico durante la infancia, especialmente este último, sean factores de riesgo para desarrollar diversos trastornos psicopatológicos (ansiosos, depresivos, alimentarios, psicóticos, etc.). Por otra parte, los datos de Michelson y cols. (1998) indican que la presencia y gravedad de un trauma sexual después de los 14 años (pero no antes) y el nivel de violencia durante el evento fueron predictores significativos de una mayor psicopatología en pacientes agorafóbicos en el pretratamiento.

ANSIEDAD ELEVADA

Los eventos estresantes –según su tipo, frecuencia, intensidad, persistencia, predecibilidad y controlabilidad– en conjunción con ciertas características personales (estrategias ineficaces de afrontamiento y resolución de problemas, percepción de falta de control sobre los acontecimientos, sistema nervioso autónomo lábil), producen, en mayor o menor medida, activación fisiológica y, según los casos, ansiedad elevada. El grado de apoyo social también influye en la fuerza de esta respuesta. Desde una perspectiva del momento actual, los **ataques de pánico suelen surgir en el contexto de una ansiedad tónica elevada**.

Se ha dicho que un periodo de ansiedad persistente o generalizada precede en muchos casos a la aparición de los episodios de ansiedad o ataques de pánico. Bajo estas condiciones de ansiedad, aumenta o se mantiene la activación fisiológica a través de la hiperventilación o de otros mecanismos, ya sean internos (fisiológicos y cognitivos) o externos (medicación, alcohol, dieta). En cambio, según otros autores, la ansiedad generalizada aparece después de los ataques de pánico, pero no antes. Una hipótesis plausible es que la ansiedad generalizada puede facilitar la aparición inicial de los episodios de ansiedad o ataques de pánico y a su vez estos contribuir al mantenimiento de la anterior. Según los casos, se ha detectado que la **ansiedad generalizada sigue o precede** a la primera aparición de los episodios de ansiedad o ataques de pánico.

HIPERVENTILACIÓN

La hiperventilación puede surgir bajo condiciones de estrés o ansiedad y facilitar la activación fisiológica. Ahora bien, la **hiperventilación por sí sola no produce ansiedad intensa o pánico**, sino que es necesario además que las sensaciones corporales inducidas por la hiperventilación sean percibidas como displacenteras e interpretadas como señal de peligro y el grado de control

percibido sobre las sensaciones debe ser bajo. Aunque la hiperventilación puede jugar un papel en los ataques de pánico, no constituye un **factor ni necesario ni suficiente** y según autores como Garssen, Buikhuisen y van Dyck (1996) no parece ser muy importante. La hiperventilación puede verse como uno de los posibles índices de la activación fisiológica, aunque, según los casos, también puede ser una de las posibles explicaciones para algunos de los componentes fisiológicos de la agorafobia y/o un factor agravante de los síntomas somáticos debidos a otras causas.

ACTIVACIÓN FISIOLÓGICA, SENSACIONES CORPORALES

La activación fisiológica puede ser producida o incrementada por factores que ya hemos visto: situaciones temidas, eventos estresantes, ansiedad elevada e hiperventilación. Se supone que la influencia combinada de diversos factores inductores de activación fisiológica hará que esta se intensifique, facilitando así respuestas más extremas ante la misma. Existen además **otros factores, además de los enumerados un poco más arriba, que pueden producir o facilitar la aparición de sensaciones corporales.**

- **Problemas médicos** como: a) trastornos **endocrinos**: hipoglucemia, hipertiroidismo, hipoparatiroidismo, síndrome de Cushing (debido a aumento de glucocorticoides por tumores suprarrenales o medicación) feocromocitoma (tumor de células secretoras de catecolaminas), hipercalcemia, problemas hormonales premenstruales o menopáusicos. b) Trastornos **cardiovasculares**: arritmias cardíacas, angina de pecho, infarto, taquicardia paroxísmica, hipotensión ortostática, hipertensión, prolapso de la válvula mitral. c) Trastornos **respiratorios**: asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica. d) Trastornos **neurológicos**: disfunción vestibular, epilepsia del lóbulo temporal, disfunción del lóbulo temporal, enfermedad de Huntington, esclerosis múltiple.
- **Factores biológicos** como los cambios hormonales (p.ej., los que ocurren en la semana premenstrual) y la predisposición a tener sensaciones corporales en mayor número o más frecuentes, más intensas, más duraderas o más repentinas bajo ciertas condiciones tal como el estrés. Esta predisposición biológica podría estar relacionada con una hipersensibilidad de los receptores químicos centrales de CO₂, una regulación anormal del sistema noradrenérgico, una sensibilidad alterada en los receptores cerebrales de las benzodiazepinas y una función reducida del ácido gammaaminobutírico. En el caso de que ciertos correlatos sean identificados claramente, hará falta determinar si son un factor de vulnerabilidad, un resultado del trastorno o bien una simple variable correlacionada con la agorafobia.
- **Pensamientos e imágenes** tales como pensamientos relacionados con algo que preocupa mucho (p.ej., un ataque de pánico) o con la muerte, o una imagen de uno mismo desplomándose. En otro punto se trata la importancia de diversas variables cognitivas (expectativas e interpretaciones) respecto a las respuestas somáticas y emocionales posteriores.
- **Otros factores** tales como: uso excesivo de cafeína, nicotina, marihuana, cocaína, anfetaminas o estimulantes; abuso de alcohol o de alucinógenos; abstinencia de barbitúricos, tranquilizantes menores, opiáceos, alcohol, antidepresivos o nicotina; resaca; excitación, ira; fatiga, falta de sueño; ejercicio, cambios posturales rápidos, calor; fluctuaciones circadianas; luces fluorescentes y comidas copiosas. Incluso la toma de antidepresivos y los métodos de relajación pueden producir activación fisiológica y reacciones paradójicas de ansiedad y excitación.

La percepción de las sensaciones corporales que ocurren por causas diversas se ve facilitada por una **hipervigilancia o atención acrecentada hacia las mismas**. Esto puede permitir ser

consciente de ciertas sensaciones temidas que de otra forma serían pasadas por alto, percibir subjetivamente sensaciones que realmente no existen y aumentar la activación fisiológica. Esta hipervigilancia puede existir ya antes del trastorno agorafóbico y ser potenciada por la ocurrencia de episodios de ansiedad/pánico o bien puede desarrollarse a partir de dichos episodios.

INTERPRETACIÓN DE LAS SENSACIONES COMO SEÑAL DE PELIGRO Y ANSIEDAD/PÁNICO

Se produzcan como se produzcan ciertas sensaciones corporales, el sujeto puede creer que presagian o van a dar lugar inminentemente a **consecuencias peligrosas o catastróficas** (ataque cardíaco, desmayo, muerte, incapacidad, pérdida de control, volverse loco, provocar una escena) o son señales de que estos resultados temidos están ya ocurriendo. Por otra parte, una vez experimentados uno o más ataques de pánico, estos pasan a ser también una de las consecuencias temidas. No está claro si los ataques de pánico son temidos únicamente por sí mismos o también, y principalmente, por las consecuencias que se cree que pueden implicar. Una revisión del papel de las cogniciones catastróficas en el trastorno de pánico con o sin agorafobia puede verse en Kawaja y Oei (1998).

Es probable que los sujetos lleguen a tener miedo no de una activación generalizada e inespecífica, sino de patrones específicos de reacciones fisiológicas que han ocurrido previamente en asociación con experiencias de ansiedad intensa o de pánico. **No todas las sensaciones tienen la misma probabilidad de ser asociadas con catástrofes inmediatas.** Es más probable que desencadenen ataques de ansiedad/pánico los síntomas cardíacos y respiratorios que pueden indicar un trastorno agudo (infarto, ahogo) que los síntomas de cáncer u otras enfermedades que provocarán la muerte después de un periodo de tiempo más largo. Igualmente, es más fácil que induzcan pánico los cambios abruptos y repentinos que los cambios lentos y crónicos. Estos dos aspectos podrían explicar la **diferencia entre hipocondría y trastorno de pánico** con o sin agorafobia.

El incremento en activación fisiológica experimentado por los sujetos **no tiene por qué ser real**, basta con que crean que se ha producido. Así pues, lo importante es la percepción que se tiene sobre los cambios fisiológicos, sea esta percepción ajustada a la realidad o no. De todos modos, y aunque hay resultados contradictorios (véase Craske y cols., 2001), las personas con trastorno de pánico parecen caracterizarse por una **percepción interoceptiva más precisa** que la de los sujetos control y son más capaces de detectar cambios viscerales sutiles, al menos por lo que respecta al ritmo cardíaco. No se sabe si esta percepción interoceptiva más precisa aparece antes o después del trastorno de pánico, pero puede contribuir al mantenimiento y resurgimiento de este al permitir detectar arritmias que muchas personas experimentan, pero de las que no se dan normalmente cuenta (Ehlers, 1995). De todos modos, la precisión en la percepción cardíaca no es un elemento necesario para iniciar los ataques de pánico, sino, todo lo más, facilitador y además sólo se da en un cierto porcentaje de agorafóbicos (20-25%).

Las cogniciones de peligro inducidas por la activación fisiológica producen, dado que alcanzan una cierta intensidad o grado de creencia, un incremento adicional de dicha activación a través de la hiperventilación o de otros mecanismos y se cierra así un **círculo vicioso** (o más exactamente, se desarrolla una **espiral**) que puede culminar en un **episodio de ansiedad** o en un **ataque de pánico**. En cuanto a la **terminación de estos ataques**, se han distinguido dos procesos. El primero es un proceso de **retroalimentación negativa** que contrapesa el proceso de retroalimentación positiva (círculo vicioso), aunque es más lenta; ejemplos de ella son la habituación, la fatiga, los mecanismos homeostáticos autolimitadores de la hiperventilación y de otras respuestas fisiológicas, y el darse cuenta después de un rato de que las consecuencias temidas no ocurren. El segundo proceso, a diferencia del anterior, no es automático, sino que implica el empleo deliberado de es-

trategias de afrontamiento: respiración controlada, distracción, reatribución de las sensaciones corporales, frases tranquilizadoras, búsqueda de ayuda, etc.

La **explicación** que se ha dado sobre la ocurrencia de los **ataques de pánico puede no ser válida para todos los ataques, especialmente los iniciales**. Existen datos retrospectivos de que el primer ataque de pánico comienza con sensaciones desagradables seguidas o acompañadas de pánico; sólo después aparecen las cogniciones conscientes de peligro o catástrofe (miedo a morir, a volverse loco), probablemente como un intento de racionalizar lo que ha sucedido. El primer ataque de pánico sería una respuesta debida a causas orgánicas (problemas médicos, consumo de ciertos fármacos o drogas y abstinencia de otros) o, en la gran mayoría de casos, psicológicas (situaciones de estrés agudo o crónico) en personas psicológicamente vulnerables (p.ej., con elevada susceptibilidad a la ansiedad).

Posteriormente, las sensaciones somáticas, los pensamientos atemorizantes y las situaciones asociadas con experiencias previas de intensa ansiedad o pánico llegan a convertirse en estímulos condicionados para la ansiedad o el pánico. Así pues, y en términos algo diferentes, tras uno o varios episodios de ansiedad o ataques de pánico, los sujetos llegan a estar hiperalertas respecto a determinadas sensaciones somáticas, a interpretarlas como señales de ansiedad/pánico subsecuente y de otros posibles peligros (infarto, hemorragia cerebral, desmayo, volverse loco, perder el control) y a responder con ansiedad/pánico ante las mismas. De hecho, **puede llegar a establecerse una asociación directa entre ciertas sensaciones corporales y la experiencia de ansiedad/pánico** (condicionamiento interoceptivo) sin la necesidad de que se dé la mediación de una interpretación consciente en términos de peligro. Esto explicaría los ataques de pánico espontáneos e inesperados.

Según lo explicado hasta aquí, los **episodios de ansiedad/pánico** pueden ser **facilitados** por determinadas **situaciones externas**, disparados por **circunstancias estresantes** (discusiones, conflictos) o inducidos por **otros factores** (problemas médicos, cambios hormonales, cogniciones, ingestión o retirada de fármacos y drogas, ejercicio, calor, cambios posturales rápidos, excitación). En estos dos últimos tipos de episodios o ataques, especialmente en el segundo, los sujetos pueden no darse cuenta del antecedente del ataque y juzgarlo como espontáneo o *caído del cielo*.

Se han propuesto varias **explicaciones** de por qué una persona que ha experimentado cientos de ataques de pánico sin que le suceda nada puede **seguir creyendo que la/s consecuencia/s peligrosas o catastrófica/s va/n a ocurrir** o, en otros términos, por qué una persona que ha experimentado cientos de veces el estímulo condicionado (sensaciones corporales) sin el estímulo incondicionado puede seguir reaccionando con ansiedad/pánico. Entre las explicaciones están las siguientes:

- a) **Preparación biológica** de ciertos estímulos: por ejemplo, palpitations y pánico incondicionado.
- b) **Incubación:** los estímulos condicionados productores de ansiedad tienen propiedades de impulso, por lo cual las exposiciones cortas a estos estímulos dan lugar a un incremento o mantenimiento de la respuesta de ansiedad, aun en ausencia de estímulos incondicionados.
- c) **Modelo de los dos factores:** las conductas de evitación o de escape impiden o reducen respectivamente la exposición a los estímulos temidos, con lo que la ansiedad se mantiene.
- d) **Modelo de las conductas de seguridad:** las cogniciones de amenaza llevan a una conducta de búsqueda de seguridad dirigida a prevenir las consecuencias negativas; así, la persona con miedo a desmayarse se sienta o el sujeto con síntomas cardíacos se toma una benzodiacepina. Este tipo de conductas produce alivio e impide la disconfirmación de las interpretaciones catastróficas al creer que se ha evitado el desastre gracias a la conducta

de seguridad pertinente.

- e) **Errores cognitivos:** atribuir erróneamente a la suerte que no haya ocurrido nada o pasar por alto la información contraria a lo que uno cree.

Un problema para las teorías cognitivas basadas en cogniciones conscientes (peligro o amenaza percibido, anticipación de ansiedad o pánico, autoeficacia percibida) lo constituyen aquellos estudios que han encontrado una muy baja frecuencia de pensamientos concurrentes de peligro o amenaza, e incluso de anticipación de ansiedad o pánico, durante la exposición a las situaciones temidas (véase Williams y cols., 1997). Sin embargo, diversos autores han recalcado que las valoraciones en términos de peligro pueden ser subconscientes.

FACTORES MEDIADORES DE LA INTERPRETACIÓN DE PELIGRO

Naturalmente, no todo incremento en activación fisiológica va a ser interpretado como señal de peligro y ansiedad/pánico o no va a serlo en el mismo grado. **La percepción de sensaciones corporales displacenteras y su valoración como más o menos peligrosas y ansiógenas va a depender de factores** tales como número, intensidad, frecuencia y patrón de las sensaciones corporales perturbadoras, explicaciones alternativas disponibles para dichas sensaciones (ejercicio, enfado, placer, tensión baja), susceptibilidad a la ansiedad, posibles estrategias de afrontamiento de la persona, grado de control percibido sobre las sensaciones, miedo a la posibilidad de tener un trastorno físico o mental, miedo a la muerte, miedo a la evaluación negativa, presencia de señales de seguridad (p.ej., personas u objetos de confianza), estado emocional, episodios o ataques previos de ansiedad/pánico (especialmente si son considerados por la persona como impredecibles y/o incontrolables) junto con la interpretación que se haya hecho de los mismos y estado de salud.

TRASTORNO BIOQUÍMICO E INFLUENCIA GENÉTICA

Por el momento **no hay pruebas** de que los ataques de pánico puedan considerarse como una **enfermedad metabólica** con vulnerabilidad genética. La mayor inducción del pánico en sujetos agorafóbicos por medios bioquímicos (p.ej., lactato de sodio, yohimbina) puede explicarse mediante la interacción de factores tales como el nivel basal de ansiedad, los cambios fisiológicos producidos y percibidos, las señales ambientales y, en función de las experiencias pasadas de aprendizaje, la valoración que haga el sujeto sobre la peligrosidad y controlabilidad de los síntomas percibidos y de la situación.

Los porcentajes de concordancia en el trastorno son al menos 2,5 veces más altos en gemelos monocigóticos que dicigóticos, lo que indica una **influencia genética**. Ahora bien, los grandes porcentajes de gemelos monocigóticos no concordantes (58-88%, salvo un valor extremo de 27% en un estudio) y de familiares de primer grado no afectados (90% de promedio) encontrados en estudios con personas que presentaban trastorno de pánico con o sin agorafobia muestran la **fuerte influencia de los factores no genéticos**. Así pues, una gran parte de la varianza sería explicada por factores ambientales, aunque existiría una vulnerabilidad heredada a desarrollar un trastorno de ansiedad. De todos modos, y como **contraste** con lo que se acaba de decir, los datos de Kendler, Karkowski y Prescott (1999) y otros estudios con gemelos indican una **heredabilidad total del 50%** para el trastorno de pánico y la agorafobia; el otro 50% vendría explicado por factores ambientales específicos para cada individuo; los factores ambientales familiares (compartidos) tendrían poco peso (véase Hettema, Neale y Kendler, 2001).

En cuanto a la vulnerabilidad genética, se han distinguido dos tipos. En primer lugar, y el más admitido, una **vulnerabilidad genética no específica** a experimentar una mayor emocionalidad o

afecto negativo ante el estrés (mayor activación somática, labilidad emocional, inestabilidad del sistema nervioso autónomo). En segundo lugar, es posible que exista una **vulnerabilidad genética específica a reaccionar al estrés con ataques de pánico** en vez de con otras respuestas, tales como dolor de cabeza o de estómago (Barlow, 2002). La hiperreactividad biológica genéticamente determinada interactúa con la vulnerabilidad aprendida a centrarse en las sensaciones somáticas y verlas como peligrosas, lo que facilita las reacciones de miedo y escape. La forma que adoptan estas últimas viene determinada en gran parte por variables psicológicas y ambientales.

ESCAPE Y EVITACIÓN DE LAS SITUACIONES TEMIDAS

La anticipación u ocurrencia de un ataque de ansiedad/pánico, las cogniciones catastróficas asociadas y el deseo de evitar el azoramiento social, caso de encontrarse en un lugar público, hacen más probable que el sujeto **escape** de la situación y vuelva a casa o vaya a un lugar seguro. En ocasiones el sujeto permanece en la situación, pero escapa de los estímulos, pensamientos y/o sensaciones atemorizantes **desviando la atención** hacia otros estímulos externos o pensamientos o realizando alguna actividad distractora. De hecho, existe una **variedad de estrategias**, aparte del escape y la distracción, para afrontar los ataques de pánico: tomar medicación, beber alcohol, aguantar, pensar que ya se ha pasado por eso, relajación, pensar que el ataque pasará pronto, tumbarse, respiración, imágenes placenteras, fumar, pensar que no está sucediendo.

La conducta de escape se ve reforzada por la reducción de ansiedad, por la sensación de seguridad y, en algunos casos, por la atención y apoyo de otros. Tras una o, más frecuentemente, varias ocurrencias, todo el proceso anterior de episodios de ansiedad o ataques de pánico y conductas reforzadas de escape desarrolla y/o fortalece las **expectativas de que ciertas sensaciones y situaciones implican peligro y/o ansiedad/pánico**. Surge así la **ansiedad anticipatoria** ante la posibilidad de entrar en una situación temida y/o de experimentar alguna consecuencia temida como, por ejemplo, un ataque de pánico. Esta última posibilidad facilita una hipervigilancia de determinadas sensaciones corporales, lo que puede permitir detectar ciertas sensaciones, incrementar la activación fisiológica y producir miedo. Por otra parte, junto al fortalecimiento de la ansiedad anticipatoria, también tiene lugar un **debilitamiento de las expectativas de autoeficacia** del sujeto respecto a la realización de las conductas temidas.

La **anticipación de las situaciones temidas puede inducir directamente las expectativas de peligro y/o ansiedad/pánico** en mayor o menor grado **en función** de diversas variables tales como el tipo de situación, la proximidad de esta, la presencia de señales de seguridad, la susceptibilidad a la ansiedad, las expectativas de autoeficacia, las estrategias percibidas de afrontamiento, el grado de control percibido sobre la situación, la historia de ocurrencia previa de ataques de pánico (principalmente inesperados), la susceptibilidad interpersonal y el estado emocional. Por otra parte, las **expectativas de peligro y/o de ansiedad/pánico pueden ser inducidas o potenciadas por una activación fisiológica**. A su vez, esta puede verse facilitada por dichas expectativas, por la anticipación de situaciones temidas y/o por factores tales como estrés, hiperventilación, problemas médicos, cambios hormonales, estado emocional, atención acrecentada hacia las sensaciones corporales, ejercicio, calor e ingestión o retirada de fármacos, drogas y excitantes. La interpretación de la activación fisiológica depende de una serie de factores que fueron enumerados en el apartado *Factores mediadores de la interpretación de peligro*.

Finalmente, las expectativas de que ciertas situaciones y sensaciones conducen a la ansiedad intensa/pánico y/o a otros resultados temidos, junto con otras variables que serán comentadas más abajo, hacen más probable que el sujeto evite las situaciones temidas. A su vez, estas conductas – ya sean de **evitación total** de las situaciones o **conductas defensivas** (salir únicamente acompañado o llevando objetos tranquilizadores, o cualquier otra conducta de búsqueda de seguridad en

las situaciones temidas)– **ayudan a mantener las expectativas de ansiedad intensa/pánico y/o peligro**, ya que impiden comprobar hasta qué punto las expectativas de amenaza son realistas o no (véase el estudio de Salkovskis y cols., 1999). En un estudio prospectivo un mayor nivel de evitación agorafóbica ha aparecido asociado al mantenimiento/recaída del trastorno de pánico (Ehlers, 1995). En aquellos casos en que, por las razones que sea, el sujeto **ve que no va a poder evitar** las situaciones temidas, la espiral entre activación fisiológica y cogniciones negativas puede conducir a una intensa ansiedad o a un ataque de pánico antes de o durante la situación temida; que esto sea así dependerá de una serie de factores mediadores que fueron ya citados más arriba.

El desarrollo de las conductas de escape/evitación no tiene que ser necesariamente precedido por la ocurrencia de ataques de pánico, estrictamente hablando; puede darse simplemente ansiedad intensa y/o la anticipación de cierta/s consecuencia/s catastrófica/s. No hay que olvidar que hay sujetos con agorafobia sin historia de ataques de pánico.

Cuando las expectativas de peligro y/o ansiedad/pánico son inducidas simplemente por la percepción de determinadas sensaciones corporales –sin que haya anticipación de una situación temida– la respuesta del sujeto consistirá no en evitar una situación, sino en buscar algún medio para reducir el malestar experimentado y prevenir los ataques de pánico y las supuestas consecuencias negativas. Entre estos medios están pedir ayuda a una persona de confianza, ir a un hospital, beber alcohol, tomar fármacos, controlar la respiración, pensar en algo tranquilizador, etc. Además, dado que los eventos internos (imágenes atemorizantes, sensaciones corporales) disparadores de los ataques de pánico son menos predecibles y controlables que los eventos externos temidos, no es difícil comprender que en estos casos se desarrolle una aprensión más crónica acerca de la posible repetición del pánico.

De entre las personas que desarrollan un trastorno de pánico, un cierto número de ellas no asocia o atribuye el pánico a situaciones externas y presentan simplemente un trastorno de pánico sin agorafobia. Se ha dicho que **la ausencia de evitación agorafóbica puede ser debida a razones** tales como una menor frecuencia y/o intensidad de los ataques de pánico, una menor ocurrencia de ataques de pánico inesperados (y por tanto, menos aprendizaje asociativo con las señales contextuales en las que el pánico ocurre), una actitud de afrontamiento de las dificultades, un mayor sentido de control personal, la creencia de que el pánico es muy desagradable, pero no peligroso, la ocurrencia del pánico en muchas situaciones diferentes (lo que haría más difícil atribuirlo a alguna situación externa), una mayor tolerancia de la ansiedad, un menor azoramiento social ante los ataques y la ausencia de beneficios de la conducta de evitación.

En otras personas que sí hacen inicialmente la asociación o atribución de la ansiedad/pánico a las situaciones externas, ciertos factores tales como la necesidad de seguir trabajando, la presión o el apoyo social, la actitud y estrategias de afrontamiento, y la eliminación o reducción del reforzamiento de las conductas agorafóbicas **pueden impedir o reducir** el desarrollo del trastorno agorafóbico. Las conductas de evitación de las situaciones temidas y las conductas de dependencia de otros son socialmente mucho más admitidas en las mujeres que en los hombres, lo que podría explicar, al menos en parte, la mayor proporción de aquellas entre los agorafóbicos.

Con relación al **mantenimiento de la evitación**, mayores niveles de cogniciones catastróficas acerca de las consecuencias de la ansiedad, de miedo a las sensaciones corporales, de susceptibilidad interpersonal, de atribuciones situacionales de los ataques de pánico y de anticipación de pánico pueden facilitar el mantenimiento de la evitación agorafóbica, ya que entonces habría una mayor motivación para prevenir las consecuencias físicas y/o sociales temidas. La ocurrencia de ataques de pánico, principalmente si son inesperados, en el contexto de una historia de evitación facilita una mayor anticipación de la ocurrencia del pánico y la conducta de evitación. Además, la reaparición de un ataque de pánico tras un periodo de mejora puede acentuar o restablecer la res-

puesta de evitación.

Además de los factores mencionados hasta aquí, la conducta de evitación se ve influida por procesos de reforzamiento positivo y negativo. a) **Reforzamiento positivo**: La conducta de evitación puede ser reforzada por la presencia de señales de seguridad (estímulos reforzadores condicionados que han adquirido sus propiedades reforzantes por ir asociados a la omisión o reducción de la estimulación aversiva anticipada) y/o por la atención, simpatía y apoyo de familiares y amigos. b) **Reforzamiento negativo**: La conducta de evitación puede ser reforzada por la prevención o reducción temporal del miedo, por la supuesta prevención o reducción de consecuencias negativas anticipadas y, según los casos, por la disminución de responsabilidades y por la reducción o enmascaramiento de un conflicto interpersonal.

Por otra parte, la conducta de evitación suele tener también **consecuencias negativas** tales como reducción de contactos sociales, depresión, baja autoestima, interferencia con actividades de ocio, problemas laborales, maritales y familiares, disfunción sexual y mayor empleo de servicios médicos. Asimismo las conductas de evitación facilitan que el sujeto dependa más de los otros, que sea menos asertivo, que tenga menos confianza en sí mismo, etc. Se supone que cuando las consecuencias negativas mencionadas sobrepasen los niveles de reforzamiento obtenidos, los sujetos estarán motivados para buscar o aceptar una solución a su problema. Sin embargo, ciertas consecuencias negativas como la depresión pueden favorecer la evitación, ya sea mediante un nivel reducido de la energía disponible ya sea mediante unas bajas expectativas de autoeficacia.

El grado de deterioro producido por el trastorno de pánico con agorafobia puede ser aumentado por diversas variables tales como menos años de educación, más edad, presencia de depresión mayor y nivel más alto de neuroticismo (Hollifield y cols., 1997).

Por otra parte, conviene señalar que las personas con trastorno de pánico o agorafobia son de las que **más utilizan los servicios sanitarios** (ambulatorios, de urgencias y hospitalización), aunque en la mayoría de los casos tarda en identificarse su problema. Además, tienen un mayor riesgo de padecer migrañas, hipertensión, enfermedad de la arteria coronaria, úlcera, asma, enfermedad obstructiva crónica y trastorno vestibular (Barlow, 2002).

EVALUACIÓN

Para evaluar con profundidad los distintos aspectos del problema agorafóbico, pueden emplearse una variedad de distintos métodos y medidas que se describen a continuación. Antony, Orsillo y Roemer (2001), Bados (2000), Bobes y cols. (2003), Bouchard y cols. (1997), Comeche, Díaz y Vallejo (1995) y Muñoz y cols. (2002) describen también diversos instrumentos. Recientemente, un grupo de expertos reunidos en una conferencia patrocinada por el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos han llegado a un consenso sobre los aspectos que conviene evaluar en el trastorno de pánico con agorafobia (véase Shear y Maser, 1994):

a) Frecuencia, duración, intensidad y tipo (espontáneo, provocado) de los ataques de pánico completos y limitados registrados mediante diarios durante al menos 2 semanas. b) Ansiedad anticipatoria (preocupación por cuándo ocurrirá el próximo ataque de pánico o por las consecuencias de los ataques sobre la salud física o mental) registrada mediante diarios durante al menos 2 semanas. c) Miedo a las reacciones somáticas asociadas con la ansiedad y cogniciones catastróficas (ataque cardíaco, desmayo, perder el control volverse loco); estos dos aspectos vienen recogidos bajo conceptos como miedo al miedo o susceptibilidad a la ansiedad. d) Miedo y evitación agorafóbicos medidos separadamente y referidos a cuando el cliente va solo (también podría añadirse sin tomar medicación). Deben incluirse no solamente las típicas situaciones agorafóbicas, sino también aquellas situaciones que producen sensaciones temidas

(hacer ejercicio, beber café, etc.). e) Deterioro funcional que incluya deterioro social/laboral/familiar, uso de servicios médicos (psiquiátricos y no psiquiátricos) y consumo de alcohol y otras drogas. f) Gravedad global del trastorno, medida, por ejemplo, mediante la Escala de Gravedad del Trastorno de Pánico de Shear y cols. (1997). g) Comorbilidad actual y pasada. Finalmente, se aconseja incluir medidas dimensionales de ansiedad general y depresión.

Los instrumentos de evaluación seleccionados deben administrarse, al menos, en el pretratamiento, postratamiento y seguimiento/s. En este último hay que indagar también los posibles tratamientos recibidos durante el mismo. Además, es recomendable administrar algunos de ellos periódicamente durante el tratamiento con el fin de controlar el progreso de los sujetos. A continuación se presentan los instrumentos más importantes.

ENTREVISTA

Deben explorarse los siguientes aspectos con respecto a la agorafobia:

- Identificación de las **situaciones evitadas** y frecuencia y gravedad de las conductas de evitación.
- Descripción, frecuencia, duración e intensidad de la **ansiedad** y de los **ataques de pánico**, incluyendo las situaciones en que ocurren y las reacciones somáticas experimentadas. Debe evaluarse la existencia de ataques de pánico espontáneos.
- **Cogniciones** del cliente respecto a la ansiedad y a las situaciones temidas. Fundamentales aquí son las interpretaciones de peligro o catástrofe que el cliente hace al anticipar las situaciones temidas, encontrarse en estas, experimentar ciertas sensaciones corporales, tener ataques de pánico e intentar encontrar una causa del problema.
- **Conductas defensivas** manifiestas o cognitivas que los clientes pueden emplear para prevenir o manejar la amenaza asociada con la ansiedad/pánico.
- **Variables ambientales y personales funcionalmente relacionadas** en el momento presente con las conductas de evitación, ansiedad, ataques de pánico y cogniciones. Ejemplos de estas variables aparecen en el apartado sobre génesis y mantenimiento del trastorno y en la figura 1; por ejemplo, situaciones estresantes, capacidad de resolución de problemas, asertividad, reacciones de los otros, etc.
- **Interferencia** de la agorafobia en distintas áreas de la vida del cliente (personal, social, académica, laboral) y posibles problemas que pueden surgir si se soluciona el trastorno. Ejemplos de estos problemas serían un conflicto marital o la pérdida de una asignación económica por incapacidad laboral transitoria.
- **Historia** y desarrollo del problema agorafóbico, incluido su origen, fluctuaciones (agravamientos, mejoras, remisiones) y factores asociados tanto con el inicio como con las fluctuaciones posteriores.
- **Tratamientos e intentos previos y actuales** realizados para superar el problema y resultados logrados.
- **Expectativas** del cliente respecto al tipo de tratamiento y respecto a los resultados a conseguir, su **motivación** para superar el trastorno y sus objetivos.

- **Recursos** y medios de que dispone el cliente y que pueden suponer una ayuda a la hora de llevar a cabo la intervención. También, las **limitaciones** del cliente que pueden interferir con el tratamiento.
- **Trastornos psicológicos asociados** a la agorafobia y **trastornos anteriores**.

Modelos detallados de entrevista para la agorafobia pueden verse en Bados (2000), Botella y Ballester (1997) y Deakin (1989); la segunda está más centrada en el pánico. Un modelo de entrevista diagnóstica siguiendo los criterios del DSM-IV es la **Entrevista para los Trastornos de Ansiedad según el DSM-IV (ADIS-IV)** de Brown, DiNardo y Barlow (1994). Esta entrevista dura de una a dos horas y evalúa los diferentes trastornos de ansiedad a un nivel no solamente diagnóstico, Además, contiene secciones para evaluar los trastornos del estado de ánimo, la hipcondría, el trastorno por somatización, el trastorno mixto de ansiedad-depresión y los trastornos de abuso/dependencia de sustancias psicoactivas. En todos estos casos, la evaluación puede hacerse sólo en el presente o también en el pasado, según el modelo de entrevista que se emplee de los dos existentes. También se incluyen unas pocas preguntas de cribado sobre síntomas psicóticos y de conversión, y sobre la historia familiar de trastornos psicológicos. La última sección aborda la historia de tratamiento psicológico y psiquiátrico y la historia médica del cliente. Finalmente, se incluyen las escalas de Hamilton para la ansiedad y la depresión.

Cuestionarios y autoinformes

Además de los cuestionarios centrados en los problemas agorafóbicos, se recomienda, como mínimo, emplear algún cuestionario que evalúe el grado de ansiedad general y de depresión. En cuanto a los primeros, algunos de los más útiles, frecuentemente utilizados y que pueden hallarse en castellano son: Inventario de Movilidad para la Agorafobia, Escala de Autovaloración del Cambio, Cuestionario de Cogniciones Agorafóbicas y Cuestionario de Sensaciones Corporales (o bien el Índice de Susceptibilidad a la Ansiedad), Cuestionario de Ataques de Pánico y Cuestionario de Interferencia.

Cuestionarios generales sobre ansiedad y/o evitación agorafóbicas

Cuestionario de Miedos (*Fear Questionnaire, FQ*; Marks y Mathews, 1979). Es un cuestionario de 22 ítems que proporciona cuatro medidas: 1) Nivel de evitación (0-8) respecto a la fobia o miedo principal del cliente descrito con sus propias palabras. 2) Puntuación total del nivel de evitación (0-8) de 15 situaciones, las cuales se dividen en tres subescalas de cinco ítems cada una: agorafobia, fobia social y fobia a la sangre/heridas. Así pues, hay tres puntuaciones parciales y una global. 3) Escala de Ansiedad-Depresión; cinco ítems en los que la persona valora su nivel de preocupación (0-8) respecto a cinco problemas no fóbicos comunes en las personas fóbicas. 4) Medida global de los síntomas fóbicos; el cliente valora (0-8) el grado de perturbación/incapacitación producido por todos los síntomas fóbicos o miedos en general. Además de los 22 ítems descritos, presenta dos más de tipo abierto: uno para otras situaciones evitadas y otro para otros sentimientos en la escala de Ansiedad-Depresión. El cuestionario puede consultarse en Comeche, Díaz y Vallejo (1995), en Mathews, Gelder y Johnston (1981/1985) y en Méndez y Macià (1994).

Inventario de Movilidad para la Agorafobia (*The Mobility Inventory for Agoraphobia, MI*; Chambless y cols., 1985). Es un inventario de 28 ítems para medir la conducta de evitación agorafóbica autoinformada y la frecuencia e intensidad de los ataques de pánico. El cliente califica su nivel de evitación (de 1 a 5) de 26 situaciones (más una final de tipo abierto) cuando está solo

(esta es la calificación más importante) y también cuando está acompañado. Un ítem final define el ataque de pánico (de forma no coincidente con el DSM-IV) y pregunta por su frecuencia en los últimos 7 días y en las tres últimas semanas. Posteriormente, se hizo una pequeña revisión en la que: a) se añadió una segunda parte en la que el paciente debe rodear las 5 situaciones que más afectan negativamente a su vida, b) se incluyó en la tercera parte un ítem adicional sobre la intensidad (1-5) de los ataques de pánico, y c) se añadió una cuarta parte sobre la posible existencia de una zona de seguridad, la localización de esta y su tamaño (radio desde casa). La versión original puede consultarse en Bados (2000) y Comeche, Díaz y Vallejo (1995); y la versión revisada en inglés en Antony, Orsillo y Roemer (2001).

Las **calificaciones de inquietud** correlacionan tan alto en general con las de evitación que sólo se consideran estas últimas. Sin embargo, en caso necesario pueden utilizarse ambas calificaciones; por ejemplo, en pacientes que evitan poco y afrontan las situaciones temidas con ansiedad o cuando se sospecha que sólo o principalmente la evitación puede disminuir. Swinson y cols. (1992) han añadido al cuestionario una tercera subescala para evaluar el grado en el que los sujetos evitan las distintas situaciones **cuando no toman medicación**. Hay que evaluar la evitación yendo solo y sin tomar medicación si no se quiere subestimar el grado de evitación.

Escala de Maniobras de Seguridad de Texas (*The Texas Safety Maneuver Scale, TSMS*; Kamphuis y Telch, 1998). Evalúa la frecuencia de empleo de conductas defensivas, es decir aquellas que pretenden prevenir o manejar las amenazas asociadas con el pánico o ansiedad. Incluye tanto conductas defensivas activas (p.ej., salir acompañado de alguien) como evitación de situaciones agorafóbicas típicas (p.ej., transportes públicos) y de otro tipo (p.ej., consumo de café o de situaciones estresantes). Consta de 50 ítems valorados en una escala de 0 a 4 según la frecuencia con la que se utilizan para manejar la ansiedad o el pánico. Treinta y seis de estos ítems se agrupan en seis factores (aunque la muestra empleada fue pequeña): evitación agorafóbica, uso de técnicas de relajación, evitación del estrés psicológico, evitación de la activación somática, empleo de técnicas de distracción y conductas orientadas al escape. Es un cuestionario que requiere de mayor investigación, pero que es útil para identificar y jerarquizar las conductas defensivas de los pacientes de cara a su eliminación progresiva. El instrumento puede consultarse en inglés en la fuente original y en Antony, Orsillo y Roemer (2001).

Escalas de Autoeficacia para la Agorafobia (*Self Efficacy Scales for Agoraphobia, SESA*; Williams, 1990, citado en Comeche, Díaz y Vallejo, 1995). Consta de 15 escalas o actividades dividida cada una de ellas en 5 pasos específicos. El sujeto debe calificar el grado en que se ve capaz de hacer cada paso, tanto solo como acompañado por un amigo, utilizando una escala de 0 (no puedo realizarlo) a 100 (totalmente seguro de poder realizarlo). En cada escala pueden calcularse dos puntuaciones: a) nivel de autoeficacia: número de pasos calificados con 20 o más; y b) fuerza de la autoeficacia: media de las cinco puntuaciones de autoeficacia. Estas escalas son útiles de cara a planificar el tratamiento y correlacionan alto con el test conductual, por lo que pueden reemplazarlo cuando este sea difícil de realizar. Pueden consultarse en Comeche, Díaz y Vallejo (1995).

Inventario de Conductas-Objetivo. Se trata de un cuestionario individualizado en el que el sujeto especifica cinco conductas que le gustaría realizar normalmente y que supondrían una mejora significativa en su vida cotidiana. Para cada conducta se califica su grado de dificultad (1-10), la medida en que se evita (1-6) y el miedo que produce (1-6). Es posible que alguna de estas calificaciones sea redundante. Puede consultarse en Echeburúa y de Corral (1995). También en Botella y Ballester (1997), los cuales sólo emplean las calificaciones de evitación y temor (de 0 a 10) y añaden una nueva de la incapacidad global producida por el miedo en la vida cotidiana. Bados (2000) presenta otra versión con calificaciones de autoeficacia, evitación y temor (de 0 a 8).

Jerarquía Individualizada de Situaciones Temidas. Se han utilizado jerarquías de 5, 10 ó

15 ítems –que deben estar específicamente definidos– y escalas de puntuación de 0-8, 0-10 ó 0-100 para valorar la ansiedad producida por cada situación y/o el grado en que se evita la misma. Ejemplos pueden verse en Barlow (2002, pág. 348), Barlow y Wadell (1985, pág. 33) y Rapee y Barlow (1991, pág. 276). Es importante que los ítems elaborados sean representativos de las diferentes situaciones temidas por el sujeto, sean pertinentes para este y cubran los diferentes niveles de ansiedad. Los mismos ítems de la jerarquía individualizada pueden usarse para medir la **auto-eficacia** percibida del sujeto. Este tendría que valorar cuán capaz (0-8) se cree de poder realizar él solo cada actividad si tuviera que hacerlo en ese momento.

Escala de Autovaloración del Cambio (Bados, 2000). El cliente valora en una escala de 0 (muchísimo peor) a 8 (muchísimo mejor) cómo se encuentra en general respecto a sus problemas agorafóbicos y de pánico en comparación a antes del tratamiento. La misma escala es utilizada para valorar en un segundo ítem cada una de las conductas-objetivo seleccionadas, y en un tercero, los ataques de pánico. Un ejemplo similar de esta escala con sólo el primer ítem puede verse en Botella y Ballester (1997).

Cuestionarios generales sobre sensaciones, cogniciones y ataques de pánico

Cuestionario de Cogniciones Agorafóbicas y Cuestionario de Sensaciones Corporales (*The Agoraphobic Cognitions Questionnaire and the Body Sensations Questionnaire, ACQ, BSQ*; Chambless y cols., 1984). Son dos cuestionarios usados para medir aspectos importantes del miedo al miedo. El primero consta de 14 ítems (más uno final de tipo abierto) y mide la frecuencia (1-5) con la que el paciente tiene pensamientos catastróficos acerca de los resultados de la ansiedad. Se han puesto de manifiesto dos factores: pensamientos de consecuencias físicas de la ansiedad (ataque cardíaco, tumor) y pensamientos de consecuencias sociales y conductuales (quedar en ridículo, volverse loco). Wells (1997) ha propuesto que una adición útil a este cuestionario es pedir el grado en que se cree (0-100) en cada pensamiento cuando se está ansioso. El segundo cuestionario consta de 17 ítems (más uno final de tipo abierto) y mide el grado en que el sujeto tiene miedo (1-5) a diversas sensaciones corporales asociadas con la ansiedad. Ambos cuestionarios pueden ser consultados en Bados (2000) y Comeche, Díaz y Vallejo (1995).

Cuestionario de Síntomas de los Ataques de Pánico y Cuestionario de Cogniciones durante los Ataques de Pánico (*Panic Attack Symptoms Questionnaire and Panic Attack Cognitions Questionnaire, PASQ, PACQ*; Clum y cols., 1990). El primero de estos cuestionarios está formado por 33 ítems que reflejan síntomas experimentados durante un ataque de pánico; el sujeto califica cada ítem de 0 a 5 en función de la duración de los síntomas. Además hay un ítem final abierto que pregunta por la frecuencia de los ataques de pánico durante la última semana, mes, seis meses y doce meses. El segundo cuestionario consta de 23 ítems sobre cogniciones negativas asociadas con ataques de pánico; cada ítem es calificado de 1 a 4 según el grado en que cada cognición domina la mente durante un ataque de pánico. Varias son las diferencias entre estos dos cuestionarios y los Cuestionarios de Cogniciones Agorafóbicas y Sensaciones Corporales de Chambless y cols. (1984). Los dos primeros constan de mayor número de ítems y miden síntomas y cogniciones asociadas con los ataques de pánico y no con la ansiedad en general. Además, preguntan por la duración de los síntomas, en vez de por el miedo a los mismos, y por la dominancia de las cogniciones, en vez de por su frecuencia. Los dos cuestionarios de Clum pueden consultarse en inglés en Corcoran y Fischer (2000).

Cuestionario de Creencias Relacionadas con el Pánico (*Panic Belief Inventory, PBQ*; Greenberg, 1989; Wenzel y cols., 2005). Pretende evaluar creencias relacionadas con el pánico, sus síntomas y sus consecuencias, creencias que ya existen fuera de estados agudos de ansiedad y que aumentan la probabilidad de reacciones catastróficas a las experiencias físicas y emocionales en el trastorno de pánico. Consta de 35 ítems valorados de 1 (totalmente en desacuerdo) a 6 (to-

talmente de acuerdo) y presenta cuatro factores: ansiedad anticipatoria, catástrofes físicas, catástrofes emocionales y autodesaprobación. Este cuestionario es útil de cara a la aplicación de la terapia cognitiva y, en teoría, podría ser de ayuda para predecir la posibilidad de recaída.

Índice de Susceptibilidad a la Ansiedad (*Anxiety Sensitivity Index, ASI*; Reiss y cols., 1986). Consiste de 16 ítems con una escala de respuesta 0-4 y pretende medir el miedo a los síntomas y consecuencias de la ansiedad, aunque ha sido criticado por su falta relativa de ítems referidos a las consecuencias sociales negativas de la ansiedad. Este cuestionario, que puede consultarse en Bados (1995a) y en Botella, Baños y Perpiñá (2003), ha resultado unidimensional en algunos estudios y multifactorial en otros. Lo más probable es que obedezca a un modelo jerárquico, con tres factores en el nivel más bajo de la jerarquía (preocupaciones físicas, preocupaciones sobre incapacitación mental y preocupaciones sociales) que cargan en un factor general (Zinbarg, Barlow y Brown, 1997). Esto es congruente con la existencia de un constructo unitario; pueden calcularse así tres puntuaciones factoriales y una total, aunque los dos últimos factores tienen sólo tres ítems cada uno. Una versión para niños de este cuestionario es el **Índice de Susceptibilidad a la Ansiedad para Niños** (*Childhood Anxiety Sensitivity Index*; Silverman y cols., 1991, citado en Sandín, 1997), el cual consta de 18 ítems valorados según una escala de 1 a 3 (nada/un poco/mucho). La versión infantil puede consultarse en castellano en Sandín (1997) y en inglés en Antony, Orsillo y Roemer (2001) y en Silverman, Ginsburg y Goedhart (1999), los cuales han analizado también su estructura factorial.

Un problema con los análisis factoriales del Índice de Susceptibilidad a la Ansiedad es el pequeño número de ítems de este. Para abordar este problema, Taylor y Cox (1998) han desarrollado el **Perfil de Susceptibilidad a la Ansiedad** (*Anxiety Sensitivity Profile, ASP*), el cual consta de seis escalas de 10 ítems cada una. Las personas valoran de 1 a 7 la probabilidad de que algo malo les suceda como consecuencia de experimentar diversos síntomas pertenecientes a las siguientes áreas: cardiovascular, respiratoria, gastrointestinal, reacciones de ansiedad públicamente observables, síntomas disociativos y neurológicos y descontrol cognitivo. De todos modos, el análisis factorial en población clínica ha puesto de manifiesto sólo cuatro factores (miedo a los síntomas cardiovasculares, miedo a las reacciones de ansiedad públicamente observables, miedo al descontrol cognitivo, miedo a los síntomas respiratorios), los cuales cargan en un único factor general. El instrumento puede consultarse en inglés en Antony, Orsillo y Roemer (2001).

Muris (2002) también ha ampliado el **Índice de Susceptibilidad a la Ansiedad para Niños – Revisado**, el cual combina 8 ítems del Índice de Susceptibilidad a la Ansiedad para Niños y 23 del Perfil de Susceptibilidad a la Ansiedad. Los ítems son valorados de 1 a 3 y pueden ser comprendidos a partir de los 10 años. La estructura factorial en una muestra de adolescentes de educación secundaria ha sido la misma que la del Perfil de Susceptibilidad a la Ansiedad.

Inventario de Agorafobia (Echeburúa y cols., 1992). Este es un cuestionario de 68 ítems elaborado en España a partir del Cuestionario de Miedos, Inventario de Movilidad para la Agorafobia, Cuestionario de Cogniciones Agorafóbicas y Cuestionario de Sensaciones Corporales. La primera parte del inventario tiene tres apartados en los que se mide mediante escalas de 0 a 5 puntos la evitación, solo y acompañado, de 33 situaciones, la frecuencia de 20 sensaciones corporales y el grado de temor suscitado por estas, y la frecuencia de 13 cogniciones que pueden tenerse cuando se está nervioso o asustado. En la segunda parte, el sujeto tiene que marcar los factores que contribuyen a aumentar y reducir la ansiedad experimentada. Se trata de un inventario muy completo y específico y útil para la planificación del tratamiento. Puede consultarse –además de en la fuente original, en la cual puede verse además su estructura factorial–, en Echeburúa (1993) y en Méndez y Macià (1994).

Cuestionario de Ataques de Pánico (Bados, 2000, basado en Michelson, Mavissakalian y Marchione, 1988). Evalúa diversos aspectos de los ataques de pánico experimentados durante la

última semana y las últimas semanas (2-3, según la versión) así como el miedo/preocupación sobre ataques de pánico futuros. El cliente califica: 1) Intensidad (escala de 0 a 8) de los ataques de pánico durante las dos últimas semanas. 2) Intensidad de cada uno de los síntomas de pánico enumerados por el DSM-IV y referidos también a las dos últimas semanas; a partir de aquí puede calcularse la intensidad media de los síntomas y el número de síntomas con intensidad distinta a 0 (0 = ninguna). 3) Frecuencia de los ataques de pánico tenidos durante la última semana y durante las dos últimas semanas. 4) Cuántos de los ataques anteriores han sido espontáneos en los dos períodos citados. 5) Miedo o preocupación sobre la posibilidad de tener nuevos ataques de pánico. Conviene tener en cuenta que la obtención de datos retrospectivos sobre los ataques de pánico mediante entrevista o cuestionario puede dar lugar, al menos en el pretratamiento, a una deformación significativa por exceso en la descripción de los ataques de pánico en comparación a cuando los datos son recogidos concurrentemente mediante autorregistro. En los casos en que la sobrestimación se produzca sólo en el pretest, esto dará lugar a una magnificación de los efectos del tratamiento al emplear cuestionarios o entrevistas para evaluar los ataques de pánico.

Cuestionario de Ataques de Pánico para Niños y Adolescentes (Sandín, 1997). Consta de 28 preguntas sobre las características y naturaleza de los ataques de pánico, cogniciones asociadas a los mismos, interferencia que producen y acontecimientos estresantes recientes. La información recogida permite establecer el diagnóstico del trastorno de pánico según el DSM-IV.

Autoinformes obtenidos en situaciones temidas

Autocalificación de la ansiedad media y máxima experimentada antes de y durante la realización de actividades temidas ya sea en el test conductual o en las exposiciones de cada día (diario conductual). En un test conductual, además de hallar la media de ansiedad de los pasos o actividades completados, se puede calcular un índice compuesto de evitación/ansiedad asignando el valor máximo de ansiedad a las actividades no realizadas y promediando estos valores con los de las actividades realizadas. Otra alternativa para que los datos de distintos momentos de evaluación sean comparables es calcular la media *indexada* de ansiedad; para ello, en cada momento de evaluación se considera el mismo número de actividades, aquel que corresponde al menor número de actividades completadas por el sujeto a lo largo de todos los momentos. Naturalmente, pueden indexarse otras medidas además de la de ansiedad.

Evaluación de las cogniciones del sujeto. Se han empleado básicamente dos procedimientos, aparte de la entrevista y de los cuestionarios de reconocimiento de cogniciones, para evaluar los pensamientos que el sujeto tiene antes y/o durante la realización de actividades temidas ya sea en el test conductual o en las exposiciones de cada día (autorregistro). El primer procedimiento es la *evaluación cognitiva en vivo* o grabación magnetofónica de los pensamientos que el sujeto va teniendo (Genest y Turk, 1981; Kendall y Hollon, 1981). Esta evaluación no tiene por qué ser continua, sino que se pueden muestrear, aleatoriamente o no, ciertos momentos de tiempo. El segundo procedimiento es el *listado de pensamientos*: inmediatamente después de cada exposición el sujeto debe escribir los pensamientos que tuvo inmediatamente antes de la exposición y/o durante esta (Cacioppo y Petty, 1981; Kendall y Hollon, 1981).

Conviene tener en cuenta, por un lado, que el grado de concordancia entre distintos métodos de evaluación de las cogniciones (entrevista, cuestionarios, autorregistros) es bajo. Por otro lado, los métodos de autoinforme pueden no proporcionar datos fiables o válidos sobre las operaciones y procesos cognitivos relacionados con la ansiedad, los cuales son automáticos y no accesibles a la conciencia. De ahí la necesidad de emplear **medidas objetivas de los sesgos cognitivos** no conscientes en atención e interpretación; dos ejemplos serían la tarea Stroop modificada de nombramiento de color y el tiempo de reacción ante palabras emocionalmente neutras o negativas que completan frases; para mayor información, véase Bados (1995a).

Cuestionarios de discapacidad

Estos cuestionarios podrían estar midiendo no sólo la discapacidad producida por el trastorno de interés, sino también por otros trastornos presentados por los clientes.

Cuestionario de Discapacidad de Sheehan (*Sheehan Disability Inventory, SDI*; Sheehan, Harnett-Sheehan y Raj, 1996, citado en Bobes y cols., 1998). Consta de 5 ítems valorados de 0 a 10, excepto el último que lo es de 0 a 100. Los tres primeros evalúan respectivamente la disfunción producida por los síntomas en el trabajo, vida social y vida familiar/responsabilidades domésticas. El cuarto valora el estrés percibido (las dificultades en la vida producidas por eventos estresantes y problemas personales), y el quinto, el apoyo social percibido o el grado de apoyo recibido de personas significativas con relación al apoyo necesitado. Puede consultarse en Bobes y cols. (1998, 2002).

Escala Autoevaluada de Discapacidad de Liebowitz (Liebowitz, 1987, citado en Bobes y cols., 1998). Es el instrumento más complejo. Sus 11 ítems, valorados de 0 a 3, evalúan el grado en que los problemas emocionales impiden realizar determinadas acciones: beber con moderación, evitar medicamentos no prescritos, estar de buen humor, avanzar en los estudios, mantener un trabajo, tener buenas relaciones con la familia, tener relaciones románticas/íntimas satisfactorias, tener amigos y conocidos, dedicarse a aficiones, cuidado de personas y de la casa, y desear vivir y no pensar en el suicidio. El paciente debe contestar cada ítem en referencia primero a las dos últimas semanas y segundo a lo largo de la vida o la vez que peor estuvo. Puede consultarse en Bobes y cols. (1998).

Cuestionario de Interferencia. Pueden emplearse diversas escalas (0-5, 0-8, 0-10, etc.) en las que la persona valora la interferencia producida por sus problemas en su vida en general y/o la interferencia en áreas más específicas tales como trabajo/estudios, amistades, relación de pareja, vida familiar, manejo de la casa, tiempo libre pasado con otros, tiempo libre pasado solo, economía y salud. Ejemplos de este cuestionario pueden verse en Bados (2000), Botella y Ballester (1997), Echeburúa (1995) y Echeburúa y de Corral (1992). Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo (2000) presentan datos normativos para su Escala de Inadaptación, en la cual la persona valora de 0 a 5 la medida en que sus problemas actuales afectan a su vida en general como a áreas más concretas (trabajo/estudios, vida social, tiempo libre, relación de pareja y vida familiar). El punto de corte que maximiza la sensibilidad y especificidad es 12 para la escala en su conjunto y 2 (correspondiente a la respuesta “poco”) para los ítems individuales.

AUTORREGISTROS

Un buen artículo de revisión es el de Craske y Tsao (1999), los cuales presentan también dos modelos de autorregistro como los que se comentan a continuación.

Diario conductual de actividades. El sujeto puede apuntar aspectos como fecha, hora en que ha salido y ha regresado a casa, descripción de la actividad y destino de la salida, distancia aproximada recorrida desde casa, tiempo pasado en el lugar de destino, si va solo o acompañado, tiempo pasado solo, ansiedad media y/o máxima experimentada, ocurrencia o no de ataque de pánico, uso de medicación y de otras estrategias defensivas y si la salida es una sesión de práctica o sólo una parte de la rutina normal. Ejemplos de diarios de actividades pueden verse en Bados (2000), Barlow (1988, pág. 391), Barlow y Wadell (1985, pág. 37), Craske y Tsao (1999), Echeburúa y de Corral (1995), Mathews, Gelder y Johnston (1981/1985, pág. 206), Roca (2003) y Roca y Roca (1999).

Diario conductual de ansiedad y ataques de pánico. Cada vez que tiene un ataque de pánico, la persona puede apuntar fecha, hora, duración, lugar, circunstancias y pensamientos asociados con el ataque, si la situación era estresante, si el ataque fue espontáneo o no, la intensidad de la ansiedad máxima experimentada, y si tuvo o no cada uno de los síntomas somáticos y cognitivos de los ataques de pánico según el DSM-IV. Además, al final del día apunta la ansiedad promedio tenida, el miedo o preocupación acerca de la posibilidad de tener un ataque de pánico y el tipo y dosis de todas las medicaciones tomadas. De Beurs, Chambless y Goldstein (1997) han constatado también la utilidad de las tres siguientes medidas, una de las cuales ya ha sido mencionada: miedo al pánico, expectativa de pánico y aversividad esperada del pánico.

Ejemplos de diarios de ansiedad/pánico pueden verse en Bados (2000), Barlow (2002, pág. 353), Barlow y Cerny (1988, págs. 203-208), Barlow y Craske (2000, pág. 24), Barlow y Wadell (1985, págs. 34-35), Bobes y cols. (2002, cap. 7), Botella y Ballester (1997), Clark (1989), Clark y Salkovskis (1987), Craske y Tsao (1999), Pastor y Sevillá (2000), Roca (2003), Roca y Roca (1999), Taylor y Arnou (1988, pág. 330), Walker, Norton y Ross (1991, págs. 532-533) y Wells (1997, pág. 297). Sandín (1997, pág. 235) presenta un modelo para población infantil y adolescente.

Argyle y cols. (1991) han presentado una **Escala de Síntomas Asociados con el Pánico** dirigida a evaluar la gravedad de los síntomas nucleares del trastorno de pánico y la mayoría de cuyos datos se obtienen de diarios de los pacientes. Los cinco síntomas evaluados son ataques situacionales, ataques espontáneos (incluidos los inducidos por cogniciones o estímulos somáticos sin relación con situaciones fóbicas), ataques de síntomas limitados, ansiedad anticipatoria y ansiedad fóbica y evitación. Los ataques de pánico reciben una puntuación en la escala según la frecuencia e intensidad media registradas en el diario la semana anterior, mientras que la ansiedad anticipatoria lo hace en función del porcentaje de horas de vigilia en que está presente y de su intensidad media. Finalmente, la puntuación correspondiente a la ansiedad fóbica y evitación no se deriva de los diarios, sino de una calificación hecha por el paciente sobre el grado de perturbación e interferencia de sus fobias. Las puntuaciones máximas para cada uno de los cinco síntomas son 6, 6, 4, 7 y 5, con lo cual se le da un mayor peso a los ataques de pánico que a la ansiedad anticipatoria, ansiedad fóbica y evitación.

Conviene mencionar que los diarios utilizados durante la **evaluación** no tienen por qué ser exactamente los mismos que los empleados durante el **tratamiento**. Así, el diario de actividades puede incluir durante el tratamiento dos columnas en las que el paciente apunte las consecuencias catastróficas que cree que ocurrirán y las consecuencias realmente experimentadas. En otros casos se han añadido otras dos columnas: ansiedad al final de la tarea de exposición y estrategias de afrontamiento empleadas. Para ejemplos, véase Bados (2000).

Una alternativa a los diarios de papel y lápiz la constituyen las **computadoras programables de bolsillo**. Para más información, véase Taylor, Fried y Kenardy (1990) o Bados (1995a). Muchas de las limitaciones de los diarios de papel y lápiz –especialmente saber el momento de registro y la dificultad del análisis de los datos– pueden soslayarse con las versiones automatizadas. Los datos pueden ser transferidos automáticamente a un ordenador, con el consiguiente ahorro de tiempo y ausencia de errores de codificación, y pueden ser visualizados inmediatamente ya sea para revisarlos con el paciente o para analizarlos.

OBSERVACIÓN

Los tests conductuales miden la competencia del sujeto, lo que este es capaz de hacer, no lo que hace realmente cada día. Los **tests conductuales** deben cumplir una serie de **condiciones**

(Himadi, Boice y Barlow, 1986; Williams, 1985): a) deben muestrearse **tareas graduadas en dificultad**, desde las muy fáciles a las más difíciles; es muy importante incluir situaciones de máxima dificultad, ya que los sujetos tienden a hacer más de lo que normalmente hacen; b) las ejecuciones del sujeto en el test deben ser **discretamente observadas o verificadas** a través de otros medios (p.ej., que el sujeto tenga que dejar marcas en ciertos sitios o apuntar descripciones de algo presente en estos); c) **no deben imponerse límites sobre cuán ansioso** un sujeto puede llegar a ponerse antes de terminar su aproximación; d) deben **minimizarse los elementos de tratamiento** (compañía de alguien, exposiciones prolongadas). Existen dos tipos básicos de test conductuales de aproximación conductual, los estandarizados y los individualizados.

Tests estandarizados de aproximación conductual. Pueden distinguirse dos subtipos. El primero es el paseo estandarizado, el cual consiste en hacer una caminata de 1-1,5 kilómetros dividida en 20 unidades o estaciones aproximadamente equidistantes; una desventaja del paseo estandarizado es que sólo se evalúa una conducta que puede ser poco problemática para algunos agorafóbicos y poco sensible al tratamiento (véase Öst, Thulin y Ramnerö, 2004). Una solución es emplear el segundo subtipo, el cual incluye una gama de actividades temidas (conducir, caminar por la calle, comer en un restaurante, comprar en un supermercado, subir a sitios altos), cada una de las cuales consta de una serie de tareas progresivamente más intimidantes. Ejemplos de este segundo subtipo pueden verse en Bandura y cols. (1980) y de Beurs y cols. (1991).

Tests individualizados de aproximación conductual. Son aconsejables dada la heterogeneidad de los agorafóbicos respecto a las dificultades fóbicas que presentan. Se construye para cada sujeto una jerarquía de situaciones fóbicas compuesta de ítems correspondientes a diversas áreas de funcionamiento. Ejemplos pueden verse en Bados (2000) y Mathews, Gelder y Johnston (1981/1985). Barlow (2002) y Himadi, Boice y Barlow (1986) han propuesto desarrollar una jerarquía de 10 ítems de los cuales se seleccionan 5 que representen una gama de actividades graduadas en dificultad que el sujeto pueda intentar en su medio natural. Se pide al sujeto que intente cada uno de los cinco ítems en un orden de dificultad creciente. La ejecución en cada ítem es valorada según una escala de 3 puntos en la que 0 significa ítem no intentado (evitado), 1, tarea intentada, pero completada sólo parcialmente y 2, tarea realizada con éxito. Además, el sujeto puede calificar (0-8) la ansiedad anticipatoria y la ansiedad máxima experimentada al realizar o intentar realizar cada ítem. Pueden explorarse también las sensaciones y cogniciones experimentadas por el sujeto durante el mismo.

ESCALAS DE CALIFICACIÓN CLÍNICA

Las de Watson y Marks (1971) son escalas de 9 puntos (0-8) que miden la gravedad del miedo y de la evitación agorafóbica respecto a cinco situaciones fóbicas específicas, las más significativas para cada sujeto. Ambas escalas pueden ser puntuadas por el terapeuta, por el sujeto y/o por un evaluador independiente. Para hacer las calificaciones, el terapeuta y el evaluador independiente deben **basarse en una entrevista** hecha al sujeto en que se intenta descubrir la extensión de sus dificultades preguntándole sobre sus actividades cotidianas, sus razones para evitar ciertas situaciones, sus sensaciones subjetivas y somáticas, etc.

El Escalamiento del Logro de Metas es un método individualizado, pero muy formalizado y estandarizado, que permite comparaciones entre distintos pacientes. Un evaluador independiente identifica cuatro o cinco metas que un paciente determinado pueda alcanzar con la intervención que va a recibir. Para cada meta (p.ej., comprar en un supermercado), se construye una escala de 5 puntos relativa a los resultados probables del tratamiento, del más desfavorable (p.ej., incapaz de entrar en el supermercado) al más favorable (p.ej., capaz de comprar indefinidamente durante las horas punta). El punto medio de la escala es el resultado más probable en función de los problemas del paciente y del tratamiento recibido. Los resultados son definidos en términos específicos.

Tras el tratamiento, se determina la posición del sujeto en las escalas y se obtiene una puntuación compuesta que indica no el nivel actual de funcionamiento del paciente tras la intervención, sino el grado de eficacia del tratamiento con relación a lo esperado. Más información sobre el método y sus limitaciones puede verse en de Beurs y cols. (1993).

Shear y cols. (1997) presentan la **Escala de Gravedad del Trastorno de Pánico** (*Panic Disorder Severity Scale; PDSS*), la cual evalúa siete dimensiones del trastorno de pánico y síntomas asociados: frecuencia de ataques de pánico, angustia o malestar causada por los ataques de pánico, ansiedad anticipatoria (preocupación por cuándo ocurrirá el próximo ataque de pánico o por las consecuencias de los ataques sobre la salud física o mental), miedo/evitación agorafóbicos, miedo/evitación interoceptivos (aprensión y evitación de sensaciones corporales), deterioro/interferencia en el funcionamiento laboral y deterioro/interferencia en el funcionamiento social. A partir de una entrevista estructurada, el clínico valora cada dimensión en una escala de gravedad de 0 a 4. La media de los siete ítems da la puntuación total; la escala es unifactorial. El instrumento puede consultarse en inglés en Antony, Orsillo y Roemer (2001).

Botella y Ballester (1997) presentan las **Escalas de Evaluación del Estado/Mejoría**. En primer lugar, el terapeuta valora el estado del paciente de 1 (normal) a 6 (muy gravemente perturbado). En segundo lugar, valora el estado del paciente en comparación con la línea base de 1 (mejoradísimo) a 7 (muchísimo peor).

EVALUACIÓN POR PARTE DE PERSONAS SIGNIFICATIVAS

Estas personas pueden calificar el grado en que el sujeto evita diversas situaciones o actividades temidas incluidas en un cuestionario o una jerarquía individualizada. Otra posibilidad es emplear un cuestionario en el que la pareja o un amigo del paciente juzguen (utilizando escalas de 7 ó 9 puntos) la mejora, no cambio o empeoramiento del sujeto en la ejecución de diversas actividades (hacer cola en una tienda, viajar en autobús, etc.) y en otros problemas (tensión, depresión, ataque de pánico).

EXAMEN MÉDICO

Dada la posibilidad de que existan problemas médicos que sean responsables de la activación fisiológica del sujeto o contribuyan a la misma, se recomienda la realización de un examen médico. Según Jacob y Lilienfeld (1991) y Lesser y Rubin (1986), este examen **debe incluir**, además de una historia personal y familiar y de una entrevista a personas allegadas, un reconocimiento físico y pruebas de laboratorio que incluyan análisis completo de sangre, tests de la función tiroidea, electrocardiograma, tests de la función hepática, análisis de orina y examen radiológico del pecho. Si se sospecha que algún sistema orgánico puede estar afectado, pueden realizarse otras pruebas tales como test de tolerancia a la glucosa, análisis de catecolaminas en la orina, tomografía axial computerizada, electroencefalograma y pruebas neurológicas.

Jacob y Rapport (1984), Jacob y Lilienfeld (1991) y Roca y Roca (1999) presentan una lista de **trastornos médicos que pueden presentarse con síntomas de ansiedad o pánico** y enumeran cuáles son los síntomas diferenciadores y las pruebas para confirmar el diagnóstico de la enfermedad. Así, el pánico asociado con grandes dolores de cabeza y elevaciones de la presión arterial sugiere feocromocitoma, mientras que la presencia de falta de equilibrio, presión en los oídos e intolerancia de ciertos movimientos de la cabeza sugiere disfunción vestibular.

Entre los trastornos médicos pueden mencionarse los siguientes:

- Trastornos **endocrinos**: hipoglucemia, hipertiroidismo, hipoparatiroidismo, síndrome de Cushing (debido a aumento de glucocorticoides por tumores suprarrenales o medicación) feocromocitoma (tumor de células secretoras de catecolaminas), hipercalcemia, problemas hormonales premenstruales o menopáusicos.
- Trastornos **cardiovasculares**: arritmias cardíacas, angina de pecho, infarto, taquicardia paroxísmica, hipotensión ortostática, hipertensión, prolapso de la válvula mitral.
- Trastornos **respiratorios**: asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
- Trastornos **neurológicos**: disfunción vestibular, epilepsia del lóbulo temporal, disfunción del lóbulo temporal, enfermedad de Huntington, esclerosis múltiple.
- Trastornos por **intoxicación por sustancias**: cocaína, anfetaminas, cafeína.
- Trastornos por **retirada de sustancias**: alcohol, barbitúricos, opiáceos.

Cualquiera de los problemas médicos anteriores puede ser una causa, un correlato o un factor agravante en el trastorno de pánico o agorafobia. Es importante tener en cuenta que **la existencia de un problema médico no excluye necesariamente el diagnóstico de trastorno de pánico o agorafobia**, ya que puede no ser el único causante de los ataques de pánico, sino interactuar con factores psicológicos que contribuyen a mantener el problema.

En general, el comienzo de los ataques de pánico **después de los 45 años o la presencia de síntomas atípicos** durante un ataque (vértigo, pérdida de conciencia, pérdida de control de esfínteres, pérdida del equilibrio, dolor de cabeza, habla mal articulada, amnesia) sugieren la posibilidad de que un problema médico o una sustancia (droga, fármaco) estén causando los síntomas de los ataques.

EVALUACIÓN DE LA SIGNIFICACIÓN CLÍNICA

Jacobson y Revenstorf (1988) y Jacobson y Truax (1991) han propuesto la adopción de criterios estandarizados para evaluar la significación clínica. Según estos autores, deben cumplirse dos criterios, los cuales se refieren al grado de cambio conseguido durante el tratamiento y al nivel absoluto de funcionamiento tras el tratamiento.

En concreto, el primer criterio consiste en un **índice de cambio estadísticamente fiable**: la diferencia entre la puntuación postest y la puntuación pretest debe igualar o exceder 1,96 veces, en la dirección de la funcionalidad, el error estándar de la diferencia entre las dos puntuaciones. Este error es igual al error estándar de medición multiplicado por la raíz cuadrada de 2; el error estándar de medición es igual a la desviación típica de la población funcional o de la población disfuncional en el pretest multiplicada por la raíz cuadrada del resultado de restar de uno la fiabilidad test-retest de la medida considerada. El índice de cambio estadísticamente fiable es un criterio muy estricto para las medidas que tienen una baja fiabilidad. Además, en otras medidas puede no ser alcanzado por efectos de suelo o de techo; es decir, para las personas que puntúan moderadamente en dichas medidas en el pretratamiento, el índice puede requerir un mayor grado de cambio que el que se puede alcanzar en dichas medidas. En estos casos, puede darse como cumplido el criterio si se alcanza la puntuación mínima o máxima según la dirección de la funcionalidad

El segundo criterio implica que el **cliente pasa de la distribución disfuncional a la funcional** durante el curso del tratamiento en cualquier variable que se esté utilizando para medir el problema. Este criterio puede operacionalizarse de tres maneras:

- a) El nivel de funcionamiento en el postest debe caer **fuera de la amplitud de la población disfuncional**. La amplitud se extiende hasta dos desviaciones típicas más allá de la media de la población en la dirección de la funcionalidad. Este criterio puede utilizarse cuando

se carece de normas de la población funcional.

- b) El nivel de funcionamiento en el postest debe caer **dentro de la amplitud de la población funcional** o normal. La amplitud comienza dos desviaciones típicas más allá de la media de la población normal en la dirección de la disfuncionalidad. Parece más aconsejable emplear dos desviaciones típicas cuando la población no presenta el problema de interés y una desviación típica cuando la población es general e incluye a personas que pueden tener el problema a nivel clínico o subclínico.
- c) El nivel de funcionamiento en el postest es **más probable que caiga en la distribución funcional que en la disfuncional**. Este es el criterio de funcionalidad (CF) menos arbitrario. Se define de la siguiente manera:

$$CF = \frac{M_d \times DT_f + M_f \times DT_d}{DT_f + DT_d}$$

siendo M_d y DT_d la media y desviación típica de la población o grupo disfuncional y M_f y DT_f la media y desviación típica de la población o grupo funcional. Una persona cuya puntuación postest vaya más allá del valor del criterio de funcionalidad en la dirección de la funcionalidad es más probable que pertenezca a la distribución de la población normal, en la variable que se esté considerando, que a la de la población disfuncional.

Jacobson y Truax (1991) señalan que **los criterios b y c** son preferibles al *a* cuando se dispone de las normas necesarias para calcularlos, ya que permiten situar al cliente con relación a la población funcional en vez de saber simplemente si cae o no fuera de la población disfuncional. El **criterio c** es preferible al *b* cuando las distribuciones de la población funcional y de la disfuncional se solapan, mientras que **el criterio b** es el mejor cuando no hay solapamiento. Sea cual sea el criterio elegido, la idea que subyace tras todos ellos es que sólo hay significación clínica si un cliente ha sobrepasado algún valor absoluto de mejora que le coloque en la población funcional. Sin embargo, también puede haber **significación clínica** si un cliente consigue un **cambio lo suficientemente importante**, aunque no tan grande como para situarlo en la distribución funcional. Esto es especialmente importante en personas con trastornos crónicos y graves.

La propuesta de Jacobson requiere tener datos normativos de la población funcional, algo poco frecuente; además, cuando existen, es frecuente que muchos de estos datos de la población disfuncional o funcional se basen en muestras pequeñas. Por otra parte, quedan en pie diversos **problemas**: qué medidas seleccionar para evaluar la significación clínica, cómo combinarlas, de dónde extraer los datos normativos (¿de la población general o deben excluirse de esta los sujetos pertenecientes a la población clínica de interés?) y el empleo de intervalos de confianza de los valores criterio.

Una alternativa a la propuesta de Jacobson es el establecimiento de **criterios prefijados, pero arbitrarios**, para evaluar el nivel de mejora conseguido y el nivel del estado final de funcionamiento de los pacientes. Estos dos aspectos serán comentados acto seguido, aunque conviene tener en cuenta que es **posible combinar el método de Jacobson con el que se expondrá a continuación**; una forma de hacer esto es prefijar las medidas que se tendrán en cuenta, pero establecer los puntos de corte en estas de acuerdo con los criterios de Jacobson (véase de Beurs y cols., 1994).

Nivel de mejora

Himadi, Boice y Barlow (1986) proponen los siguientes criterios de mejora o criterios para

determinar si un paciente ha respondido al tratamiento. Se considera que un cliente ha mejorado con el tratamiento si demuestra al menos un 20% de mejora del pretratamiento al postratamiento por lo menos en tres de las siguientes medidas:

- Puntuación total de la Jerarquía Individualizada de Evitación Fóbica de 10 ítems calificada por el paciente en una escala de ansiedad/evitación de 0-8.
- Ejecución conductual en el Test Individualizado de Aproximación Conductual de 5 ítems.
- Puntuación total de las calificaciones de Unidades Subjetivas de Ansiedad hechas por el paciente en una escala de 0-8 en cada ítem del Test Individualizado de Aproximación Conductual.
- Frecuencia de los ataques de pánico durante 2 semanas de autorregistro por periodo de evaluación. Barlow (1988) ha propuesto tener en cuenta no sólo la frecuencia, sino también la duración e intensidad de los ataques de pánico. Con pacientes sin ataques de pánico, Cerny y cols. (1987) han propuesto sustituir este criterio por el siguiente: Puntuación de 2 o menos en la autocalificación del nivel de evitación (0-8) correspondiente a la fobia principal del paciente descrita con sus propias palabras en el Cuestionario de Miedos de Marks y Mathews (1979).
- Calificaciones del terapeuta en las escalas de 9 puntos (0-8) de gravedad agorafóbica de Watson y Marks (1971). Las calificaciones se hacen respecto a cinco situaciones fóbicas específicas y se promedian.

Estos criterios tienen en cuenta la conducta de evitación, ansiedad subjetiva, pánico e informe del terapeuta sobre la gravedad agorafóbica, aunque sería conveniente añadir un criterio relativo a la interferencia producida por la agorafobia. Además de la mejora del 20% al menos en 3 de las 5 medidas anteriores, para que un paciente sea considerado como mejorado no debe presentar un empeoramiento del 20% o más en ninguna de las cinco medidas del pretratamiento al postratamiento. Una alternativa al sistema de clasificar a los pacientes en mejorados y no mejorados sería **dar un punto por criterio cumplido y establecer las siguientes categorías:** mejora elevada (4-5 puntos), media (2-3 puntos) y mínima o nula (0-1 puntos). Cualquier paciente que presentara un empeoramiento del 20% o más en alguna de las cinco medidas del pretratamiento al postratamiento sería clasificado en la categoría de mejora mínima o nula.

Estado final de funcionamiento

Una mejora significativa no implica necesariamente un nivel elevado de funcionamiento final. Por ejemplo, un agorafóbico ha podido reducir sus ataques de pánico en más de un 20% (p.ej., de 7 a 5 por semana), pero a pesar de esta mejora, sigue presentando el problema. De ahí la necesidad de criterios adicionales para clasificar el nivel del estado final de funcionamiento de los pacientes. Himadi, Boice y Barlow (1986) han planteado que para considerar que un cliente ha alcanzado un elevado estado final de funcionamiento debe haber mejorado con el tratamiento (véase la definición del nivel de mejora) y cumplir al menos tres de los siguientes cinco criterios:

- Puntuación total de 20 o menos en la Jerarquía Individualizada de Evitación Fóbica de 10 ítems con una puntuación media no superior a 3 para los 5 ítems superiores. Calificación hecha por el paciente.
- Igual que *a*, pero calificación hecha por una persona significativa.
- Realización de los 5 ítems del Test Individualizado de Aproximación Conductual más una puntuación total de 10 o menos en las calificaciones de Unidades Subjetivas de Ansiedad hechas por el paciente en cada uno de los 5 ítems del test y con una calificación de Unidades Subjetivas de Ansiedad no superior a 3 en ningún ítem.
- Frecuencia cero de ataques de pánico durante 2 semanas de autorregistro en el postrata-

miento. Con pacientes sin ataques de pánico, Cerny y cols. (1987) han propuesto sustituir este criterio por el siguiente: Puntuación de 2 o menos en la autocalificación del nivel de evitación (0-8) correspondiente a la fobia principal del paciente descrita con sus propias palabras en el Cuestionario de Miedos de Marks y Mathews (1979).

- Una puntuación de 2 o menos en las calificaciones del terapeuta en las escalas de 9 puntos de gravedad agorafóbica de Watson y Marks (1971).

Estos cinco criterios reflejan la conducta de evitación, ansiedad subjetiva y pánico, los cuales son los principales componentes fenomenológicos de la agorafobia. Además, se tienen en cuenta calificaciones de la gravedad fóbica hechas por el terapeuta y por una persona significativa. Como se dijo antes, hubiera sido conveniente añadir un criterio relativo a la interferencia producida por la agorafobia, criterio que debería ser cumplido obligatoriamente para que un paciente fuera considerado recuperado. Además, uno puede preguntarse si puede considerarse recuperado a un paciente que cumple los criterios anteriores, pero sigue tomando medicación o recibiendo cualquier tipo de tratamiento para su problema.

Una alternativa al sistema de clasificar a los pacientes en estado final de funcionamiento elevado y no elevado sería **dar un punto por criterio cumplido y establecer las siguientes categorías de estado final de funcionamiento**: elevado (4-5 puntos), medio (2-3 puntos) y bajo (0-1 puntos) (o bien, puede hablarse de pacientes totalmente, moderadamente y poco recuperados). Criterios similares, pero no idénticos, a los cinco antes expuestos pueden consultarse en Michelson y cols. (1994). Otros criterios no mencionados, pero que puede ser interesante tener en cuenta, son la ansiedad anticipatoria, el uso de alcohol/fármacos/drogas y la utilización de servicios de salud (psiquiátricos y no psiquiátricos).

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

Se hablará en primer lugar del tratamiento para la agorafobia (con o sin trastorno de pánico) y después del tratamiento para el trastorno de pánico sin agorafobia o con agorafobia leve. Los dos primeros tipos de agorafobia se tratan de modo similar.

En los casos en que la agorafobia vaya acompañada de **otros problemas** que contribuyan a su mantenimiento –p.ej., fuentes de estrés, ansiedad social, conflicto interpersonal, dependencia emocional– habrá que **tratar concurrente o posteriormente** estos problemas. Sin embargo, con excepciones como la depresión grave y el abuso de alcohol/drogas que se comentarán más abajo, tratar de resolverlos primero no suele conducir a nada, ya que por lo general el cliente no desea o no puede centrarse en otras áreas problemáticas mientras está tan perturbado por sus fobias y ataques de pánico.

Hay dos problemas que merecen una atención especial: **depresión** y abuso de alcohol y fármacos ansiolíticos. Cuando el ánimo deprimido no es secundario a la agorafobia, sino que proviene de otras fuentes (dificultades maritales, autoevaluación negativa, aislamiento social), estas deben ser consideradas separadamente. La depresión grave puede obstaculizar el tratamiento de la agorafobia y debe tratarse primero. Según parece, el abuso de **alcohol y fármacos ansiolíticos** hacen que el cambio de la conducta agorafóbica sea verdaderamente difícil o imposible. Por ello, conviene suprimir el alcohol y fármacos ansiolíticos o reducirlos a un máximo de 15 mg de diacepam o 50 gramos de alcohol puro al día, y sin tomarlos en las 4 horas anteriores a las tareas de exposición en vivo (EV). Las personas que estén tomando altas dosis de estas sustancias deberán someterse a un programa de retirada lenta de las mismas antes de comenzar el tratamiento de EV. Sin embargo, la toma de antidepresivos es compatible con la EV. Por otra parte, conviene reducir o eliminar el consumo de **cafeína** y otros estimulantes, ya que pueden exacerbar la ansiedad.

Se tiende a creer que los **procedimientos imaginales por sí solos** no parecen tener un papel importante en el tratamiento de la agorafobia; sin embargo, los datos disponibles hasta el momento son muy escasos y poco concluyentes (véase Bados, 1995b). Las **técnicas cognitivas** (reestructuración cognitiva, entrenamiento autoinstruccional, resolución de problemas) y el **entrenamiento en aserción administrados sin EV** pueden dar lugar a mejoras, pero los resultados obtenidos con ellos son claramente inferiores a los de la EV.

Por otra parte la **desensibilización y reprocesamiento mediante movimientos oculares (DRMO)** ha sido superior en un estudio a la lista de espera en agorafobia, pánico, ansiedad y significación clínica, pero no ha sido comparada con la EV o la terapia cognitivo-conductual. Los movimientos oculares no parecen una parte necesaria del procedimiento, ya que aunque en el posttratamiento la DRMO fue más eficaz que la misma técnica sin movimientos oculares en las anteriores medidas y en depresión, no hubo diferencias en el seguimiento a los 3 meses (Feske y Goldstein, 1997). La DRMO no ha demostrado ser más eficaz que un placebo psicológico igualmente creíble que combinaba relajación progresiva y terapia mediante asociación (describir la imagen más ansiógena relacionada con pánico e ir expresando en voz alta todas las asociaciones que vienen a la cabeza respecto a dicha imagen) (Goldstein y cols., 2000).

Desde la perspectiva de intervención psicológica, se cuenta hoy en día con **dos tipos de intervenciones eficaces** para la agorafobia: a) la exposición en vivo (EV) y/o autoexposición en vivo (AEV) a las situaciones temidas, y b) la terapia cognitivo-conductual (TCC). El componente básico en la intervención de la agorafobia, aunque no necesario en todos los casos, es la exposición a las situaciones y/o sensaciones temidas, ya sea combinada con AEV o limitada sólo a esta última. Sin embargo, su eficacia es insuficiente, por lo que se ha investigado su combinación con otras técnicas de cara a mejorar los resultados.

Estas cuestiones, junto con las variables importantes a tener en cuenta a la hora de aplicar la EV, serán abordadas a continuación de acuerdo con las revisiones realizadas por Bados (1995b, 2003), Barlow, Raffa y Cohen (2002), Beck y Zebb (1994), Craske y Rodríguez (1994), Echeburúa y de Corral (1997), Hoffart (1993), McNally (1994), Michelson y Marchione (1991), Oei, Llamas y Devilly (1999), O'Sullivan y Marks (1990), Shapiro, Pollard y Carmin (1993), y los metaanálisis de Bakker y cols. (1998), Cox, Endler, Lee y Swinson (1992), Chambless y Gillis (1993), Gould, Otto y Pollack (1995), Jacobson, Wilson y Tupper (1988), Mattick y cols. (1990), Oei, Llamas y Devilly (1999), Trull, Nietzel y Main (1988) y van Balkom y cols. (1997). Otros estudios pertinentes o más recientes serán citados en el lugar oportuno.

EXPOSICIÓN EN VIVO

Aunque hay pacientes que pueden mejorar significativamente sin EV, para la mayoría, la EV o la exposición interoceptiva (exposición a las sensaciones temidas) son **parte esencial del tratamiento**. De todos modos, conviene citar aquí el estudio de Teusch y Böhme (1999) en el cual se compararon EV, terapia centrada en el cliente (dirigida a la autoexploración y autoexplicación de cogniciones y emociones con el fin de reducir o solucionar conflictos internos e interpersonales que generan ansiedad) y una combinación de ambas. Los dos tratamientos con EV fueron superiores en el afrontamiento de las situaciones fóbicas en el posttratamiento y en el seguimiento a los 6 meses, pero no en el seguimiento a los 1-4 años. Debido a las limitaciones de este estudio (grupo de EV extraído de otro estudio, empleo único de un par de medidas simples consistentes en escalas visuales análogas, tratamiento aplicado en régimen de internado, ausencia de datos sobre posibles tratamientos durante el periodo de seguimiento), se requieren nuevas replicaciones de cara a investigar si a largo plazo la EV es o no necesaria. De todos modos, la EV sería más eficiente, ya que con ella se conseguirían antes los mismos resultados positivos.

Los resultados del estudio anterior se añaden a los de otros (Brown y cols., 1997; Shear y cols., 1994) que sugieren la importancia de incluir en el tratamiento el abordaje de aquellos problemas y tensiones de la vida diaria de los pacientes que contribuyen a mantener la ansiedad generalizada, los ataques de pánico y las conductas de evitación. Por otra parte, Brown y cols. (1997) no encontraron diferencias en medidas de pánico, cogniciones catastróficas, ansiedad general y depresión (no se evaluó la evitación agorafóbica), ni en el postratamiento ni en los seguimientos a los 6 y 12 meses, entre la terapia cognitiva centrada en las interpretaciones catastróficas de las sensaciones asociadas a los ataques de pánico (incluyó exposición interoceptiva) y la terapia cognitiva centrada en la reestructuración de las preocupaciones diarias y en la resolución de las situaciones ansiógenas cotidianas (no incluyó exposición interoceptiva). Ambos grupos mejoraron por igual y mantuvieron las mejoras. Esto indica la necesidad de investigar la eficacia de las intervenciones dirigidas a la **reducción del estrés y de la ansiedad generalizada**.

Per otra parte, Shear y cols. (1994) no hallaron, ni en el postratamiento ni en el seguimiento a los 6 meses, que la TCC fuera superior a un **tratamiento no directivo** centrado en los problemas y tensiones de la vida de los pacientes; en este tratamiento no hubo ni consejos directos ni intervenciones prescriptivas; el terapeuta se limitó a escuchar y reflejar lo dicho por los pacientes para ayudarles a reconocer y afrontar sus emociones ocultas, incluyendo la consideración de los problemas cotidianos causantes del malestar emocional (p.ej., conflictos interpersonales). Ahora bien, esta intervención no directiva incluyó tres sesiones dedicadas a proporcionar una información extensa sobre el trastorno: componentes cognitivos, fisiológicos y conductuales de la ansiedad, falta de peligrosidad de los ataques de pánico, identificación de los disparadores de estos ataques, importancia de las interpretaciones erróneas de los síntomas de pánico, etc. De todos modos, es importante investigar si esta información es suficiente o si son necesarias además otras técnicas ya sean cognitivo-conductuales o de otro tipo.

Craske, Maidenberg y Bystritsky (1995) replicaron el estudio de Shear y cols. (1994) y hallaron que la TCC fue más eficaz, aunque el tratamiento duró 4 sesiones en vez de 15, no hubo seguimiento y los resultados fueron inferiores a los obtenidos con intervenciones más largas. En un estudio posterior, el propio grupo de Shear (Shear y cols., 2001) **no pudo replicar sus resultados** en pacientes con trastorno de pánico sin agorafobia. La terapia no directiva (psicoterapia centrada en la emoción) fue menos eficaz que la TCC tanto en el postratamiento como en el seguimiento a los 6 meses. Esto sugiere que la psicoterapia centrada en la emoción puede no ser tan eficaz como otros métodos más directivos para afrontar el estrés y la ansiedad.

La **EV implica** que el cliente se exponga en la vida real y de un modo sistemático a las situaciones que teme y evita. Las tres variantes más investigadas no difieren en eficacia; la primera implica una mayor asistencia por parte del terapeuta, mientras que las otras dos son básicamente procedimientos supervisados de AEV. Estas **variantes** son:

- a) **Exposición prolongada**, más o menos gradual, a cada situación, con la asistencia del terapeuta y permaneciendo en la misma hasta que la ansiedad se reduce significativamente (Emmelkamp, 1982).
- b) **Exposición autocontrolada más autoobservación** (Emmelkamp, 1982): Tras 2-5 sesiones con el terapeuta, AEV gradual en la que se permite el escape temporal a un lugar seguro, caso de ponerse excesivamente ansioso; luego el cliente registra el tiempo pasado fuera y vuelve a la situación.
- c) **Práctica programada** (Mathews, Gelder y Johnston, 1981/1985): Exposición prolongada y graduada que sigue las pautas de la del apartado *a*, pero la asistencia del terapeuta durante la misma es realizada por el cónyuge o un amigo. El terapeuta mantiene unos pocos contactos con el paciente, este lleva un diario de sus prácticas y cuenta, al igual que su compañero, con un manual de autoayuda.

Uno de los programas de EV más empleados es la práctica programada, por lo cual se expone más detalladamente a continuación. La responsabilidad principal para llevar a cabo el programa de tratamiento es del cliente con la **ayuda de un compañero** (un **familiar** –generalmente el cónyuge– o un **amigo**). Al cliente y a la persona que le va a ayudar (compañero) se les dan unos manuales detallados de tratamiento (Mathews, Gelder y Johnston, 1981). El **manual del paciente** explica la naturaleza, génesis y mantenimiento de la agorafobia y proporciona instrucciones para practicar la EV gradual a las situaciones temidas y para hacer frente a la ansiedad y al pánico. El **manual del compañero** explica por qué se necesita su ayuda, el papel que pueden jugar las personas significativas en mantener el problema y cómo el compañero puede ayudar al cliente en la planificación, realización y aliento de las prácticas de AEV. Aunque el compañero puede acompañar al cliente en algunas de estas prácticas, otras debe hacerlas el cliente solo; gradualmente el cliente debe aprender a valerse por sí solo y el compañero debe alentar esto. Una adaptación de ambos manuales puede verse en Bados (2000).

La práctica programada implica la **AEV diaria** a situaciones temidas **graduadas** en dificultad. Siempre que sea posible, el cliente debe **permanecer** en la situación hasta que la ansiedad decline; si en algún caso escapa de la situación, debe volver a ella tan pronto pueda. Cada ítem de la jerarquía debe repetirse varias veces hasta que esté dominado. El cliente debe llevar un **diario de sus prácticas** de AEV apuntando la duración, destino y condiciones de las salidas, la distancia recorrida y el nivel de ansiedad experimentada; esto le permitirá comprobar sus progresos. Además, debe **comentar con su compañero** lo que ha conseguido realizar cada día y el **compañero debe reforzar** socialmente y también con pequeños detalles los esfuerzos realizados, los progresos hechos y la práctica regular.

Se proporciona a los clientes **10 reglas que pueden emplear para hacer frente a la ansiedad y al pánico** (véase la **tabla 3**) y se les anima a recordarlas y utilizarlas en forma abreviada y a añadir a la lista otras que se les ocurran. Ejemplos de otras autoinstrucciones pueden encontrarse en Peurifoy (1992/1993, págs. 50-51).

El terapeuta se presenta a sí mismo como un consejero o educador y no asume ningún papel activo en la práctica de EV. Normalmente, el **terapeuta visita** al cliente en la casa de este cinco veces a lo largo de un mes; después, las visitas se aplazan cada vez más tiempo, mientras el cliente y su compañero continúan el tratamiento. Durante la **primera visita**, el terapeuta discute el programa y los manuales de tratamiento, los cuales han tenido que ser leídos previamente por el cliente y su compañero, y ayuda a la pareja a seleccionar los objetivos iniciales de la práctica. Durante la **2ª visita** el terapeuta acompaña al cliente y compañero durante la EV, pero su papel es sólo el de un observador que ofrece indicaciones y consejos cuando es necesario.

Durante las **tres visitas siguientes**, el terapeuta revisa con la pareja los diarios y discute las dificultades encontradas y los planes para las prácticas futuras. Las **visitas de seguimiento** se programan a intervalos cada vez mayores después del final del contacto regular; por ejemplo, a las 2 semanas, y a los 1, 3 y 6 meses. El objetivo principal de estas visitas de seguimiento es asegurar que el programa de prácticas está siendo realizado en la forma prevista.

Las distintas **versiones** de EV (más o menos graduadas, con terapeuta o no, con o sin posibilidad de escape), **comparten** algunos puntos importantes:

- Se **justifica** la EV y se presenta la misma como un programa sistemático y estructurado que requiere un esfuerzo continuado y que implica el tolerar cierta cantidad de ansiedad y malestar.
- Se **reeducan sobre la naturaleza de la ansiedad**: algún grado de ansiedad es normal y aunque puede ser perturbadora, no es peligrosa, como tampoco lo son los ataques de pánico.

nico; y es altamente improbable, por no decir imposible, que ocurran las consecuencias catastróficas temidas. Esta información sobre la ansiedad y el pánico contribuye a reducir el miedo anticipatorio del pánico y el humor deprimido, aunque es un componente insuficiente. Información para el paciente sobre la fisiología y psicología de la ansiedad puede verse en Bados (2000, págs. 318-324), Barlow y Craske (2000), Craske y Barlow (2001), Roca (2003) y Roca y Roca (1999); y sobre los mitos acerca de las consecuencias de los ataques de pánico en Bados (2000, págs. 331-333), Barlow y Craske (2000), Botella y Ballester (1997, págs. 68-72), Pastor y Sevilla (2000, cap. 5) y Roca (2003).

- En línea con lo que se acaba de decir, la EV intenta modificar las cogniciones erróneas y suele incluir, por tanto, elementos cognitivos. **Es habitual que terapeuta y paciente discutan de manera informal aspectos como los riesgos implicados, la sobrestimación de su probabilidad y otros errores cognitivos.** (En cambio, en la reestructuración cognitiva se emplea el método socrático con los mismos fines.)
- Se especifican con claridad los **objetivos concretos** a conseguir con la EV.
- Las **actividades** realizadas durante la exposición deben hacerse **sin prisas**, ya que la precipitación constituye una estrategia defensiva (acabar rápido para sentirse a salvo) e incrementa la activación.
- Por lo general, las experiencias de EV son **discutidas individualmente** (con el terapeuta o con una persona significativa) **o en grupo**.
- Otros aspectos como tareas de EV específicas, pertinentes y significativas, muestra representativa de las situaciones temidas, practicar en días *buenos* y *malos*, práctica en solitario lo más pronto posible, reconocimiento de los propios avances, forma de proceder si el progreso se detiene y superación de las conductas defensivas son comentados en el apartado de *Guías para la exposición en vivo*.

Variables que afectan a la exposición en vivo

- **Duración de la exposición.** Stern y Marks (1973) compararon dos sesiones de inundación en vivo **prolongada** (2 horas) con dos sesiones de inundación en vivo breve en la que cada sesión constaba de cuatro ensayos de 30 minutos separados por intervalos de descanso de 30 minutos. La inundación en vivo prolongada fue superior a la **intermitente** según medidas de ansiedad subjetiva y tasa cardíaca a pesar de que el tiempo total de exposición fue el mismo en las dos condiciones. De acuerdo con estos resultados, suele aconsejarse permanecer en la situación temida **hasta que la ansiedad se reduzca significativamente**.

Sin embargo, aunque está claro que el escape prolongado de las situaciones temidas es perjudicial, existen estudios que han mostrado que el **escape temporal** de una situación temida antes de ponerse excesivamente ansioso (p.ej., 70-75 sobre 100), junto con el retorno a la misma una vez tranquilizado el paciente (p.ej., cuando la ansiedad baja a 25), no aumenta el miedo y la evitación y tiene efectos positivos comparables a los de permanecer en la situación hasta que la ansiedad se reduzca. Que la EV con posibilidad de escape temporal sea tan eficaz como la EV prolongada puede explicarse si se supone que el mecanismo de acción de la EV consiste en invalidar las expectativas previas de los clientes. De este modo, para que la EV funcione, lo importante sería no tanto la habituación a los estímulos temidos como la posibilidad de que los clientes comprueben que sus expectativas amenazantes no se cumplen y adquieran una sensación de control sobre sus respuestas emocionales.

Cuando se emplee EV prolongada, es aconsejable **permanecer en la situación hasta que** la ansiedad se reduzca significativamente, desaparezca el deseo de escapar, y no haya signos manifiestos de malestar; puede incluirse asimismo permanecer un cierto tiempo en la situación temida, aunque la ansiedad ya se haya reducido, para evitar el abandono prematuro. Una reducción significativa de la ansiedad puede significar: a) una reducción de al menos dos puntos en una escala de 0 a 8 y un valor absoluto de 2 o menos; o b) una reducción de la ansiedad (inicial o máxima) hasta por lo menos la mitad. Cuando las **situaciones tienen una duración limitada** (subir en un ascensor, hacer ciertas colas) y esta resulta insuficiente para que la ansiedad se reduzca, la solución radica en **ir repitiendo la exposición** a dichas situaciones, preferiblemente a continuación o, si no, lo más pronto posible (p.ej., en el mismo día o al día siguiente).

Permanecer en la situación temida o repetirla hasta que la ansiedad se reduzca significativamente es especialmente útil para aquellos pacientes que creen que su ansiedad nunca disminuirá y que las consecuencias catastróficas ocurrirán si no escapan de la situación. Este abordaje puede combinarse, cuando sea necesario, con el escape temporal de la situación antes de ponerse excesivamente ansioso y el retorno a la misma lo más pronto posible, una vez que uno se ha tranquilizado.

Cuando no pueden utilizarse sesiones largas o frecuentemente repetidas de EV, la solución radica en establecer una **jerarquía de exposición en función de logros progresivos** en la ejecución e independientemente de la mayor o menor reducción del nivel de ansiedad. Por ejemplo, el cliente practica durante determinado tiempo (que no conviene que sea muy corto), recorre cierta distancia y/o abandona ciertas conductas defensivas, y se incrementan gradualmente las exigencias conforme va logrando los objetivos propuestos. Esta opción también puede combinarse con el escape controlado, en caso necesario.

- **Graduación de la exposición.** La EV puede ser **más o menos graduada**; puede comenzar por situaciones poco, relativamente o muy temidas y puede proceder con menores o mayores saltos en el nivel de ansiedad de una situación a otra. El nivel de graduación elegido depende de lo que el cliente esté dispuesto a tolerar, del tiempo disponible y de la velocidad de habituación. **Un enfoque poco graduado** es más aversivo, conduce a una **menor aceptación** y a un mayor número de **abandonos**, y parece menos indicado con aquellas personas que presentan **problemas médicos importantes** (hipertensión, angina de pecho, enfermedad coronaria, arritmias, asma, enfisema, úlcera péptica, colitis, trastornos metabólicos u hormonales, epilepsia), se encuentran embarazadas o están muy perturbadas por depresión o ataques frecuentes de pánico. Sin embargo, es más rápido y existen indicios de que **puede ser más eficaz a largo plazo** que un enfoque graduado para los clientes que lo acepten (véase Fiegenbaum, 1988); además, la inundación aplicada durante varias horas al día a lo largo de 2-3 semanas ha dado lugar a buenos resultados en contextos clínicos reales (Hahlweg y cols., 2001). Por otra parte, si la EV es demasiado graduada, el progreso será muy lento y el cliente se puede desanimar. Una buena pauta es **proceder en la graduación tan rápidamente como el cliente pueda tolerar**.

Hay que tener en cuenta que la exposición graduada es perfectamente compatible con la exposición prolongada. Así, un agorafóbico con miedo a viajar en metro, podría comenzar haciendo un par de estaciones y repetir este paso las veces necesarias hasta que su ansiedad se redujera significativamente.

- **Velocidad de la exposición (criterio para dar por superado un ítem).** La velocidad de la EV hace referencia a si debe repetirse un paso de la jerarquía hasta que no produzca más que un nivel de ansiedad leve o bien si sería suficiente con una menor reducción de la ansiedad. Yucksel y cols. (1984) no hallaron diferencias en eficacia entre la EV **rápida** (se **pasaba al siguiente ítem** cuando la **ansiedad** había **disminuido dos puntos** en una escala de 0-8) y la EV **lenta** (la reducción tenía que ser de **cuatro puntos**). Según estos resultados, no sería necesario esperar a que se

produzca una habituación máxima a un ítem de la jerarquía antes de pasar al siguiente. Hasta que no se realicen nuevos estudios, la pauta más habitual en clínica es seguir con cada ítem de la jerarquía hasta lograr **dos prácticas consecutivas** en las que la **ansiedad haya sido nula o leve** (p.ej., 2 o menos en la escala 0-8) o se haya conseguido **reducir rápidamente**. Otra opción consiste en utilizar como criterio no una ansiedad leve, sino la **confianza del cliente para afrontar** el siguiente paso. Lo importante en este último caso es no la habituación de la ansiedad, sino la adquisición de un sentido de control. No se sabe cuál de estas dos opciones es más eficaz.

Muchos clientes **se contentan con haber manejado bien un tipo de situación una sola vez** y piensan que no hay necesidad de repetirla. Sin embargo, es frecuente que en la base de esto haya un miedo a cómo puedan ir las cosas la próxima vez, por lo que conviene que sigan practicando la situación. Si realmente no tienen miedo, no pasará nada por repetir, pero lo habitual es que se requieran exposiciones repetidas a la misma situación para que la ansiedad disminuya.

- **Periodicidad de la exposición.** En la práctica clínica suele ser normal la asignación de tareas diarias de AEV ya sea por sí solas o combinadas con sesiones espaciadas o concentradas de EV en las que el terapeuta acompaña al paciente. Los tres casos representan ejemplos de **(auto)exposición masiva**. Sin embargo, no está claro que esta exposición tan frecuente sea necesaria. El estudio de Chambless (1990) indica que el espaciamiento de las sesiones de EV (asistidas por el terapeuta y sin AEV), dentro de los límites estudiados (**diarias, semanales**), **no parece ser importante**, ni en el postratamiento ni en el seguimiento a los 6 meses, al menos cuando se combina la EV con estrategias de afrontamiento (respiración, controlada, detención del pensamiento, focalización de la atención en el ambiente presente e intención paradójica). Serían de agradecer nuevos trabajos y con un mayor número de clientes, pero lo usual en la práctica clínica es que, independientemente de la frecuencia de veces que el terapeuta acompañe al cliente durante la EV, se acuerden **actividades diarias de AEV**, con un día de descanso a la semana. Los **pacientes que más y mejor cumplen con estas tienden a mejorar más** (Fava y cols., 1997; Park y cols., 2001); de todos modos, los clientes **suelen practicar en promedio unos 3-4 días a la semana**, aunque se les pida que lo hagan diariamente.

Se ha señalado que si la EV es administrada en un corto periodo de tiempo (2-3 semanas), parecen producirse un mayor número de abandonos del tratamiento y un mayor porcentaje de recaídas que cuando la administración se alarga durante más tiempo. Esto no ha sido confirmado, al menos cuando la EV se combina con estrategias de afrontamiento (respiración, controlada, detención del pensamiento, focalización de la atención en el ambiente presente e intención paradójica); sin embargo, algunos pacientes no quisieron participar de entrada en el tratamiento de exposición intensiva (Chambless, 1990). También se ha dicho que las mejoras amplias y rápidas producidas por la **exposición intensiva** pueden tener efectos perjudiciales en el ámbito interpersonal del cliente; así, los cónyuges pueden tener problemas importantes para adaptarse a los nuevos comportamientos de los pacientes.

Por otra parte, la exposición uniformemente espaciada y la exposición intensiva pueden ser comparadas con la **exposición progresivamente espaciada**; en esta última va aumentando poco a poco el intervalo temporal entre sesiones y se supone que facilita la retención del aprendizaje y previene el retorno del miedo. Existen dos estudios con tratamientos muy breves (30-40 minutos) y poblaciones análogas (miedo a hablar en público y miedo a las arañas) en los que una exposición progresivamente espaciada dio lugar a un menor retorno del miedo en el seguimiento a 1 mes en comparación a la exposición intensiva realizada en el mismo día. En cambio, no se replicaron estos resultados en otro estudio con sujetos análogos con miedo a las alturas en el que la duración del tratamiento fue bastante mayor (200 minutos). Sería interesante comparar estos tipos de exposición con muestras clínicas y condiciones reales de tratamiento. Hasta el momento no existen estudios con agorafóbicos.

- **Nivel de ansiedad durante la exposición.** Según un estudio experimental, en el que se minimizó la ansiedad en un grupo de pacientes durante la EV y se maximizó en otro, el nivel de ansiedad durante la EV no pareció afectar a la mejora conseguida; aunque, claro está, el nivel de rechazo y abandono del tratamiento puede ser mayor en el segundo caso. Por otra parte, Michelson y cols. (1986) y Murphy y cols. (1998) encontraron que niveles más bajos de ansiedad durante la AEV estuvieron asociados con un nivel más alto de recuperación en el postratamiento o con una menor gravedad del trastorno en el postratamiento y en el seguimiento a los 3 meses.

Quizá lo esencial es que la **ansiedad no alcance un nivel tal que interfiera** con el procesamiento emocional de las señales de miedo (véase el punto de *Implicación en la exposición*). Por otra parte, parece conveniente **experimentar algo de ansiedad** durante la exposición con el fin de aprender a hacerle frente. A este respecto, puede ser útil enseñar algunas **estrategias de afrontamiento** (respiración, relajación); de todos modos, si bien estas pueden resultar **útiles cuando** se emplean para reducir una ansiedad que es molesta y favorecer las actividades de exposición, también **pueden convertirse en conductas defensivas**. Esto ocurre cuando se utilizan para intentar eliminar o controlar a toda costa la ansiedad porque si no se controla, se cree que ocurrirán las consecuencias catastróficas temidas. En este caso es más adecuado experimentar deliberadamente los síntomas, sin emplear las estrategias, para comprobar que no se cumplen las expectativas catastróficas (Salkovskis, 1991).

- **Implicación en la exposición (atención a las señales de miedo).** Se piensa que los clientes mejoran más cuando se implican y comprometen en la exposición **atendiendo y procesando emocionalmente las señales de miedo** (externas e internas) que cuando las desatienden consistentemente por medio de evitación cognitiva o conductas defensivas (p.ej., llevar objetos tranquilizadores, tomar ansiolíticos o alcohol). En el único estudio realizado con agorafóbicos, el empleo de estrategias de **distracción** no tuvo un efecto interferidor en el postratamiento, aunque hubo una tendencia a presentar un ligero deterioro en el seguimiento a los 6 meses (Craske, Street y Barlow, 1989). Por otra parte, hay datos de que el empleo de **conductas defensivas** dirigidas a prevenir las supuestas amenazas es negativo (Salkovskis y cols., 1999), mientras que la eliminación más o menos gradual de dichas conductas aumenta la eficacia del tratamiento (Telch, Sloan y Smits, 2000, citado en Powers, Smits y Telch, 2004). Craske y Barlow (2000) recomiendan **atender objetivamente a la situación y a las propias reacciones** ante la misma. Un ejemplo sería: “Estoy en el ascensor, noto cómo se mueve, veo las puertas y el techo, mi corazón palpita, mi ansiedad es moderada”. En contraste, un foco subjetivo de atención sería: “Me siento fatal, sufriré un colapso, no puedo hacerlo, tengo que salir de aquí”.

De todos modos, el empleo de **estrategias distractoras o defensivas puede no ser perjudicial siempre que se haga de forma ocasional o en las primeras fases del tratamiento para manejar la ansiedad o el pánico**. Asimismo, distraerse de las sensaciones y pensamientos ansiosos puede ser útil en aquellas ocasiones en que uno debe atender a otras cosas, por ejemplo durante una conversación. Por otra parte, una cantidad moderada de atención dirigida a los síntomas somáticos y pensamientos negativos puede facilitar el control somático y cognitivo a través del empleo de estrategias de afrontamiento, pero una cantidad elevada puede perturbar este control.

Asimismo, **una cosa es atender a las características concretas de las sensaciones físicas y otra es centrarse en las implicaciones amenazantes de las sensaciones**. Se trataría, pues, de que el cliente: a) aprendiera que una cosa son las sensaciones y otra el significado que les atribuye, y b) atendiera a sus sensaciones concretas y fuera consciente de la interpretaciones que hace, pero en vez de rumiar sobre sus atribuciones o expectativas catastróficas, buscara una **interpretación más realista** (Cioffi, 1991). Finalmente, habría que estudiar qué es más importante, si el foco de atención o el emparejamiento entre la condición de **implicación o distracción** y el

estilo de afrontamiento propio de cada cliente (**evitación o búsqueda de información amenazante**); es posible que los clientes buscadores de información amenazante pudieran beneficiarse más de la distracción ocasional.

Una revisión de los efectos de la distracción durante la EV en diversos problemas fóbicos ha sido realizada por Rodriguez y Craske (1993). Según estos autores, los resultados de los estudios sobre los **efectos de la distracción son contradictorios**. Los efectos de la distracción **pueden depender de variables como** mayor o menor consistencia en su empleo, fase del tratamiento en que se aplica (al principio puede ser útil con el fin de reducir una ansiedad muy intensa), foco de la distracción (no atender a los estímulos externos, a las sensaciones físicas o a las cogniciones negativas), intensidad de la distracción (una atención moderada a los síntomas somáticos y pensamientos negativos puede facilitar el afrontamiento y control de estos, mientras que una atención excesiva puede perturbar este control y una atención mínima reduce el procesamiento emocional), intensidad del miedo (cuanto mayor es este, más útil es la distracción) y estilo de afrontamiento del sujeto (búsqueda o evitación de información sobre los estímulos amenazantes).

- **El empleo de grupos**. La EV grupal es **tan eficaz como la individual**. Conviene tener en cuenta que tanto en la EV individualizada como en la que permite el escape, la exposición propiamente dicha es individual y sólo la discusión de la misma se hace en grupo. Cuando la EV se hace en grupo, debe haber tareas de AEV ya que si no, la presencia del grupo o de parte de él hace que las situaciones temidas sean más fáciles. Por otra parte, un estudio que ha comparado la TCC aplicada individualmente con la aplicada en grupo ha mostrado que las dos son igualmente eficaces para reducir el pánico, pero que la primera resultó más eficaz en el seguimiento a los 6 meses en la reducción de la ansiedad generalizada y síntomas depresivos (Neron, Lacroix y Chaput, 1995).

- **La colaboración del compañero o de personas significativas**. Que el compañero u otra persona significativa ayude al agorafóbico **durante la EV** (en la **tabla 4** pueden verse algunas guías para el compañero) no da lugar a mejores resultados, aunque puede **reducir el número de abandonos** y es necesario en el caso de los **niños**. Como se verá más abajo, otro tipo de colaboración por parte del compañero puede ser más útil tanto en la EV como en la TCC.

- **La participación del terapeuta**. Los procedimientos de EV que exigen una **menor participación del terapeuta son eficaces** y parecen al menos tan eficaces como los que requieren más tiempo. En ambos casos debe hacerse un gran hincapié en la AEV o práctica autodirigida para evitar la dependencia del cliente respecto del terapeuta y el incremento del riesgo de recaída. En cuanto a la cuestión de si es conveniente que el terapeuta acompañe al paciente durante la EV, esto es algo muy debatido y los estudios son contradictorios. La conclusión que puede extraerse es que la **adición de EV asistida por el terapeuta a la AEV** puede representar un **beneficio a corto plazo**, pero a medio y largo plazo no se constata ninguna ganancia adicional (véase, p.ej., Park y cols., 2001).

Conviene que el **terapeuta acompañe al cliente durante la EV cuando**: a) no se atreva a comenzar la AEV, b) se quede bloqueado en un momento dado del tratamiento o c) cumpla regularmente con la AEV, pero su ansiedad no se reduzca; en este caso, el cliente puede estar haciendo algo inadecuadamente o empleando conductas defensivas y el terapeuta darse cuenta de ello y resolverlo. También es aconsejable que el terapeuta o una persona significativa acompañe a los niños durante las primeras sesiones de exposición. Se aconseja que el número de sesiones de EV con la compañía del terapeuta sea pequeño (no más de seis) y que entre estas sesiones los clientes practiquen por su cuenta (Taylor y Arnou, 1988). Si es necesario, la presencia del terapeuta puede desvanecerse gradualmente mediante el empleo de llamadas telefónicas.

Incluso se han desarrollado **programas de ordenador que permiten reducir el tiempo**

de contacto directo con el cliente. El ordenador se encarga de tareas más rutinarias como justificar el tratamiento, ayudar a identificar los antecedentes del pánico, ayudar a elaborar objetivos y dar retroalimentación sobre el progreso. El terapeuta, en sesiones muy breves que totalizan 1,5-2 horas, supervisa cómo le ha ido al cliente durante la AEV. Este tipo de programas puede ser tan eficaz como la AEV guiada totalmente por el terapeuta (6-7 horas) y más que la autorrelajación, aunque el número de abandonos puede ser mayor (Kenwright, Liness y Marks, 2001; Marks y cols., 2004). Estos estudios se han realizado mezclando distintos tipos de fobias; además, haría falta investigar qué pasaría si la intervención fuera más larga.

Un paso más allá en la reducción del papel del terapeuta lo constituyen los **programas de autoayuda** que se basan en manuales y/u otro material de apoyo (cintas de vídeo y magnetofónicas, programas de ordenador) y en algunos contactos telefónicos o postales con el terapeuta. Los programas de autoayuda con mínimo o nulo contacto directo con el terapeuta y poco contacto telefónico (2-3 horas en total) se han mostrado **relativamente eficaces** y son especialmente útiles si la agorafobia no es muy grave, no hay una depresión fuerte y los clientes están muy motivados y no pueden acceder a un tratamiento presencial con un terapeuta por razones geográficas o económicas. También pueden ser beneficiosos con algunos agorafóbicos graves que no se atreven a acudir a la consulta. Sin embargo, existen discrepancias sobre si los resultados son similares o inferiores a cuando el terapeuta ayuda al cliente durante la EV (aunque sea sólo en una o dos sesiones) y/o supervisa directamente (o, quizá, por teléfono) la marcha del tratamiento. Además, con los programas de autoayuda puede aumentar el número de personas que no aceptan o abandonan el tratamiento. El metaanálisis de Mitte (2005) indica que los programas de autoayuda dan tamaños del efecto algo más bajos que los programas presenciales y que además no todos son igualmente eficaces.

Para aquellos pacientes que no pueden recibir tratamiento especializado por motivos geográficos o económicos, sería conveniente estudiar si una alternativa más eficaz a los programas de autoayuda descritos sería la realización de las sesiones de **tratamiento por vía telefónica**. Swinson y cols. (1995) hallaron que la AEV supervisada a través de 8 sesiones telefónicas de 1 hora fue superior a la lista de espera en ansiedad fóbica, evitación y susceptibilidad a la ansiedad. Tras tratar idénticamente a este último grupo, las mejoras se mantuvieron en la muestra total en los seguimientos a los 3 y 6 meses. Sin embargo, no hubo comparación con un programa de autoayuda.

- **La relación terapéutica.** Que los terapeutas sean percibidos por los clientes como empáticos, aceptadores, interesados por los pacientes y con confianza en sí mismos ha estado asociado a mejores resultados; en el polo opuesto, comportamientos negativos han sido una actitud autoritaria, una excesiva permisividad (ceder demasiado a los deseos del paciente a la hora de la EV) y recordarle demasiado al cliente las consecuencias negativas de su problema. Finalmente, las habilidades terapéuticas tienen efectos diferentes según la fase del tratamiento; así, la escucha empática es más importante en la fase inicial.

El terapeuta debe ser **empático, cordial, acogedor** y proporcionar un clima de confianza para que el cliente pueda hablar libremente de los problemas que le preocupan. El terapeuta debe ser **firme, pero no autoritario**, en la conducción del tratamiento acordado, aunque este resulte difícil como en el caso de la EV prolongada. Esto implica por una parte que no hay que estar interesado sólo en los logros del cliente, sino también en sus sentimientos. Y por otra, que no hay que ceder fácilmente ante las objeciones más o menos *racionales* del paciente para llevar a cabo ciertas actividades (p.ej., “¿por qué voy a subir a la última planta de El Corte Inglés si no hay allí nada que me guste?”). Estas objeciones suelen obedecer frecuentemente al miedo; por ello, conviene señalar al paciente que una vez superado dicho miedo, podrá tomar decisiones más libremente y, probablemente, de modo más adecuado. Por último, el terapeuta debe **alentar la independencia** del cliente a partir de un cierto momento, ya que si no, el cliente deberá permanecer siempre en

tratamiento para mantener la mejora conseguida.

- **El papel de las expectativas de mejora.** Aunque la EV puede tener ciertos efectos independientemente de las expectativas terapéuticas de mejora, su eficacia se ve aumentada por las instrucciones tendentes a inducir dichas expectativas. Sin embargo, conviene tener en cuenta que es muy probable que **expectativas muy positivas, pero poco realistas, sean contraproducentes.**

Guías para la exposición en vivo

Las guías que se ofrecen a continuación implican la combinación de la EV **con estrategias de afrontamiento** (reestructuración cognitiva y, según los casos, respiración controlada). El empleo de estas estrategias facilita la aceptación de la intervención y reduce el porcentaje de abandonos y de recaídas con relación a cuando se emplea la EV por sí sola.

Hay que **justificar** adecuadamente la exposición y presentar la misma como un programa sistemático y estructurado que requiere un esfuerzo continuado y que implica tolerar cierta cantidad de ansiedad y malestar. (Para un ejemplo de cómo hacer esto, véase Scholing, Emmelkamp y van Oppen, 1996, pág. 149.) Debe avisarse al cliente que la exposición será gradual, que la velocidad de avance se decidirá en función de sus circunstancias y progresos, que no se verá obligado a hacer cosas que no desee y que las situaciones que ahora le parecen más difíciles no lo serán tanto una vez que vaya dominando otras situaciones menos difíciles. Asimismo, si se va a enseñar alguna estrategia de afrontamiento, conviene señalar al paciente que esto le permitirá manejar más fácilmente las situaciones a las que se exponga.

Por razones de motivación y de prevención de abandonos, suele aconsejarse que la EV sea **gradual**, aunque esto dependerá de lo que el cliente esté dispuesto a tolerar. Con el enfoque gradual se comienza por situaciones que produzcan ansiedad relativa y se va avanzando lo más rápido que se pueda hacia situaciones muy ansiógenas y totalmente evitadas, pero sin abrumar al cliente con ansiedad o pánico inmanejables. Deben incluirse todas aquellas situaciones temidas/evitadas o una muestra **representativa** de las mismas y lo preferible, por razones motivacionales, es que sean **pertinentes y significativas** para el cliente; es decir, situaciones reales que debe afrontar en su vida o que es probable que encuentre o tema encontrar. De todos modos, puede haber situaciones que el cliente rechace porque dice que no las va a querer hacer en su vida diaria, pero que pueden ser muy útiles para provocar las sensaciones y pensamientos temidos y aprender a manejarlos (Huppert y Baker-Morissette, 2003).

A partir de las situaciones que se van a trabajar (y que serán más o menos numerosas según el paciente), **se elabora una sola jerarquía multisituacional o, más frecuentemente, diversas jerarquías**, una para cada situación temida y que incluirá los distintos pasos necesarios para dominarla. Cuando la exposición es muy gradual, suele comenzarse por pasos que produzcan una ansiedad de 20 sobre 100 y se llega al nivel más alto pasando por los niveles intermedios. Con exposición prolongada menos gradual, puede empezarse con un nivel de 50. Cada una de las jerarquías se trabaja separadamente, algunas de ellas en paralelo y otras, que corresponden a temas más difíciles, más tarde. Al trabajar **pasos de distintas jerarquías a la vez**, si su nivel de ansiedad es similar, se acelera el progreso.

Los pasos de cada jerarquía deben ser **específicos**. Además, a la hora de elaborar los pasos, hay que tener claros los **factores que influyen en el miedo/evitación** del cliente; por ejemplo, distancia que uno se aleja de casa, momento del día, número de personas presentes, tipo de carretera para conducir, condiciones atmosféricas, ir o no acompañado, cercanía a un lugar o zona de seguridad (hospital, consulta médica, salida de un sitio), estado de ánimo, empleo de conductas

defensivas, etc. Parece importante **incluir situaciones en las que han ocurrido ataques de pánico previos** (incluido el más significativo, que suele ser el primero o uno de los más intensos o inesperados) o donde se sospeche que pueden ocurrir; de este modo, se aprende a manejarlos y se reduce la probabilidad de recaída. El número de pasos de cada jerarquía suele oscilar entre 5 y 20.

La jerarquía o jerarquías pueden elaborarse enteras ya desde el principio (aunque serán probablemente provisionales) o por partes, conforme avanza la intervención. Esto último puede ser preferible por varias razones: a) es probable que una jerarquía completa inicial tenga que ser modificada más adelante, b) puede ser muy difícil para un cliente elaborar el extremo amenazante de la jerarquía, y c) que el terapeuta haga mención al principio de ciertos pasos finales puede conducir al rechazo de la intervención o a pensar en las *cosas terribles* que vendrán en vez de concentrarse en el tratamiento.

Es normal y útil experimentar **ansiedad durante la práctica** y no hay que desanimarse por ello. Se está aprendiendo a manejar la ansiedad y las situaciones temidas en lugar de evitarlas, así que lo raro sería no experimentar malestar. Sin embargo, la ansiedad no debe alcanzar un nivel tal que interfiera con el procesamiento emocional de las señales de miedo o con la actuación, lo cual puede ocurrir especialmente si la persona se concentra en sus pensamientos atemorizantes o intenta eliminar la ansiedad a toda costa. **Si la ansiedad comienza a ser excesiva**, pueden emplearse las estrategias de afrontamiento aprendidas para reducirla o mantenerla manejable. **El fin es manejar la ansiedad, no eliminarla.**

El paciente puede recordarse también que los **episodios de ansiedad tienen una duración limitada**, incluso aunque no haga nada para controlarla, debido a procesos automáticos tales como la habituación, la fatiga, los mecanismos homeostáticos autolimitadores de la hiperventilación y de otras respuestas fisiológicas, y el darse cuenta después de un rato de que las consecuencias temidas no ocurren.

Si se experimenta **ansiedad anticipatoria** en un grado suficiente como para evitar la práctica, deben utilizarse las estrategias de ntamiento para reducir la ansiedad y poder iniciar la actividad de exposición.

Durante la EV, el cliente no debe pasar por alto las sensaciones de ansiedad (lo que no significa estar continuamente pendiente de ellas) ni retirar su atención de las exigencias que conlleva la actividad que está practicando. El cliente tiene que ser capaz de **reconocer los síntomas de ansiedad, pero en vez de rumiar sobre ellos** y asociarlos a pensamientos catastróficos, debe **aceptarlos o aplicar sus estrategias de afrontamiento**; además, debe concentrarse en la actividad a la que se está exponiendo. De todos modos, el empleo de estrategias distractoras puede no ser perjudicial siempre que se haga de forma ocasional o en las primeras fases del tratamiento para manejar la ansiedad intensa o el pánico.

Si en una situación un cliente no experimenta ansiedad, con sus sensaciones correspondientes, debe cambiar las condiciones de la situación o buscar una nueva situación, de modo que sí ocurran los síntomas físicos. Practicar sin sentir estos no es útil; hay que buscar que ocurran o producirlos deliberadamente para aprender a no tenerles miedo.

El cliente debe intentar **permanecer en la situación o**, si es corta (p.ej., subir en ascensor), **repetirla preferiblemente a continuación o, si no, lo más pronto posible hasta que ocurra una reducción sustancial en la ansiedad y desaparezca el posible deseo de escapar**; si es acompañado por alguien, puede añadirse el criterio de que éste no observe signos manifiestos de ansiedad. Asimismo, puede añadirse además el permanecer un mínimo de tiempo en la situación temida, aunque la ansiedad ya se haya reducido. Una **reducción sustancial de la ansiedad puede definirse** de diversas maneras: a) disminución de por lo menos hasta la mitad de la ansiedad ini-

cial experimentada al entrar en la situación, b) disminución de por lo menos hasta la mitad de la ansiedad máxima experimentada durante la situación, c) reducción de al menos dos puntos en una escala de 0 a 8 y un valor absoluto de 2 o menos. **Caso de experimentar una ansiedad excesiva**, el cliente puede retirarse de la situación temporalmente, tranquilizarse y volver a la situación lo más pronto que pueda.

Cuando no pueden utilizarse sesiones largas o frecuentemente repetidas de EV, el criterio para finalizar la exposición no debe ser la reducción de la ansiedad, sino la consecución de logros progresivos en la ejecución de situaciones temidas. Por ejemplo, el cliente practica durante determinado tiempo (que no conviene que sea muy corto), recorre cierta distancia y/o abandona ciertas conductas defensivas, y se incrementan gradualmente las exigencias conforme va logrando los objetivos propuestos. Esta opción también puede combinarse con el escape temporal de la situación, en caso necesario.

Cada paso debe repetirse más de una vez, en el mismo o distinto día, hasta lograr **dos prácticas consecutivas** en las que la **ansiedad haya sido nula o leve** (p.ej., 2 o menos en la escala 0-8) o se haya conseguido **reducir rápidamente**. Otra opción consiste en empezar con el siguiente paso cuando el cliente tenga la suficiente **confianza para afrontarlo**.

Muchos clientes **se contentan con haber manejado bien un tipo de situación una sola vez** y piensan que no hay necesidad de repetirla. Sin embargo, es frecuente que en la base de esto haya un miedo a cómo puedan ir las cosas la próxima vez, por lo que conviene que sigan practicando la situación. Si realmente no tienen miedo, no pasará nada por repetir, pero lo habitual es que se requieran exposiciones repetidas a la misma situación para que la ansiedad disminuya y aumente la confianza en uno mismo. Manejar una situación una sola vez hace muy probable que el paciente atribuya el resultado a la suerte en vez de a su propia habilidad.

El avance en los pasos de EV implica **ir eliminando más o menos gradualmente las conductas defensivas** tales como ir acompañado por una persona de confianza o animal doméstico, tomar medicación, beber alcohol, beber agua, comer algo, fumar, llevar objetos tranquilizadores (medicación, sales amoniacales, antiácidos, bolsa de papel, símbolos religiosos), llevar un teléfono móvil, pensar que hay un hospital o salida cerca o localizarlo, distraerse (p.ej., no mirar dónde se está, pensar que se está en otro sitio, hacer juegos mentales), conversar con otros, llevar gafas de sol, emplear respiración o relajación, ver TV, leer, escuchar música, sentarse, comprar sólo a ciertas horas, conducir lentamente o sólo por el carril de la derecha, agarrar fuertemente el volante, mantenerse cerca de la pared, rezar, ir al váter a la más mínima sensación intestinal. Todas estas conductas pueden ser permitidas en las primeras fases del tratamiento, pero finalmente y con la correspondiente justificación, debe pedirse al cliente que las vaya abandonando para no interferir con el éxito de la intervención. Es muy importante ir preguntando al cliente para comprobar si utiliza o no estas conductas defensivas e incluso introducir un apartado al respecto en el autorregistro. Si las conductas defensivas no se abandonan, los resultados son peores y aumenta la probabilidad de recaída.

Algunas conductas, tales como llevar teléfono móvil, pueden abandonarse el tiempo que sea necesario hasta que las situaciones dejen de producir miedo; luego, pueden ser recuperadas como comportamientos normales (no ya defensivos), dadas sus ventajas. Por otra parte, conviene tener en cuenta que el cliente puede ser poco consciente de algunas estrategias defensivas o tener vergüenza de las mismas, por lo que sólo serán detectadas **preguntando a personas que le conocen**.

Las estrategias de afrontamiento facilitan el manejo de unas sensaciones corporales que son presentadas como desagradables, pero no peligrosas y, por tanto, favorecen una mayor sensación de control y reducen la resistencia a la EV. Sin embargo, existe el riesgo, al menos en un cier-

to porcentaje de pacientes, de que la respiración controlada e incluso la reestructuración verbal sean utilizadas como un modo de reducir a toda costa las sensaciones corporales o distraerse de las mismas y prevenir así supuestas consecuencias catastróficas (Huppert y Baker-Morrisette, 2003). **Si esto ocurre, las estrategias de afrontamiento se utilizan como conductas defensivas.** A fin de reducir este riesgo, los pacientes deben llegar lo más pronto que puedan a realizar la EV, experimentar los síntomas temidos (provocándolos si es necesario), observarlos y **no emplear las estrategias de afrontamiento** para que así puedan comprobar que, incluso sin aplicar dichas estrategias, las sensaciones no tienen efectos nocivos.

Debe practicarse con frecuencia. Si bien no está claro que sea mejor hacerlo diariamente, la guía clínica es practicar **5-6 días a la semana**, aunque los clientes no suelen practicar más de 3-4 días a la semana. Se espera que el tiempo diario de práctica, sea de **1-2 horas**, cuanto más mejor. La exposición debe llevarse a cabo **tanto los días buenos como los malos** (ya sea por cómo uno se siente o por factores externos como el tiempo). Practicar en los días malos es importante, ya que permite aprender a hacer frente al malestar experimentado y a aumentar la confianza en sí mismo.

La AEV es una parte fundamental de la EV. Las actividades de autoexposición deben ser acordadas con los clientes (en vez de ser simplemente asignadas), lo que implica que estos deben tener clara su justificación. Hay que **acordar en detalle** en qué consistirán las actividades (lugar, personas implicadas, conductas a realizar) y **preguntar por posibles dificultades** previstas en la ejecución de las mismas de cara a identificar posibles soluciones. Especialmente al comienzo del tratamiento puede ser conveniente pedir a los clientes que anoten lo que tienen que hacer y que lo describan para comprobar que no haya malentendidos.

Siempre que sea posible, el cliente **practicará solo**. En casos de situaciones difíciles, un compañero (familiar o amigo no agorafóbico) o un terapeuta pueden acompañarle la primera vez o, como mucho, 5-6 veces, pero el cliente debe completar por lo menos dos prácticas él solo en la misma situación. **En las prácticas en que el cliente sea acompañado por un compañero este deberá** animar al cliente a comportarse con naturalidad, alentarle a centrar su atención en la actividad a la que se está exponiendo, no hablar continuamente sobre cómo se siente, tranquilizarle en caso de que experimente una gran ansiedad (en vez de hablar sobre las sensaciones experimentadas o mostrar signos de preocupación o irritación), recordarle el empleo de estrategias de afrontamiento, reconfortarle mediante contacto físico, permitirle abandonar temporalmente la situación si experimenta una ansiedad excesiva, animarle a seguir adelante y elogiarle por sus progresos. Para que el compañero desarrolle bien esta labor, necesita comprender y compartir la conceptualización del problema y la justificación del tratamiento y, además, **ser entrenado**. No basta con dar instrucciones escritas, y mucho menos verbales, a estas personas, sino que deben ser cuidadosamente entrenadas (añadiendo modelado, ensayos, retroalimentación) y reforzadas por su colaboración. Lo ideal es que estas personas observen alguna exposición asistida por el terapeuta y reciban el apoyo y la retroalimentación necesarios por parte de este durante una o más sesiones de exposición.

El **compañero** debe **preguntar** al cliente por la práctica que ha llevado a cabo y mostrar su **satisfacción** por el esfuerzo realizado y los logros conseguidos, aunque sean pequeños. Al principio, el compañero debe hacer esto cada día y luego, conforme el cliente vaya sintiéndose más seguro, con menos frecuencia. Por otra parte, el compañero no debe quejarse o mostrar impaciencia si el progreso es lento o variable. **Tampoco debe criticar** o prestar atención especial a los fracasos, a excepción de animar al agorafóbico a que lo intente de nuevo, quizá de una forma algo diferente. Finalmente, debe ser capaz de tolerar el malestar que el cliente mostrará durante la exposición. Unas guías para el compañero aparecen en la **tabla 4**. Más información puede verse en Bados (2000, apéndice 3) y Craske y Barlow (2000, cap. 6).

Las actividades de **AEV** son una parte fundamental de la EV, pero resultan más amenazantes que aquellas realizadas con compañía. Las actividades de AEV deben ser acordadas con los clientes (en vez de ser simplemente asignadas), lo que implica que estos deben tener clara su justificación. Hay que **acordar en detalle** en qué consistirán las actividades (lugar, personas implicadas, conductas a realizar, cuándo se llevarán a cabo) y **preguntar por posibles dificultades** previstas en la ejecución de las mismas de cara a buscar posibles soluciones. Especialmente al comienzo del tratamiento puede ser conveniente pedir a los clientes que anoten lo que tienen que hacer y que lo describan para comprobar que no haya malentendidos. Por otra parte, y especialmente conforme avanza el tratamiento, hay que favorecer la máxima **iniciativa** por parte del cliente en la elección de las situaciones a practicar.

Para revisar las actividades de EV, conviene que el cliente complete, al menos para algunas situaciones, un **autorregistro** en el que consten, por ejemplo: a) fecha y actividad de exposición, b) duración, c) compañía, d) ansiedad durante y al final de la exposición (0-100), e) acciones realizadas para manejar la ansiedad (incluyendo posibles conductas defensivas) y f) satisfacción con la propia actuación (0-100), conclusiones extraídas y, si es el caso, acciones a emprender. Las experiencias de EV son **discutidas** al comienzo de la siguiente sesión, **individualmente** con el terapeuta **o en grupo**, y el paciente recibe la retroalimentación y reforzamiento correspondientes.

Es importante **comentar con el paciente las conclusiones que va extrayendo** de sus actividades de exposición. De hecho, estas pueden plantearse no sólo con el fin de lograr la habituación de la ansiedad, sino como un modo de **someter a prueba las predicciones** acerca de las consecuencias temidas. Así, antes de cada exposición, el paciente predice las consecuencias negativas que ocurrirán y su gravedad; tras la exposición, anota las consecuencias realmente ocurridas y su gravedad, compara estos resultados con los predichos y extrae una conclusión.

Antes de comenzar cada práctica, el cliente debe pensar en los **beneficios** que le supondrá el poder realizarla. Asimismo, el cliente debe fijarse en los avances que va consiguiendo, por pequeños que sean y **elogiarse** por ellos. Formas de conseguir esto son felicitar a sí mismo por el progreso, contar los logros a personas de confianza y hacerse pequeños regalos o concesiones cuando se consigan ciertos objetivos. Conviene insistir en que, al menos inicialmente, una exposición exitosa es aquella en que se afronta la situación temida **a pesar del miedo**.

El cliente debe tener cuidado en **no menospreciar los logros conseguidos**, aunque estos sean lentos o pequeños; hay personas que sólo se fijan en lo que no pueden hacer todavía y no en lo que van consiguiendo. Menospreciar el progreso es más fácil cuando las tareas que se propone el cliente son cosas que resultan fáciles para la mayoría de la gente. A continuación se presentan dos ejemplos de cómo la gente degrada sus éxitos y, entre paréntesis, de un enfoque más positivo: a) "Cualquiera podría hacer esto." ("No, si se sintieran tan ansiosos como yo.") b) "Debería haberlo hecho mejor." ("Con el tiempo lo conseguiré; ahora haré lo que pueda.").

La práctica gradual hace improbable la ocurrencia de episodios intensos de ansiedad o **ataques de pánico**; sin embargo, estos pueden ocurrir, especialmente si uno interpreta catastróficamente las sensaciones somáticas experimentadas. Varias cosas son importantes aquí y el cliente puede llevarlas apuntadas en una **tarjeta** para leerlas en los momentos de mayor ansiedad, cuando resulta difícil pensar con claridad:

- En primer lugar, **no hay que alimentar las sensaciones desagradables con pensamientos atemorizantes**. Las sensaciones no son más que una exageración de las reacciones corporales normales al estrés; no son, en absoluto, perjudiciales ni peligrosas, solamente desagradables. Hay que afrontar estas sensaciones para reducirlas, pero hay que aceptar las sensaciones restantes como algo natural, aunque desagradable. En cambio, **in-**

tentar controlar las sensaciones a toda costa incrementa la tensión y ayuda a que las sensaciones se mantengan o incluso aumenten. Uno debe recordarse que las sensaciones y el miedo irán disminuyendo si no se centra en los síntomas ni en los pensamientos aterrizantes, que los episodios o ataques tienen una duración limitada y que se sentirá muy satisfecho al conseguir manejar la situación.

- En segundo lugar, si se tiene un ataque de pánico, hay que **procurar, si es posible, permanecer en la situación** hasta que disminuya. Pueden utilizarse en caso necesario las estrategias de afrontamiento (respiración, reatribución de los síntomas, autoinstrucciones e incluso distracción), aunque lo ideal sería aguantarlo hasta que disminuyera y comprobar así que no sucede nada. Una vez que el ataque haya pasado, conviene seguir practicando un rato, lo cual hará que aumente la confianza en uno mismo.
- **Si a un cliente le resulta imposible permanecer en la situación** hasta que el ataque de pánico desaparezca, puede intentar alejarse lo menos posible, tranquilizarse (con los propios recursos o con las estrategias de afrontamiento enseñadas), pensar en lo que ha llevado al escape y en qué puede hacer al respecto, y volver a la situación, preferiblemente a continuación o, si no, lo más pronto que pueda (p.ej., en el mismo día o al día siguiente). Si la situación abandonada era más difícil de lo esperado, puede comenzar por una algo más fácil.

[Se ha dicho que una vez que un ataque ha desaparecido, no es probable que se repita durante un tiempo al volver a exponerse a la situación (periodo refractario o de seguridad); de todos modos, los datos de Radomsky, Rachman y Hammond (2002) indican que este no es el caso, al menos en ausencia de tratamiento.]

No es una buena idea que la persona acuda a **urgencias**, primero porque los ataques no son peligrosos y segundo, porque cuando llegue los síntomas se habrán ya reducido en gran medida. Por esta misma razón, tampoco es conveniente que **llame a alguien para que venga** a ayudarlo. De todos modos, y como recurso temporal, si un paciente está muy asustado y no logra manejar la situación por sí mismo, puede llamar a alguien para hablar con él y poder tranquilizarse. Finalmente, tampoco es aconsejable **tomarse una pastilla** para detener una crisis, ya que está suele terminar antes de que el principio activo comience a hacer efecto. Por lo tanto, salvo en crisis de larga duración, la mejora va a producirse independientemente del fármaco, pero la persona va a atribuir el efecto al mismo y va a crear una dependencia.

- Finalmente, una vez terminada la experiencia, debe pensarse en **lo que se ha aprendido** de la misma.

Huppert y Baker-Morissette (2003) han señalado que un **último paso** en la aplicación de la EV, una vez que el paciente ha aprendido lo necesario y ha ganado confianza en sí mismo, es **pedir al paciente que busque tener un ataque de pánico** en una situación difícil. Si no lo consigue, se complica la situación; por ejemplo, hiperventilando durante la misma o empleando la situación en que tuvo su primer ataque de pánico o su peor ataque. Si el paciente lo intenta, aunque no tenga el ataque, quiere decir que acepta que los ataques de pánico no son peligrosos. Si tiene un ataque, se discute con él cuáles han sido las consecuencias reales del mismo.

Debe **evitarse la medicación siempre que sea posible**, ya que no constituye un remedio a medio/largo plazo y puede crear dependencia. **Si un cliente toma una dosis elevada de benzodiazepinas**, habrá que reducirla gradualmente ya desde el principio del tratamiento, hasta el equivalente de 1-2 mg de alprazolam al día. **En los demás casos**, habrá que esperar hacia el final del tratamiento para plantearle el abandono gradual de la misma, una vez que haya aprendido a mane-

jar la ansiedad/pánico y las situaciones temidas y tenga más confianza en sí mismo. El abandono de la medicación debe hacerse bajo supervisión médica. Hay que evitar el uso excesivo de **cafeína** y otros **estimulantes**, ya que agravan la ansiedad. Similarmente, el abuso de **alcohol y fármacos ansiolíticos** dificultan o impiden la solución de los problemas agorafóbicos.

Si un paciente toma una **medicación** no de forma regular, sino **en aquellas situaciones en que cree que la necesita**, se le aconseja **que deje de hacerlo**, ya que es una conducta de evitación. Es útil en este caso, preguntarle cuánto tiempo tarda en reducirse la ansiedad tras tomar la medicación. Muchos pacientes dicen que unos minutos, pero desde luego la medicación tarda más en hacer efecto. Por lo tanto, puede decirse al paciente que es él y no el fármaco quien controla la ansiedad.

El progreso no será lineal. Aunque se irá avanzando, es normal que haya altibajos y contratiempos. Lo que se logró ayer, puede parecer imposible hoy y se puede perder parte de lo que se había ganado. Sin embargo, esto es inevitable y no hay que preocuparse por ello. Lo importante es seguir practicando, con lo que el terreno perdido se recupera con rapidez. Posibles **causas** para los altibajos y contratiempos son elegir una actividad de exposición demasiado difícil, periodos de estrés (laboral, familiar, conyugal), acontecimientos vitales negativos (p.ej., muerte de un ser querido, enfermedad grave, cese de una relación, accidentes), ataques de pánico inesperados, dejar de exponerse a las situaciones temidas o hacerlo con poca frecuencia, volver a sentir dudas a la hora de entrar en las situaciones temidas, sentirse *aliviado* cuando se cancelan o posponen las situaciones temidas, desarreglos hormonales, consumo de drogas, reacciones producidas por fármacos, etc.

Eficacia de la exposición en vivo y adiciones a la misma

Según la revisión realizada por Bados (2003) y estudios posteriores a la misma (Öst, Thulin y Ramnerö, 2004), la EV ha resultado **superior** en nueve estudios a un grupo de **lista de espera** en ansiedad y evitación fóbicas, tanto autoinformadas como medidas en un test conductual, y las mejoras conseguidas se han mantenido en seguimientos de hasta 3 meses de duración (12 meses en un estudio). Además ha sido superior en susceptibilidad a la ansiedad (3 estudios), cogniciones catastróficas (3 estudios), miedo a las sensaciones corporales (2 de tres estudios), frecuencia de ataques de pánico (2 estudios), preocupación por el pánico (1 estudio), porcentaje de pacientes libres de ataques (1 estudio), calidad de vida (1 estudio), interferencia (1 estudio) y porcentaje de pacientes recuperados (1 estudio). No se han hallado diferencias en ajuste social (1 estudio) y depresión autoinformada (3 estudios), aunque uno de estos trabajos la halló en una escala de calificación. En ansiedad general la EV no ha diferido de la lista de espera en un estudio, mientras que en otro, se diferenció en uno de dos cuestionarios y en una escala de calificación.

Por otra parte, existen un estudio en que la exposición mediante **realidad virtual** (combinada con terapia cognitiva y exposición interoceptiva y en vivo) fue más eficaz que la lista de espera (véase Krijn y cols., 2004). Asimismo, Botella y cols. (2004) comentan que no hallaron diferencias entre dos TCC sin AEV, una con EV y otra con realidad virtual; los dos tratamientos fueron superiores a la lista de espera.

En comparación a otros tratamientos, la EV ha sido más eficaz que la exposición imaginal, técnicas cognitivas aplicadas sin EV (reestructuración cognitiva, entrenamiento autoinstruccional, terapia racional-emotiva, resolución de problemas), el entrenamiento asertivo, la autorrelajación y el alprazolam. Las medidas en que ha resultado más eficaz han sido la ansiedad y evitación fóbicas, tanto autoinformadas como obtenidas en un test conductual; también se han encontrado diferencias en interferencia (2 estudios) y cogniciones agorafóbicas y ajuste social (1 estudio en cada caso). No ha habido diferencias en pánico, ansiedad general, depresión y asertividad.

Se han realizado diversos **metaanálisis**, revisados también en Bados (2003) que han variado en los fines perseguidos, estudios y medidas seleccionados, y metodología y análisis empleados, por lo que sus conclusiones no son siempre coincidentes. En lo que se refiere a la EV, las más importantes son: a) La EV consigue sus mayores efectos en ansiedad y evitación fóbicas, tanto a nivel estadístico como de significación clínica. La EV es más eficaz en estas medidas que los grupos control y que los tratamientos psicológicos sin EV. b) La EV no es más eficaz que el placebo en pánico. c) La EV es superior a los grupos control en ansiedad general, pero su superioridad en depresión no ha sido mostrada de forma consistente. En comparaciones no directas la EV ha sido también superior a la lista de espera y al placebo farmacológico en porcentaje de pacientes mejorados y recuperados.

Así pues, la **EV es un tratamiento eficaz y específico** –esto es, superior al placebo o a otros tratamientos– **para el miedo y evitación agorafóbicos y para la interferencia** producida por el trastorno, aunque no tanto como sería deseable. Además, la EV es un tratamiento **eficaz** –esto es, mejor que la lista de espera– para el miedo al miedo y la frecuencia de ataques de pánico, pero no para la ansiedad general y la depresión. **No parece ser mejor que el placebo ni otros tratamientos psicológicos para reducir el pánico**, aunque podría serlo en comparación con la lista de espera. De todos modos, muy pocos estudios controlados han empleado medidas de frecuencia del pánico, preocupación sobre ataques de pánico futuros, miedo al miedo e interferencia en la vida. Además, en comparaciones directas (Bouchard y cols., 1996; Fava y cols., 1997; Williams y Falbo, 1996) no se han hallado diferencias en medidas de pánico entre la AEV y la terapia cognitiva basada en la reestructuración verbal y conductual, terapia que es eficaz para reducir los ataques de pánico; sin embargo, en estos estudios la potencia estadística fue baja. En el lado contrario, en unos pocos estudios, la EV no ha reducido significativamente los ataques de pánico (Hoffart, 1995; van den Hout, Arntz y Hoekstra, 1994), aunque en el primer estudio se trabajó con pacientes ingresados y en el segundo pudo darse un efecto de suelo, ya que los pacientes tenían una media de sólo un ataque de pánico a la semana; además otros estudios han hallado reducciones significativas de los ataques de pánico al aplicar EV.

Según el metaanálisis de van Balkom y cols. (1997), los **tamaños del efecto** de la EV en comparación a la lista de espera/placebo en diversas medidas han sido los siguientes: agorafobia (1,06), pánico (0,26), ansiedad general (0,51), depresión (0,32). Así pues, la magnitud de los resultados es alta en agorafobia, moderada en ansiedad general y baja en pánico y depresión. Los tamaños del efecto pre-post son algo más elevados: agorafobia (1,38), pánico (0,79), ansiedad general (1,02), depresión (0,79). Ruhmland y Margraf (2001) dan tamaños del efecto pre-post de 1,64 para las medidas principales y de 1,32 para el número de ataques de pánico; este último no difirió del de la TCC, pero sí el primero. Los porcentajes de pacientes libres de ataques de pánico, mejorados y recuperados serán expuestos al hablar de la eficacia de la TCC, al igual que el satisfactorio mantenimiento de los resultados a corto, medio y largo plazo.

Para potenciar la eficacia de la EV, se han seguido dos vías relacionadas: a) añadir a la misma alguna otra **técnica conductual** (técnicas de respiración y de relajación, intención paradójica, exposición interoceptiva) **y/o farmacológico**, y b) diseñar tratamientos cognitivo-conductuales que combinan diversas técnicas, incluida la EV o AEV, aunque esta puede tener en algunos casos una menor frecuencia o duración que cuando se aplica sola. Veremos a continuación la adición de otras técnicas conductuales.

- **Exposición imaginal.** Añadir a la EV exposición imaginal a las situaciones temidas **no** trae consigo ningún beneficio extra. Ahora bien, es posible que las cosas fueran diferentes si la exposición imaginal incluyera las sensaciones de miedo/pánico y las consecuencias temidas. Craske, Barlow y Meadows (2000) recomiendan que antes de exponerse a una situación en vivo, el paciente imagine que experimenta sensaciones de miedo/pánico en la misma y que las afronta. La

exposición imaginal puede ser útil como alternativa inicial para clientes que rechazan la EV; también como complemento para aquellas actividades en las que es difícil o antieconómico organizar la EV tales como viajes frecuentes lejos de casa o viajes en avión. Un ejemplo de guías para la exposición imaginal con empleo de estrategias de afrontamiento puede verse en Bados (2000, págs. 335-341).

Finalmente, la inundación imaginal puede ser beneficiosa: a) cuando los pacientes tienen fuertes miedos (p.ej., a volverse loco, a tener un derrame o a perder el control de esfínteres) que persisten a pesar de no seguir evitando las situaciones amenazantes; y b) en aquellas personas cuya ansiedad enmascara una aflicción o pena no resuelta. El contenido de la inundación imaginal haría referencia en el primer caso a las consecuencias temidas y en el segundo, a los recuerdos y sentimientos ligados a la aflicción. Un ejemplo de escena imaginal para una paciente agorafóbica con miedo a sufrir un derrame cerebral puede verse en la **tabla 5**.

- **Retroalimentación y reforzamiento social.** La **retroalimentación** dada por el terapeuta o autorregistrada por el cliente sobre el desempeño de este parece ser un factor importante en la EV. En cuanto al **reforzamiento social** de las mejoras del cliente por parte del terapeuta, su papel es menos importante que el de la retroalimentación. Sin embargo, no se ha estudiado la importancia de reforzar otros aspectos –tales como los esfuerzos del cliente– y la importancia del reforzamiento social dado por otras personas significativas para el cliente. Por otra parte, el reforzamiento social y material por parte de los padres, y quizá del terapeuta, parece especialmente importante en el caso de los niños.

- **Modelado histórico.** El modelado histórico consistente en la visión de una película en la que varios falsos ex-pacientes mejorados son entrevistados acerca de sus experiencias con la EV **no** aumenta la eficacia de esta última. Es posible que sea más eficaz el modelado histórico presentado en la vida real por medio de personas ex-agorafóbicas.

- **La colaboración del compañero del agorafóbico** en la terapia de modo que se incrementen las habilidades de comunicación de la pareja respecto a los problemas agorafóbicos. El compañero puede ofrecer su ayuda, apoyo y aliento al cliente en la aplicación del programa de intervención y evitar ciertas pautas de interacción tales como no comprender y no hacer caso de los problemas agorafóbicos, obligar al agorafóbico a intentar tareas difíciles por medio de amenazas o ridículo y reforzar positiva y/o negativamente los problemas agorafóbicos. Además, contar con la participación del compañero puede evitar interferencias por parte de este en el tratamiento.

Arnou y cols. (1985) encontraron que era más eficaz añadir a la EV entrenamiento en habilidades de comunicación y negociación que entrenamiento en relajación; el primer entrenamiento estuvo dirigido a **identificar, discutir y cambiar los patrones de interacción de la pareja que pudieran estar impidiendo la superación de los problemas agorafóbicos**. Considerando los pocos estudios existentes, este segundo modo de implicar al compañero en la terapia (que puede incluir también ayuda durante la EV) puede no aportar beneficios adicionales en el postratamiento, pero sí en el seguimiento (Bados, 1995b; Carter, Turovsky y Barlow, 1994; Daiuto y cols., 1998); además, parece haber menos abandonos del tratamiento. En el caso de los adolescentes, los padres pueden ser incluidos en el tratamiento de un modo similar al descrito para el compañero.

Por otra parte, no existen estudios controlados sobre la posible utilidad de combinar EV y **terapia marital** dirigida a problemas generales en la relación de pareja y no sólo a patrones de interacción específicos para la agorafobia. Los resultados de Chernen y Friedman (1993) con cuatro parejas sugieren que dicha combinación puede ser útil en las parejas que reconocen la existencia de un conflicto marital, pero no en aquellas que lo niegan. Una cuestión por investigar es si la terapia marital debe aplicarse primero, después o paralelamente al tratamiento centrado en la ago-

rafobia. Muchos agorafóbicos están más interesados en tratar primero sus problemas agorafóbicos, aunque pueden aceptar una terapia marital en paralelo o posterior.

Chambless y cols. (1982) encontraron que el entrenamiento en comunicación para saber manejar conflictos con personas significativas no produjo cambios en los problemas agorafóbicos al ser aplicado después de la exposición imaginal graduada prolongada. La conclusión de estos últimos autores es que en vez de añadir entrenamiento en comunicación a la terapia de exposición, lo que puede resultar útil es una intervención más focalizada, tal como **ayudar a los cónyuges a encontrar modos benéficos de interactuar con el fin de manejar los problemas agorafóbicos**. En este sentido, Chambless y Steketee (1999) hallaron que la hostilidad por parte de cónyuges o padres que convivían con los clientes llevó a un mayor abandono del tratamiento de EV y a peores resultados de este en los que lo completaron. En contraposición, los comentarios críticos no hostiles (aquellos centrados en conductas concretas y que no implican descalificaciones globales) predijeron un mejor resultado en el test de evitación conductual. De aquí la importancia de incluir en la intervención la **modificación de dicha hostilidad o la respuesta del cliente a la misma**. A este fin, pueden resultar útiles, como ya se dijo al presentar el estudio de Arnow y cols. (1985), el entrenamiento en habilidades de comunicación y solución de problemas.

- **Entrenamiento en aserción**. Se ha dicho que los agorafóbicos son poco asertivos y tienen considerables dificultades para expresar sus sentimientos adecuadamente. La adición de entrenamiento asertivo a la EV no aumenta la eficacia de esta en los problemas agorafóbicos. La conclusión que puede extraerse de los estudios realizados es que la mejor estrategia es comenzar con EV y aplicar concurrentemente o más tarde entrenamiento en aserción si es necesario. Algunos clientes se hacen más asertivos tras la EV.

- **Técnicas de respiración**. Se ha propuesto el entrenamiento en **respiración controlada** (Clark y Salkovskis, 1987) (véase la **tabla 6**) para abordar específicamente la hiperventilación y la interpretación de sus síntomas. Los datos son contradictorios sobre el hecho de que la respiración controlada potencie los efectos de la EV. Mientras algunos como de Beurs y cols. (1995) piensan que esta potenciación no se da, otros (Meuret y cols., 2003) señalan que es difícil extraer conclusiones dada la heterogeneidad en la aplicación de la técnica, justificación dada de la misma a los pacientes y muestras empleadas. Hoy en día tiende a pensarse que los efectos del entrenamiento en respiración controlada son débiles, pero los **pacientes lo encuentran muy útil** (Taylor, 2001).

Quizá, la respiración controlada pueda ser **moderadamente útil, al menos cuando se aplica con su componente de retribución de los síntomas**, para aquellos clientes que hiperventilan o que presentan dolor u opresión en el pecho al tender a respirar torácicamente. En estos casos, la respiración controlada es enseñada como un medio rápido de aliviar unas sensaciones corporales que son presentadas como desagradables, pero no peligrosas. Al contar con este recurso, el paciente puede sentirse más motivado para el tratamiento. Ahora bien, existe el riesgo de que la respiración controlada se convierta en una posible conducta defensiva empleada para prevenir supuestas consecuencias catastróficas. Para reducir este riesgo, se pide al paciente en una etapa posterior que practique la EV y la exposición interoceptiva sin utilizar la respiración controlada, para que compruebe plenamente que, incluso, sin aplicar la respiración controlada, las sensaciones no tienen efectos nocivos.

Conviene remarcar que el **mecanismo de acción** del entrenamiento en respiración controlada no parece consistir en la modificación de una pauta alterada de respiración. Posibles mecanismos serían la disponibilidad de una explicación creíble y no amenazante para los síntomas, la distracción de las sensaciones de ansiedad, el aumento de expectativas de autoeficacia y la inducción de una respuesta de relajación. Unas guías de respiración controlada para el paciente pueden verse en Bados (2000, págs. 325-327).

- **Técnicas de inervación vagal.** La adición de métodos de inervación vagal a las técnicas de respiración controlada y de relajación se ha mostrado relativamente útil con pacientes con trastorno de pánico en un estudio (Sartory y Olajide, 1988). Las técnicas de inervación vagal permiten una reducción rápida de la tasa cardíaca y pueden ser empleadas cuando se perciben los primeros signos de un ataque de pánico para prevenir este. Entre dichas técnicas se encuentran los siguientes: a) presionar sobre un ojo durante la espiración, b) masajear la carótida, c) tensar durante 5 segundos los músculos abdominales (sacando el abdomen hacia fuera) e intercostales después de una inhalación profunda y d) hacer una espiración forzada con la boca y la nariz cerradas. Esto último se consigue apretando la nariz con los dedos y haciendo como que se expulsa el aire, pero sin abrir la boca; no debe realizarse cuando se está acatarrado, pues podría propagarse la infección a los oídos.

- **Técnicas de relajación.** Hay datos contradictorios en agorafóbicos de que los efectos de la EV puedan potenciarse con la adición de técnicas de relajación. En el último trabajo realizado (Michelson y cols., 1996) se emplearon una gran variedad de medidas y sólo se halló una diferencia significativa: el tratamiento combinado fue mejor que el de EV en el porcentaje de pacientes con ataques espontáneos de pánico en los seguimientos a los 3 y 12 meses. Es posible que la **relajación aplicada** de Öst (1988) sea más eficaz que la relajación progresiva. Una versión en castellano de esta técnica puede verse en Bados (2000).

- **Intención paradójica.** Parece un tratamiento eficaz, pero **no está claro** si aumenta o no los efectos de la EV. El procedimiento es bastante atemorizante y por ello quizá sea conveniente reservarlo para cuando fallan otras estrategias de afrontamiento. Muchos clientes que no aceptan la intención paradójica responden bien a un método alternativo que consigue la misma meta de que el cliente no evite o luche con sus sensaciones de ansiedad. Este método, denominado de **focalización**, consiste en que el cliente se concentre en las sensaciones que tenga (mareo, corazón acelerado...) sin intentar que desaparezcan y sin apartar la atención de ellas hasta que dejen de ser atemorizantes.

- **Exposición interoceptiva.** Consiste en exponerse a las sensaciones temidas y puede incluir o no la aplicación posterior de estrategias de afrontamiento (p.ej., respiración controlada, reestructuración) para manejar las sensaciones provocadas. Ito y cols. (1996) y Page (1994) no hallaron que esta técnica incrementara la eficacia de la AEV (combinada con entrenamiento en respiración lenta profunda) o de la TCC respectivamente. Sin embargo, en ambos estudios hubo una **tendencia favorable** a la adición de exposición interoceptiva y una ausencia de resultados significativos pudo ser debida a las pequeñas muestras empleadas. Ito y cols. (2001) **compararon AEV, exposición interoceptiva autoaplicada** (con respiración lenta tras cada ejercicio para volver a su nivel de ansiedad basal) y **su combinación**; los tres tratamientos fueron igualmente eficaces y superiores a la lista de espera. En los seguimientos hasta un año se mantuvieron o aumentaron las mejoras y siguió sin haber diferencias entre los tres grupos.

En nuestro país, en un estudio conducido en un contexto clínico real, Sánchez y cols. (2000) encontraron –no en la muestra total, sino sólo en los agorafóbicos de sexo femenino– que la adición de exposición interoceptiva a la AEV (combinada con entrenamiento en relajación y respiración) produjo **mayores mejoras** en los pensamientos distorsionados durante los ataques de pánico y en evitación, aunque no en ansiedad fóbica, miedo al miedo, pánico (medido retrospectivamente) e interferencia. Craske y cols. (1997) encontraron que añadir exposición interoceptiva a una combinación de reestructuración cognitiva y EV fue más eficaz que añadir entrenamiento en respiración controlada tanto en el post (medidas de pánico, interferencia y gravedad) como en el seguimiento a los 6 meses (ansiedad fóbica, pánico, interferencia, ansiedad general).

Unas **guías** para la aplicación de la exposición interoceptiva, con la aplicación subsecuente de estrategias de afrontamiento, pueden verse en la **tabla 7**. Conviene tener en cuenta que

existen **diversos modos de conducir la exposición interoceptiva**. En todos ellos, se emplea una jerarquía y se repiten los ejercicios hasta que la ansiedad se reduce significativamente, pero se diferencian en si emplean o no estrategias de afrontamiento y en cuáles son estas. Así, Ito y cols. (2001) no utilizaron reestructuración cognitiva, pero pidieron a sus pacientes que emplearan respiración lenta tras cada ejercicio para volver a su nivel de ansiedad basal. Hecker y cols. (1998) presentan un programa **sin estrategias de afrontamiento**. El cliente: a) practica durante un par de minutos el ejercicio de exposición, el cual es realizado también por el terapeuta al mismo tiempo; b) se sienta y se concentra durante 5 minutos en sus sensaciones físicas con los ojos cerrados; y c) discute luego con el terapeuta la exposición y los modos de hacerla más similar a un ataque de pánico.

Todavía no se sabe si es conveniente o no que los clientes apliquen tras la exposición interoceptiva estrategias de afrontamiento para controlar las sensaciones provocadas. Al igual que la EV, la exposición interoceptiva puede emplearse simplemente como un **método de habituación**, como un **medio de someter a prueba las creencias** sobre las consecuencias de las sensaciones y/o como una **ocasión para aprender que uno es capaz de manejar las sensaciones temidas** (p.ej., mediante las estrategias de afrontamiento enseñadas); cuál o cuáles de estas aproximaciones son más útiles está por dilucidar. En relación con esto, Soechting y cols. (1998) no hallaron diferencias en medidas de evitación, frecuencia de ataques de pánico, preocupación por el pánico, susceptibilidad a la ansiedad y depresión según se empleara una justificación cognitiva o conductual (descondicionamiento) de la EV.

Otro aspecto a investigar es la **secuencia recomendable de aplicación de la exposición interoceptiva y de la EV** cuando se aplican ambas. Es normal empezar por la exposición interoceptiva, ya que se supone que, al disminuir el miedo a las sensaciones temidas, será más fácil para los pacientes llevar a cabo la EV, incluso sin ayuda de nadie. Otra opción sería empezar por la EV e introducir la exposición interoceptiva cuando la exposición a las sensaciones temidas que se da durante la EV haya sido insuficiente.

- **Hipnosis**. En el único estudio realizado hasta el momento, la autohipnosis (afrontamiento exitoso en estado hipnótico de situaciones imaginales temidas) no ha aumentado la eficacia de la AEV (van Dyck y Spinhoven, 1997). Tampoco la preferencia por la AEV sola o combinada con la autohipnosis afectó a los resultados. Con relación a este tema de la preferencia por el tratamiento, Bakker y cols. (2000) tampoco hallaron diferencias entre los que recibieron su TCC preferida y los que recibieron la misma terapia por aleatorización. Ambos grupos mejoraron por igual en medidas de pánico, agorafobia, ansiedad general y depresión.

Así pues, hay ciertos indicios, más o menos consistentes, de que los resultados de la EV pueden mejorar en algunos aspectos si se la combina con ciertas técnicas psicológicas (para su combinación con fármacos, véase más abajo). Esto nos conduce a la segunda vía antes mencionada de la TCC.

EFICACIA DE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL

La **TCC** es un paquete de tratamiento que **suele incluir** educación sobre la ansiedad y el pánico, respiración controlada, reestructuración cognitiva de las interpretaciones catastróficas, exposición interoceptiva, (auto)exposición en vivo y autorregistros. De todos modos, según los estudios, desaparecen ciertos componentes (exposición interoceptiva, respiración controlada) o aparecen otros (relajación). **Descripciones** de este tipo de terapia pueden verse en Andrews y cols. (2003), Bados (2000), Barlow y Craske (1993, 1994), Botella y Ballester (1999), Craske, Barlow y Meadows (2000) y Roca y Roca (1999). Diversas formas de manejar las dificultades que pueden surgir en la aplicación de la TCC pueden verse en Bados (2005b). Buenos libros de autoayuda son

los de Pastor y Sevilá (2000) y Roca (2003) en castellano y los Barlow y Craske (2000) y Craske y Barlow (2000) en inglés. Andrews y cols. (2003) presentan también un manual para el paciente.

Según la revisión de Bados (2003) y otros estudios que han aparecido con posterioridad (Carter y cols., 2003; Kenardy y cols., 2003; Öst, Thulin y Ramnerö, 2004), la TCC ha sido superior a la **lista de espera** en diez estudios en medidas de evitación, ansiedad fóbica, miedo al miedo, frecuencia de ataques de pánico, preocupación por el pánico, confianza en manejar los ataques, porcentaje de pacientes libres de ataques, porcentaje de pacientes recuperados, depresión, ansiedad general, interferencia y calidad de vida. En un estudio con muestra parcialmente compartida con uno de los anteriores (Schmidt y cols., 2003), la TCC resultó superior al no tratamiento en autocualificación de la salud física. Un trabajo no encontró diferencias entre la TCC y la lista de espera en ajuste social. Las mejoras conseguidas se han mantenido en seguimientos de hasta 18 meses de duración. Por otra parte, la reestructuración cognitiva verbal breve (4-5 horas) se ha mostrado más eficaz que la discusión no directiva de preocupaciones y que las técnicas cognitivas de manejo del estrés en reducir la frecuencia de los ataques de pánico, aunque no ha habido seguimientos.

En comparación con el **placebo farmacológico**, existen datos algo discordantes. En dos estudios la TCC sola o combinada con placebo fue claramente superior al placebo o al placebo más terapia no directiva de apoyo respectivamente en evitación, ansiedad general, depresión (2 estudios), interferencia y mejora global (1 estudio); también hubo una tendencia en ambos estudios a que la TCC fuera mejor en porcentaje de pacientes libres de ataques. En cambio, en otros dos estudios, caracterizados por un porcentaje alto de abandonos de la TCC, esta sólo fue mejor que el placebo en algunas medidas (pánico y mejora global), pero no en otras: porcentaje de pacientes libres de ataques, interferencia, ansiedad general, depresión y evitación (1 estudio en este último caso).

Una cuestión básica es establecer la importancia de los distintos componentes de la TCC. **La AEV parece ser un componente de gran importancia** (Barlow, 1988; Fava y cols., 1997; Michelson y cols., 1986; Murphy y cols., 1998), aunque un estudio reciente proporciona datos algo discordantes. Craske y cols. (2003) hallaron que la TCC (educación sobre la ansiedad y el pánico, respiración controlada, reestructuración cognitiva, exposición interoceptiva) sin AEV fue igual de eficaz que la TCC más AEV en el postratamiento y en el seguimiento a 6 meses, aunque en este último hubo una gran mortalidad. Ambas condiciones mejoraron por igual en calificaciones de frecuencia de ataques de pánico, preocupación por el pánico, evitación agorafóbica, gravedad de la agorafobia e interferencia y en medidas de ansiedad y ejecución relativas a tareas interoceptivas y de permanecer en un sitio cerrado. Los miembros de la primera condición fueron alentados a afrontar las situaciones agorafóbicas, pero no recibieron guías de cómo hacerlo (gradualmente, sin conductas de seguridad, aplicando las estrategias aprendidas) ni retroalimentación al respecto. Así pues, según los datos de este estudio, resulta **igual de eficaz añadir a la TCC una AEV supervisada o una AEV no supervisada**. Si esto se confirmara en nuevos estudios, tendría repercusiones importantes de cara a la simplificación del tratamiento.

Por lo que se refiere a las **técnicas cognitivas**, la adición de **terapia racional-emotiva** o **entrenamiento autoinstruccional** a la EV no aumenta la eficacia de esta. Los datos sobre la **terapia cognitiva de Beck**, con su énfasis en el cuestionamiento de cogniciones idiosincrásicas y en la realización de experimentos conductuales (véanse las **tablas 8 y 9**), son algo discordantes. Por ejemplo, van den Hout, Arntz y Hoekstra (1994) encontraron que la terapia cognitiva potenció los efectos de la EV en la frecuencia de ataques de pánico (aunque no en otras medidas como evitación agorafóbica, ansiedad fóbica, miedo al miedo, depresión y ansiedad generalizada). En el estudio de Telch y cols. (citado en Williams y Falbo, 1996) el tratamiento combinado fue más eficaz que la EV y que la terapia cognitiva, pero sólo en algunas medidas secundarias. Williams y Falbo (1996) no hallaron que la terapia cognitiva potenciara a la EV (ni viceversa), quizás por la insuficiencia de tiempo del tratamiento combinado. Con agorafóbicos que no habían respondido a un

tratamiento de AEV, Fava y cols. (1997) hallaron que la prolongación de dicho tratamiento, con sesiones más duraderas y frecuentes, fue más eficaz que añadir terapia cognitiva de Beck a este tratamiento prolongado. Los autores aconsejan prolongar primero el tratamiento de AEV y, si esto falla, añadir terapia cognitiva. Öst, Thulin y Ramnerö (2004) emplearon una batería amplísima de medidas y hallaron que la EV más terapia cognitiva y la EV sólo difirieron en una de 32 medidas: malestar producido por los ataques de pánico.

Centrándonos ahora en **estudios conducidos en contextos clínicos reales**, Burke, Drummond y Johnston (1997) no hallaron que la adición de terapia cognitiva aumentara la eficacia de la EV ni en el postratamiento ni en el seguimiento a los 6 meses. A pesar del entrenamiento y supervisión recibidos, la calidad de la terapia cognitiva fue valorada sólo en 3,5 sobre 10. Este importante aspecto no ha sido considerado en otros estudios; además, si para aumentar la calidad, fuera necesario incrementar en gran medida el entrenamiento, habría que estudiar si los beneficios de esto compensarían los costes. En nuestro país, Sánchez y cols. (2000) encontraron –no en la muestra total, sino sólo en los agorafóbicos de sexo femenino– que la adición de reestructuración cognitiva produjo mayores mejoras en un aspecto del miedo al miedo (cogniciones sobre las consecuencias físicas de la ansiedad) y en evitación, aunque no en ansiedad fóbica, pánico (medido retrospectivamente) e interferencia.

Por lo que respecta a la **resolución de problemas** (p.ej., interpersonales), este procedimiento ha sido investigado en un par de estudios, requiere un cierto tiempo para que se manifiesten sus efectos y ha potenciado los efectos de la EV en el seguimiento a los 6 meses en un estudio en medidas de evitación y pánico. Finalmente, el estudio de Michelson y cols. (1996) indica que los efectos de la EV y AEV pueden potenciarse notablemente con la adición de una **terapia cognitiva más larga (16 sesiones)** que, además del cuestionamiento socrático y experimentos conductuales, incluyó entrenamiento reatribucional, resolución de problemas y entrenamiento en generalización. La potenciación fue especialmente notable en dos aspectos: porcentaje de pacientes considerados muy recuperados y porcentaje de pacientes libres de ataques espontáneos de pánico (esto último en el seguimiento al año).

La terapia cognitiva de Beck se centra en las interpretaciones catastróficas de las sensaciones asociadas a los ataques de pánico e incluye exposición interoceptiva y en vivo como forma de llevar a cabo experimentos conductuales. Sin embargo, Brown y cols. (1997) no encontraron diferencias en medidas de pánico, cogniciones catastróficas, ansiedad general y depresión (no se evaluó la evitación agorafóbica), ni en el postratamiento ni en seguimientos a los 6 y 12 meses, entre este tipo de terapia focalizada y la terapia cognitiva dirigida a la reestructuración de las preocupaciones diarias y a la resolución de las situaciones ansiógenas cotidianas. Ambos grupos mejoraron por igual y mantuvieron las mejoras. Esto sugiere, al igual que los estudios sobre resolución de problemas comentados un poco más arriba, la conveniencia de **no limitarse sólo al tratamiento de los síntomas agorafóbicos**, sino incluir también que los clientes sepan **valorar y manejar adecuadamente situaciones estresantes cotidianas** cuya falta de resolución es el caldo de cultivo de la ansiedad generalizada y de los ataques de pánico. Según Wade y cols. (1993, citado en Sanderson, Raue y Wetzler, 1998), el estrés crónico elevado puede limitar la respuesta al tratamiento de la agorafobia.

De cara a la eficacia de las técnicas cognitivas, es esencial que los clientes **apliquen entre sesiones** las estrategias cognitivas **al anticipar o exponerse a las situaciones reales temidas**. Por otra parte, es posible que el empleo de estrategias cognitivas por parte del cliente resulte no sólo más fácil, sino también más eficaz una vez que haya conseguido alcanzar un nivel relativamente bajo de ansiedad, a través de la exposición, por ejemplo. Hasta que se realicen nuevas investigaciones, parece que las **técnicas cognitivas pueden ser útiles cuando**: a) las cogniciones negativas de un cliente no cambian tras la EV, b) un paciente interpreta sesgadamente la información obtenida a través de la EV, de forma que reduce el valor de esta, c) un cliente no acepta la EV y nece-

sita ser preparado para dicha EV (la exposición imaginal también puede ser útil a este respecto), d) un cliente encuentra difícil seguir con las sesiones o tareas de EV o mantenerse en las situaciones temidas y e) además de los problemas agorafóbicos, necesiten tratarse otros problemas frecuentemente asociados tales como la falta de aserción y la depresión.

A igualdad de tiempo de terapia, no se han encontrado diferencias en una amplia variedad de medidas entre añadir EV a la AEV y añadir **relajación aplicada** (Michelson, Mavissakalian y Marchione, 1988; Öst, Westling y Hellström, 1993) o **terapia cognitiva** basada en la reestructuración cognitiva verbal y conductual (Hoffart, 1995; Öst, Westling y Hellström, 1993). (En el estudio de Hoffart, el porcentaje de pacientes considerados muy recuperados fue significativamente mayor en el grupo que recibió terapia cognitiva.) Todo esto sugiere que la **EV asistida por el terapeuta puede ser sustituida por otras técnicas**.

Por otra parte, la **relajación aplicada** ha resultado tan eficaz como la EV en un estudio (Öst, Jerremalm y Jansson, 1984), mientras que la **terapia cognitiva** ha sido tan eficaz (Bouchard y cols., 1996; Williams y Falbo, 1996) como la AEV (combinada con exposición interoceptiva en el estudio de Bouchard), aunque en estos estudios las muestras fueron pequeñas. Conviene tener en cuenta que aunque la relajación aplicada y la reestructuración cognitiva **incluyen AEV, esta difiere de la exposición estándar** tanto en la explicación que se da a los pacientes como en la forma de llevarla a cabo. La finalidad no es permanecer en la situación temida hasta que la ansiedad se reduzca, sino que el paciente pueda aprender cómo aplicar sus habilidades de afrontamiento (en el caso de la relajación aplicada) o someter a prueba determinadas predicciones (reestructuración cognitiva); en consecuencia, este tipo de AEV suele ser mucho más breve.

Uno puede preguntarse si se conseguirían mejores resultados en ansiedad fóbica y evitación si dicha AEV fuera más frecuente y/o prolongada, como sugiere el metaanálisis de Mattick y cols. (1990). En el metaanálisis de van Balkom y cols. (1997) la TCC sin EV resultó tan eficaz como la EV en medidas de pánico, agorafobia, ansiedad y depresión. Ahora bien, dicha terapia pudo basarse en estudios con más pacientes que sólo presentaban trastorno de pánico o agorafobia leve y, además, aunque no incluyó EV, no está claro si incluyó AEV.

En cuanto a la **exposición interoceptiva**, Page (1994) no halló que esta técnica incrementara la eficacia de la TCC, aunque hubo una tendencia favorable y una ausencia de resultados significativos pudo ser debida a una falta de potencia estadística. Craske y cols. (1997) encontraron que añadir exposición interoceptiva a una combinación de reestructuración cognitiva y EV fue más eficaz que añadir entrenamiento en respiración controlada tanto en el post (medidas de pánico, interferencia y gravedad) como en el seguimiento a los 6 meses (ansiedad fóbica, pánico, interferencia, ansiedad general). Brown y cols. (1997), en un estudio ya comentado, no encontraron que una terapia cognitiva centrada en las interpretaciones catastróficas de las sensaciones e incluyendo exposición interoceptiva fuera superior a una terapia cognitiva que no incluyó exposición interoceptiva y que estuvo centrada en la reestructuración de las preocupaciones diarias y en la resolución de las situaciones ansiógenas cotidianas.

Por otra parte, hay datos contradictorios sobre que la **respiración controlada** y la **relajación (no aplicada)** potencien los efectos de la TCC. Incluso algunos autores han afirmado que la respiración controlada puede tener efectos negativos al funcionar como una conducta defensiva contraproducente. Así, Schmidt y cols. (2000) compararon TCC, con o sin entrenamiento en respiración (según parece sin su componente de reestructuración cognitiva), y un grupo de lista de espera. Al igual que en un estudio anterior (Schmidt, Trakowski y Stab, 1997), en el postratamiento ambos grupos de terapia no difirieron entre sí y ambos fueron superiores a la lista de espera. Sin embargo, en el seguimiento a 12 meses el grupo sin entrenamiento en respiración tendió a mejorar más en 4 de 12 medidas (pánico, ansiedad anticipatoria, evitación e interferencia) y a tener menos recaídas. Dos limitaciones de este estudio son que el investigador fue también el terapeuta y que

no se evaluó qué técnicas aplicaron o no los pacientes (¿emplearon, p.ej., la respiración controlada?) o si aplicaron técnicas no contempladas en el estudio (p.ej., la enseñanza de la respiración pudo haber comunicado el mensaje implícito de que podían utilizarse otras técnicas de manejo o evitación de la ansiedad, tal como la distracción).

Barlow (2002) propone emplear la respiración controlada como un medio de que el paciente compruebe que es capaz de reducir las sensaciones de ansiedad, lo cual indicaría que las mismas son debidas a la hiperventilación y, por tanto, comprensibles, predecibles, manejables e inocuas. Una vez que el paciente extrae esta conclusión, se retira la respiración controlada y el énfasis cambia a emplear esta información para contrarrestar los pensamientos atemorizantes sobre las sensaciones. De este modo, el paciente puede aprender que las sensaciones pueden ser desagradables, pero no peligrosas. Aunque **se ha propuesto dejar de utilizar la respiración controlada por su posible papel defensivo, se necesitan datos empíricos** que indiquen la conveniencia o no de este abandono. Por otra parte, como señalan Meuret y cols. (2003), desde la perspectiva de la teoría de hiperventilación, lo esencial es corregir la respiración hipocápnica del paciente y las estrategias cognitivas serían simplemente conductas de seguridad que proporcionarían una sensación ilusoria de autocontrol.

Craske y cols. (1997) hallaron que **añadir respiración controlada** a una combinación de reestructuración cognitiva y EV fue **menos eficaz en algunas medidas que añadir exposición interoceptiva**, al menos cuando los clientes no fueron seleccionados por presentar síntomas de hiperventilación y cuando la respiración controlada fue empleada como estrategia de afrontamiento y no para someter a prueba interpretaciones catastróficas; de todos modos, ambos tratamientos fueron igualmente eficaces en muchas medidas.

Aparte de los resultados comentados hasta aquí, pueden derivarse también algunas **conclusiones de los metaanálisis** revisados por Bados (2003):

- La TCC es superior a los grupos control en **ansiedad y evitación fóbicas**, tanto a nivel estadístico como de significación clínica, aunque es peor que la EV cuando se reduce el tiempo dedicado a esta en la TCC. La TCC también es más eficaz que los grupos control en ansiedad general.
- La TCC es superior a los grupos control en medidas de **pánico**. Una excepción es el metaanálisis de van Balkom y cols. (1997), en el que, curiosamente, la TCC sin EV sí que fue superior. Los autores atribuyen el que la TCC no fuera mejor a un menor tiempo dedicado a las estrategias de afrontamiento. Por otro lado, la superioridad de la TCC sin EV pudo deberse a haber sido aplicada en más pacientes que sólo tenían trastorno de pánico o agorafobia leve.
- El porcentaje de **pacientes libres de ataques de pánico** es similar con TCC (66-72%) y fármacos antidepresivos o ansiolíticos (58-62%) y mayor que con EV (40%), placebo farmacológico (35-45%), placebo psicológico (42%) y lista de espera (25-29%). [Una revisión del autor, presentada más abajo, da valores más altos para la EV (50%).]
- Dos metaanálisis no coinciden en si la TCC es superior o no en medidas de **depresión**. En el de van Balkom y cols. (1997), la TCC sin EV sí que resultó superior curiosamente. Las posibles razones ya han sido comentadas un poco más arriba. En el metaanálisis de Mitte (2005) la terapia (cognitivo)conductual fue superior al no tratamiento y al placebo en medidas de depresión.
- El porcentaje de **abandonos** del tratamiento es similar con TCC (12-16%) y benzodiacepinas (13-14%). Este porcentaje tiende a ser mayor con EV (15-25%) y es todavía más

alto con antidepresivos (25-34%). El metaanálisis más reciente de Mitte (2005) con 124 estudios da los siguientes porcentajes de abandonos: terapia conductual (18,3%), TCC (12,7%), benzodiazepinas (17,7%), inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (23,1%), antidepresivos tricíclicos (23,5%) y tratamiento psicológico más farmacológico (20,5%).

- El porcentaje de **recaídas en ataques** de pánico tiende a ser menor con TCC (10%) que con EV (26%), benzodiazepinas (27%, pero con criterios muy estrictos para considerar a alguien recaído) y antidepresivos (34%).
- Según el metaanálisis de Mitte (2005) la **terapia conductual y la cognitivo-conductual** no difieren en las medidas siguientes: compuesto de evitación/cognición/pánico, significación clínica y calidad de vida. En cambio, la segunda es superior en medidas de depresión. La terapia (cognitivo)conductual es superior al no tratamiento y, en menor grado, al placebo en todas las medidas anteriores.

En comparaciones no directas la TCC ha sido también superior a la lista de espera y al placebo farmacológico en porcentaje de pacientes mejorados y recuperados.

Resumiendo lo esencial de lo comentado hasta aquí, la **TCC es un tratamiento eficaz para** diversos aspectos de la agorafobia (ansiedad y evitación fóbicas, frecuencia de pánico, preocupación por el pánico, confianza en manejar los ataques, miedo al miedo, interferencia causada por el trastorno) y para problemas asociados como la ansiedad general y el humor deprimido. No se ha mostrado consistentemente que la TCC sea superior al placebo farmacológico en ninguna medida. **La TCC parece ser preferible a la EV**, ya que consigue efectos al menos similares en muchas medidas (puede que menores en ansiedad y evitación fóbicas si se reduce el tiempo dedicado a la EV), pero parece ser mejor para reducir el pánico y la depresión, y aumentar el porcentaje de clientes libres de ataques; además, tiende a producir menos abandonos del tratamiento y menos recaídas en ataques de pánico.

De todos modos, la supuesta superioridad de la TCC sobre la EV en medidas de pánico se basa sólo en comparaciones de tipo metaanalítico con grupos control, en las que la TCC ha resultado superior, mientras que la EV, no. **Las comparaciones metaanalíticas entre estos dos tratamientos no han hallado diferencias en medidas de pánico, mientras que las comparaciones directas entre ambos han dado lugar a resultados contradictorios, aunque apuntando a la ausencia de diferencias.** En un par de estudios se ha constatado una superioridad de la TCC en frecuencia de ataques totales y/o ataques espontáneos (Michelson y cols., 1996; van den Hout, Arntz y Hoekstra, 1994), pero en otros no se han hallado diferencias entre TCC y EV en medidas como frecuencia de ataques, pánico anticipado, preocupación por el pánico, autoeficacia para controlar el pánico y porcentaje de pacientes libres de ataques (Bouchard y cols., 1996; Fava y cols., 1997; Sánchez y cols., 2000; Williams y Falbo, 1996). Hoffart (1995) tampoco halló diferencias entre la terapia cognitiva y la EV, aunque la potencia estadística fue baja y sólo el primer grupo cambió significativamente del pretratamiento al postratamiento. Öst, Thulin y Ramnerö (2004) compararon TCC y EV en preocupación por ataques, número de ataques registrados, frecuencia retrospectiva de ataques, malestar producido por los ataques y porcentaje de pacientes sin ataques; la única diferencia fue que la TCC redujo más el malestar asociado con los ataques.

Son necesarios muchos más estudios, bien diseñados y que procuren superar las limitaciones metodológicas señaladas más abajo. Hay **datos discordantes de que la TCC sea superior a corto y medio plazo al placebo u otros tratamientos** en variables como ansiedad y evitación fóbicas, frecuencia de ataques, preocupación por el pánico, interferencia, ansiedad general y humor deprimido. Medidas como el miedo al miedo o susceptibilidad a la ansiedad no han sido ni tan siquiera consideradas en estas comparaciones.

Dentro de la TCC, **la EV y/o la AEV parecen ser componentes básicos**. Por otra parte, aunque los datos son escasos o contradictorios hasta el momento, y hacen falta más análisis de los componentes de la intervención, hay indicios de que ciertas técnicas cognitivas (**reestructuración cognitiva, resolución de problemas**) y la **exposición interoceptiva** pueden ser útiles en unos u otros aspectos. El papel del entrenamiento en respiración y relajación es dudoso, aunque se requieren más estudios, especialmente sobre la eficacia de la relajación aplicada. La educación sobre el trastorno no ejerce ningún efecto ella sola (Lagerge y cols., 1993), pero se considera un elemento necesario. El papel de los autorregistros está por investigar. Por último, es recomendable, cuando sea necesario, implicar a personas significativas (cónyuges, padres) en la terapia con el fin de discutir y cambiar los patrones de interacción que pudieran estar impidiendo la superación de los problemas agorafóbicos.

Según **cambios pre-post**, la TCC produce **mejoras significativas** en el miedo y evitación agorafóbicos, frecuencia de ataques de pánico e interferencia; la mejora es menor en las fobias no tratadas del cuadro agorafóbico, preocupación por el pánico, cogniciones catastróficas, ansiedad general y depresión. También se dan mejoras en calidad de vida (ajuste social, laboral, familiar, marital, de ocio) y empleo de medicación y servicios médicos (véanse Bados, 1995b; Oei, Llamas y Devilly, 1999; Roberge y cols., 2005; Telch y cols., 1995). Según el metaanálisis de van Balkom y cols. (1997), los **tamaños del efecto** en comparación a la lista de espera/placebo en diversas medidas han sido los siguientes: agorafobia (0,90), pánico (0,43), ansiedad general (0,38), depresión (0,37). Así pues, la magnitud de los resultados es alta en agorafobia, moderada en pánico y baja en ansiedad general y depresión. Los tamaños del efecto pre-post son algo más elevados: agorafobia (1,22), pánico (0,96), ansiedad general (0,89), depresión (0,69).

Según el metaanálisis de Mitte (2005), los **tamaños del efecto de la terapia conductual o cognitivo-conductual** en comparación al no tratamiento han sido: compuesto de evitación/cognición/pánico (0,87), significación clínica (1,36), depresión (0,72), calidad de vida (0,85). Y en comparación al placebo: compuesto de evitación/cognición/pánico (0,51), significación clínica (0,58), depresión (0,27), calidad de vida (0,42).

El **porcentaje de pacientes mejorados significativamente en el postratamiento en al menos algún aspecto importante del problema** ha variado según los estudios y los criterios empleados. En general, puede decirse que el porcentaje de pacientes tratados que mejoran significativamente se sitúa alrededor del **70% con EV (71%), TCC (67%) y relajación aplicada (67%)**, aunque el número de pacientes en este último caso es mucho más pequeño.

Alrededor del **50% de los pacientes tratados se ven libres de los ataques de pánico con EV y sobre el 69% con TCC** (40% con placebo y 27% con lista de espera); no hay datos con relajación aplicada. De todos modos, estos porcentajes pueden ser **sobrestimaciones**, ya que aunque los pacientes presentan trastorno de pánico con agorafobia, en la inmensa mayoría de los estudios no se especifica cuántos clientes presentaban ataques de pánico en el pretest (la presencia actual de estos ataques no es un criterio necesario para el diagnóstico). Por ejemplo, en de Beurs y cols. (1995) sólo 12 de los 18 pacientes de EV presentaban ataques en el pretest, número que se redujo a 6 tras la intervención. Cuanto más alto es el porcentaje de pacientes que no presentan ataques en el pretest, mayor es la sobrestimación antes mencionada. En efecto, una cosa es el porcentaje de pacientes sin ataques de pánico en el postratamiento (12 de 18 ó 67% en el estudio citado) y otra el porcentaje de pacientes que han dejado de tener ataques de pánico tras el tratamiento (6 de 12 ó 50% en el estudio citado). Por otra parte, a partir de dos estudios realizados por Michelson y sus colaboradores, el porcentaje de pacientes que **dejan de tener ataques de pánico espontáneos** tras el tratamiento es del 54% para la EV (39 pacientes), 60% para la TCC (sólo un estudio, 20 pacientes) y 58% para la relajación aplicada (38 pacientes).

El **10-15%** de los pacientes **rechazan iniciar el tratamiento** por una diversidad de razones: negarse a la asignación aleatoria, dificultades horarias, tratamiento no aceptable. El primero de estos motivos no se da en la práctica clínica real, por lo que es de suponer que el porcentaje de rechazos debe ser menor; por ejemplo, Craske y cols. (2002) hallaron un 6,5% en un contexto de atención primaria. El **12-16%** de los pacientes **abandonan** la TCC una vez iniciada; este porcentaje tiende a ser mayor con la EV (15-25%). En el estudio mencionado de Craske y cols. (2002) el 26,3% de los pacientes abandonaron el tratamiento (combinación de TCC y medicación).

El porcentaje de clientes tratados que pueden considerarse **moderadamente o muy recuperados** —es decir, que alcanzan valores normativos o criterios arbitrarios de recuperación en una variable importante o en al menos el 50% de dos o más variables como evitación, ansiedad fóbica, pánico, preocupación por pánico, miedo al miedo e interferencia— ha variado según los estudios y las medidas y criterios empleados. Teniendo en cuenta los estudios publicados, puede decirse que el porcentaje de pacientes moderadamente o muy recuperados se sitúa alrededor del **62% para la EV**, del **58% para la TCC** y del **52% para la relajación aplicada** (27% para el placebo y 0% para la lista de espera). El porcentaje de **pacientes muy recuperados** (que cumplen criterios en al menos el 75% de tres o más variables) es más bajo: **29%, 46% y 35%** para la EV, TCC y relajación aplicada respectivamente.

El porcentaje de pacientes recuperados es probablemente una **sobrestimación**, ya que sólo se suele exigir que sea más probable que el paciente pertenezca a la población funcional o que no pertenezca a la población disfuncional o que satisfaga un punto de corte arbitrario en una o más medidas de interés. En cambio, no se suele exigir además que la persona haya hecho un cambio estadísticamente fiable en dichas medidas. Algunos pacientes satisfacen los puntos de corte sin haber mejorado significativamente porque ya estaban próximos a los mismos en el postratamiento o incluso ya los satisfacían en alguna/s de las medidas. Hoy en día tiende a pensarse que lo normal es que **un porcentaje mayoritario de los clientes tratados sigan presentando síntomas residuales** de ansiedad fóbica, evitación, preocupación por el pánico, miedo al miedo y ansiedad generalizada (véase Roy-Byrne y Cowley, 1994/1995).

Los resultados de la EV y de la TCC **se mantienen en seguimientos a corto** (3-6 meses) y **medio plazo** (1-2 años) sin que, en promedio, haya empeoramiento adicional, emergencia de nuevos problemas o agravamiento de otros ya existentes.

- El **porcentaje de pacientes mejorados significativamente en seguimientos** de hasta 2 años se sitúa alrededor del **75% con EV**, del **83% con TCC** y del **75% con relajación aplicada**, aunque el número de pacientes en este último caso es mucho más pequeño.
- Alrededor del **75% de los pacientes tratados con EV o TCC siguen libres de los ataques de pánico**; no hay datos con relajación aplicada. El porcentaje de pacientes que dejan de tener **ataques de pánico espontáneos** en el seguimiento es del 31% para la EV (2 estudios, 39 pacientes), 65% para la TCC (1 estudio, 20 pacientes) y 61% para la relajación aplicada (2 estudios, 38 pacientes).
- El porcentaje de pacientes **moderadamente o muy recuperados** en el seguimiento se sitúa alrededor del **50-55% para la EV, TCC y relajación aplicada**. El porcentaje de **pacientes muy recuperados** es, salvo para la TCC, más bajo: **46%, 56% y 40%** para la EV, TCC y relajación aplicada respectivamente. El extraño resultado de la TCC se explica al estar basado en diferentes estudios.

Hay que tener en cuenta que todos los porcentajes anteriores se basan en los pacientes que hicieron el seguimiento. Los porcentajes serían menores si se calcularan sobre los que acabaron el

tratamiento.

Los resultados obtenidos con EV se mantienen en seguimientos a **largo plazo** (3-9 años) (Bados, 1995b). Existe un estudio que sugiere que los resultados de la TCC se mantienen a los 5-7 años, aunque sólo el 31% de la muestra participó en el seguimiento (Kenardy, Robinson y Dob, 2005); por el momento, no se dispone todavía de seguimientos a largo plazo de la relajación aplicada. El **20-25% de los pacientes mejorados o recuperados recaen total o parcialmente**, aunque por lo general **temporalmente**; es muy frecuente que estos contratiempos y recaídas se produzcan bajo circunstancias de estrés. Por otra parte, es posible que las recaídas sean menores con TCC que con EV sola. Asimismo, es muy probable que los resultados fueran mejores con intervenciones más largas que las usualmente investigadas (15 horas de media). Alrededor del **35%** de los pacientes tratados reciben **tratamiento adicional** durante los seguimientos (ya sea para su agorafobia o para otros problemas psicológicos), porcentaje que sube al **50%** en los seguimientos de 2 o más años.

En **combinaciones de EV y farmacoterapia el porcentaje de recaídas es alto (27-50%) al dejar de tomar el fármaco**, por lo que en los seguimientos desaparecen las diferencias entre EV más fármaco y EV más placebo. En un estudio interesante con agorafóbicos sin comorbilidad por depresión mayor, fobia social o trastorno obsesivo-compulsivo, Fava y cols. (2001) establecieron que la **probabilidad de permanecer en remisión tras un tratamiento de AEV** supervisada por terapeutas muy experimentados fue 93% después de 2 años, 82% tras 5 años, 79% tras 7 años y 62% tras 10 años. Factores asociados con un peor resultado fueron la presencia de trastorno de personalidad, nivel de humor deprimido, empleo de antidepresivos y mayor edad en el pretratamiento, y evitación agorafóbica residual y seguir tomando benzodiazepinas tras el tratamiento. Treinta y uno de los 132 pacientes (23,5%) volvieron a presentar trastorno de pánico durante algún momento del seguimiento, pero 28 de ellos volvieron a recuperarse tras recibir, como media, un tercio de las sesiones de exposición empleadas en el tratamiento inicial. Seis pacientes recayeron dos veces y dos, una tercera; tres pacientes no respondieron a la exposición.

Las **conclusiones sobre el mantenimiento** de los resultados de la agorafobia se ven **limitadas** por varios factores: a) La gran mayoría de los estudios no especifican ni tienen en cuenta en los análisis el porcentaje de pacientes que reciben sesiones de refuerzo o tratamientos distintos al originalmente recibido ni el tipo, intensidad y finalidad de esta terapia adicional. b) Pérdida de pacientes del postratamiento al seguimiento sin que esto sea tenido en cuenta muchas veces en el análisis. Además, los pacientes perdidos pueden ser en muchos casos los que menos han mejorado. c) Realización de seguimientos (y de otras evaluaciones) limitados a un momento en el tiempo en vez de ser longitudinales. Debido a la naturaleza fluctuante del trastorno agorafóbico, los resultados obtenidos en un momento dado pueden no ser representativos de un periodo más amplio de tiempo.

Los resultados de Tsao, Lewin y Craske (1998) indican que la TCC del trastorno de pánico en 33 pacientes (el 70% agorafóbicos) con otros trastornos comórbidos (básicamente de ansiedad y depresión) dio lugar no sólo a mejoras en el trastorno tratado, sino a una **reducción tanto del número de clientes con al menos un diagnóstico adicional de gravedad clínica (de 64% a 27%) como del número de diagnósticos comórbidos**. Por otra parte, también disminuyó el porcentaje de pacientes sin ningún diagnóstico adicional de cualquier gravedad (de 85% a 67%). Tsao y cols. (2002) replicaron los resultados anteriores con un mayor número de pacientes (n = 51) y comprobaron que las reducciones en comorbilidad se mantuvieron 6 meses más tarde. El porcentaje de clientes con al menos un diagnóstico adicional de gravedad clínica pasó del 61% al 37% en el postratamiento y el 35% en el seguimiento. Los autores ofrecen diversas **explicaciones** de esta reducción; por ejemplo, generalización de habilidades y sensación de autoeficacia, disminución de los procesos ansiosos compartidos y de la afectividad negativa. En un tercer estudio (Tsao y cols., 2005), las reducciones de comorbilidad se mantuvieron 9 meses más tarde; además,

tras el tratamiento el porcentaje de pacientes sin comorbilidad fue mayor en el grupo con TCC que el grupo de lista de espera, aunque no hubo diferencias en la frecuencia y gravedad de los trastornos comórbidos. Se requieren estudios con muestras más grandes y grupos control, que no excluyan a los pacientes con abuso de sustancias y que incluyan seguimientos más largos. Si los resultados se confirman, implicarían, **en caso de comorbilidad, tratar primero el trastorno más perturbador, en vez de varios a la vez, y decidir después cuáles de los restantes problemas necesitan intervención.**

Las conclusiones sobre el tratamiento de la agorafobia deben verse a la luz de una serie de **problemas metodológicos o limitaciones** que afectan a muchas de las investigaciones realizadas:

- Énfasis en las medidas retrospectivas de autoinforme y en las escalas de calificación clínica con menoscabo de las medidas observacionales, de los informes de otras personas y de los indicadores objetivos de calidad de vida.
- Uso escaso, al menos en estudios controlados, de medidas de frecuencia de ataques de pánico, preocupación por el pánico, miedo al miedo, evitación de sensaciones corporales y deterioro funcional (que incluya deterioro social/laboral/familiar, uso de servicios médicos psiquiátricos y no psiquiátricos, y consumo de alcohol y otras drogas).
- Empleo de terapeutas que no son igualmente expertos en todos los tratamientos aplicados.
- Aplicación del tratamiento durante un tiempo mucho más corto del que es habitual en la práctica clínica. Esto ha podido subestimar la eficacia de la intervención.
- Violación de la integridad de los tratamientos investigados al estar muchos pacientes recibiendo también otras intervenciones, principalmente farmacoterapia. Al menos el 50% de los pacientes están tomando medicación y se les pide que la mantengan estable; otros toman fármacos subrepticiamente. Por otra parte, aunque los pacientes pueden haber estado tomando medicación durante mucho tiempo sin cambiar, no se sabe si el tratamiento psicológico hubiera funcionado igual de bien (o mejor o peor) caso de no estar tomando dicha medicación.
- Falta de comprobación de si los terapeutas aplican los tratamientos tal como estaba planeado y falta de verificación de si los pacientes cumplen con el tratamiento.
- Ausencia de análisis basados en todos los pacientes que comenzaron el tratamiento, incluidos, pues, los que abandonaron.
- Gran énfasis en la significación estadística y descuido de la significación clínica, aunque esto ha cambiado mucho en los últimos estudios.
- Falta de seguimientos a medio y largo plazo.
- Realización de seguimientos (y otras evaluaciones en general) limitados a un momento temporal en vez de ser longitudinales. Dada la naturaleza fluctuante de la agorafobia, los resultados de un momento dado (transversales) pueden no ser representativos.
- Realización de seguimientos sin controlar los tratamientos recibidos durante los mismos.
- Debido a los criterios de exclusión, los resultados se limitan como mínimo a aquellos pacientes que no presentan trastornos comórbidos que requieran una intervención inmediata (p.ej., psicosis, trastorno bipolar, depresión grave, dependencia de sustancias). Cuanto mayores son el porcentaje de pacientes excluidos y el número de criterios de exclusión, mejores son los resultados del tratamiento (Westen y Morrison, 2001).
- No se sabe si la TCC funciona con adolescentes y personas mayores, aunque unos pocos estudios no controlados sugieren que sí.

TERAPIA CONDUCTUAL Y COGNITIVO-CONDUCTUAL: UTILIDAD CLÍNICA

Discutida hasta aquí la eficacia de la EV y de la TCC con relación a condiciones control,

queda por ver la **utilidad clínica** de ambas. La utilidad clínica implica tres aspectos: a) **Generalizabilidad** de los resultados a los contextos clínicos reales, lo que incluye las características de los pacientes y terapeutas, y la forma de trabajar en dichos contextos. b) **Viabilidad** de la intervención: aceptabilidad de la misma por parte de los clientes (coste, dolor, duración, efectos secundarios, etc.), probabilidad de cumplimiento, facilidad de difusión entre los profesionales. c) **Eficiencia**: relación costes/beneficios tanto para el cliente como para la sociedad.

Existen resultados alentadores sobre la **utilidad clínica de la exposición y autoexposición prolongada en vivo, muy poco graduada y aplicada durante varias horas al día en situaciones diversas a lo largo de 2-3 semanas** (hubo flexibilidad para emplear técnicas cognitivas dirigidas a iniciar la exposición y proseguir con la misma). Los resultados conseguidos por 52 terapeutas en 3 centros distintos con 416 agorafóbicos con trastornos comórbidos fueron muy positivos en el postratamiento y en el seguimiento al año; el 55% y el 59% de los pacientes pudieron considerarse bastante o muy recuperados en estos dos periodos respectivamente. Los tamaños del efecto fueron similares a los obtenidos en diversos metaanálisis de estudios controlados (Hahlweg y cols., 2001). Los resultados de Burke, Drummond y Johnston (1997) y Sánchez y cols. (2000) también indican que la **EV o la AEV gradual combinadas con entrenamiento en relajación y respiración** consiguen resultados clínicamente significativos al ser aplicadas en contextos clínicos reales.

Por lo que respecta a la TCC, varios estudios (p.ej., Addis y cols., 2004; Burke, Drummond y Johnston, 1997; García-Palacios y cols., 2002; Hunt y Andrews, 1998; Martinsen y cols., 1998; Penava y cols., 1998; Sánchez y cols., 2000; Sanderson, Raue y Wetzler, 1998) han comprobado que, en pacientes con trastornos comórbidos de ansiedad y/o depresión, distintas versiones de la TCC (con más o menos componentes y duraciones de 12 a 44 horas) pueden ser aplicadas en centros de salud mental, hospitales generales y práctica privada con resultados en general comparables a los obtenidos en estudios controlados; esto indica la **generalizabilidad a contextos clínicos reales**. Se han obtenido mejoras significativas en evitación, pánico, preocupación por el pánico, miedo al miedo, interferencia, ansiedad general y depresión. Los resultados se han mantenido en los seguimientos a los 3, 6, 12 y 20 meses en los cuatro estudios que los han realizado. El porcentaje de abandonos ha oscilado entre el 0% y el 33%.

Quizá sea interesante comentar **dos de los estudios anteriores sobre la utilidad clínica de la TCC**, Martinsen y cols. (1998) aplicaron TCC en grupo en una clínica regional a 83 pacientes con trastorno de pánico (el 91,5%, agorafóbicos) y frecuente comorbilidad con depresión mayor (29%; se prescribieron antidepresivos), fobia social (23%) y abuso de sustancias (14%). El tratamiento, que se extendió a lo largo de 11 sesiones de 4 horas, una por semana, consistió en educación sobre el trastorno, reestructuración cognitiva y EV, y los terapeutas no tenían un entrenamiento formal en TCC. El 14% de los clientes abandonaron, a lo cual contribuyó el abuso/dependencia de sustancias y el trastorno de personalidad límite. Los pacientes no cambiaron durante un periodo de espera de 2 meses, pero tras el tratamiento, mejoraron significativamente en medidas de evitación (autoinformada y calificada), miedo al miedo y depresión; no se emplearon medidas de pánico. Los resultados fueron comparables a los conseguidos en estudios controlados y se mantuvieron en los seguimientos a los 3 y 12 meses. En este último seguimiento, el 89% de los clientes que completaron el tratamiento y el 76% de los que lo iniciaron consiguieron al menos un 50% de reducción en la medida de evitación completada por un calificador.

Hunt y Andrews (1998) mostraron que la **TCC aplicada en plan intensivo** (2 bloques de 5 días separados por una semana) **en un contexto clínico real consiguió resultados positivos que incluso mejoraron** en un seguimiento realizado 20 meses después. El tamaño del efecto fue algo menor que el de las investigaciones controladas, pero esto pudo ser debido al hecho de trabajar con muestras no seleccionadas (que no fueron solicitadas y con las que no se emplearon criterios de exclusión) y a la intensidad del tratamiento. El 22% de los 36 pacientes se habían recuperado

en el postratamiento y el 42% ya no cumplían criterios diagnósticos, aunque el 40% de estos últimos recayeron más tarde. Un 56% buscó ayuda adicional para su ansiedad por parte de algún profesional durante el seguimiento.

En un diferente tipo de estudio, Addis y cols. (2004) compararon dos tratamientos con pacientes con trastorno de pánico (el 73%, agorafóbicos) atendidos en un centro de salud mental: el **tratamiento usual** decidido por el terapeuta y la **TCC aplicada individualmente** por terapeutas recién entrenados. Los clientes de ambos tratamientos mejoraron, pero los que recibieron la TCC lo hicieron más tanto en medidas específicas como en porcentajes de pacientes recuperados (43% contra 19% de los que acabaron el tratamiento; 32% contra 22% de los que empezaron). El 26% de los pacientes con TCC abandonaron el tratamiento. Así pues, parece mejor recibir TCC que el tratamiento usual siempre que se complete el tratamiento (8 sesiones al menos).

Se ha dicho que la aplicación de la TCC en contextos clínicos reales puede ser poco práctica debido a su duración y al prolongado contacto que requiere con el terapeuta. Turner y cols. (1995) llevaron a cabo un estudio sobre la **duración de la terapia conductual y TCC en la práctica clínica real**. El tratamiento del trastorno de pánico con/sin agorafobia requirió de media **27 horas** a lo largo de **3-6 meses**, lo cual contrasta con las 12-16 horas de los estudios controlados; la duración fue menor que en el caso del trastorno obsesivo-compulsivo (46 h, 3-12 meses), similar a la de la fobia social (29 h, 3-6 meses) y el trastorno de ansiedad generalizada (23 h, 3-6 meses), y mayor que la de las fobias específicas (13 h, 3 meses) y la fobia la sangre (11 h, 3 meses). Hay que tener en cuenta que la duración del tratamiento es mayor en los casos que presentan comorbilidad con otros problemas y menor en caso contrario.

A pesar de lo anterior, varios estudios indican que la **TCC puede abreviarse para pacientes y terapeutas y, con el apoyo de material de autoayuda, mantener igual o similar eficacia**. De este modo, puede hacerse disponible para un número mucho mayor de pacientes en contextos clínicos reales. (Naturalmente, el abordaje de **otros problemas** que presentan muchos agorafóbicos puede alargar la duración del tratamiento.)

Así, Côté y cols. (1994), trabajando con 21 pacientes con trastorno de pánico con o sin agorafobia, consiguieron iguales resultados en medidas de pánico, evitación agorafóbica, miedo a las sensaciones corporales y cogniciones catastróficas en el postratamiento y en el seguimiento a 1 año **con la mitad de dedicación de tiempo**. A lo largo de 17 semanas, un grupo tuvo **17 sesiones de 75 minutos** y el otro, **7 sesiones de 75 minutos** más 8 breves contactos telefónicos de 11 minutos de duración media; este segundo grupo contó con la ayuda de un manual. Botella y García-Palacios (1999) compararon, en 23 agorafóbicos de nivel educativo bajo o medio, una TCC larga (10 sesiones de 50 minutos; no hubo exposición interoceptiva) con una breve de sólo **5 sesiones de 50 minutos**, apoyada por material de autoayuda. En una amplia variedad de medidas, ambos tratamientos produjeron mejoras significativas similares en el postratamiento, las cuales se mantuvieron o aumentaron en el seguimiento a 1 año; hubo una cierta tendencia favorable al primer grupo. En conjunto, el porcentaje de abandonos fue del 10%. En el postratamiento hubo un 75% de pacientes libres de ataques y un 40% de pacientes mejorados en diversas medidas a la vez; en el seguimiento, estos porcentajes fueron 90% y 75%.

Newman y cols. (1997) compararon 12 horas de TCC con 6 horas de la misma terapia más el empleo durante 8 semanas de un **ordenador de bolsillo** que apoyaba el empleo de los distintos componentes terapéuticos. No hubo diferencias a nivel estadístico. El primer tratamiento fue superior al segundo en el postratamiento sólo en dos de siete medidas de significación clínica (número de ataques de pánico, miedo a las sensaciones), aunque la muestra fue pequeña; estas diferencias desaparecieron en el seguimiento a los 6 meses. En un estudio posterior, multicéntrico e internacional, Kenardy y cols. (2003) hallaron que 12 horas de TCC, 6 horas de TCC y 6 horas de TCC más el apoyo de un ordenador de bolsillo fueron superiores estadísticamente a la lista de espera,

aunque sólo el primero y el tercero mostraron también superioridad clínicamente significativa. La **terapia larga fue más eficaz que la breve y el grupo con apoyo de ordenador se situó entre los otros dos** y no se diferenció de ninguno de ellos. En el seguimiento a los 6 meses, no hubo diferencias entre los tratamientos activos, aunque esto puede deberse a mortalidad diferencial: en el grupo de terapia breve se perdió un menor porcentaje de pacientes que no presentaban ataques de pánico en el postratamiento. Un problema potencial con los ordenadores de bolsillo es que pueden servir como señales de seguridad.

Choi y cols. (2005) redujeron la TCC en grupo de 24 horas a 8 horas y le añadieron 2 horas más de exposición mediante realidad virtual. Ambos grupos fueron igualmente eficaces en el postratamiento. Sin embargo, en el seguimiento a los 6 meses, un porcentaje significativamente mayor del primer grupo había discontinuado la medicación.

¿Es posible reducir aún más el contacto con el terapeuta? Gould y Clum (1995) hallaron en pacientes solicitados con trastorno de pánico (el 84% con agorafobia de leve a moderada) que un **programa de autoayuda de TCC**, con un contacto mínimo con el terapeuta, fue más eficaz que la lista de espera en medidas de evitación en el postratamiento y en medidas de pánico y evitación en el seguimiento a los 2 meses. Lidren y cols. (1994) no encontraron que la aplicación de una TCC durante 8 sesiones de 90 minutos con terapeuta presente fuera mejor en medidas de pánico, evitación, cogniciones catastróficas y depresión que la autoaplicación de dicho tratamiento con el apoyo de un libro y tres contactos telefónicos con el terapeuta. No hubo abandonos, pero los pacientes fueron agorafóbicos que respondieron a anuncios de tratamiento. Trabajando con pacientes no solicitados, Hecker y cols. (1996) tampoco hallaron diferencias, ni a nivel estadístico ni de significación clínica, entre una TCC aplicada por el terapeuta a lo largo de 12 sesiones y la misma terapia autoaplicada, aunque en este caso el terapeuta tuvo cuatro contactos directos con los clientes para asignar capítulos de lectura de un libro y responder a preguntas sobre capítulos leídos. Sin embargo, el número de sujetos por grupo fue muy pequeño ($n = 8$), sólo el 38% fueron agorafóbicos (el resto presentaron sólo trastorno de pánico) y el porcentaje de abandonos fue del 38% en el tratamiento autoaplicado contra el 0% en el otro. Hecker y cols. (2004) no hallaron en pacientes con trastorno de pánico (el 85% agorafóbicos) que la TCC complementada con un manual de autoayuda y aplicada presencialmente durante 4 sesiones fuera superior en el postratamiento y seguimiento a 6 meses a la misma TCC aplicada en una sesión y tres contactos telefónicos.

Los resultados de Power y cols. (2000), obtenidos en un contexto de atención primaria con pacientes con trastorno de pánico con o sin agorafobia, **contrastan con los de los dos últimos estudios**. Power y colaboradores compararon TCC (6 horas de contacto con el terapeuta, de las cuales 1,5 fueron de evaluación) más un manual de autoayuda, el mismo tratamiento con 2 horas de contacto con el terapeuta, de las cuales 1,5 fueron de evaluación, y sólo el manual (1,5 horas con el terapeuta, todas de evaluación). Este último grupo mejoró algo en medidas de ansiedad, pero fue inferior a los otros dos, a nivel estadístico y de significación clínica, en medidas de ansiedad y depresión y en porcentaje de clientes libres de ataques de pánico, aunque no en evitación agorafóbica. El primer grupo tendió a ser el más eficaz, especialmente en depresión y en tener un menor porcentaje de pacientes que habían recibido tratamiento adicional durante el periodo de seguimiento.

Así pues, de acuerdo con los datos anteriores, **es probable que la reducción del contacto con el terapeuta por debajo de un cierto punto dé lugar a peores resultados**. De hecho, los datos de Febraro y cols. (1999) indican que **no parecen funcionar los programas de autoayuda puros** (biblioterapia) sin ninguna guía presencial o no presencial (teléfono, correo postal o electrónico) por parte del terapeuta. Estos datos coinciden con los expuestos más arriba para la EV según los cuales los programas de autoayuda que se basan en manuales (y, a veces, en otro material de apoyo como cintas de vídeo o programas de ordenador) y con mínimo o nulo contacto directo con el terapeuta y poco contacto telefónico (hasta 3 horas en total) se han mostrado relati-

vamente eficaces, aunque existen discrepancias sobre si los resultados son similares o inferiores a cuando el terapeuta ayuda al cliente durante la EV y/o supervisa directamente (o, quizá, por teléfono) la marcha del tratamiento. Para una revisión, véase Newman y cols. (2003). Como se dijo antes, el metaanálisis de Mitte (2005) indica que los programas de autoayuda dan tamaños del efecto algo más bajos que los programas presenciales y que además no todos son igualmente eficaces.

Por otro lado, Carlbring y cols., (2001) emplearon a través de **internet** un manual de autoayuda de TCC (educación, respiración, reestructuración cognitiva, exposición interoceptiva, AEV y prevención de recaídas) junto con 6-15 correos electrónicos (1,5 horas en total) para controlar el progreso hecho en cada módulo del programa y dar retroalimentación. El programa fue más eficaz que la lista de espera en medidas de pánico, evitación agorafóbica, miedo al miedo, ansiedad, depresión y calidad de vida. Sin embargo, los pacientes fueron solicitados y presentaron niveles relativamente bajos de agorafobia y depresión, no hubo seguimiento y sólo el 33% de los pacientes habían dejado de tener ataques de pánico. Este porcentaje es más bajo que el que suele conseguirse, aunque puede ser debido no al programa en sí, sino al hecho de que la evaluación a través de internet permite responder más libremente, de forma menos socialmente deseable.

En un estudio posterior en el que hubo un menor tiempo dedicado a los correos electrónicos (30 minutos), Carlbring, Ekselius y Andersson (2003) hallaron que **tanto la TCC como la relajación aplicada aplicadas a través de internet fueron útiles y no hubo diferencias entre ellas**. Los resultados de la TCC parecieron inferiores a los del estudio anterior, quizá por el menor tiempo dedicado por el terapeuta, por emplear correos electrónicos estandarizados y por no fijar fechas límites para completar cada módulo de tratamiento. Algunos participantes mencionaron que la presencia de un foro virtual les habría ayudado a sentirse menos solos y discutir cuestiones difíciles. En un tercer estudio, Carlbring y cols. (2005) hallaron en personas interesadas en recibir un programa de autoayuda a través de internet que **tanto la TCC a través de internet** (2,5 horas de contacto con el terapeuta vía correos electrónicos) **como la TCC aplicada presencialmente fueron igualmente eficaces** a nivel estadístico y clínico, aunque el primero puntuó más alto que el segundo en 31 de 32 tamaños del efecto. Una cuestión a tener en cuenta es que el porcentaje de abandonos parece ser mayor cuando el tratamiento se aplica a través de internet (22-36%) que cuando se hace directamente (12-16%).

Utilizando la **videoconferencia** en lugar del correo electrónico, Bouchard y cols. (2000) hicieron que la TCC fuera también accesible para pacientes no presenciales. El tratamiento resultó eficaz, aunque no hubo grupo control, y se estableció una buena relación terapéutica ya desde la primera sesión. En un estudio posterior Bouchard y cols. (2004) hallaron que la TCC mediante teleconferencia fue igual de eficaz que la TCC cara a cara.

A pesar de contar con tratamientos psicológicos eficaces y útiles clínicamente, menos de la mitad de los agorafóbicos reciben tratamiento para sus problemas. De los que lo hacen, muchos reciben tratamiento farmacológico y sólo una minoría terapia conductual o cognitivo-conductual. Esto indica la **poca disponibilidad de este tipo de terapia, ya sea por falta de terapeutas preparados o porque se cree que es más cara que la farmacoterapia**. Sin embargo, con relación al primero de estos aspectos, Welkowitz y cols. (1991) mostraron que la TCC puede ser aplicada con éxito incluso por terapeutas de orientación farmacológica después de haber sido entrenados por un psicólogo conductual, el cual además supervisó las sesiones. Aunque esta es una vía digna de investigar, otra opción es emplear psicólogos clínicos, ya que la TCC tiene una mejor relación coste-beneficio que la farmacoterapia, especialmente si se considera el frecuente problema de las recaídas en el tratamiento con fármacos.

Varios estudios son pertinentes en relación con el coste y **coste-beneficio** de la TCC en comparación con la farmacoterapia. Gould, Otto y Pollack (1995) calcularon los **costos económicos**

estimados del tratamiento farmacológico y de la TCC y hallaron que con 1 año de tratamiento lo más barato es la imipramina y la TCC en grupo (15 sesiones más una de apoyo), seguidas por: a) el alprazolam a bajas dosis (2,5 mg), b) la TCC individual y c) el alprazolam a altas dosis (6 mg) y la fluoxetina. Si el tratamiento se extiende a 2 años, con cuatro sesiones de apoyo en la TCC, los resultados se mantienen excepto que la TCC individual resulta más barata que el alprazolam a dosis bajas. En un estudio posterior, Otto, Pollack y Maki (2000) calcularon los **costes económicos reales** en pacientes agorafóbicos que habían acudido a una clínica especializada. Con un tratamiento de 4 meses, la TCC en grupo fue la terapia más barata, seguida por la farmacoterapia (básicamente ISRS combinados o no con benzodiacepinas de alta potencia) y después por la TCC individual. Considerando además el tratamiento adicional necesario a lo largo de 1 año (visitas de mantenimiento más frecuentes en la farmacoterapia y continuación de la medicación), la terapia farmacológica resultó claramente el tratamiento más caro. El orden fue el mismo cuando se calculó la relación coste/beneficio. Los estudios de Heuzenroeder y cols. (2004) y Roberge y cols. (2004) también indican que la TCC tiene una mejor relación coste-beneficio en comparación a la terapia farmacológica, especialmente si es aplicada por un psicólogo público.

Aunque la TCC grupal tiene una mejor relación coste-beneficio que la TCC individual, Sharp, Power y Swanson (2004) observaron que los pacientes agorafóbicos vistos en atención primaria **prefirieron por inmensa mayoría (95%) el tratamiento individual** cuando se les dio a elegir; además entre los que habían sido aleatorizados a tratamiento grupal o individual hubo muchos más abandonos en el primer caso (47% contra 16%). Ambos tratamientos fueron superiores a la lista de espera y la TCC individual fue mejor que la grupal en medidas de significación clínica en el postratamiento, aunque no en el seguimiento a los 3 meses.

Para facilitar la disponibilidad de la TCC más allá de los contextos de salud mental y la aceptación de la misma por parte de los pacientes, Craske y cols. (2002) han diseñado un **programa de tratamiento en el contexto de atención primaria que combina TCC y medicación** de modo flexible (el paciente puede rechazar una de las dos) y que es aplicado por un psicólogo conductual y un médico general en colaboración con un psiquiatra. La razón de combinar TCC (educación, entrenamiento en respiración, reestructuración cognitiva, exposición interoceptiva, AEV) y fármacos es que una mayoría de los pacientes parecen preferir esto. Además, en función de las características de los pacientes y del contexto de atención primaria, la intervención típica para el trastorno de pánico con o sin agorafobia ha sido modificada; por ejemplo, a) ha sido reducida a seis sesiones de contacto directo de 30-45 minutos más seis sesiones de 15-30 minutos de contacto telefónico durante el año siguiente, periodo durante el que los pacientes son alentados a continuar con la medicación; b) incluye ayudas educativas tales como un vídeo y un libro de autoayuda y cintas de audio de cada sesión en la clínica; c) elimina los autorregistros y reduce el número de actividades entre sesiones; d) aunque se enfatiza el tratamiento del trastorno de pánico, se tratan también brevemente otros trastornos comórbidos. Este programa de tratamiento, aplicado en pacientes con trastorno de pánico (probablemente sólo el 39% agorafóbicos) ha resultado más eficaz que el tratamiento usual, el cual consistió básicamente en farmacoterapia combinada a veces con el uso de los recursos comunitarios de salud mental (Roy-Byrne y cols., 2005). Una limitación importante es que sólo cerca del 40% de los pacientes completaron todo el tratamiento, por lo que habría que idear modos para mejorar su cumplimiento.

Por lo que respecta a **cómo perciben los pacientes los distintos componentes de la TCC**, Cox, Fergus y Swinson (1994) pidieron a agorafóbicos previamente tratados que valoraran de 1 a 7 en que medida consideraron **útiles** y les habían **gustado** diversos componentes: educación sobre el trastorno, EV, AEV, exposición interoceptiva, ejercicios de respiración/relajación, libro de trabajo y autorregistros. Todos los componentes fueron valorados por encima de la media en ambos aspectos. La educación sobre el trastorno fue el componente valorado como más útil y agradable. El componente menos útil fue tener que hacer autorregistros y los que menos agradaron, los autorregistros, la exposición interoceptiva y la AEV. En general, los pacientes vieron las técnicas de

exposición (especialmente la AEV y la exposición interoceptiva) como una medicina amarga: más útiles que agradables. Es muy probable que las calificaciones de agrado hubieran sido más bajas en clientes que no hubieran recibido un tratamiento exitoso. Por otra parte, Park y cols. (2001) también hallaron que la EV más AEV fue preferida a la AEV sola, aunque ambas fueron igual de eficaces.

Una vía que ha comenzado a ser explorada es la **aplicación de la TCC en grupo no para agorafóbicos solamente, sino para pacientes que presentan diferentes trastornos de ansiedad**. Esta forma de proceder se basa en que los programas para los distintos trastornos de ansiedad comparten muchos contenidos, en la frecuente comorbilidad con otros trastornos de ansiedad que muchos pacientes presentan y en que es más eficiente, al poder formar grupos de tratamiento con más facilidad. Erickson (2003) aplicó una TCC en grupo durante 12 sesiones de 2 horas en un contexto clínico real a pacientes que presentaban como diagnóstico primario uno de los siguientes cinco trastornos: pánico, agorafobia, fobia social, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno por estrés postraumático. Más de la mitad de los pacientes tenían trastorno de pánico con/sin agorafobia o esta última, el 83% presentaban algún trastorno comórbido y el 96% tomaban medicación psicotrópica. El tratamiento incluyó elementos comunes a los distintos trastornos de ansiedad (educación, relajación, reestructuración cognitiva, exposición) y elementos específicos (exposición interoceptiva, asertividad). Los pacientes que completaron al menos 7 sesiones (el 60%) mejoraron en ansiedad general y fóbica, susceptibilidad interpersonal, depresión (Inventario Breve de Síntomas) y evitación de situaciones temidas. Los resultados se mantuvieron en el seguimiento a los 6 meses. Nuevos estudios deben emplear medidas específicas para cada tipo de trastorno y ver si estos mejoran en el mismo grado que cuando son tratados en grupos homogéneos. De ser así, se facilitaría la aplicación y propagación de la TCC.

VARIABLES PREDICTORAS DE LOS RESULTADOS

Dado que el 20-25% de los clientes no aceptan iniciar el tratamiento o lo abandonan, que alrededor de un tercio mejoran poco o nada y que el 20-25% recaen, aunque, por lo general, temporalmente, sería interesante conocer las posibles variables predictoras. Esto contribuiría tanto a ampliar el número de pacientes que reciben tratamiento como al desarrollo de programas más eficaces con aquellos clientes para los que las intervenciones actuales no funcionan o no lo hacen suficientemente. El tema ha sido **revisado por** Bados (1995b), Keijsers, Hoogduin y Schaap (1994), Mennin y Heimberg (2000) y Steketee y Shapiro (1995).

La **no aceptación de iniciar el tratamiento y el abandono del mismo** han sido poco estudiados. Las dos razones principales ofrecidas por los pacientes han sido en ambos casos que el tratamiento ofrecido no era lo que se esperaba y que resultaba amenazante. Otros motivos han sido circunstancias externas interferidoras (p.ej., horarios incompatibles, surgimiento de otras obligaciones, traslado, problemas médicos o económicos) y los beneficios que los clientes obtenían de su problema. Otras razones dadas por los clientes para el **abandono** han sido la falta de motivación, el esfuerzo requerido por el tratamiento, la falta de comprensión del terapeuta, la falta de resultados e incluso la percepción de haber mejorado ya lo suficiente. **Predictores del abandono** han sido un nivel educativo más bajo, una baja motivación para el tratamiento, la hostilidad por parte de cónyuges y padres convivientes con los clientes y presentar un trastorno de ansiedad generalizada. Los resultados no son consistentes sobre que la gravedad de los miedos agorafóbicos y del pánico, y la comorbilidad con trastornos depresivos o de personalidad predigan el abandono (Keijsers, Kampman y Hoodguin, 2001; Chambless y Steketee, 1999).

En cuanto a las variables predictoras de los resultados del tratamiento, existe una considerable falta de concordancia entre los distintos estudios, tanto en el postratamiento como en el seguimiento. Si se tiene en cuenta la calidad metodológica de los trabajos, pueden establecerse provi-

sionalmente las siguientes conclusiones. **Variables que, en general, no han resultado predictoras de los resultados del tratamiento** son: edad, sexo, nivel educativo, estado civil, situación laboral, temerosidad medida mediante cuestionarios de miedos, ansiedad general, ansiedad social, asertividad, introversión y neuroticismo. La satisfacción y el ajuste marital iniciales no parecen estar relacionados con los resultados en el postratamiento, aunque hay estudios discordantes sobre que un peor ajuste marital esté asociado con peores resultados en el seguimiento. Esto puede depender de que se aborde durante la terapia la comunicación marital respecto a los problemas agorafóbicos. [La satisfacción marital (evaluación global de la relación por parte de los cónyuges) se distingue del ajuste marital, el cual hace referencia a características específicas de la relación (comunicación, afecto, cohesión, resolución de problemas, dependencia, control; véase Daiuto y cols., 1998).]

Resultados inconsistentes han sido hallados respecto a que las siguientes variables predigan peores resultados: gravedad de los miedos agorafóbicos y del pánico, gravedad de la evitación autoinformada, mayor duración del trastorno, menor edad al comienzo del trastorno, interferencia producida por el trastorno, peor ajuste social/laboral/familiar (puede ser un mejor predictor en el seguimiento), presencia de trastornos comórbidos del eje I, humor deprimido, diagnóstico de depresión mayor (aunque es posible que una historia de depresión mayor anterior a la agorafobia sea un predictor de peores resultados), hostilidad, baja motivación para el tratamiento (aunque esta puede predecir el rechazo o abandono del mismo; véase además lo dicho más abajo), uso de medicación (especialmente benzodiacepinas), sobreprotección autoinformada durante la infancia, menor reactividad cardíaca durante un test conductual en la línea base, ansiedad durante la exposición in vivo (quizá la relación sea curvilínea y resulte perjudicial tanto una ansiedad baja como elevada), lenta respuesta al tratamiento durante las primeras semanas y baja concordancia y/o desincronía entre distintas modalidades de respuesta (motoras, cognitivas, psicofisiológicas) tras el tratamiento.

El **bajo nivel socioeconómico** también ha sido un predictor inconsistente de peores resultados. Es posible que las personas con nivel socioeconómico muy bajo padezcan más estrés diario y que este impida o dificulte la habituación durante la EV y vaya en contra de la autodisciplina necesaria para llevar a cabo la TCC; además, dichas personas pueden disponer de mucho menos tiempo para dedicar a las actividades entre sesiones (Craske y Zucker, 2001).

También se ha dicho que la existencia de muchos **rasgos mórbidos de personalidad o de trastornos de personalidad** (ya sea en general o algunos en particular, principalmente los de tipo ansioso y en especial el evitativo) tiende a predecir peores resultados del tratamiento, aunque los resultados son inconsistentes. La revisión de Dreessen y Arntz (1998), basada en los estudios metodológicamente más sólidos, pone en evidencia esta falta de concordancia, pero indica que, en general, la presencia de uno o más trastornos de personalidad no parece afectar a los cambios conseguidos con el tratamiento; los pacientes con estos trastornos mejoran igual que los que no los tienen, aunque presentan una mayor sintomatología tanto antes como después del tratamiento. Mennin y Heimberg (2000) detectan también discordancias en la bibliografía, pero concluyen, por un lado, que la psicopatología de la personalidad tiene un efecto perjudicial en los resultados de la TCC del trastorno de pánico y, por otro, que este tratamiento produce mejoras en las características disfuncionales de personalidad. Por otra parte, y aunque no todos los estudios coinciden, el trastorno de personalidad evitativa parece estar asociado con un resultado menos favorable a largo, pero no a corto plazo.

Variables que han **tendido a predecir peores resultados** del tratamiento son: diagnóstico de agorafobia (moderada o grave en comparación a leve), mayor evitación agorafóbica observada y cogniciones catastróficas. Dentro de estas últimas, y al menos en pacientes con agorafobia ausente o leve, las cogniciones sobre catástrofes sociales han tenido un valor pronóstico mucho mayor que aquellas sobre catástrofes físicas o mentales. Michelson y cols. (1998) han constatado en su estudio

que una historia de experiencias traumáticas y altos niveles de síntomas disociativos predicen una peor respuesta al tratamiento y un peor mantenimiento de los resultados. Según Chambless y Steketee (1999), la hostilidad por parte de cónyuges y padres convivientes con los clientes predice más abandonos y peores resultados del tratamiento.

Hay que tener en cuenta que los **pacientes con** baja motivación, depresión grave, trastorno bipolar, trastornos psicóticos, abuso de sustancias, retraso mental o daño cerebral **son excluidos de las investigaciones**; lo mismo puede decirse de los pacientes de edad superior a 65 años o inferior a 18 años y de aquellos de nivel sociocultural muy bajo. Así pues, no se sabe cómo responden al tratamiento. Otras variables que no han sido estudiadas o no lo han sido casi son el recibir compensación económica por el trastorno y el papel de otras redes de apoyo social, aparte del cónyuge.

Variables asociadas a las recaídas han sido: historia de depresión, tener trastorno de personalidad y, tras el tratamiento, seguir con ataques de pánico residuales, preocupación persistente por ataques de pánico futuros, evitación agorafóbica residual o consumo de benzodiazepinas. De aquí la importancia de que las metas finales del tratamiento incluyan la eliminación o máxima reducción posible de estos aspectos.

Según Marks (1987), las dos principales razones de las recaídas son la ocurrencia de un episodio afectivo (depresión) y la ocurrencia de eventos similares a aquellos presentes durante el problema original. Aunque se carece de datos sólidos, parece que en los casos de recaída con estado de ánimo normal, la reinstauración del tratamiento a lo largo de unas pocas sesiones de refuerzo suele bastar para recuperar la mejora. En los casos de recaída con episodio depresivo se requiere una reinstauración breve del tratamiento y una intervención psicológica o farmacológica dirigida a la depresión.

Según Clark y Salkovskis (1987), las principales fuentes potenciales de recaída son: a) la creencia residual en las interpretaciones catastróficas originales; b) la preocupación de que el pánico (no las consecuencias temidas) pueda volver a ocurrir; c) la creencia mantenida en la peligrosidad de sensaciones corporales no experimentadas hasta el momento; d) la creencia mantenida en la vulnerabilidad a circunstancias estresantes; y e) la hipervigilancia continuada de las sensaciones temidas. Dichos autores proponen el uso de terapia cognitiva para abordar estos factores.

Una buena relación terapéutica, las expectativas iniciales de mejora y el trastorno de personalidad dependiente tienden a **predecir mejores resultados**. Conviene señalar que unas bajas expectativas iniciales de mejora, al igual que una baja motivación inicial, no tienen por qué predecir peores resultados, ya que pueden cambiar como consecuencia del tratamiento recibido.

Finalmente, y aunque los datos no son totalmente consistentes, los **clientes que más y mejor cumplen con las actividades entre sesiones de EV o TCC mejoran o tienden a mejorar más** en medidas de evitación, pánico y miedo al miedo (Fava y cols. 1997). Esto es cierto cuando las valoraciones de cumplimiento son hechas por los clínicos o por observadores independientes, pero no por los pacientes (Woods, Chambless y Steketee, 2002). Schmidt y Woolaway-Bickel (2000) hallaron que, a diferencia de las calificaciones de los pacientes, las calificaciones por parte de los terapeutas del cumplimiento de una TCC (reestructuración cognitiva, exposición interoceptiva y en vivo) predijeron los resultados de esta. Además, las calificaciones de los terapeutas y de evaluadores independientes de la calidad de las actividades entre sesiones fueron mejores predictores de los resultados que las calificaciones de la cantidad de trabajo realizado. Por otra parte, la calidad de las actividades de exposición interoceptiva, exposición en vivo y reestructuración cognitiva estuvo asociada con el cambio en medidas relacionadas: miedo a las sensaciones, evitación fóbica y pánico/ansiedad anticipatoria, respectivamente. De todos modos, faltan estudios experimentales –con pacientes asignados aleatoriamente a condiciones con o sin actividades entre sesio-

nes– y que incluyan seguimientos.

La falta de consistencia en los resultados de las investigaciones sobre las variables predictoras puede explicarse por una serie de **problemas metodológicos** mencionados en Bados (1995b). Por otra parte, hay varias cosas que conviene tener en cuenta. Primero, la ausencia de variables predictoras potentes indica que la EV y la TCC pueden **aplicarse con éxito a personas con una gran variedad de características**, aunque en ciertos casos será necesario hacer adaptaciones. Segundo, las probabilidades de que un paciente no responda al tratamiento aumentan **cuanto más variables pronósticas negativas hay**. Finalmente, las conclusiones sobre las variables predictoras se basan casi exclusivamente en investigaciones controladas que emplean criterios de inclusión que limitan la variabilidad de las posibles variables predictoras, por lo que es **necesario realizar estudios en contextos clínicos reales** con pacientes no seleccionados.

TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE PÁNICO SIN AGORAFOBIA O CON AGORAFOBIA LEVE

Centrándonos ahora brevemente en el **trastorno de pánico sin agorafobia o con agorafobia leve**, se dispone en la actualidad de tratamientos cognitivo-conductuales eficaces y específicos tales como el tratamiento del control del pánico (Barlow y Craske, 1993, 1994; Craske, Barlow y Meadows, 2000) y la terapia cognitiva (Clark, 1989; Clark y Salkovskis, 1987; Salkovskis y Clark, 1991). [Descripciones de intervenciones similares pueden verse en Botella y Ballester (1999) y Craske y Lewin (1997).] Estos programas –que han resultado superiores a la lista de espera, al placebo farmacológico y a otros tratamientos– suelen incluir los siguientes componentes:

- **Conceptualización del problema**, la cual incluye educación sobre la ansiedad/pánico.
- **Reestructuración cognitiva**, mediante diálogo socrático y experimentos conductuales, de las interpretaciones catastróficas de las sensaciones corporales.
- **Exposición interoceptiva** (exposición a las sensaciones temidas).
- **(Auto)exposición en vivo** a las situaciones evitadas, cuando las hay.
- **Respiración controlada.**
- **Relajación aplicada.**

Estos dos últimos componentes, especialmente el último, son los menos frecuentes. Barlow enfatiza más la exposición interoceptiva sistemática, paralela a la reestructuración cognitiva, y Clark la reestructuración cognitiva con múltiples experimentos conductuales que pueden incluir exposición interoceptiva con el fin de comprobar la validez de ciertas creencias.

De acuerdo a las revisiones realizadas por Bados (1995b) y Botella (2003), las intervenciones cognitivo-conductuales han resultado **superiores a la lista de espera** en varios estudios **y a la relajación aplicada** en tres, aunque las diferencias con respecto a esta última han tendido a diluirse en el seguimiento. Además, la relajación aplicada no sólo ha sido también mejor que la lista de espera en diversos estudios, sino que se ha mostrado tan eficaz como la terapia cognitiva en trabajos realizados por Öst (1988, Öst y Westling, 1995). No está claro si esto se debe a variaciones del procedimiento (aunque no parece indicarlo así el estudio de Arntz y van den Hout, 1996) o a que el grupo de Öst tiene más experiencia con la relajación aplicada al haberla desarrollado.

Por otra parte, la TCC (exposición interoceptiva, reestructuración cognitiva y entrenamiento en respiración) ha resultado superior al **placebo farmacológico** (Bakker y cols., 2002; Barlow y cols., 2000), a la terapia no directiva de Rogers (Beck y cols., 1992) y a la psicoterapia centrada en la emoción (Shear y cols., 2001), un **tratamiento no directivo** centrado en los problemas y

tensiones de la vida de los pacientes, en el que no hubo ni consejos directos ni intervenciones prescriptivas; el terapeuta se limitó a escuchar y reflejar lo dicho por los pacientes para ayudarles a reconocer y afrontar sus emociones ocultas, incluyendo la consideración de los problemas cotidianos causantes del malestar emocional (p.ej., conflictos interpersonales). En este último estudio se hizo un seguimiento a los 6 meses donde la TCC siguió siendo más eficaz. La terapia no directiva fue igual de eficaz que el placebo farmacológico y menos que la imipramina. No está claro por qué los resultados difieren del estudio de Shear y cols. (1994) con agorafóbicos, en el cual no se hallaron diferencias entre la TCC y la terapia no directiva.

En cuanto a los **componentes necesarios** de la TCC, la experiencia clínica y el estudio de Rees, Richards y Smith (1999) indican que la **conceptualización del problema** es importante. Por otra parte, los pocos estudios realizados hasta el momento indican en primer lugar que no está claro que la **relajación aplicada** sea una técnica muy eficaz para el pánico, aunque sí para la ansiedad generalizada. El papel de la **respiración controlada** ha sido puesto en entredicho, aunque puede ser útil en pacientes hiperventiladores. Finalmente, la **exposición** (básicamente, interoceptiva) y la **reestructuración cognitiva** (con nula o poca exposición) parecen funcionar igual de bien en el postratamiento, tanto por separado como en combinación (Margraf y cols., 1993); sin embargo, en un seguimiento a tres años las recaídas tendieron a darse en los dos grupos con terapia cognitiva (Margraf y Schneider, 1995, citado en McNally, 1996). Hecker y cols. (1998) estudiaron si el **orden de aplicación** de la exposición interoceptiva y la reestructuración cognitiva era importante en la aplicación del tratamiento combinado; concluyeron que ambos órdenes eran igualmente eficaces, aunque el estudio adolece de falta de potencia estadística.

Arntz (2002) no halló diferencias, ni en el postratamiento ni en los seguimientos al mes y 6 meses, entre la **reestructuración cognitiva** (con pocos experimentos conductuales) y la **exposición interoceptiva**. Ambos grupos (69 pacientes en total) mejoraron por igual en frecuencia del pánico, niveles diarios de ansiedad, una puntuación compuesta extraída a partir de varios cuestionarios y porcentaje de pacientes libres de ataques (75-92%). Tampoco hubo diferencias en la reducción de creencias idiosincrásicas sobre el significado catastrófico de las sensaciones corporales. La fuerza de estas creencias medida al final de la terapia correlacionó significativamente con la frecuencia del pánico y la puntuación compuesta en el postratamiento y en el seguimiento sólo en el grupo de reestructuración cognitiva, pero no en el de exposición interoceptiva. Arntz propone que existen diferentes **mecanismos de cambio** en ambos tratamientos: prueba explícita de creencias y cambio de las mismas contra aprendizaje experiencial de tipo básicamente automático.

Los resultados de la TCC parecen ser mejores que los de los **tratamientos farmacológicos** existentes a medio y largo plazo (Gould, Otto y Pollack, 1995); por otra parte, la combinación de TCC con medicación parece potenciar la eficacia de esta última (Roy-Byrne y cols., 2005). De todos modos, se requieren nuevas investigaciones que comparen la TCC con fármacos y con combinaciones de fármaco y tratamiento psicológico. Barlow y cols. (2000), en un estudio de colaboración entre investigadores psicológicos y farmacológicos, compararon las siguientes condiciones: imipramina, TCC (exposición interoceptiva, reestructuración cognitiva y entrenamiento en respiración), placebo, TCC más imipramina y TCC más placebo. En el postratamiento y tras una fase de mantenimiento de 6 meses, la imipramina y la TCC fueron superiores al placebo y no difirieron entre ellas, aunque entre los que respondieron a las mismas, la imipramina produjo una mejor respuesta. En el postratamiento y/o tras la fase de mantenimiento La TCC más imipramina fue superior a los otros tres tratamientos. Ahora bien, **en el seguimiento a los 6 meses tras la fase de mantenimiento, la imipramina tendió a ser peor que la TCC, y la imipramina con TCC fue inferior a la TCC sola o más placebo**. Únicamente estas dos últimas condiciones fueron superiores al placebo. El porcentaje de recaídas fue del 4% en la TCC sola y del 25% entre los tratados con imipramina. Una limitación de este estudio es el gran porcentaje de abandonos que se produjo en todas las condiciones y en todas las fases.

El **66%** (amplitud 50-86%) de los pacientes **mejoran** significativamente en varios aspectos del trastorno. La TCC consigue resultados importantes y estables en medidas de ataques de pánico, miedo al miedo, evitación, ansiedad generalizada y depresión. La eficacia del tratamiento es mayor que en el caso de la agorafobia, salvo, lógicamente en medidas de evitación situacional. Según los metaanálisis de van Balkom y cols. (1997) y Westen y Morrison (2001), los **tamaños del efecto** en comparación a la lista de espera/placebo en diversas medidas han sido los siguientes: agorafobia (0,59), pánico (0,52-0,70), ansiedad general (0,79), depresión (0,68). Así pues, la magnitud de los resultados es moderada en todas las medidas. Los tamaños del efecto pre-post son algo más elevados: agorafobia (0,91), pánico (1,25-1,5), ansiedad general (1,30), depresión (0,91). Alrededor del **9%** de los pacientes **rechazan iniciar el tratamiento** por una diversidad de razones. Del **11 al 14%** **abandonan** la intervención una vez iniciada.

Según Clark (1999), los **ataques de pánico desaparecen** en el 84% de los pacientes que comienzan la terapia cognitiva propuesta por él. Basándose en cinco estudios, Öst y Westling (1995) dan un porcentaje del 88% para los pacientes que terminan el tratamiento cognitivo-conductual. Considerando todos los estudios publicados, los ataques de pánico desaparecen en el **78%** de los pacientes que terminan el tratamiento (normalmente entre el 62% y el 87%) y esto se mantiene en el seguimiento; en comparación, sólo el 27% de las personas en lista de espera están libres de ataques en el postratamiento (Arntz y van den Hout, 1996).

El **60%** de las personas tratadas pueden considerarse **moderadamente o muy recuperadas** (del 40% al 80%, por lo general), pero este porcentaje baja al **47%** cuando se consideran sólo los estudios con criterios de recuperación más estrictos (cumplir los criterios en al menos el 75% de tres o más variables). El que haya un menor porcentaje de pacientes recuperados que de pacientes sin ataques es probablemente debido a que la dificultad principal en el trastorno de pánico puede no ser la ocurrencia de ataques de pánico, sino la ansiedad intensa acerca de la posibilidad de tener nuevos ataques. Además, según el estudio de Brown y Barlow (1995), **si la evaluación del estado de recuperación es longitudinal, en vez de transversal**, el porcentaje de pacientes que mantienen este estado tanto en el seguimiento a los 3 meses como a los 2 años se reduce **del 57% al 27%**. Si además se exige que la persona no haya tenido ataques durante el último año y que no haya buscado tratamiento para el pánico durante todo el seguimiento, el porcentaje se reduce al 21%. Si el criterio es estar muy recuperado a los 2 años y no haber buscado tratamiento para el pánico durante este periodo, el porcentaje sólo baja al 47%. Todo esto indica la fluctuabilidad y cronicidad del trastorno de pánico.

Por otra parte, según el estudio de Brown, Antony y Barlow (1995), la **presencia** en el pretratamiento de **otros trastornos de ansiedad o afectivos no está asociada** ni a una terminación prematura del tratamiento ni a un **peor resultado de este a corto plazo**. Además, la **comorbilidad se reduce notablemente** tras la intervención, aunque este beneficio se pierde en el seguimiento a los 2 años; y esto a pesar de que las mejoras en el trastorno de pánico se mantienen o mejoran. Es probable que los pacientes que continúan presentando trastornos asociados en el postratamiento busquen tratamiento adicional en los años siguientes ya sea para sus ataques de pánico o para otros problemas. Los pacientes que siguen presentando comorbilidad a lo largo del seguimiento a los 2 años obtienen peores resultados en medidas de trastorno de pánico al final del seguimiento.

Los **resultados de la TCC se mantienen como grupo** en seguimientos de hasta 3 años de duración (moda = 6 meses). El porcentaje de **recaídas** totales es bajo (¿15%), pero sobre un 30% de los pacientes recuperados siguen teniendo ataques de pánico en algún momento y buscan tratamiento para los mismos. En el estudio de Brown y Barlow (1995), y a lo largo de un seguimiento de 2 años, un **27% de los pacientes buscaron más tratamiento para sus ataques de pánico y un 19% adicional, para otro tipo de problemas**; sin embargo, este tratamiento adicional no llevó a una mejora en la sintomatología del trastorno de pánico. En general, según el metaanálisis

de Westen y Morrison (2001), el 35% de los pacientes buscan tratamiento adicional durante los siguientes 12-18 meses y el 49% durante los siguientes 2 o más años.

Craske y cols. (2005) han desarrollado una **versión modificada de la TCC para pacientes con ataques de pánico nocturnos**. En esta versión se educa a los pacientes sobre las fluctuaciones en la fisiología que ocurren durante el sueño, se reestructuran las interpretaciones de que las sensaciones son particularmente peligrosas durante el sueño, se alienta el empleo de la respiración controlada, especialmente antes de dormir y tras cada despertar, y se añaden ciertos ejercicios a la exposición interoceptiva típica tales como relajación profunda, despertares abruptos del sueño mediante un timbre y dormir en sitios calientes y mal ventilados; finalmente, se abordan también conductas disfuncionales específicas de los ataques de pánico nocturnos (p.ej., luces o TV para facilitar el sueño, dejar la puerta abierta, dormir acompañado) y malos hábitos de sueño (p.ej., horarios irregulares, comer y beber antes de dormir). Este tratamiento resultó más eficaz que la lista de espera para reducir la gravedad del trastorno, el porcentaje de ataques diurnos y nocturnos, y la preocupación por los ataques nocturnos. Los resultados se mantuvieron a los 9 meses. Sin embargo, el porcentaje de pacientes recuperados fue bajo (33%) y esto fue debido al criterio de ausencia de ataques de pánico diurnos.

Por lo que se refiere a la **utilidad clínica** de la TCC para el trastorno de pánico, esta puede ser aplicada en **contextos clínicos reales** con resultados comparables a los obtenidos en estudios controlados en el postratamiento (Wade, Treat y Stuart, 1998; casi la mitad de sus pacientes fueron agorafóbicos) y en el seguimiento a 1 año (Stuart, Treat y Wade, 2000). Hunt y Andrews (1998) mostraron que la **TCC aplicada en plan intensivo** (2 bloques de 3 y 2 días separados por una semana) **en un contexto clínico real consiguió resultados positivos que incluso mejoraron** en un seguimiento realizado 20 meses después. El tamaño del efecto fue algo menor que el de las investigaciones controladas, pero esto pudo ser debido al hecho de trabajar con muestras no seleccionadas (que no fueron solicitadas y con las que no se emplearon criterios de exclusión) y a la intensividad del tratamiento. El 32% de los 31 pacientes se habían recuperado en el postratamiento y el 55% ya no cumplían criterios diagnósticos, aunque el 24% de estos últimos recayeron más tarde. Un 42% buscó ayuda adicional para su ansiedad por parte de algún profesional durante el seguimiento.

La TCC **puede abreviarse** y, con el apoyo de material de autoayuda, mantener igual o similar eficacia. Clark y cols. (1999) compararon en pacientes con trastorno de pánico (la mayoría con agorafobia leve o ausente) una TCC larga (10 sesiones de 1 hora, sin exposición interoceptiva ni entrenamiento en respiración) con una breve de sólo **5 sesiones de 1 hora**, apoyada por material de autoayuda, y con un grupo de lista de espera. Ambos tratamientos, que contaron con 2 sesiones de apoyo en los 3 meses siguientes al postratamiento, fueron superiores a este último grupo, no difirieron entre sí y las ganancias conseguidas se mantuvieron en el seguimiento al año.

Más aún, al hablar de la utilidad clínica de la TCC para la agorafobia, se mencionaron algunos estudios que indican la utilidad de la TCC como **programa de autoayuda**, siempre que haya una cierta guía presencial o no presencial (teléfono, correo) por parte del terapeuta. Incluso la TCC aplicada por **internet** puede resultar relativamente útil. Una semana de autorregistro seguida de una semana de TCC a través de internet resultó más eficaz que dos semanas de autorregistro para reducir la frecuencia del pánico, el miedo anticipatorio, la ansiedad general y la excesiva vigilancia corporal; sin embargo, el tamaño de los efectos fue moderado-bajo y no hubo seguimiento. El terapeuta mantuvo cierto contacto con los pacientes para explicarles cómo navegar por internet y para comprobar que accedían al programa (Klein y Richards, 2001).

En un estudio posterior, Richards y Alvarenga (2003) trabajaron con 9 pacientes (el 44% agorafóbicos) y una TCC (educación, reestructuración cognitiva, estrategias para manejar los ataques) más larga aplicada a través de internet a lo largo de 5-8 semanas. No se contempló el uso de expo-

sición interoceptiva ni en vivo, el terapeuta mantuvo 5 horas de contacto con cada paciente en promedio y los resultados fueron evaluados 3 meses más tarde. Hubo una reducción de la frecuencia de los ataques, del malestar durante los mismos y de la interpretación catastrófica de las sensaciones corporales ambiguas relacionadas con el pánico; y una tendencia a que mejorara la excesiva vigilancia corporal; sin embargo, no hubo mejora en la preocupación sobre el pánico, evitación de sensaciones de pánico, evitación agorafóbica, interferencia en la vida social o laboral y susceptibilidad a la ansiedad. El 36% de los 14 pacientes iniciales abandonaron el programa.

Finalmente, conviene mencionar el estudio de Wright y cols. (2000), los cuales compararon un **programa de prevención de recaída** con la lista de espera en personas con trastorno de pánico o ataques de pánico. El mencionado programa fue aplicado a lo largo de 6 meses mediante un manual de autoayuda y seis contactos telefónicos de 15 minutos en los que el terapeuta animaba a seguir el tratamiento y a resolver posibles dificultades con el mismo. Puesto que los clientes no habían mejorado gran cosa con el anterior tratamiento (biblioterapia pura; Febbraro y cols., 1999), **la prevención de recaída fue dirigida no a mantener resultados, sino a potenciarlos**. El programa incluyó afrontamiento de expectativas no realistas mediante reestructuración cognitiva, búsqueda de apoyo social, práctica de autoexposición y habilidades de afrontamiento (respiración, relajación, reestructuración cognitiva), pasos a seguir en caso de contratiempo y técnicas de manejo del estrés, incluida la resolución de problemas. Este tratamiento fue, en general, superior a la lista de espera, tanto estadística como clínicamente.

TRATAMIENTO MÉDICO

Los fármacos más eficaces son los siguientes:

- **Inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina:** paroxetina (40-60 mg/día), sertralina (50-200 mg/día), citalopram (20-60 mg/día), escitalopram (10-20 mg/día), fluvoxamina (100-300 mg/día), fluoxetina (20-80 mg/día). De estos, la paroxetina, la sertralina y el citalopram son los que cuentan con mayor apoyo. La paroxetina de liberación controlada es también eficaz.
- **Antidepresivos tricíclicos:** imipramina (150-300 mg/día), clomipramina (50-250 mg/día) (inhibidor no selectivo de la recaptación de la serotonina).
- **Benzodiacepinas:** alprazolam (2-10 mg/día), clonacepam (1-4 mg/día). El alprazolam de liberación continuada se toma sólo una o dos veces al día y produce menos efecto de abstinencia.

Estos fármacos son **más eficaces que el placebo** en medidas de pánico, evitación, cognición, significación clínica, calidad de vida y depresión. Los IMAOs pueden ser eficaces, pero no han sido bien estudiados y tienen muchas limitaciones. Otros fármacos que han comenzado a investigarse son la **venlafaxina** (un inhibidor de la recaptación de la serotonina y la norepinefrina) y la gabapentina (un anticonvulsivo). El **inositol** (12-18 g/día) ha resultado superior al placebo en dos estudios e igual de eficaz a la fluvoxamina en otro. La **reboxetina** (6-8 mg/día), un **inhibidor selectivo de la recaptación de la norepinefrina**, ha sido superior al placebo en medidas de pánico, sintomatología fóbica, duración de la ansiedad anticipatoria, gravedad del trastorno, depresión y psicopatología general.

Para una revisión de la eficacia del tratamiento farmacológico pueden consultarse Bados (1995b), Bakker y cols. (2000), Ballenger y cols. (1998), Cox, Endler, Lee y Swinson (1992), Clum, Clum y Surls (1993), den Boer (1998), Gorman (1997), Gould, Otto y Pollack, (1995), Marks y O'Sullivan (1992), Mattick y cols. (1990), McNally (1994), Michelson y Marchione (1991), Mitte (2005), Rosenbaum y cols. (1996), Roy-Byrne y Cowley (2002), Sheehan y Har-

nett-Sheehan (1996), Simon y Pollack (2000), van Balkom y cols. (1997) y Wilkinson y cols. (1991). Pueden distinguirse varias dimensiones al hablar de la eficacia del tratamiento farmacológico y (cognitivo)conductual (EV sola o TCC):

- **Especificidad del efecto.** Se refiere a qué aspectos o síntomas mejoran. Tanto el tratamiento cognitivo-conductual como el farmacológico producen efectos en medidas de evitación, ataques de pánico, ansiedad anticipatoria, ansiedad generalizada, depresión, ajuste sociolaboral, calidad de vida y significación clínica. De todos modos, los resultados no son plenamente coincidentes. En el metaanálisis de van Balkom y cols. (1997) la EV y la TCC no fueron superiores a la condición control en medidas de pánico y depresión y las benzodiazepinas no lo fueron en depresión; mientras que en el de Gould, Otto y Pollack (1995), la terapia conductual fue superior a los fármacos en porcentaje de pacientes libres de ataques de pánico. Por otra parte, los efectos de la imipramina con instrucciones de no EV son nulos o mínimos; esta importante cuestión no ha sido estudiada con otros fármacos. Ya se ha comentado también antes que existen datos discordantes sobre que la TCC sea superior o no al placebo en diversas medidas y que la EV no es mejor que el placebo en medidas de pánico.

- **Magnitud relativa del efecto.** Aunque se requieren muchos más datos al respecto, puede mantenerse provisionalmente que en los distintos aspectos del problema agorafóbico el tratamiento conductual y el farmacológico suelen conseguir efectos de magnitud similar, excepto quizá en la evitación, donde la EV parece superior (para un resultado divergente, véase el metaanálisis de van Balkom y cols., 1997). Los antidepresivos (tricíclicos y serotoninérgicos) y la TCC son más eficaces que la EV en pánico y depresión, y más que las benzodiazepinas en depresión. A pesar de lo que se creyó en un principio, no hay diferencias en eficacia entre los antidepresivos tricíclicos y los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS), aunque los segundos suelen ser mejor tolerados (Bakker, van Balkom y Spinhoven, 2002; Otto y cols., 2001). Por otra parte, existe la posibilidad de que los efectos de los fármacos estén sobrestimados, ya que estudios sufragados por la industria farmacéutica y que no han obtenido resultados positivos no han sido publicados (véase Ninan, 1997).

Cuando ha sido investigada, la **combinación de EV o TCC e imipramina** ha producido efectos aún mayores en el postratamiento que cada terapia por separado; ahora bien, esta superioridad desaparece en los seguimientos realizados hasta 2 años más tarde, debido al gran porcentaje de recaídas entre las personas que tomaban medicación. La **fluvoxamina** también ha potenciado la eficacia de la AEV (con o sin entrenamiento en respiración) en un estudio (de Beurs y cols., 1995), aunque no en el seguimiento a 2 años (de Beurs y cols., 1999), y no ha incrementado la eficacia de la TCC en otro (Sharp y cols., 1996). En el seguimiento a 2 años de de Beurs, la mayoría de los pacientes, especialmente en los grupos sin fluvoxamina, recibió tratamiento adicional, lo que estuvo asociado con que siguieran mejorando. La TCC ha sido potenciada por la **paroxetina** (Oehrberg y cols., 1995) y la **bupiriona** (Cottraux y cols., 1995) en el postratamiento. Cottraux y cols. (1995) realizaron un seguimiento a 1 año en el que ya no hubo diferencias, aunque sí una tendencia a que más clientes sin bupiriona hubieran recibido tratamiento adicional. En un trabajo, la **moclobemida** no ha sido superior al placebo ni ha potenciado la TCC breve a corto plazo; sin embargo, en el seguimiento a los 6 meses el tratamiento combinado fue el único capaz de mantener los resultados sin necesidad de que los pacientes recibieran tratamiento adicional (Loerch y cols., 1999). En otro estudio, la **clomipramina** no aumentó la eficacia de la EV ni viceversa (Johnston y cols., 1995).

Algunos estudios han puesto de manifiesto que **añadir antidepresivos a una TCC infructuosa da lugar a buenos resultados**. Por ejemplo, en el trabajo de Kampman y cols. (2002) 43 pacientes que no habían respondido a la TCC siguieron con esta al tiempo que se les daba paroxetina o placebo. Los pacientes medicados mejoraron más en ansiedad y evitación agorafóbicas, aunque no en miedo al miedo, y un mayor porcentaje tendió a estar libre de ataques de

pánico.

En el caso de las **benzodiacepinas** hay diversos estudios en los que dosis elevadas de estas han producido o han estado asociadas a un peor mantenimiento, a medio y largo plazo, de la mejora del tratamiento conductual o cognitivo-conductual del trastorno de pánico/agorafobia (de Beurs y cols., 1999; Fava y cols., 2001; Marks y cols., 1993; Otto, Pollack y Sabatino, 1996; van Balkom y cols., 1996) y del trastorno de pánico (Brown y Barlow, 1995), aunque también hay otros en que no (Bruce, Spiegel y Hegel, 1999; Oei, Llamas y Evans, 1997). Westra, Stewart y Conrad (2002) hallaron en un estudio no controlado realizado en condiciones naturales que la TCC funcionó igual de bien en pacientes no medicados que en pacientes que tomaban benzodiacepinas regularmente; en cambio, obtuvieron peores resultados aquellos que sólo tomaban benzodiacepinas cuando creían necesitarlo, esto es, cuando anticipaban o experimentaban sensaciones temidas. Esto puede aumentar la atención selectiva hacia las sensaciones temidas, impedir la comprobación de que estas no son peligrosas y ayudar así a perpetuar el problema. Bajo condiciones naturales parece haber más abandonos y peores resultados cuando la TCC se aplica con pacientes que han tomado benzodiacepinas más de 10 años.

Las benzodiacepinas no parecen interferir, aunque tampoco ayudar gran cosa, cuando se toman a dosis bajas (5-15 mg de diacepam, 2 mg de alprazolam) y a corto plazo (unos 4 meses) (Hegel, Ravaris y Ahles, 1994; Wardle y cols., 1994). E incluso si estas condiciones no se cumplen, puede que las benzodiacepinas tampoco interfieran si se retiran muy lentamente y dentro de una TCC (no después de esta) en la que se ayude a esta retirada.

En resumen, y de acuerdo con el metaanálisis de Mitte (2005) **la combinación del tratamiento conductual o cognitivo-conductual con fármacos potencia la eficacia del tratamiento psicológico en el postratamiento, pero no en los seguimientos.**

- **Latencia de la mejora.** El alprazolam y la EV suelen producir mejoras ya desde la primera o segunda semana, mientras que los antidepresivos tardan 2-4 semanas. Cuando la EV se combina con estrategias de afrontamiento, estas requieren unas pocas semanas para ser aprendidas antes de poder ser aplicadas con éxito.

- **Mejora durante el tratamiento.** Tras las mejoras iniciales, estas suelen seguir aumentando a lo largo de varias semanas mientras el tratamiento farmacológico o conductual continúa. Ambos tipos de tratamiento suelen comenzar con una fase intensiva de 3-4 meses y una fase de mantenimiento que se prolonga hasta los 6-12 meses.

- **Mantenimiento de la mejora después del tratamiento.** Los efectos de los fármacos no se mantienen cuando estos son retirados (45-70% de recaídas), aunque se hayan tomado durante periodos prolongados (6-12 meses); las mejoras pueden mantenerse si la dosis es simplemente reducida a un tercio o a la mitad. Las recomendaciones más actuales hablan de emplear ISRS (especialmente paroxetina) durante 12-24 meses y discontinuar luego el fármaco a lo largo de 4-6 meses (Ballenger y cols., 1998). De todos modos, en estudios no controlados realizados en condiciones naturales, el 46-67% de los pacientes remitidos recaen durante los 2-5 años siguientes continúen o no con el tratamiento farmacológico y sea este adecuado o no (Simon y cols., 2002). Lo normal es que los pacientes sigan tomando fármacos indefinidamente, muchas veces a dosis inadecuadas, que muchos síntomas, aunque mejorados, continúen crónicamente y que persista una interferencia notable en la vida laboral, familiar y social (Pollack y Otto, 1994). Las mejoras adicionales conseguidas al combinar fármacos y tratamiento conductual también desaparecen al discontinuar el fármaco. En cambio, los efectos del tratamiento conductual perduran en seguimientos a corto, medio y largo plazo (hasta 9 años de duración) y el porcentaje de recaídas es mucho más bajo (20-25% contra 27-50% en el tratamiento combinado).

- **Costos.** En comparación al tratamiento conductual, el tratamiento farmacológico es, sin duda, más fácil de administrar por parte del médico o psiquiatra y más fácil de seguir por parte del cliente. Dentro de los fármacos, la adhesión a los IMAOs puede ser más difícil debido a las restricciones de alimentos, bebidas y fármacos que implican. En cuanto al costo económico de la farmacoterapia depende del tipo y marca del fármaco y del tiempo de administración, el cual parece ser indefinido dado el problema de las recaídas y la resistencia de los clientes a abandonar la medicación. El costo del tratamiento conductual tanto en términos de tiempo del terapeuta como de dinero para el paciente depende de si se emplea exposición asistida o AEV y de si es necesario enseñar estrategias de afrontamiento. En general, y tal como se comentó al hablar de la utilidad clínica de la TCC, esta tiene una mejor relación coste-beneficio que la terapia farmacológica.

Los **efectos secundarios** constituyen una desventaja evidente del tratamiento farmacológico, especialmente en el caso de los IMAOs y antidepresivos tricíclicos (inquietud, disfunción sexual, ganancia de peso, visión borrosa, mareo, estreñimiento, boca seca,); sin embargo, también se dan con los ISRS (inquietud, alteraciones del sueño, disfunción sexual, diarrea, náuseas) y con las benzodiazepinas (sedación, somnolencia, pérdida de memoria, potenciación de los efectos del alcohol); con estas existe además el problema de la dependencia. Los efectos secundarios hacen que los fármacos tengan que ser administrados con gran precaución o evitados en el caso de niños, ancianos y mujeres embarazadas o que amamantan a sus bebés. En cuanto a la EV, requiere un esfuerzo sistemático y genera cierta cantidad de ansiedad y malestar; a veces, también se presentan pesadillas al comienzo, pero desaparecen al poco tiempo. El porcentaje de pacientes que no aceptan o abandonan el tratamiento es comparable para el tratamiento farmacológico y conductual (20-25%), excepto en el caso de los antidepresivos, en que es mayor.

Otros posibles inconvenientes de los fármacos son que pueden: a) reducir o dificultar la exposición a los estímulos internos temidos, b) reducir la motivación para aprender y practicar estrategias psicológicas de manejo de la ansiedad y el pánico, c) facilitar que los clientes atribuyan su mejora a la medicación en vez de a su capacidad acrecentada para afrontar la ansiedad, d) impedir aprender que las consecuencias catastróficas temidas no ocurrirán a pesar de experimentar ansiedad/pánico, y e) hacer que las habilidades aprendidas bajo condiciones de medicación no se generalicen al estado de no medicación.

Debido a sus efectos secundarios potencialmente graves, a las limitaciones que implican en la alimentación y a la carencia de estudios recientes bien diseñados, los **IMAOs**, como la fenelcina (45-90 mg/día), no tienen mucho que recomendar en el tratamiento de la agorafobia. Se ha comenzado a estudiar la eficacia de los nuevos IMAOs, los **inhibidores reversibles de la monoaminoxidasa A** (p.ej., la moclobemida, la brofaromina), los cuales tienen, en teoría, menos efectos secundarios y, particularmente, una menor probabilidad de producir crisis hipertensivas. Los primeros resultados sobre su eficacia fueron alentadores (Priest y cols., 1995). Sin embargo, la brofaromina ha sido retirada del mercado por efectos secundarios graves. Y Loerch y cols. (1999) no hallaron que la moclobemida fuera superior al placebo.

En conclusión, los antidepresivos y las benzodiazepinas son eficaces mientras se toman, pero se cree que la mejora es mayor cuando se combinan con un programa sistemático de (auto)EV o TCC. Por otra parte, combinar el tratamiento conductual de la agorafobia con el tratamiento farmacológico puede aumentar, aunque sólo a corto plazo, la eficacia de aquel; sin embargo, tampoco esta combinación es una panacea y tiene sus limitaciones. De hecho, teniendo en cuenta los efectos secundarios y el elevado porcentaje de recaídas al dejar de tomar la medicación, parece recomendable, cuando las circunstancias lo permiten, tratar la agorafobia **en principio mediante terapia conductual y combinar esta con fármacos en aquellos casos que no respondan al tratamiento**, lo rechacen de entrada o no se atrean a seguir con él.

De todos modos, hay que destacar que la mayoría de los pacientes que buscan tratamiento

psicológico suelen estar tomando medicación para sus problemas de pánico y evitación agorafóbica, por lo cual la elección no es si se aplicará uno u otro tipo de intervención, sino **si se modificará la medicación tomada, se reducirá o eliminará de entrada o se mantendrá constante hasta que pueda ir retirándose** en una fase avanzada del tratamiento psicológico. Esta última opción es bastante frecuente hoy día y parece la más aconsejable, ya que el cliente estará más dispuesto a ello una vez que el tratamiento psicológico le haya dado una mayor confianza en sí mismo para manejar sus problemas. La influencia del régimen preexistente de medicación sobre la eficacia a largo plazo ($M = 3,2$ años) de la TCC ha sido estudiada por Oei, Llamas y Evans (1997), los cuales comprobaron que el hecho de estar tomando benzodiazepinas, antidepresivos o ambos tipos de fármacos a la vez (según las dosis usualmente recomendadas) ni aumentó ni redujo la eficacia de la TCC; los pacientes no fueron asignados aleatoriamente a los grupos.

Cuando se lleve a cabo la combinación de terapia conductual y farmacológica, **los antidepresivos parecen más recomendables que las benzodiazepinas**, dado que el efecto potenciador de estas no aparece claro, presentan problemas de dependencia y además es probable que, al menos bajo ciertas condiciones, interfieran con el mantenimiento de los resultados del tratamiento. **Sin embargo**, los antidepresivos (especialmente los tricíclicos e IMAOs) son de efectos más lentos y peor tolerados, es decir, dan lugar a más abandonos del tratamiento debido a sus efectos secundarios (sobreestimulación, inquietud, disfunción sexual, visión borrosa, mareo, boca seca, estreñimiento); además, con la excepción de los antidepresivos serotoninérgicos, facilitan la ganancia de peso y pueden provocar ataques, perjudicar el funcionamiento cardíaco y ser peligrosos en manos de pacientes suicidas. Dada su relativa eficacia, tolerabilidad y seguridad, y su utilidad cuando hay trastornos afectivos o de ansiedad comórbidos, **los ISRS son las medicaciones que se recomiendan** en el tratamiento farmacológico de la agorafobia.

Las **benzodiazepinas podrían utilizarse si** se emplean a las dosis más bajas que produzcan el alivio deseado y si acuerda con el paciente su retirada gradual en una fase temprana de la intervención que no supere los 2-3 meses; luego, pueden emplearse –o seguir empleándose, si se han administrado simultáneamente– otros fármacos como los antidepresivos. La eficacia de combinar de este modo la TCC y las benzodiazepinas no ha sido aún estudiada.

Los **efectos de combinar antidepresivos y benzodiazepinas** no han sido casi estudiados. En un estudio, la combinación de imipramina y alprazolam fue inicialmente superior a la imipramina sola, pero la retirada del alprazolam durante las semanas 4 a 6 fue difícil y tuvo efectos negativos. En otros dos estudios, la combinación de paroxetina o sertralina con clonacepam produjo una respuesta más rápida que el antidepresivo solo, pero no fue más eficaz al final del tratamiento (semana 12) (Goddard y cols., 2001; Pollack y cols., 2001, citado en Simn y cols., 2002). Los resultados de Simon y cols. (2002) sugieren que el tratamiento combinado no es tampoco más eficaz para prevenir las recaídas.

La **TCC está especialmente indicada** para aquellas personas que han intentado primero un tratamiento farmacológico y no han respondido a este y para aquellas **personas que quieran discontinuar la medicación y seguir manteniendo (o aumentando) la mejora** a corto y largo plazo (2 a 5 años). En comparación al manejo médico (información sobre efectos de la discontinuación, retirada muy gradual, apoyo para soportar los efectos), la adición de TCC favorece algo la discontinuación de las benzodiazepinas y facilita especialmente el mantenimiento de las mejoras en ausencia de tratamiento adicional de cualquier tipo (Bruce, Spiegel y Hegel, 1999). Según el estudio controlado de Schmidt y cols. (2002), la TCC también parece ser eficaz para discontinuar el empleo de antidepresivos sin que se produzcan efectos adversos, al menos en pacientes que desean dejar la medicación.

Finalmente, en casos de **depresión grave** hay que considerar ya al comienzo del tratamiento el empleo de antidepresivos y/o la aplicación de una TCC dirigida específicamente a la depresión.

La American Psychiatric Association ha editado una **guía práctica para el tratamiento del trastorno de pánico**, que contiene recomendaciones terapéuticas y un plan clínico a seguir en el tratamiento. El punto de vista es básicamente psiquiátrico y aunque se recomienda la TCC como el primer tratamiento psicológico a elegir, se subvalora la utilidad y amplitud de aplicación de la TCC (véase Craske y Zucker, 2001). Puede encontrarse en http://www.psych.org/clin_res/pg_panic.cfm

RECAPITULACIÓN

Las **metas del tratamiento** de la agorafobia son eliminar o reducir la evitación de las situaciones temidas, las conductas defensivas (incluida la medicación), la ansiedad fóbica, los ataques de pánico, las cogniciones catastróficas, la preocupación por ataques de pánico futuros, el miedo y la evitación de sensaciones y la interferencia en la vida.

El **tratamiento de las conductas de evitación incluye**: a) exposición y autoexposición a las situaciones temidas/evitadas; puede hacerse con la ayuda de una persona significativa y, en casos difíciles, del terapeuta. b) Técnicas de afrontamiento de la anticipación y de la experiencia de la ansiedad/pánico durante la EV (reestructuración cognitiva y quizá respiración controlada). c) Eliminación gradual de las conductas defensivas (incluidas las estrategias de afrontamiento cuando funcionan como tales). d) Cuando sea apropiado, implicación de otra persona significativa (p.ej., el cónyuge) en la resolución de problemas relativos a cuestiones agorafóbicas. La **intervención de los ataques de pánico incluye**: a) exposición guiada por el terapeuta y autoexposición a los estímulos interoceptivos temidos; y b) técnicas de afrontamiento (las mismas mencionadas más arriba).

Naturalmente, además de la evitación y el pánico, habrá que tener en cuenta **otros posibles problemas o fuentes de estrés** que puedan estar contribuyendo al mantenimiento del trastorno o interferir en el tratamiento del mismo. En este sentido, lo aconsejable es elaborar el programa de intervención teniendo en cuenta el análisis funcional de los problemas agorafóbicos, otros problemas asociados que puedan estar presentes y las características individuales de cada cliente. Sin embargo, no siempre un **tratamiento individualizado** es más eficaz. Schulte y cols. (1992) hallaron que un tratamiento estandarizado (aunque con ciertas adaptaciones individuales) fue o tendió a ser más eficaz que un tratamiento totalmente individualizado en el postratamiento (quizá por un mayor empleo de la EV), aunque no en los seguimientos a los 6 y 24 meses; sin embargo, esto último pudo ser debido a que entre los pacientes perdidos en el seguimiento había una amplia representación de los que menos habían logrado en el tratamiento. Así pues, el exceso de flexibilidad y adaptación puede ser innecesario e incluso perjudicial. No obstante, conviene tener en cuenta que en el grupo de tratamiento individualizado los terapeutas, a la hora de la verdad y curiosamente, no eligieron las técnicas en función de las variables mantenedoras del trastorno (véase Schulte, 1997, pág. 240); es posible que si lo hubieran hecho así, los resultados hubieran sido mejores, aunque esto sigue siendo una hipótesis que está por demostrar.

Por otra parte, tres estudios han investigado si **adaptar el tratamiento** (EV, relajación, terapia cognitiva) **al perfil de respuesta** del cliente (motor, autónomo, cognitivo) da lugar a mejores resultados; es decir, se esperaría que un paciente que responde básicamente a nivel cognitivo mejoraría más si recibiera terapia cognitiva más AEV que si recibiera relajación más AEV. Las discrepancias entre los estudios no dejan claro que adaptar el tratamiento al perfil de respuesta de los clientes dé mejores resultados que no hacerlo (Bados, 1995b).

Si un paciente estaba tomando medicación, se espera hacia una fase avanzada del tratamiento

para, una vez que haya aprendido a manejar la ansiedad/pánico y las situaciones temidas y tenga más confianza en sí mismo, plantearle el **abandono gradual de los fármacos** bajo supervisión médica. Si el tratamiento tiene éxito, se introduce un **programa de mantenimiento** y se realizan las evaluaciones de seguimiento. El programa de mantenimiento puede incluir revisión de lo hecho y conseguido durante el tratamiento, importancia de mantener y mejorar las habilidades adquiridas, recordatorio de que la ansiedad es una reacción normal, distinción entre contratiempo y recaída (total o parcial), identificación de las situaciones de alto riesgo para los contratiempos, pautas a seguir en caso de contratiempo, compromiso con el terapeuta y otras personas para seguir practicando, AEV, autorregistro de la misma, contactos postales y telefónicos con el terapeuta durante 6 meses. Un ejemplo detallado de programa de mantenimiento puede verse en Bados (2000), el cual se basa en el propuesto por Öst (1989).

Si el tratamiento falla a pesar de su cumplimiento, se requiere: a) evaluar detalladamente posibles factores que puedan estar interfiriendo: estrés crónico, estrés agudo grave, enfermedades físicas, otros trastornos no identificados previamente o que no se habían considerado significativos, posibles beneficios del trastorno; y b) actuar en consecuencia. Una posibilidad a tener en cuenta es el empleo de **medicación**, principalmente los ISRS y los antidepresivos tricíclicos. Las benzodiazepinas son mucho menos recomendables, aunque una excepción sería el cliente que tiene una necesidad perentoria de alivio inmediato y está conforme en que las benzodiazepinas sean retiradas en una fase temprana del tratamiento; luego, podrían ser sustituidas por otros fármacos o por una versión abreviada de la TCC.

Un **programa de AEV** a lo largo de siete sesiones sin empleo de estrategias de afrontamiento puede consultarse en Echeburúa y de Corral (1995). En el polo opuesto Bueno y Buceta (1998) presentan un programa de 31 sesiones que incluye una gran variedad de técnicas cognitivo-conductuales. En la **tabla 10** se presenta sesión por sesión el programa de **TCC** propuesto por Craske y Barlow (1993, 2001). Las 15 sesiones de este programa se alargan hasta 21 (14 para la ansiedad y pánico, y 7 para la agorafobia) en la intervención descrita por Craske, Barlow y Meadows (2000). En la **tabla 11** se presenta el programa de Bados (1993, detallado completamente en Bados, 2000) y en la **tabla 12**, el programa más reciente de Bados, el cual, en comparación al anterior, hace más énfasis en la reestructuración cognitiva, no utiliza las técnicas de inervación vagal y reserva la relajación aplicada para aquellos casos con elevada ansiedad generalizada. Otro programa de TCC detalladamente expuesto, y con transcripciones útiles de diálogos entre terapeuta y paciente, puede consultarse en Botella y Ballester (1997); incluye educación sobre el trastorno de pánico, respiración lenta, distracción, reestructuración cognitiva, exposición interoceptiva y exteroceptiva y prevención de recaídas.

De todos modos, y aunque se ha avanzado mucho, el estado de cosas no es satisfactorio. Es necesario desarrollar tratamientos más eficaces que tengan en cuenta la naturaleza compleja del trastorno agorafóbico: ansiedad fóbica y anticipatoria, evitación, ataques de pánico, miedo al miedo, ajuste social, laboral y/o familiar y comorbilidad (ansiedad generalizada, depresión, trastornos de personalidad, etc.). Además, de cara a que el tratamiento sea accesible a un mayor número de clientes debe buscarse que su aplicación sea lo más sencilla posible tanto por parte de los clínicos como de los pacientes.

Finalmente, hasta el momento sólo se han realizado unos pocos estudios sobre **prevención** del desarrollo o cronificación del trastorno de pánico. Swinson y cols. (1992) trabajaron individualmente con 33 pacientes que habían acudido a urgencias a causa de un ataque de pánico. El 40% cumplían criterios de trastorno de pánico con agorafobia, aunque la mayoría hacía poco que habían empezado a tener ataques. En una sesión de casi una hora, cada paciente recibió una **explicación tranquilizadora** sobre sus ataques de pánico. Además, a la mitad de los pacientes se les aconsejó practicar **AEV** en las situaciones en que habían ocurrido sus ataques. A los 6 meses, este segundo grupo había mejorado más que el primero en evitación agorafóbica, frecuencia de ata-

ques de pánico y depresión; lamentablemente, no se hizo ninguna evaluación diagnóstica.

Gardenswartz y Craske (2001) aplicaron un programa de **prevención** con 121 universitarios de psicología que habían experimentado al menos un ataque de pánico durante los últimos 12 meses (pero que no presentaban trastorno de pánico) y que tenían al menos una moderada susceptibilidad a la ansiedad. El programa se aplicó en plan **taller didáctico** durante 5 horas con 15-22 participantes e incluyó las siguientes áreas: educación sobre el pánico y la agorafobia, entrenamiento en respiración, reestructuración cognitiva, exposición interoceptiva y exposición en vivo. A los 6 meses, y en comparación con un grupo de lista de espera, fue menos probable que los participantes desarrollaran trastorno de pánico (13,6% contra 1,8%); además, mejoraron más en ataques de pánico y evitación de situaciones sociales. Dos limitaciones importantes de este estudio son que los participantes recibieron créditos académicos y/o dinero por su participación, y la corta duración del seguimiento.

Kenardy, McCafferty y Rosa (2003) estudiaron un programa de prevención aplicado a través de **internet** a 83 universitarios con elevadas puntuaciones en susceptibilidad a la ansiedad, un factor de riesgo para el trastorno de pánico y otras patologías ansiosas. El programa de TCC se aplicó a través de internet y consistió en 6 sesiones que incluyeron educación sobre la ansiedad, relajación, exposición interoceptiva, reestructuración cognitiva y prevención de recaída. El grupo con TCC se diferenció significativamente del grupo no tratado en cogniciones catastróficas y síntomas depresivos, pero sólo hubo una tendencia en susceptibilidad a la ansiedad y miedo a las sensaciones corporales; no hubo diferencias en frecuencia y gravedad del pánico. Los cambios logrados correlacionaron no con el tiempo de empleo del programa, sino con las expectativas de mejora. Limitaciones importantes de este estudio son que los participantes recibieron créditos académicos por su participación, que no completaron en promedio más que tres de las seis sesiones y que no hubo seguimiento para evaluar los supuestos efectos preventivos del programa.

Estudios de **casos clínicos** pueden verse en Alario (1993, cap. 4), Bados y cols. (2001; tres casos), Ballester (2005), Ballester y Botella (1996), Barbosa, Borda y del Río (2003), Borda y Echeburúa (1991), Brown y Barlow (1997, cap. 2), Buceta (1990), Carrascoso (1999), Elsenga y Emmelkamp (1990), Ferro, Fernández y Vives (1991), Greenberg (1989), Hersen y Last (1985/1993, cap. 3), Oltmanns, Neale y Davidson (1995, cap. 2) y Zarate, Craske y Barlow (1990).

TABLAS

Tabla 1. Criterios diagnósticos para el Trastorno de Pánico con Agorafobia según el DSM-IV.

A. Ambos 1) y 2):

- 1) Ataques de pánico inesperados recurrentes.
- 2) Al menos uno de los ataques ha ido seguido durante 1 mes o más de uno o más de los siguientes:
 - a) preocupación persistente acerca de tener nuevos ataques
 - b) preocupación acerca de las implicaciones del ataque o de sus consecuencias (p.ej., perder el control, sufrir un ataque cardíaco, “volverse loco”)
 - c) un cambio comportamental significativo relacionado con los ataques

B. Presencia de agorafobia.

C. Los ataques de pánico no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p.ej., una droga, una medicación) o de una condición médica general (p.ej., hipertiroidismo).

D. Los ataques de pánico no pueden ser explicados mejor por otro trastorno mental tal como Fobia Social (p.ej., ocurriendo al exponerse a situaciones sociales temidas), Fobia Específica (p.ej., al exponerse a una situación fóbica específica), Trastorno Obsesivo-Compulsivo (p.ej., al exponerse a la suciedad en alguien con una obsesión por la contaminación), Trastorno por Estrés Postraumático (p.ej., en respuesta a estímulos asociados con un agente estresante grave) o Trastorno de Ansiedad por Separación (p.ej., en respuesta a estar lejos de casa o de familiares cercanos).

Nota. Tomado de American Psychiatric Association (1994, págs. 402-403). (*) Uso limitado.

Tabla 2. Criterios diagnósticos para la Agorafobia sin Historia de Trastorno de Pánico según el DSM-IV.

A. Presencia de agorafobia relacionada con el miedo a tener síntomas similares a los del pánico (p.ej., mareo o diarrea).

B. Nunca se han cumplido los criterios diagnósticos del trastorno de pánico.

C. El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (drogas, fármacos) o a una enfermedad.

D. Si la persona presenta una enfermedad, el miedo descrito en el criterio A es claramente excesivo en comparación con el habitualmente asociado a la enfermedad.

Nota. Tomado de American Psychiatric Association (1994, págs. 404-405). (*) Uso limitado.

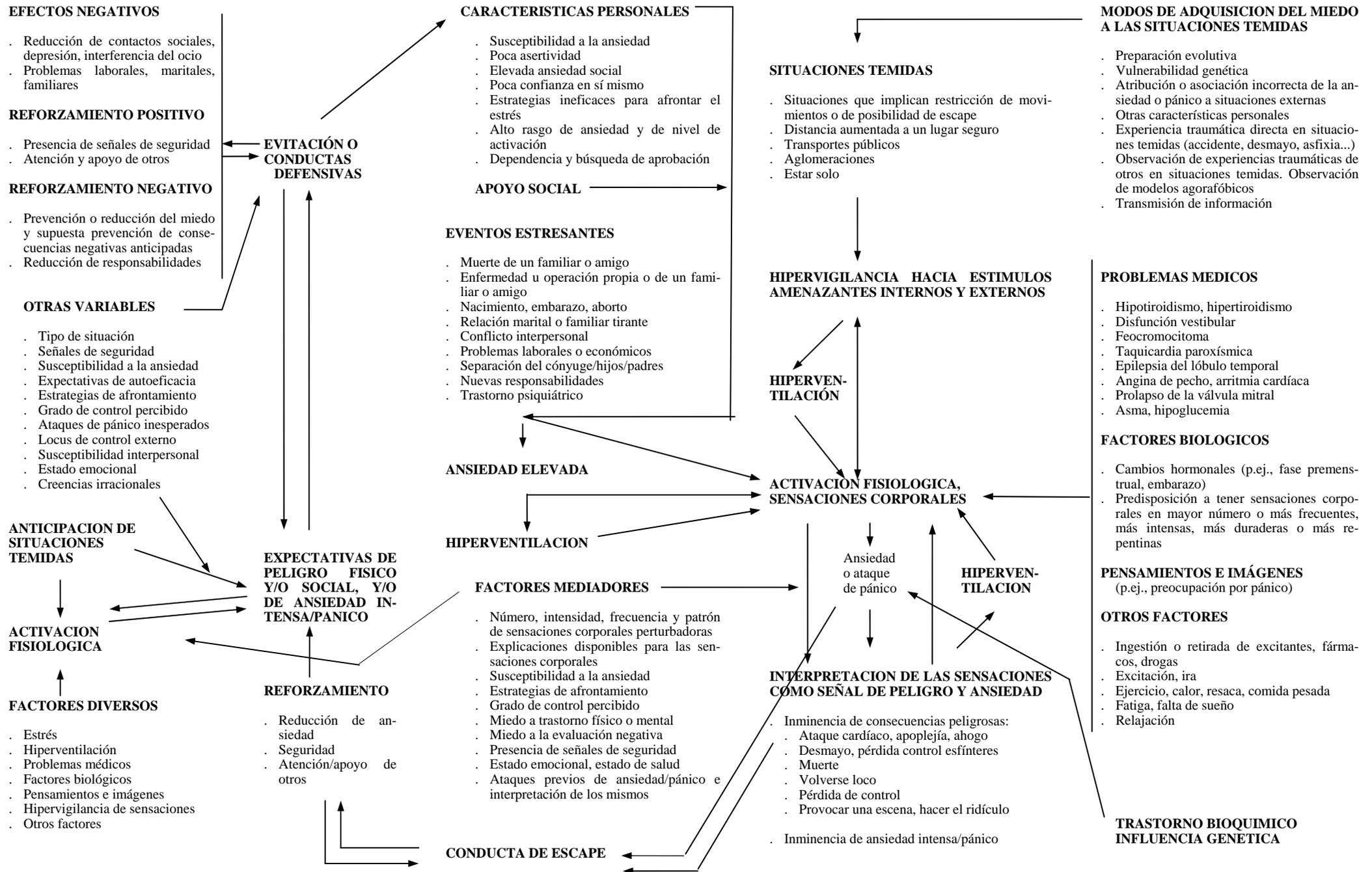


Figura 1. Desarrollo y/o mantenimiento de la agorafobia. Adaptada de Bados (1995a, págs. 126-127).

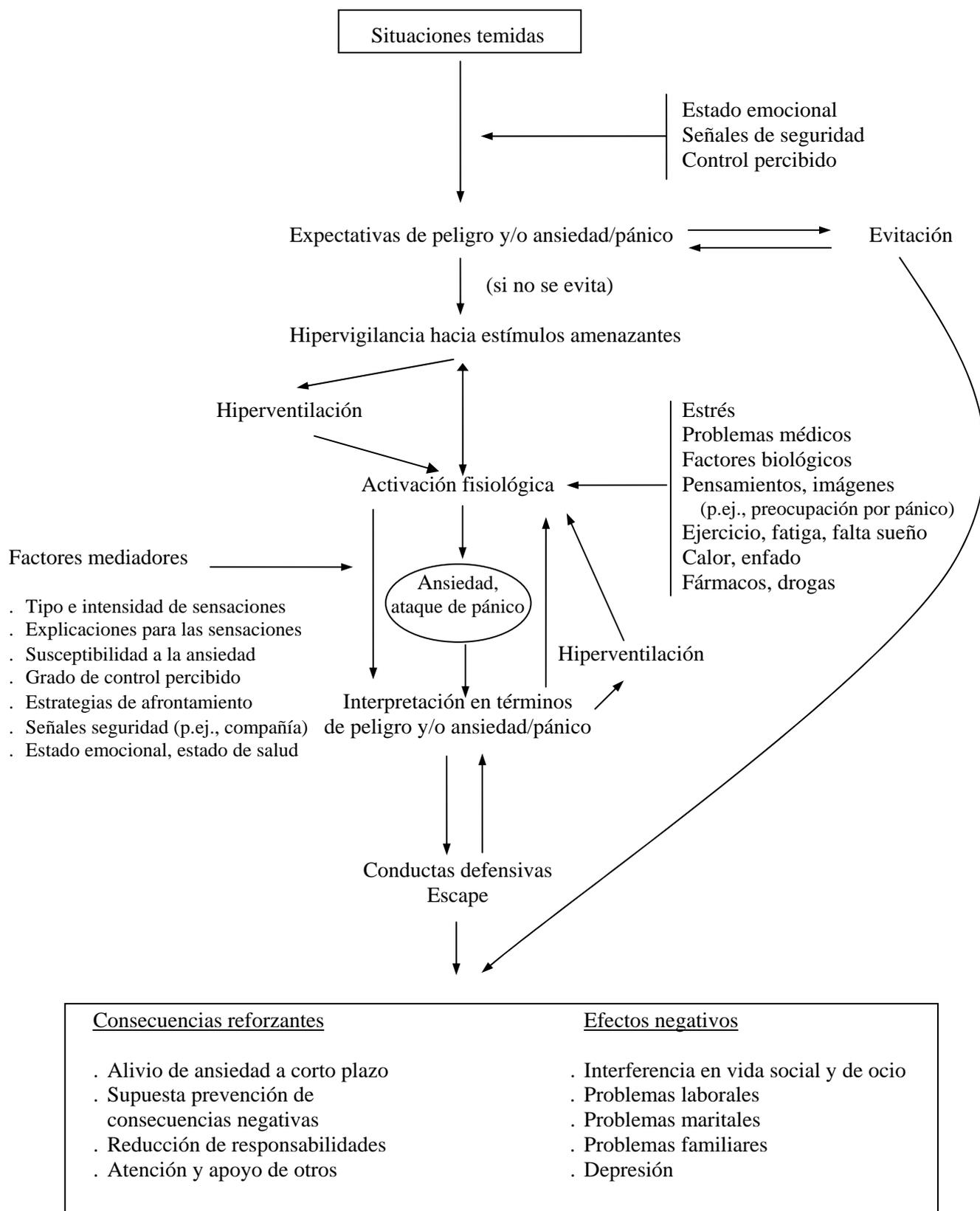


Figura 2. Modelo explicativo del mantenimiento de la agorafobia. Modificado de Bados (2005a, pág. 36). (*) Uso limitado.

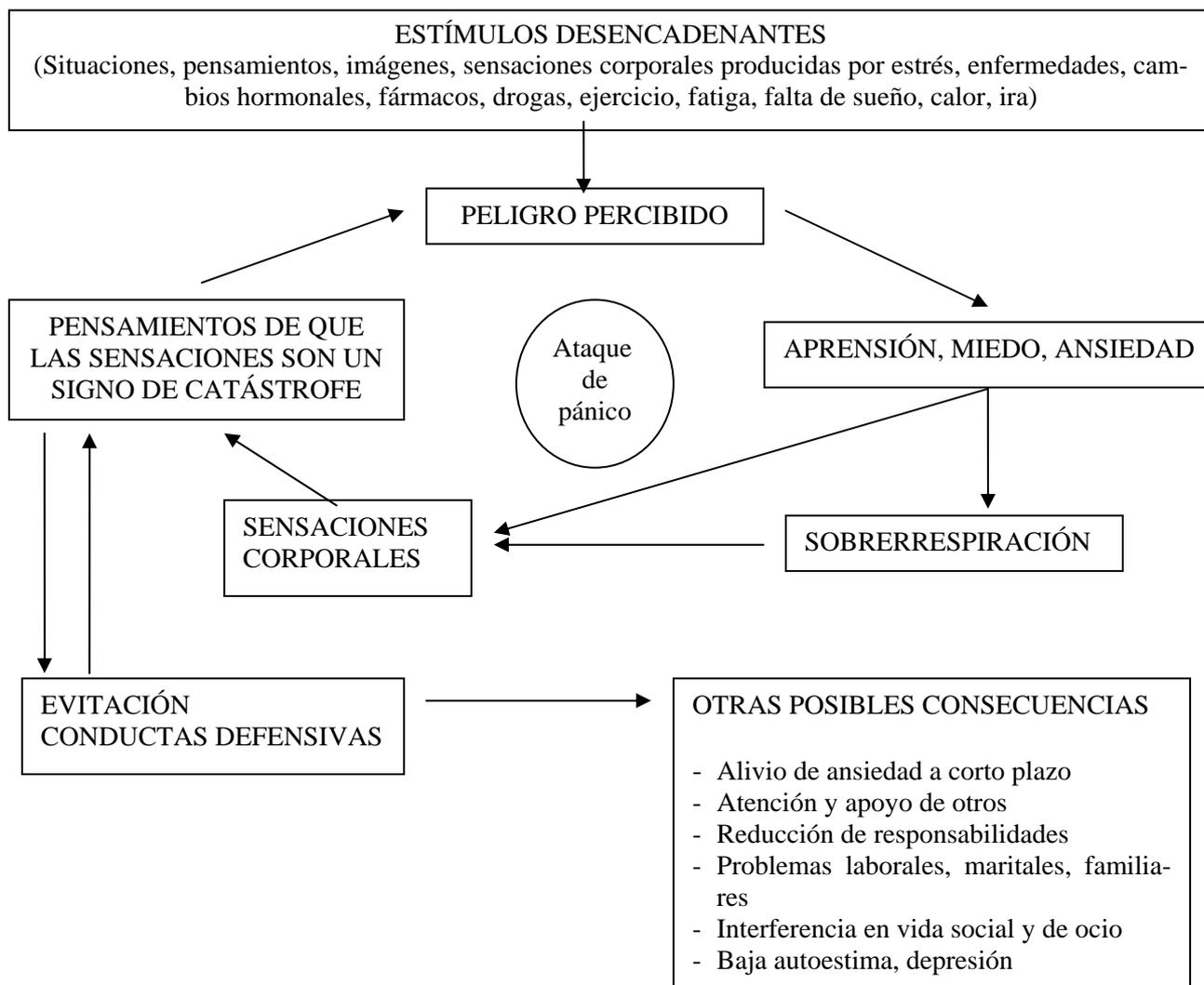


Figura 3. Modelo explicativo simplificado de la agorafobia. Adaptado de Clark y Salkovskis (1987).

Tabla 3. Diez reglas para afrontar el pánico.

1. Recuerde que las sensaciones no son más que una exageración de las reacciones corporales normales al estrés.
2. No son, en absoluto, perjudiciales ni peligrosas; solamente desagradables. No sucederá nada peor.
3. Deje de aumentar el pánico con pensamientos atemorizadores sobre lo que está sucediendo y a dónde podría conducir.
4. Observe lo que está sucediendo realmente en su cuerpo justamente ahora, no lo que usted teme que *podría* pasar.
5. Espere y deje tiempo al miedo para que se pase. No luche en contra ni huya de él. Simplemente acéptelo.
6. Observe que cuando usted deja de aumentarlo al añadir pensamientos atemorizadores, el miedo comienza a desaparecer por sí mismo.
7. Recuerde que el objetivo principal de la práctica es aprender cómo afrontar el miedo, sin evitarlo. Por tanto, esta es una oportunidad de progresar.
8. Piense en el avance que ha conseguido hasta ahora, a pesar de todas las dificultades. Piense en lo satisfecho que estará cuando lo consiga esta vez.
9. Cuando comience a sentirse mejor, mire a su alrededor y empiece a planear qué va a hacer a continuación.
10. Cuando esté preparado para continuar, comience de forma tranquila, relajada. No hay necesidad de esfuerzo ni prisas.

Nota. Tomado de Mathews, Gelder y Johnston (1981, pág. 183).

Tabla 4. Guías para el compañero en el tratamiento de la agorafobia mediante exposición.

-
- Los miedos agorafóbicos y las conductas de evitación pueden ser muy difíciles de comprender para la persona que no los padece. Sin embargo, tan negativo es estar excesivamente preocupado y continuamente pendiente de los problemas agorafóbicos como no comprenderlos o hacer caso omiso de ellos. Puede ayudarle a *comprender los problemas del agorafóbico* el ponerse en su lugar e intentar ver las cosas desde su punto de vista. No obstante, comprender los problemas del agorafóbico no significa estar de acuerdo con el modo infructuoso de responder ante ellos.
 - El *apoyo y ánimo* por parte suya y de otras personas cercanas es sumamente valioso para el progreso del tratamiento.
 - Algunos tipos de "*ayuda*" (hacerle cosas al agorafóbico para que no tenga que exponerse a las situaciones temidas) favorecen la dependencia respecto a otras personas e interfieren con el tratamiento. Por lo tanto, tenga cuidado en no ofrecer este tipo de "ayuda".
 - El *tipo correcto de ayuda* consiste en animar y apoyar al agorafóbico para afrontar gradual y frecuentemente aquello que teme. Naturalmente, esto es muy distinto de obligarle a intentar actividades difíciles por medio de amenazas o ridículo. Lo que sí está indicado es que le sugiera, pero no que le imponga, la práctica de ciertas actividades y que llegue a acuerdos con él para realizar dicha práctica. Conviene no olvidar que la decisión final debe quedar siempre en manos del agorafóbico.
 - Es importante que *elogie* sinceramente tanto los esfuerzos como los logros del agorafóbico y que le *asegure* que nada horrible va a suceder durante la práctica. Aparte de los elogios, puede ser útil que tenga pequeños detalles (un obsequio sorpresa, una invitación...) para celebrar algunos de los avances conseguidos.
 - Tenga cuidado en *no menospreciar los logros conseguidos*, aunque estos sean lentos o pequeños. Las cosas son mucho más difíciles para el agorafóbico de lo que pueden parecer a otras personas.
 - Es fácil impacientarse cuando las cosas van despacio y más todavía si ha habido un contratiempo o retroceso. Pero es justamente entonces cuando el agorafóbico necesita más el ánimo y apoyo. Tenga en cuenta que el progreso no será lineal, sino que habrá retrocesos temporales.
 - Siempre que sea posible, el agorafóbico debe *practicar solo*. En casos de situaciones difíciles, usted puede acompañarle la primera vez o, como mucho, tres o cuatro veces, pero el agorafóbico debe completar por lo menos dos prácticas él solo en la misma situación. Si *acompaña* en alguna práctica al agorafóbico, tenga en cuenta las siguientes guías:
 - + Anímele a comportarse con naturalidad.
 - + Aliéntele a centrar su atención en la actividad que está realizando.
 - + No le hable continuamente sobre cómo se siente.
 - + Tranquilícele en caso de que experimente una gran ansiedad en vez de hablar sobre las sensaciones experimentadas o mostrarse asustado, preocupado o irritado.
 - # Dígame que lo que experimenta es sólo ansiedad y recuérdole el empleo de estrategias de afrontamiento (respiración, autoinstrucciones escritas en la tarjeta).
 - # Si lo cree conveniente, reconfórtele cogiéndole la mano o abrazándolo.
 - # Permítale abandonar temporalmente la situación si experimenta una ansiedad excesiva que no puede manejar. Una vez que esté mucho más tranquilo, anímele a volver a la situación para seguir practicando y aumentar la confianza en sí mismo.
 - # Si no se atreve a volver, no le obligue ni dé importancia a lo ocurrido. Más tarde, una vez que esté tranquilo, intente llegar a un acuerdo para repetir la situación al día siguiente o empezar por una un poco más fácil con el fin de que aumente la confianza en sí mismo.
 - + Anímele a seguir adelante, pero sin forzarle.
 - + Elógíele por sus esfuerzos y progresos.
 - Debe *preguntarle* al agorafóbico por la práctica que ha llevado a cabo y *mostrar satisfacción* por el esfuerzo realizado y los logros conseguidos, aunque sean pequeños. Al principio, debe hacer esto cada día y luego, conforme el agorafóbico vaya sintiéndose más seguro, con menos frecuencia.
 - No debe quejarse o mostrar impaciencia si el progreso es lento o variable. *Tampoco debe criticar* o prestar atención especial a los fracasos, a excepción de animar al agorafóbico a que lo intente de nuevo, quizá de una forma algo diferente.
-

Nota. Modificado de Bados (2000, págs. 347-348).

Tabla 5. Escena para una paciente con miedo a sufrir un derrame cerebral, morir y ser olvidada.

Acabo de entrar al teatro, hay mucha gente, estoy muy nerviosa y no sé muy bien porqué. La gente me empuja por el pasillo porque quieren llegar a su asiento. Me noto inestable y ligera, las luces del teatro me resultan extrañas. Es un teatro muy pequeño y hace olor a rancio. Siento mucha calor y el color de las paredes me molesta un poco a los ojos. Tengo miedo de que me empiece el nistagmus. Estoy confundida y desorientada y sólo siento un rumor lejano de la gente que llena el teatro. El brillo de la lámpara del techo me provoca una fuerte sensación de mareo, noto la cabeza muy pesada y un poco aletargada. Llego hasta el asiento, pero no me tranquilizo puesto que me encuentro muy encajonada entre las dos personas de los lados. Me apoyo para que el mareo disminuya, pero no puedo apoyar la cabeza.

Las luces se apagan y el nistagmus hace que los ojos cada vez me vayan más rápidos. De pronto me doy cuenta de que tengo como adormecida la parte derecha de la cabeza, sólo noto como una especie de cosquilleo muy desagradable. Intento apretar los dientes y abrir y cerrar rápidamente los ojos, para ver si reacciona, pero el aturdimiento es cada vez más grande. Intento pellizcarme la cara, pero noto el brazo muy débil y casi no lo puedo levantar. Por un instante intento concentrarme en la obra y distraerme de lo que me está pasando, pero constantemente me vuelve la misma imagen: me veo a mí misma sufriendo en mi asiento sin que nadie se dé cuenta de que me pasa algo muy grave. Tengo un nudo enorme en el estómago y también siento una gran presión en el pecho, que me dificulta la respiración. El calor se me hace insoportable, me pongo la mano en el pecho para intentar que disminuyan los latidos y así calmarme, pero el corazón me va a cien. De pronto aparece lo que más temo, aquella sensación de irrealidad que me es tan familiar. Intento decirle algo a Héctor, pero no reconozco mi propia voz; la música del teatro y la voz de los actores les noto muy lejanos, como si estuvieran en otra dimensión. Tengo la cabeza aturdida y noto que me estoy poniendo cada vez más nerviosa, me cojo más fuerte a la butaca e intento distraerme, pero la sensación no desaparece. Los actores no paran de moverse de un lado a otro y me cuesta olvidarme de lo que me está pasando.

De golpe la música se para; de pronto, todo el teatro se queda en silencio y siento como un “crec” dentro de mi cabeza, como si algo se hubiera roto. Seguro que estoy teniendo un ataque cerebral, intento no hacer caso, pero no paro de creérmelo. Siento un adormecimiento muy grande, abro y cierro los ojos fuertemente para intentar sacármelo de encima, subo y bajo las cejas varias veces, después me concentro sólo en una ceja y la subo y la bajo, pero esto tampoco me funciona y sé que no me está funcionando porque se trata de un derrame de verdad. Me sudan las manos y centro la atención en la cavidad interna de mi cabeza, como si tuviera dentro unas hormigas que me hacen cosquillas. El nudo en el estómago se hace más presente y aunque estoy sentada, noto mucha debilidad en las piernas y temblor... Me siento muy insegura, aprieto y aflojo las piernas, intento toser, pero me vuelvo a obsesionar con el hecho de que no me servirá de nada porque esta vez sí que es un derrame cerebral.

De golpe pierdo la visión del ojo derecho, todo está muy oscuro y me centro en la sensación de vacío que siento en la cabeza. Me imagino una gran cantidad de sangre invadiéndome toda la cavidad cerebral. La sangre mana muy rápidamente, nada la puede parar. Es muy densa y de un color muy oscuro y va llenando todo los rincones de mi cabeza. Noto la presión en la cabeza; no puede ser que me esté pasando de verdad todo lo que había estado imaginando durando tanto tiempo. Toso para reaccionar, quiero decirle a Héctor que salgamos, pero no me salen las palabras. Se me pasan muchas cosas por la cabeza, estoy segura que el sufrimiento será cada vez más grande y de que esto no tiene solución, es como si me hubiera descontrolado y no dominara lo que hago ni lo que me pasa.

Me centro en la presión que noto en la cabeza, noto que la temperatura corporal aumenta, me va subiendo la presión en los oídos y noto como si la cabeza me fuera a explotar. El nistagmus me va a cien y explota, mentalmente me parece que explota. Quiero gritar, hago un esfuerzo; me mareo, toso y me sale la sangre por la boca; querría perder el conocimiento, pero me doy cuenta de todo lo que me está pasando. Y me lo creo, me lo creo, sé que es real...

Tabla 6. Entrenamiento en respiración controlada.

-
- Pedir al cliente que hiperventile deliberadamente en la consulta durante un cierto tiempo. Una forma es hacer 30 respiraciones por minuto durante 2 minutos, aunque una persona puede terminar antes si lo desea. El cliente debe respirar rápidamente por su nariz y boca, llenar completamente los pulmones al inspirar y vaciarlos totalmente al espirar.

 - # La hiperventilación se presenta como una prueba de evaluación. Durante la hiperventilación el paciente es alentado a continuar o, si es necesario, se le pide que aumente la velocidad o profundidad de la respiración. Terminada la hiperventilación, se pide al cliente que se concentre durante 1 minuto en lo que está ocurriendo en su cuerpo y se le pregunta por los síntomas experimentados y en qué medida fueron similares a los experimentados durante sus ataques de pánico.

 - # A la hora de provocar la hiperventilación, es necesaria una especial atención médica con los pacientes que presentan: a) trastornos cardiovasculares, incluida la hipertensión, b) enfermedades respiratorias tales como asma, enfisema, bronquitis, c) trastornos metabólicos u hormonales, d) embarazo y e) epilepsia. También con aquellos que están tomando medicación para cualquier trastorno físico grave.

 - Discutir con el cliente la importancia de la hiperventilación en la producción y mantenimiento de los ataques de pánico aprovechando el episodio anterior de hiperventilación voluntaria. Se trata de que el cliente se dé cuenta, cuando así sea, de que la hiperventilación deliberada produce sensaciones corporales similares a las del pánico, de que vea que la hiperventilación puede ser inducida por estrés, por la percepción de ciertas sensaciones corporales y por determinadas situaciones externas, y de que atribuya las sensaciones experimentadas durante los ataques a la hiperventilación en vez de tomarlas como indicadoras de consecuencias catastróficas.

 - Enseñar al cliente a respirar lenta, regular y diafragmáticamente como un medio de evitar la hiperventilación y de afrontar la ansiedad/pánico. Se enseña a respirar por la nariz, no por la boca, entre 8 y 12 veces por minuto, a utilizar el diafragma en vez de los músculos del tórax y a respirar de un modo regular y no demasiado profundo, con una pequeña pausa después de cada espiración. Si se desea, puede emplearse durante el periodo inicial de cada sesión o práctica una cinta que marque el ritmo respiratorio a seguir. Aparte de las sesiones de entrenamiento, el cliente debe practicar al menos dos veces al día, 5-10 minutos cada vez, hasta dominar el procedimiento.

 - Una vez aprendida la nueva pauta de respiración en condiciones normales, el siguiente paso es aprender a controlar la respiración después de hiperventilar deliberadamente durante 15-20 segundos en la consulta y en casa estando sentado. Cuando el cliente es capaz de conseguir rápidamente (dentro de unos 30 segundos) una respiración relajada y un control de los síntomas, el ejercicio es repetido de pie, luego andando y luego fuera de la consulta y de casa. Finalmente, de un modo gradual, se busca aplicar la respiración controlada en las situaciones temidas (con y sin hiperventilación previa) y también al notar el comienzo de un ataque de pánico o una respiración incrementada.

 - Así pues, el programa de respiración controlada aquí expuesto incluye componentes respiratorios (empleo de una respiración pausada y evitación de la hiperventilación en los momentos de ansiedad/pánico), cognitivos (reatribución de los síntomas de pánico a la hiperventilación en vez de tomarlos como indicadores de catástrofe inminente) y de exposición (tanto a las sensaciones como a las situaciones temidas).
-

Nota. Adaptado de Bados (1995a, págs. 415-420).

Tabla 7. Guías para la exposición interoceptiva.

-
- La exposición interoceptiva debe ser excluida o debe aplicarse con una especial atención médica en personas que presentan trastornos cardiovasculares (hipertensión, arritmias), enfermedades respiratorias (asma, enfisema), trastornos metabólicos u hormonales, embarazo, epilepsia o cualquier trastorno físico grave.
 - Tras identificar los ejercicios que producen en cada cliente las sensaciones temidas, se elabora una jerarquía de exposición interoceptiva. Entre estos ejercicios se encuentran mover la cabeza rápidamente de izquierda a derecha, colocar la cabeza entre las piernas durante 30 segundos y luego levantarla rápidamente hasta la posición vertical, correr sin desplazarse del sitio, retener la respiración, tensar los músculos de todo el cuerpo tanto como se pueda, pero sin causar dolor, dar vueltas en una silla giratoria o sobre sí mismo, hiperventilar, respirar a través de una pajita delgada, mirarse fijamente en un espejo o mirar fijamente a un punto situado en la pared a la altura de los ojos.
 - Se enfatiza al cliente que al hacer cada ejercicio es fundamental que experimente las sensaciones tan fuerte como pueda y se concentre en ellas, en vez de intentar evitarlas realizando los ejercicios suavemente, distrayéndose o aplicando estrategias de afrontamiento. Asimismo, debe identificar los pensamientos ansiógenos que aparecen para poder reestructurarlos tras el ejercicio.

La razón de que el cliente no pueda emplear nunca estrategias de afrontamiento antes del ejercicio o durante el mismo, es que esto le impediría experimentar totalmente las sensaciones, comprobar que no son peligrosas y perder definitivamente el miedo a las mismas.
 - Se comienza por el primer ejercicio de la jerarquía. El terapeuta demuestra cómo hacer cada ejercicio. Luego, el cliente lo practica hasta notar las sensaciones temidas, indica esto levantando la mano y luego sigue haciendo el ejercicio al menos 30 segundos más (10 segundos en el ejercicio de retener la respiración). El tiempo de exposición puede incrementarse gradualmente hasta 2-3 minutos.
 - Hay que vigilar que el cliente practique bien la exposición interoceptiva, que se concentre en las sensaciones y que no intente aplicar estrategias de evitación (p.ej., respirando lenta o superficialmente durante la hiperventilación, dando vueltas despacio al girar sobre sí mismo o hablando con el terapeuta). Si se detectan problemas, hay que proporcionar retroalimentación correctiva.
 - Terminado un ejercicio, el cliente valora la ansiedad máxima experimentada. A continuación, aplica la respiración controlada y la reestructuración de los pensamientos negativos tenidos. Esto último se considera muy importante, ya que si el paciente sigue pensando que las sensaciones son peligrosas, no se beneficiará totalmente de la exposición interoceptiva. Hay que vigilar que el cliente no emplee las estrategias de afrontamiento como conductas defensivas.
 - El cliente indica cuándo ha conseguido manejar las sensaciones ansiógenas. El terapeuta revisa cómo se ha realizado el ejercicio y la aplicación de la reestructuración y la respiración.
 - Antes de repetir un ejercicio, se espera hasta que las sensaciones disminuyan y la ansiedad haya vuelto a su nivel basal o cerca de este. Se repite el mismo ejercicio el número de veces que sea necesario hasta conseguir dos veces seguidas en que la ansiedad máxima experimentada sea 2 o menos en la escala 0-8. Si esto no se consigue después de 5 ensayos, hay que dejar la práctica para el próximo día con el fin de que el cliente no se agote.
 - Superado un ejercicio, se pasa al siguiente de la jerarquía.
 - El cliente debe practicar cada día en casa el ejercicio o ejercicios de exposición interoceptiva llevados a cabo en la sesión (no más de dos) y esta práctica debe ser revisada en la sesión siguiente.
 - En sesiones posteriores, cuando el cliente haya superado los ejercicios de exposición interoceptiva en la consulta y en casa, deben introducirse distintas actividades inductoras de sensaciones temidas en la vida diaria que el paciente ha evitado, tiende a evitar o realiza con gran temor (p.ej., tomar baños calientes o saunas, acudir a clases de gimnasia, hacer ejercicio intenso, permanecer en ambientes calurosos, montar en las atracciones *movidas* de feria, beber café fuerte, ver películas dramáticas o de terror, ver espectáculos deportivos emocionantes, tener relaciones sexuales, participar en discusiones, enfadarse, coger ascensores rápidos, bailar, utilizar secadores de peluquería). Finalmente se integran los ejercicios previos de exposición interoceptiva con la exposición en vivo (EV) a las situaciones temidas y/o se practica esta EV buscando experimentar las sensaciones.
-

Nota: Se han seguido las pautas dadas por Barlow y Craske (2000) y Craske y Barlow (2001).

Tabla 8. Reestructuración cognitiva: Preguntas socráticas y experimentos conductuales.

Preguntas para examinar las pruebas de un pensamiento

- ¿Qué pruebas existen a favor de este pensamiento? ¿Son realmente favorables estas pruebas?
- ¿Qué pruebas existen en contra de este pensamiento?
- ¿Cuál es la probabilidad de que esté interpretando correctamente la situación?
- ¿Existen otras interpretaciones alternativas? ¿Hay otro modo de enfocar esto?
- ¿Cuál es la probabilidad de estas otras interpretaciones? ¿Qué pruebas hay a favor y en contra?
- ¿Cuál es la anticipación o interpretación más probable?
- ¿Están sus juicios basados en cómo se siente en vez de en hechos?
- ¿Está confundiendo una forma habitual de pensar con un hecho?
- ¿Está empleando palabras que son extremas o exageradas (siempre, nunca, debería)?
- ¿Está olvidando hechos pertinentes o sobreatendiendo a hechos no pertinentes?
- ¿Está pensando en términos de todo o nada?
- ¿Está sobrestimando su responsabilidad sobre cómo salen las cosas? ¿Qué otros factores influyen?
- ¿Está subestimando lo que puede hacer para manejar la situación?
- ¿Qué le diría una persona importante para usted (p.ej., un amigo) acerca de este pensamiento?
- Si este pensamiento lo tuviera otra persona, ¿qué le diría para hacerle ver que no es correcto?

Preguntas para examinar la utilidad de un pensamiento

- ¿Le ayuda este pensamiento a conseguir sus objetivos y a solucionar su problema?
- ¿Le ayuda esta forma de pensar a sentirse como quiere?
- ¿Cuáles son los pros y los contras de esto que cree?

Preguntas para examinar qué pasaría realmente si lo que se piensa fuera cierto

- ¿Qué pasaría si las cosas fueran realmente como piensa? (Identificada la nueva cognición, pueden emplearse las preguntas dirigidas a examinar las pruebas disponibles.)
- ¿Qué es lo peor que podría suceder si las cosas fueran realmente como piensa?
- Incluso si lo que piensa fuera verdad, ¿hasta qué punto sería malo?, ¿sería tan malo como parece?

Preguntas para examinar qué se podría hacer si lo que se piensa fuera cierto

- Si las cosas fueran realmente así, ¿qué podría hacer al respecto?; ¿cómo podría hacer frente a la situación?
- ¿Qué le diría una persona importante para usted con el fin de ayudarlo a afrontar la situación?
- Si este pensamiento lo tuviera X, ¿qué le diría para ayudarlo a afrontar la situación?

Experimentos conductuales

- *Paciente que cree que las sensaciones que experimenta durante los ataques indican la existencia de una enfermedad.* Se trataría de ver si la hiperventilación deliberada u otros medios de exposición interoceptiva (sobreingesta de cafeína, ejercicio físico, movimientos que producen mareo) reproducen las sensaciones (con lo cual podrían ser atribuidas a estos) y si la respiración controlada u otras estrategias de manejo de síntomas las reducen.

- *Persona que cree que los pinchazos que ha comenzado a sentir en su cabeza durante la sesión indican un tumor o hemorragia cerebral.* Se le pide que describa en voz alta el contenido de la habitación y luego se le pregunta por los pinchazos y se ve que han desaparecido. Si fueran debidos al tumor o hemorragia, ¿habrían desaparecido tan fácilmente? ¿No podrían ser debidos al miedo a tener un tumor?

- *Persona que cree que al sentirse mareado en una situación temida acabará por desplomarse si no se apoya en algo.* Se le pide que evite apoyarse cuando siente mareos y que observe lo que sucede.

- *Persona que cree que su corazón se acelera en exceso en ciertas situaciones.* Se mide su ritmo cardíaco y se compara con el de otras personas en dichas situaciones (p.ej., bicicleta estática para un paciente con trastorno de pánico).

Tabla 9. Diálogo entre paciente (P) y terapeuta (T) en el que se ejemplifica una reestructuración cognitiva.

- P En mitad de un ataque de pánico pienso normalmente que voy a desmayarme.
- T ¿Cuánto cree en esto estando sentado aquí ahora mismo y cuánto creería si tuviera las sensaciones experimentadas durante el ataque?
- P 50% ahora y 90% en un ataque.
- T Bien, veamos las pruebas que tiene para este pensamiento. ¿Se ha desmayado alguna vez durante un ataque?
- P No.
- T ¿Qué le hace pensar entonces que puede desmayarse?
- P Me siento mareado y esta sensación puede ser muy fuerte.
- T Resumiendo, ¿su prueba de que va a desmayarse es el hecho de que se siente mareado?
- P Sí.
- T ¿Cómo puede explicar el hecho de que se haya sentido mareado cientos de veces y no se haya desmayado?
- P Hasta ahora, los ataques han terminado justo a tiempo o he conseguido agarrarme a algo para evitar caerme.
- T Bien, así que una explicación del hecho de que se ha mareado frecuentemente y ha pensado que se desmayará, pero no se ha desmayado realmente es que usted siempre ha hecho algo para salvarse a tiempo. Sin embargo, una explicación alternativa es que la sensación de mareo que usted tiene durante un ataque de pánico nunca acabará en un desmayo, aunque usted no la controle.
- P Supongo que sí.
- T Para decidir cuál de estas dos posibilidades es correcta, necesitamos saber qué tiene que sucederle a su cuerpo para que usted se desmaye. ¿Lo sabe usted?
- P No.
- T Su presión sanguínea necesita descender. ¿Sabe lo que le ocurre a su presión sanguínea durante un ataque de pánico?
- P Bien, mi pulso se dispara. Supongo que mi presión debe subir.
- T Correcto. En la ansiedad, el ritmo cardíaco y la presión sanguínea tienden a ir juntos. De modo que es *menos* probable que usted se desmaye cuando está ansioso que cuando no lo está.
- P Esto es muy interesante y bueno es saberlo. Sin embargo, si es verdad, ¿por qué me siento tan mareado?
- T Su sensación de mareo es un signo de que su cuerpo está reaccionando de un modo normal a la percepción de peligro. La mayoría de las reacciones corporales que experimenta cuando está ansioso fueron diseñadas probablemente para manejar las amenazas experimentadas por el hombre primitivo, tal como ver que se acercaba un tigre hambriento. ¿Qué sería lo mejor que podría hacerse en esta situación?
- P Escaparse tan rápido como uno pueda.
- T Correcto. Y para que le sea más fácil correr usted necesita la máxima cantidad de energía en sus músculos. Esto se logra enviando más sangre a los músculos y relativamente menos al cerebro. Esto significa que hay una pequeña caída de oxígeno en el cerebro y esta es la razón de que usted se *sienta* mareado. Sin embargo, esta sensación es engañosa en el sentido de que no significa que usted se va a desmayar, ya que su presión sanguínea global es alta, no baja.
- P Esto está muy claro. Así que la próxima vez que me sienta mareado, puedo comprobar si me voy a desmayar tomando mi pulso. Si es normal o más rápido que lo normal, sé que no me desmayaré.
- T Correcto. Ahora, teniendo en cuenta lo que hemos discutido hasta ahora, ¿En qué medida cree que puede desmayarse durante un ataque de pánico?
- P Digamos 10%.
- T ¿Y si estuviera experimentando las sensaciones?
- P Quizá 25%.

Este paciente nunca se había desmayado, pero otros pacientes sí. En tal caso, debe preguntárseles si estaban ansiosos cuando se desmayaron. Normalmente la respuesta es negativa y no es extraño que el desmayo preceda al desarrollo de los ataques de pánico. El desmayo fue debido probablemente a cambios hormonales, virus, hipoglucemia, hipotensión arterial, etc., pero los pacientes no fueron conscientes de esto y posteriormente interpretaron su sensación de mareo al estar ansiosos como prueba de ir a desmayarse; esta interpretación errónea favoreció asimismo la ansiedad y la sensación de mareo. La fobia a la sangre es el único trastorno de ansiedad en el que ocurren desmayos.

Nota. Tomado de Clark (1989, págs. 76-77).

Tabla 10. Programa de tratamiento de la agorafobia propuesto por Craske y Barlow (1993, 2001).

Sesión 1

- Identificación de las situaciones en que aparecen la ansiedad y los ataques de pánico.
- Cliente describe los componentes cognitivos, fisiológicos y conductuales de su ansiedad y pánico.
- Breve descripción del comienzo del pánico con énfasis en los agentes estresantes.
- Justificación y descripción del tratamiento a seguir: respiración controlada, reestructuración cognitiva, exposición interoceptiva y en vivo.
- Actividades entre sesiones: Diario de Ansiedad y Ataques de Pánico (énfasis en la identificación de antecedentes); este diario se completa en todas las sesiones.

Sesión 2

- Revisión de actividades entre sesiones (se hace en todas las sesiones).
- Ofrecimiento de un modelo conceptual alternativo de la ansiedad/pánico: valor de estos para la supervivencia, bases fisiológicas de las sensaciones experimentadas, falsas atribuciones de estas sensaciones y circunstancias que pueden producirlas (estrés, hiperventilación, hipervigilancia, etc.), proceso de condicionamiento interoceptivo, papel del miedo aprendido y cognitivamente mediado a ciertas sensaciones.
- Actividades entre sesiones: Lectura de un folleto sobre la fisiología y psicología del miedo y ansiedad.

Sesión 3

- Hiperventilación deliberada durante 1,5 minutos y discusión de la experiencia.
- Enseñanza de las bases fisiológicas de la hiperventilación.
- Enseñanza de una respiración diafragmática con conteo de las inhalaciones y repetición interna de la palabra *relax* al exhalar.
- Actividades entre sesiones: Respiración diafragmática.

Sesión 4

- Revisión de la respiración diafragmática y enseñanza de una respiración lenta (un ciclo de inspiración-espriación cada 6 segundos).
- Explicación de que errores cognitivos son típicos durante la ansiedad y necesidad, por tanto, de considerar los pensamientos como hipótesis en vez de hechos. Descripción de dos errores principales: sobrestimación de la probabilidad de un evento negativo y catastrofización.
- Siguiendo con la reestructuración cognitiva, el cliente debe identificar ejemplos del primer tipo de error en los diarios de las dos últimas semanas y se discuten las razones para su persistencia.
- Se enseña a cuestionar socráticamente el primer tipo de error mediante la búsqueda de pruebas favorables a lo que se piensa y la consideración de explicaciones alternativas más probables.
- Actividades entre sesiones: a) Respiración controlada. b) Registrar y reestructurar ejemplos de sobrestimación.

Sesión 5

- Discusión del error de catastrofización. Se enseña a cuestionar este tipo de error suponiendo que aquello tan malo que se teme pueda ser cierto y considerando cómo se podría manejar.
- Actividades entre sesiones: a) Aplicar la respiración controlada mientras se hacen otras actividades en la vida diaria. b) Identificar y cuestionar sobrestimaciones y estilos catastróficos de pensamiento.

(continúa)

Tabla 10. (Continuación)

Sesión 6

- Revisión de los principios de reestructuración cognitiva.
- Justificación de la exposición interoceptiva y elaboración de jerarquías individualizadas a base de hiperventilación, retención de la respiración, ejercicio, movimientos que producen mareo, etc.
- Actividades entre sesiones: Continuar con el registro y cuestionamiento de cogniciones.

Sesión 7

- Revisión de la respiración controlada.
- Introducción de la prueba de hipótesis: hacer una predicción de las consecuencias temidas (no ataques de pánico) que sucederán en una situación próxima y calificar su probabilidad. En la próxima sesión se examinan las pruebas a favor y en contra de acuerdo con lo que pasó en la situación.
- Exposición interoceptiva con aplicación de las estrategias cognitivas y de respiración tras la misma.
- Actividades entre sesiones: a) Aplicar la respiración controlada en momentos de ansiedad o sensaciones desagradables. b) Exposición interoceptiva de los pasos practicados en la sesión.

Sesión 8

- Se sigue con la prueba de hipótesis y la exposición interoceptiva.
- Actividades entre sesiones: a) Exposición interoceptiva. b) Prueba de hipótesis. c) Reestructuración cognitiva al tener sentimientos de ansiedad o pánico.

Sesión 9

- Extensión de la exposición interoceptiva a situaciones de la vida diaria productoras de las sensaciones temidas (p.ej., ver películas dramáticas, ir a atracciones de feria, hacer ejercicio). El cliente debe aplicar la reestructuración cognitiva antes de empezar cada actividad; esto se ensaya en la sesión.

Sesión 10

- Revisión de la exposición interoceptiva en situaciones naturales.
- Justificación de la exposición en vivo a las situaciones temidas (esta se introduce ahora, una vez que el cliente tiene suficiente control sobre su ansiedad y pánico).
- Discusión de la graduación de la exposición (suele ser graduada) y de la conveniencia de que colabore alguna persona significativa; se aconseja que esta sea incluida desde el comienzo del tratamiento.
- Actividades entre sesiones: Como en la sesión 9.

Sesión 11

- Conceptualización del tratamiento a la persona significativa y discusión y ensayo del modo en que esta puede ayudar en general y en la exposición en particular. Esta persona acude al resto de las sesiones.
- Elaboración de una jerarquía de exposición en vivo.
- Actividades entre sesiones: Practicar uno o más pasos de la jerarquía junto con la aplicación de las estrategias de afrontamiento; al menos una vez el cliente debe practicar solo.

Sesiones 12-15

- Revisión de las actividades de exposición, de la aplicación de la reestructuración y respiración controlada, y de la actuación del compañero. Se permite el escape temporal con retorno y se desaconseja la distracción (el cliente es alentado a observar sus sensaciones mientras practica).
 - En la sesión 15 se revisan los principios y habilidades aprendidas y se remarca al cliente que posee una serie de técnicas de afrontamiento para potenciales situaciones de alto riesgo en el futuro.
 - Actividades entre sesiones: Como en la sesión 11.
-

Tabla 11. Programa de tratamiento de la agorafobia propuesto por Bados (1993, 2000).

Sesión 1

- Presentaciones y normas de funcionamiento.
- Hiperventilación deliberada durante 2 minutos, discusión de la experiencia y derivación del modelo explicativo de los ataques de ansiedad/pánico (en el cual la hiperventilación puede jugar un papel o no).
- Derivación del modelo explicativo de las conductas de evitación.
- Derivación, justificación y descripción de técnicas de intervención: respiración controlada, inervación vagal, relajación aplicada, cambio de pensamientos, exposición en vivo e interoceptiva.
- Inducción de expectativas de mejora y aviso de que el progreso no será lineal.
- Actividades entre sesiones: a) Diario de Actividades de Exposición y diario de Ansiedad y Ataques de Pánico (énfasis en identificar antecedentes); estos diarios se completan en todas las sesiones. b) Leer el folleto "Fisiología y Psicología del Miedo y Ansiedad". c) Leer hasta página 22 del Manual del Paciente de la Práctica Programada para la Agorafobia. d) Leer introducción al entrenamiento en relajación.

Sesión 2

- Revisión de actividades entre sesiones (se hace en todas las sesiones).
- Entrenamiento en respiración controlada (lenta, regular, diafragmática) con y sin ayuda de cinta.
- Discusión del Manual del Paciente.
- 2ª práctica de respiración controlada (pueden hacerse algunas adiciones como la repetición interna de una palabra tranquilizadora al espirar o el conteo de las inspiraciones).
- Entrenamiento en relajación aplicada: Tensión-relajación de 16 grupos musculares.
- Actividades entre sesiones: a) Relajación con ayuda de cinta. b) Respiración controlada. c) Leer hasta página 36 del Manual del Paciente.

Sesión 3

- Entrenamiento en respiración controlada.
- Entrenamiento en técnicas de inervación vagal (una a elegir entre cuatro).
- Discusión del Manual del Paciente.
- 2ª práctica del entrenamiento en técnicas de inervación vagal.
- Entrenamiento en relajación aplicada: Sentados y cabeza apoyada.
- Actividades entre sesiones: a) Relajación con menos ayuda de la cinta. b) Respiración controlada. c) Inervación vagal. d) Leer resto del Manual del Paciente y entregar Manual del Compañero.

Sesión 4

- Entrenamiento en respiración controlada (de pie) e inervación vagal.
- Discusión del Manual del Paciente.
- Cambio de pensamientos: a) identificación de pensamientos, b) impacto de los mismos, c) búsqueda de pensamientos alternativos, y d) puesta en común. Empleo de reestructuración verbal en caso necesario.
- Entrenamiento en relajación aplicada: 16 grupos musculares agrupados en 5.
- Actividades entre sesiones: a) Relajación. b) Respiración controlada. c) Inervación vagal. d) Elaborar tarjetas con pensamientos alternativos. e) Leer folleto sobre mitos acerca de las consecuencias de los ataques de pánico. e) Elaborar tarjetas con pensamientos alternativos. f) Leer y repasar estos pensamientos.

Sesión 5

- Entrenamiento en respiración controlada e inervación vagal.
- Cambio de pensamientos: Revisión de los pensamientos alternativos elaborados.
- Justificación de la exposición a las situaciones y sensaciones temidas.
- Entrenamiento en relajación aplicada: Relajación mediante recuerdo.
- Actividades entre sesiones: a) Relajación. b) Respiración controlada. c) Leer folleto sobre concepto y afrontamiento de los ataques de ansiedad/pánico. d) Elaborar dos actividades para exposición en vivo.

(continúa)

Tabla 11. (Continuación)

Sesión 6

- El papel del compañero de tratamiento y guías para la exposición en vivo. Revisión de las dos actividades de exposición y 10 minutos para elaborar nuevas actividades.
- Revisión de actividades entre sesiones y orden del día del resto de la sesión.
- Entrenamiento en relajación aplicada: Relajación suscitada por señal y relajación diferencial [sentado y a) no activo, b) mínimamente activo, c) claramente activo].
- Actividades entre sesiones: a) Relajación. b) Leer folleto sobre guías para la exposición. c) Comenzar las primeras actividades de exposición con aplicación de las estrategias de afrontamiento. d) Elaborar y ordenar nuevas actividades.

Sesión 7

- Revisión de la exposición en vivo. Se comentan actividades realizadas, progresos logrados, dificultades encontradas, estrategias de afrontamiento empleadas, eficacia de estas y en qué medida se aplicaron correctamente, y qué se podía haber hecho; se da reforzamiento y retroalimentación específica.
- Revisión de las jerarquías de exposición. Acuerdo sobre las actividades para la próxima semana.
- Terapeuta queda con cada cliente para una exposición en vivo asistida.
- Justificación de la exposición interoceptiva y elaboración de jerarquías individualizadas a base de hiperventilación, retención de la respiración, ejercicio, movimientos que producen mareo, etc. Se practica un paso por sesión con aplicación de las estrategias de afrontamiento tras la exposición.
- Entrenamiento en relajación aplicada: Relajación suscitada por señal y relajación diferencial [de pie y a) no activo, b) mínimamente activo, c) claramente activo].
- Actividades entre sesiones: a) Relajación. b) Exposición en vivo, pero comparando la ansiedad y consecuencias anticipadas con las experimentadas. c) Revisión de la jerarquía de exposición. d) Exposición interoceptiva.

Sesión 8

- Se sigue con la exposición en vivo y la exposición interoceptiva.
- Entrenamiento en relajación aplicada: Relajación rápida.
- Actividades entre sesiones: Siguen la pauta de la sesión 7. La relajación rápida se practica 15-20 veces al día.

Sesiones 9-14

- Iguales que la 8, pero sin entrenamiento formal en relajación. La exposición interoceptiva termina por incluir la exposición graduada a situaciones de la vida diaria productoras de las sensaciones temidas (p.ej., tomar baños calientes, hacer ejercicio, beber café, participar en discusiones).

Sesión 15

- Revisión de actividades.
- Presentación del programa de mantenimiento que incluye recordatorio de lo hecho, importancia de mantener y mejorar las habilidades de afrontamiento de la ansiedad, recordatorio de que la ansiedad es una reacción normal, distinción entre contratiempo y recaída, identificación de situaciones de alto riesgo (conflictos, enfermedad) para los contratiempos y discusión de qué hacer en caso de contratiempo.
- Enseñar, explicar y justificar el contrato relativo a la práctica de mantenimiento.
- Evaluación postratamiento.

Sesión 16

- Seguir practicando diariamente durante 6 meses y ampliar la gama de actividades de exposición.
 - Se acuerdan las actividades para la 1^a-2^a semana.
 - Entrega del diario que debe enviarse por correo cada 4 semanas, excepto en las seis primeras que es cada dos. Al recibir el diario, el terapeuta llama al cliente y lo comenta con él.
 - Firma del contrato de mantenimiento relativo a la práctica continuada.
 - Recogida del material de la evaluación postratamiento y despedida.
-

Tabla 12. Programa de tratamiento de la agorafobia propuesto por Bados (2004).

Sesión 1

- Presentaciones y normas de funcionamiento (si tratamiento es en grupo).
- Hiperventilación deliberada durante 2 minutos y discusión de la experiencia.
- Derivación modelo explicativo trastorno: a) Hiperventilación juega un papel o no. b) Reeducción sobre la naturaleza de la ansiedad.
- Justificación y descripción tratamiento: a) Respiración controlada (posibilidad de relajación aplicada). b) Reestructuración cognitiva. c) Exposición en vivo a las situaciones y sensaciones temidas.
- Inducción de expectativas de mejora y aviso de que progreso no será lineal.
- Actividades entre sesiones: a) Diario de Ansiedad y Ataques de Pánico (todas las sesiones). Énfasis en identificar antecedentes. b) Leer "Fisiología y Psicología del Miedo y la Ansiedad". c) Leer hasta "Tratamiento en práctica" del Manual del Paciente.

Sesión 2

- Revisión actividades (todas las sesiones)
- Entrenamiento en respiración controlada. Sentado. Con y sin ayuda de cinta.
- Discusión del Manual del Paciente.
- Justificación e ilustración de la reestructuración cognitiva mediante ejemplos (p.ej., ser llamado por el jefe).
- Actividades entre sesiones: a) Respiración controlada. b) Identificación de pensamientos negativos específicos y de su impacto. c) Leer hasta "Haciendo frente al pánico" del Manual del Paciente.

Sesión 3

- Práctica respiración controlada. De pie.
- Discusión del Manual del Paciente.
- Enseñar cuestionamiento verbal de pensamientos negativos. Examinar las pruebas de un pensamiento: a) Evaluar creencia en pensamiento. b) Obtener y discutir las pruebas favorables a este pensamiento. c) Buscar pruebas contrarias al mismo. d) Identificar anticipaciones o interpretaciones alternativas. e) Buscar la alternativa más probable según las pruebas existentes. f) Evaluar creencia en alternativa seleccionada y en el pensamiento original.
- Actividades entre sesiones: a) Respiración controlada. b) Leer ejemplo de reestructuración y una serie de preguntas guía. c) Reestructurar por escrito uno o más pensamientos seleccionados. d) Leer resto del Manual del Paciente y entregar Manual del Compañero.

Sesión 4

- Practicar respiración controlada tras hiperventilar.
- Reestructurar nuevos pensamientos mediante el examen de las pruebas.
- Actividades entre sesiones: a) Respiración controlada tras hiperventilar y en situaciones cotidianas. b) Leer "Mitos sobre consecuencias de los ataques de pánico". c) Reestructuración de pensamientos.

Sesión 5

- Practicar respiración controlada tras hiperventilar.
 - Reestructuración. Posible desdramatización: Suponer que lo que se piensa es cierto y examinar: a) Qué pasaría realmente. Luego, ver las pruebas de esta nueva cognición. b) Qué se podría hacer. Puede que la desdramatización no sea siempre apropiada. No es lo mismo temer desmayarse o hacer el ridículo que morir o volverse loco.
 - Justificación de la exposición a las situaciones y sensaciones temidas.
 - Actividades entre sesiones: a) Respiración controlada tras hiperventilar y en situaciones cotidianas. b) Reestructuración de pensamientos. c) Pensar dos actividades para comenzar exposición en vivo (EV).
-

(continúa)

Tabla 12. (Continuación)

Sesión 6

- Se discute la conceptualización del problema y tratamiento con el compañero. Se discute cómo el compañero puede ayudar en tratamiento. Esta persona puede acudir al resto de las sesiones. Si es necesario, se ayuda a las parejas en sesiones posteriores a identificar, discutir y cambiar las pautas de interacción que pueden estar manteniendo el trastorno.
- Revisión de las dos actividades de EV y elaboración de nuevas actividades.
- La EV como vía de experimentos conductuales que permiten comparar las consecuencias anticipadas con las realmente experimentadas. Discusión de otras guías básicas para EV (incluyen la integración de la EV con la respiración controlada y la reestructuración cognitiva verbal).
- Actividades entre sesiones: a) Leer folleto sobre guías de EV. b) Comenzar actividades de EV. c) Diario de Exposición (todas las sesiones). d) Elaborar más actividades de EV.

Sesión 7

- Revisión de la EV: a) Ver actividades realizadas y reforzar progresos logrados. b) Revisar aplicación de estrategias de afrontamiento. c) Revisar conclusiones extraídas y reestructurar interpretaciones negativas. d) Buscar soluciones para dificultades encontradas.
- Revisión de la jerarquía de EV. Acordar actividades próxima semana. Terapeuta queda con cada persona y su compañero para una EV asistida.
- Exposición interoceptiva graduada. a) Hiperventilación, retención de respiración, ejercicio, movimientos que marean, altas temperaturas, mirar luces brillantes, palabras apareadas. b) Máximo, un paso por sesión. c) Aguantar 30-60 segundos tras experimentar sensaciones temidas. Aplicación de estrategias de afrontamiento al final. d) Repetir ejercicio hasta que ansiedad sea mínima. e) Aumento progresivo del tiempo de exposición interoceptiva.
- Actividades entre sesiones: a) EV. b) Revisión de la jerarquía de EV. c) Exposición interoceptiva.

Sesiones 8-14

- Se sigue con la EV. Los últimos pasos no deben incluir conductas defensivas ni respiración controlada.
- Se sigue con la exposición interoceptiva. Esta se extiende a situaciones cotidianas productoras de sensaciones temidas (baños calientes, beber café, hacer deporte, etc.).
- Puede integrarse la exposición interoceptiva con la EV a las situaciones temidas.
- Cuando cliente está preparado, se plantea el abandono gradual de medicación.
- Actividades entre sesiones: Siguen la pauta de la sesión 7.

Sesión 15

- Revisión de actividades.
- Preparación para contratiempos: a) Breve revisión de los problemas iniciales, tratamiento seguido y resultados. b) Distinción entre contratiempo, recaída parcial y recaída total. c) Revisión de situaciones de alto riesgo para los contratiempos: estrés laboral y familiar, enfermedades, pérdida de un ser querido, ataques de pánico, etc. d) Estrategias para afrontar los contratiempos y las situaciones de alto riesgo.

Sesión 16

- Explicación y justificación del programa de mantenimiento: a) Practicar diariamente 6 meses más. b) Ampliar la gama de actividades de EV. c) Acordar actividades para 1a-2a semana. d) Entregar el diario a enviar cada 4 semanas (cada 2 durante las seis primeras). e) Al recibir diario, se llama al cliente. e) Compromiso con una persona significativa para seguir con EV. f) Firma del contrato de mantenimiento.
-

REFERENCIAS

- Addis, M.E., Hatgis, C., Krasnow, A.D., Jacob, K., Bourne, L. y Mansfield, A. (2004). Effectiveness of cognitive-behavioral treatment for panic disorder versus treatment as usual in a managed care setting. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 625-635.
- Agras, S. (1989). *Pánico. Cómo superar los miedos, las fobias y la ansiedad*. Barcelona: Labor. (Original de 1985.)
- Alario, S. (1993). *Estudio de casos en terapia del comportamiento* (2ª ed.). Valencia: Promolibro.
- Albert, C.M., Chae, C.U., Rexrode, K.M., Manson, J.E. y Kawachi, I. (2005). Phobic anxiety and risk of coronary heart disease and sudden cardiac death among women. *Circulation*, 111, 480-487.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistic manual of mental disorders* (4ª ed.). Washington: Autor.
- Andrews, G., Creamer, M., Crino, R., Hunt, C., Lampe, L. y Page, A. (2003). *The treatment of anxiety disorders: Clinician guides and patient manuals* (2ª ed.). Cambridge: Cambridge University Press.
- Andrews, G. y Slade, T. (2002). Agoraphobia without a history of panic disorder may be part of the panic disorder syndrome. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190, 624-630.
- Andrews, G., Slade, T. y Peters, L. (1999). Classification in psychiatry: ICD-10 versus DSM-IV. *British Journal of Psychiatry*, 174, 3-5.
- Antony, M.M., Orsillo, S.M. y Roemer, L. (Eds.). (2001). *Practitioner's guide to empirically based measures of anxiety*. Nueva York: Klumer/Plenum.
- Argyle, N., Deltito, J., Allerup, P., Maier, W., Albus, M., Nutzinger, D., Rasmussen, S., Ayuso, J.L. y Bech, P. (1991). The Panic Associated Symptom Scale: Measuring the severity of panic disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83, 20-26.
- Arnou, B.A., Taylor, C.B., Agras, W.S. y Telch, M.J. (1985). Enhancing agoraphobia treatment outcome by changing couple communication patterns. *Behavior Therapy*, 16, 452-467.
- Arntz, A. (2002). Cognitive therapy versus interoceptive exposure as treatment of panic disorder without agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 325-341.
- Arntz, A. y van den Hout, M. (1996). Psychological treatments of panic disorder without agoraphobia: Cognitive therapy versus applied relaxation. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 113-121.
- Arrindell, W.A. (1993). The fear of fear concept: Stability, retest artefact and predictive power. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 139-148.
- Arrindell, W.A., Kolk, A.M., Pickersgill, M.J. y Hageman, W.J.J.M. (1993). Biological sex, sex role orientation, masculine sex role stress, dissimulation and self-reported fears. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 15, 103-146.
- Aschenbrand, S.G., Kendall, P.C., Webb, A., Safford, S.M. y Flannery-Schroeder, E. (2003). Is childhood separation anxiety disorder a predictor of adult panic disorder and agoraphobia? A seven-year longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 1478-1485.
- Bados, A. (1993). Tratamiento en grupo de la agorafobia. En D. Macià, F.X. Méndez y J. Olivares (Eds.), *Intervención psicológica: Programas aplicados de tratamiento* (pp. 81-113). Madrid: Pirámide.
- Bados, A. (1995a). *Agorafobia - I: Naturaleza, etiología y evaluación*. Barcelona: Paidós.
- Bados, A. (1995b). *Agorafobia - II: Tratamientos psicológicos y farmacológicos*. Barcelona: Paidós.
- Bados, A. (2000). *Agorafobia y ataques de pánico*. Madrid: Pirámide.
- Bados, A. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la agorafobia. En M. Pérez, J.R. Fernández, C. Fernández e I. Amigo (Coords.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I: Adultos* (pp. 247-270). Madrid: Pirámide.
- Bados, A. (2005a). Trastorno de pánico y agorafobia. En J.M. Farré y M.A. Fullana (Coords.), *Recomendaciones terapéuticas en terapia cognitivo-conductual* (pp. 35-46). Barcelona: Ars Médica.
- Bados, A. (2005b). *Tratando... Pánico/agorafobia: Manejo de dificultades*. Madrid: Pirámide.
- Bados, A., Burgaya, M., Labrador, C. y Pujol, C. (2001). Agorafobia simple y compleja: Estudio de tres casos. *Psicología Conductual*, 9, 143-167.
- Bakker, A., Anton, J.L.M., van Balkom, M.D., Spinhoven, P., Bart, M.J.W., Blaauw, M.D. y van Dyck, R. (1998). Follow-up on the treatment of panic disorder with and without agoraphobia: A quantitative review. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 414-419.
- Bakker, A., van Balkom, M.D., Anton, J.L.M., y van Dyck, R. (2000). Selective serotonin reuptake inhibitors in the treatment of panic disorder and agoraphobia. *International Clinical Psychopharmacology*, 15 (suppl. 2), S25-S30.
- Bakker, A., Spinhoven, P., van Balkom, A.J.L.M., Vleugel, L. y van Dyck, R. (2000). Cognitive therapy by allocation versus cognitive therapy by preference in the treatment of panic disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69, 240-243.
- Bakker, A., Spinhoven, P., van der Does, A.J.W., van Balkom, A.J.L.M. y van Dyck, R. (2002). Locus de control orientation in panic disorder and the differential effects of treatment. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71, 85-89.
- Bakker, A., van Dyck, R., Spinhoven-P. y van Balkom, A.J.L.M. (1999). Paroxetine, clomipramine, and cognitive therapy in the treatment of panic disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 831-838.
- Bakker, A., van Balkom, A.J.L.M. y Spinhoven, P. (2002). SSRIs vs. TCAs in the treatment of panic disorder: A meta analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 163-167.
- Ballenger, J.C., Davidson, J.R.T., Lecrubier, Y., Nutt, D.J., Baldwin, D.S., den Boer, J.A., Kasper, S. y Shear, M.K. (1998). Consensus statement on panic disorder from the international consensus group on depression and anxiety. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59 (suppl. 8), 47-54.
- Ballester, R. (2005). Tratamiento psicológico en un caso de trastorno de angustia. En J.P. Espada, J. Olivares y F.X. Méndez (Coords.), *Terapia psicológica: Casos prácticos* (pp. 93-112). Madrid: Pirámide.
- Ballester, R. y Botella, C. (1996). Curso clínico y resultados a largo plazo en el tratamiento cognitivo-comportamental del trastorno por angustia con agorafobia. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 1, 49-72.
- Bandura, A., Adams, N.E., Hardy, A.B. y Howells, G.N. (1980). Tests of the generality of self-efficacy theory. *Cognitive*

Therapy and Research, 4, 39-66.

- Barbosa, E., Borda, M. y del Río, C. (2003). Eficacia de la exposición cognitiva y la exposición a las sensaciones interoceptivas en una paciente con trastorno de pánico con agorafobia. *Análisis y Modificación de Conducta*, 29, 739-792.
- Barlow, D.H. (1988). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. Nueva York: Guilford.
- Barlow, D.H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2ª ed.). Nueva York: Guilford.
- Barlow, D.H. y Cerny, J.A. (1988). *Psychological treatment of panic*. Nueva York: Guilford.
- Barlow, D.H. y Craske, M.G. (1989). *Mastery of your anxiety and panic*. Albany, NY: Graywind.
- Barlow, D.H. y Craske, M.G. (1993). *Domine su ansiedad y pánico*. Madrid: Julio Martín editor.
- Barlow, D.H. y Craske, M.G. (1994). *Mastery of your anxiety and panic - II*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Barlow, D.H. y Craske, M.G. (2000). *Mastery of your anxiety and panic - 3rd edition (MAP-3): Client workbook for anxiety and panic*. San Antonio, TX: Graywind Publications/The Psychological Corporation.
- Barlow, D.H., Raffa, S.D. y Cohen, E.M. (2002). Psychosocial treatments for panic disorders, phobias, and generalized anxiety disorder. En P. Nathan y J. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work* (2ª ed., pp. 301-335). Nueva York: Oxford University 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. *Journal of American Medical Association*, 283, 2529-36.
- Barlow, D.H. y Waddell, M.T. (1985). Agoraphobia. En D.H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders* (pp. 1-68). Nueva York: Guilford.
- Beck, A.T., Sokol, L., Clark, D.A., Berchick, R. y Wright, F. (1992). A crossover study of focused cognitive therapy for panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 149, 778-783.
- Beck, J.G. y Zebb, B.J. (1994). Behavioral assessment and treatment of panic disorder: Current status, future directions. *Behavior Therapy*, 25, 581-611.
- Bekker, M.H.J. (1996). Agoraphobia and gender: A review. *Clinical Psychology Review*, 16, 129-146.
- Black, D.W., Wesner, R., Bowers, W. y Gabel, J. (1993). A comparison of fluvoxamine, cognitive therapy, and placebo in the treatment of panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 50, 44-50.
- Bobes, J., González, M.P., Bascarán, M.T. y Ferrando, L. (1998). Instrumentos de evaluación: Escalas de detección, de gravedad y discapacidad y de calidad de vida. En S. Cervera, M. Roca y J. Bobes (Dir.), *Fobia social* (pp. 97-140). Barcelona: Masson.
- Bobes, J., G.-Portilla, M.P., Bascarán, M.T., Sáiz, P.A. y Bousoño, M. (2002). *Banco de instrumentos para la práctica de la psiquiatría clínica*. Barcelona: Ars Médica.
- Borda, M. y Echeburúa, E. (1991). La autoexposición como tratamiento psicológico en un caso de agorafobia. *Análisis y Modificación de Conducta*, 17, 993-1012.
- Botella, C. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno de pánico. En M. Pérez, J.R. Fernández, C. Fernández e I. Amigo (Coords.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I: Adultos* (pp. 287-310). Madrid: Pirámide.
- Botella, C., Baños, R.M. y Perpiñá, C. (Comps.). (2003). *Fobia social*. Barcelona: Paidós.
- Botella, C. y Ballester, R. (1997). *Trastorno de pánico: Evaluación y tratamiento*. Barcelona: Martínez Roca.
- Botella, C. y García-Palacios, A. (1999). The possibility of reducing therapist contact and total length of therapy in the treatment of panic disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 27, 231-247.
- Botella, C., Villa, H., García-Palacios, A., Quero, S., Baños, R.M. y Alcañiz, M. (2004). The use of VR in the treatment of panic disorders and agoraphobia. En G. Riva, C. Botella, P. Légeron y G. Optale (Eds.), *Internet and virtual reality as assessment and rehabilitation tools for clinical psychology and neuroscience*. Amsterdam: IOS Press.
- Bouchard, S., Gauthier, J., Laberge, B., French, D., Pelletier, M.-H. y Godbout, C. (1996). Exposure versus cognitive restructuring in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 213-224.
- Bouchard, S., Paquin, B., Payeur, R., Allard, M., Rivard, V., Fournier, T., Renaud, P. y Lapierre, J. (2004). Delivering cognitive-behavior therapy for panic disorder with agoraphobia in videoconference. *Telemedicine Journal and E-Health*, 10, 1000-1007.
- Bouchard, S., Payeur, R., Rivard, V., Allard, M., Paquin, B., Renaud, P. y Goyer, L. (2000). Cognitive behavior therapy for panic disorder with agoraphobia in videoconference: Preliminary results. *CyberPsychology and Behavior*, 3, 999-1007.
- Boyer, W. (1995). Serotonin uptake inhibitors are superior to imipramine and alprazolam in alleviating panic attacks: A meta-analysis. *International Clinical Psychopharmacology*, 10, 45-49.
- Brown, G.K., Beck, A.T., Newman, C.F., Beck, J.S. y Tran, G.Q. (1997). A comparison of focused and standard cognitive therapy for panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 329-345.
- Brown, T.A., Antony, M.M. y Barlow, D.H. (1995). Diagnostic comorbidity in panic disorder: Effect on treatment outcome and course of comorbid diagnoses following treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 408-418.
- Brown, T.A. y Barlow, D.H. (1995). Long-term outcome in cognitive-behavioral treatment of panic disorder: Clinical predictors and alternative strategies for assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 754-765.
- Brown, T.A. y Barlow, D.H. (1997). *Casebook in abnormal psychology*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Brown, T.A., Campbell, L.A., Lehman, C.L., Grisham, J.R. y Mancill, R.B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 585-599.
- Brown, T.A., DiNardo, P.A. y Barlow, D.H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Adult and Lifetime version*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Bruce, T.J., Spiegel, D.A. y Hegel, M.T. (1999). Cognitive-behavioral therapy helps prevent relapse and recurrence of panic disorder following alprazolam discontinuation: a long-term follow-up of the Peoria and Dartmouth studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 151-156.
- Buceta, J.M. (1990). Agorafobia. En M.A. Vallejjo, E.G. Fernández Abascal y F.J. Labrador (Eds.), *Modificación de conduc-*

- ta: *Análisis de casos* (pp. 88-116). Madrid: TEA.
- Bueno, A.M. y Buceta, J.M. (1998). Agorafobia y trastorno de pánico. En Vallejo, M.A. (Ed.), *Manual de terapia de conducta*, (Vol I, pp. 307-361). Madrid: Dykinson.
- Burke, M., Drummond, L.M. y Johnston, D.W. (1997). Treatment choice for agoraphobic women: Exposure or cognitive-behaviour therapy? *British Journal of Clinical Psychology*, 36, 409-420.
- Cacioppo, J.T. y Petty, R.E. (1981). Social psychological procedures for cognitive response assessment: The thought-listing technique. En T.V. Merluzzi, C.R. Glass y M. Genest (Eds.), *Cognitive assessment* (pp. 309-342). Nueva York: Guilford.
- Carlbring, P., Ekselius, L. y Andersson, G. (2003). Treatment of panic disorder via the Internet: A randomized trial of CBT vs. applied relaxation. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 34, 129-140.
- Carlbring, P., Nilsson-Ihrfelt, E., Waara, J., Kollenstam, C., Buhrman, M., Kaldo, V., Söderberg, M., Ekselius, L. y Andersson, G. (2005). Treatment of panic disorder: live therapy vs. self-help via the Internet. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1321-1333.
- Carlbring, P., Westling, B.E., Ljungstrand, P., Ekselius, L. y Andersson, G. (2001). Treatment of panic disorder via the Internet: A randomized trial of a self-help program. *Behavior Therapy*, 32, 751-764.
- Carrascoso, F.J. (1999). Terapia de aceptación y compromiso (ACT) en el tratamiento de angustia con agorafobia: Un estudio de caso. *Psicothema*, 11, 1-12.
- Carter, M.M., Sbrocco, T., Gore, K.L., Marin, N.W. y Lewis, E.L. (2003). Cognitive-behavioral group therapy versus a wait-list control in the treatment of African American women with panic disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 505-518.
- Carter, M.M., Turovsky, J. y Barlow, D.H. (1994). Interpersonal relationships in panic disorder with agoraphobia: A review of empirical evidence. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 1, 25-34.
- Cerny, J.A., Barlow, D.H., Craske, M.G. y Himadi, W.G. (1987). Couples treatment of agoraphobia: A two-year follow-up. *Behavior Therapy*, 18, 401-415.
- Chambless, D.L. (1985). The relationship of severity of agoraphobia to associated psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 305-310.
- Chambless, D.L. (1989). Gender and phobias. En P.M.G. Emmelkamp, W.T.A.M. Everaerd, F. Kraaimaat y M.J.M. van Son (Eds.), *Fresh perspectives on anxiety disorders* (pp. 133-141). Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Chambless, D.L. (1990). Spacing of exposure sessions in treatment of agoraphobia and simple phobia. *Behavior Therapy*, 21, 217-229.
- Chambless, D.L., Caputo, C., Bright, P. y Gallagher, R. (1984). Assessment of fear of fear in agoraphobics: The Body Sensations Questionnaire and the Agoraphobic Cognitions Questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 1090-1097.
- Chambless, D.L., Caputo, G.C., Jasin, S.E., Gracely, E.J. y Williams, C. (1985). The Mobility Inventory for Agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 35-44.
- Chambless, D.L., Fauerbach, J.A., Floyd, F.J., Wilson, K.A., Remen, A.L. y Rennenberg, B. (2002). Marital interaction of agoraphobic women: A controlled, behavioral observation study. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 502-512.
- Chambless, D.L., Foa, E.B., Groves, G.A. y Goldstein, A.J. (1982). Exposure and communication training in the treatment of agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 20, 219-231.
- Chambless, D.L. y Gillis, M.M. (1993). Cognitive therapy of anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 248-260.
- Chambless, D.L. y Hollon, S.D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 7-18.
- Chambless, D.L. y Steketee, G. (1999). Expressed emotion and behavior therapy outcome: a prospective study with obsessive-compulsive and agoraphobic outpatients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 658-665.
- Chermen, L. y Friedman, S. (1993). Treating the personality disordered agoraphobic patient with individual and marital therapy: A multiple replication study. *Journal of Anxiety Disorders*, 7, 163-177.
- Choi, Y., Vincelli, F., Riva, G., Wiederhold, B.K., Lee, J. y Park, K. (2005). Effects of group experiential cognitive therapy for the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Cyberpsychology & Behavior*, 8, 387-393.
- Clark, D.M. (1989). Anxiety states: Panic and generalized anxiety. En K. Hawton, P.M. Salkovskis, J. Kirk y D.M. Clark (Eds.), *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide* (pp. 52-96). Oxford: Oxford University Press.
- Clark, D.M. (1999). Anxiety disorders: why they persist and how to treat them. *Behaviour Research and Therapy*, 37 (suppl.), S3-S27.
- Clark, D.C. y Salkovskis, P.M. (1987). *Cognitive treatment for panic attacks: Therapist's manual*. Oxford: Autor.
- Clark, D.C., Salkovskis, P.M., Hackmann, A., Wells, A., Ludgate, J. y Gelder, M. (1999). Brief cognitive therapy for panic disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 583-589.
- Clum, G.A. (1989). Psychological interventions vs. drugs in the treatment of panic. *Behavior Therapy*, 20, 429-457.
- Clum, G.A., Broyles, S., Borden, J. y Watkins, P.L. (1990). Validity and reliability of the panic attack symptoms and cognitions questionnaires. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 12, 233-245.
- Clum, G.A., Clum, G.A., y Surls, R. (1993). A meta-analysis of treatments for panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 317-326.
- Comeche, M.I., Díaz, M.I. y Vallejo, M.A. (1995). *Cuestionarios, inventarios y escalas: Ansiedad, depresión, habilidades sociales*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Corcoran, K. y Fischer, J. (2000). Measures for clinical practice: A source book. Volume II: Adults (3ª edición). Nueva York: Free Press.
- Côté, G. y Barlow, D.H. (1993). Effective psychological treatment of panic disorder. En T.R. Giles (Ed), *Handbook of effective*

- tive psychotherapy (pp. 151-169). Nueva York: Plenum.
- Côté, G., Gauthier, J.G., Laberge, B., Cormier, H.J. y Plamondon, J. (1994). Reduced therapist contact in the cognitive behavioral treatment of panic disorder. *Behavior Therapy*, 25, 123-145.
- Cottraux, J., Note, I.D., Cungi, C., Legeron, P., Helm, F., Chneiweiss, L., Bernard, G. y Bouvard, M. (1995). A controlled study of cognitive behaviour therapy with buspirone or placebo in panic disorder with agoraphobia. *British Journal of Psychiatry*, 167, 635-641.
- Cox, B.J., Endler, N.S., Lee, P.S. y Swinson, R.P. (1992). A meta-analysis of treatments for panic disorder with agoraphobia: Imipramine, alprazolam, and in vivo exposure. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 23, 175-182.
- Cox, B.J., Fergus, K.D. y Swinson, R.P. (1994). Patient satisfaction with behavioral treatments for panic disorder with agoraphobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 8, 193-206.
- Craske, M.G. (1991). Phobic fear and panic attacks: The same emotional states triggered by different cues? *Clinical Psychology Review*, 11, 599-620.
- Craske, M.G. y Barlow, D.H. (1993). Panic disorder and agoraphobia. En D.H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders* (2ª ed., pp. 1-47). Nueva York: Guilford.
- Craske, M.G. y Barlow, D.H. (2000). *Mastery of your anxiety and panic – 3rd edition (MAP-3): Client workbook for agoraphobia*. San Antonio, TX: Graywind Publications/The Psychological Corporation.
- Craske, M.G. y Barlow, D.H. (2001). Panic disorder and agoraphobia. En D.H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (3ª ed., pp. 1-59). Nueva York: Guilford.
- Craske, M.G., Barlow, D.H. y Meadows, E. (2000). *Mastery of your anxiety and panic – 3rd edition (MAP-3): Therapist guide for anxiety, panic, and agoraphobia*. San Antonio, TX: Graywind Publications/The Psychological Corporation.
- Craske, M.G., DeCola, J.P., Sachs, A.D. y Pontillo, D.C. (2003). Panic control treatment for agoraphobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 17, 321-333.
- Craske, M.G., Lang, A.J., Tsao, J.C.I., Mystkowski, J.L. y Rowe, M.K. (2001). Reactivity to interoceptive cues in nocturnal panic. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 32, 173-190.
- Craske, M.G., Lang, A.J., Aikins, D. y Mystkowski, J.L. (2005). Cognitive behavioral therapy for nocturnal panic. *Behavior Therapy*, 36, 43-54.
- Craske, M.G. y Lewin, M.R. (1997). Trastorno por pánico. En V.E. Caballo (Dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (Vol. 1, pp. 113-136). Madrid: Siglo XXI.
- Craske, M.G., Maidenberg, E. y Bystritsky, A. (1995). Brief cognitive-behavioral versus non-directive therapy for panic disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 26, 113-120.
- Craske, M.G., Poulton, R., Tsao, J.C.I. y Plotkin, D.C. (2001). Paths to panic disorder (agoraphobia): An exploratory analysis from age 3 to 21 in an unselected birth cohort. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 556-563.
- Craske, M.G. y Rodríguez, B.I. (1994). Behavioral treatment of panic disorders and agoraphobia. En M.Hersen, R. Eisler y P. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification* (Vol. 29, pp. 1-26). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Craske, M.G., Rowe, M., Lewin, M. y Noriega-Dimitri, R. (1997). Interoceptive exposure versus breathing retraining within cognitive-behavioral therapy for panic disorder with agoraphobia. *British Journal of Clinical Psychology*, 36, 85-99.
- Craske, M.G., Roy-Byrne, P., Stein, M.B., Donald-Sherbourne, C., Bystritsky, A., Katon, W. y Sullivan, G. (2002). Treating panic disorder in primary care: A collaborative care intervention. *General Hospital Psychiatry*, 24, 148-155.
- Craske, M.G., Street, L. y Barlow, D.H. (1989). Instructions to focus upon or distract from internal cues during exposure treatment of agoraphobic avoidance. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 663-672.
- Craske, M.G. y Tsao, J.C.I. (1999). Self-monitoring with panic and anxiety disorders. *Psychological Assessment*, 11, 466-479.
- Craske, M.G. y Zucker, B.G. (2001). Consideration of the APA practice guideline for the treatment of patients with panic disorder: Strengths and limitations for behavior therapy. *Behavior Therapy*, 32, 259-281.
- Daiuto, A.D., Baucom, D.H., Epstein, N. y Dutton, S.S. (1998). The application of behavioral couples therapy to the assessment and treatment of agoraphobia: implications of empirical research. *Clinical Psychology Review*, 18, 663-687.
- Deakin, H.G. (1989). The treatment of agoraphobia by nurse therapists: Practice and training. En K. Gournay (Ed.), *Agoraphobia: Current perspectives on theory and treatment* (pp. 140-191). Londres: Routledge.
- de Beurs, E., Chambless, D.L. y Goldstein, A.J. (1997). Measurement of panic disorder by a modified panic diary. *Depression and Anxiety*, 6, 133-139.
- de Beurs, E., Lange, A., Blonk, R., Koele, P., van Balkom, A. y van Dyck, R. (1993). Goal attainment scaling: An idiosyncratic method to assess treatment effectiveness in agoraphobia. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 15, 357-373.
- de Beurs, E., Lange, A., van Dyck, R., Blonk, R. y Koele, P. (1991). Behavioral assessment of avoidance in agoraphobia. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 13, 285-300.
- de Beurs, E., van Balkom, A., Lange, A., Koele, P. y van Dyck, R. (1995). Treatment of panic disorder with agoraphobia: Comparison of fluvoxamine, placebo, and psychological panic management combined with exposure and of exposure in vivo alone. *American Journal of Psychiatry*, 152, 683-691.
- de Beurs, E., van Balkom, A.J., van Dyck, R. y Lange, A. (1999). Long-term outcome of pharmacological and psychological treatment for panic disorder with agoraphobia: a 2-year naturalistic follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 99, 59-67.
- de Beurs, E., van Dyck, R., van Balkom, A., Lange, A. y Koele, P. (1994). Assessing the clinical significance of outcome in agoraphobia research: A comparison of two approaches. *Behavior Therapy*, 25, 147-158.
- den Boer, J.A. (1998). Pharmacotherapy of panic disorder: Differential efficacy from a clinical viewpoint. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59 (suppl. 8), 30-36.

- Dreessen, L. y Arntz, A. (1998). The impact of personality disorders on treatment outcome of anxiety disorders: Best-evidence synthesis. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 483-504.
- Eaton, W.W., Kessler, R.C., Wittchen, H.U. y Magee, W.J. (1994). Panic and panic disorder in the United States. *American Journal of Psychiatry*, 151, 413-420.
- Echeburúa, E. (1993). *Evaluación y tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Echeburúa, E. (1995). *Evaluación y tratamiento de la fobia social*. Barcelona: Martínez Roca.
- Echeburúa, E. y de Corral, P. (1992). *La agorafobia. Nuevas perspectivas de evaluación y tratamiento*. Valencia: Promolibro.
- Echeburúa, E. y de Corral, P. (1995). Técnicas de exposición: Variantes y aplicaciones. En F.J. Labrador, J.A. Cruzado y M. Muñoz (Eds.), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta* (pp. 422-456). Madrid: Pirámide.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1997). Tratamiento psicológico de la agorafobia. En V.E. Caballo (Dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (Vol. 1, pp. 89-112). Madrid: Siglo XXI.
- Echeburúa, E., de Corral, P. y Fernández-Montalvo, J. (2000). Escala de Inadaptación (EI): Propiedades psicométricas en contextos clínicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26, 325-340.
- Echeburúa, E., de Corral, P., García Bajos, E., Páez, D. y Borda, M. (1992). Un nuevo inventario de agorafobia (IA). *Análisis y Modificación de Conducta*, 18, 101-123.
- Ehlers, A. (1995). A 1-year prospective study of panic attacks: Clinical course and factors associated with maintenance. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 164-172.
- Elsenga, S., Enmelkamp, P. M. G. (1990). Behavioural treatment of an incest-related trauma in an agoraphobic client. *Journal of Anxiety Disorders*, 4, 151-162.
- Emmelkamp, P.M.G. y Gerslma, C. (1994). Marital functioning and the anxiety disorders. *Behavior Therapy*, 25, 407-429.
- Erickson, D.H. (2003). Group cognitive behavioural therapy for heterogeneous anxiety disorders. *Cognitive Behaviour Therapy*, 32, 179-186.
- ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: Results from the ESEMeD European Study of Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109 (suppl. 420), 21-27.
- Fava, G.A., Rafanelli, C., Grandi, S., Conti, S., Ruini, C., Mangelli, L. y Belluardo, P. (2001). Long-term outcome of panic disorder with agoraphobia treated by exposure. *Psychological Medicine*, 31, 891-898.
- Fava, G.A., Savron, G., Zielezny, M., Grandi, S., Rafanelli, C. y Conti, S. (1997). Overcoming resistance to exposure in panic disorder with agoraphobia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95, 306-12.
- Febbraro, G.A.R., Clum, G.A., Roodman, A.A. y Wright, J.H. (1999). The limits of bibliotherapy: A study of the differential effectiveness of self-administered interventions in individuals with panic attacks. *Behavior Therapy*, 30, 209-222.
- Ferro, R., Fernández, A. y Vives, M. C. (1991). Tratamiento conductual de un caso de agorafobia con ataques de pánico. *Análisis y Modificación de Conducta*, 17, 827-838.
- Feske, U. y de Beurs, E. (1997). The Panic Appraisal Inventory: Psychometric properties. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 875-882.
- Feske, U. y Goldstein, A.J. (1997). Eye movement desensitization and reprocessing treatment for panic disorder: A controlled outcome and partial dismantling study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 1026-1035.
- Fiegenbaum, W. (1988). Long-term efficacy of ungraded versus graded massed exposure in agoraphobics. En I. Hand y H.U. Wittchen (Eds.), *Panic and phobias 2* (pp. 83-88). Berlin: Springer-Verlag.
- Fleet, R.P. y Beitman, B.D. (1998). Cardiovascular death from panic disorder and panic, like anxiety: A critical review of the literature. *Journal of Psychosomatic Research*, 44, 71-80.
- Friedman, S., Smit, L., Fogel, D., Paradis, C., Viswanathan, R., Ackerman, R. y Trappler, B. (2002). The incidence and influence of early traumatic events in patients with panic disorder: A comparison with other psychiatric outpatients. *Journal of Anxiety Disorders*, 16, 259-272.
- García-Palacios, A., Botella, C., Robert, C., Baños, R., Perpiñá, C., Quero, S. y Ballester, R. (2002). Clinical utility of cognitive-behavioural treatment for panic disorder. Results obtained in different settings: A research centre and a public mental health care unit. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9, 373-383.
- Gardenswartz, C.A. y Craske, M.G. (2001). Prevention of panic disorder. *Behavior Therapy*, 32, 725-737.
- Garssen, B., Buikhuisen, M. y van Dyck, R. (1996). Hyperventilation and panic attacks. *American Journal of Psychiatry*, 153, 513-518.
- Genest, M. y Turk, D.C. (1981). Think-aloud approaches to cognitive assessment. En T.V. Merluzzi, C.R. Glass y M. Genest (Eds.), *Cognitive assessment* (pp. 233-269). Nueva York: Guilford.
- Goddard, A.W., Brouette, T., Almai, A., Jetty, P., Woods, S.W. y Charney, D. (2001). Early coadministration of clonazepam with sertraline for panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 58, 681-686.
- Goldstein, A.J., de Beurs, E., Chambless, D.L. y Wilson, K.A. (2000). EMDR for panic disorder with agoraphobia: Comparison with waiting list and credible attention-placebo control conditions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 947-956.
- Goodwin, R.D., Faravelli, C., Rosi, S., Cosci, S., Truglia, E., de Graaf, R. y Wittchen, H.U. (2005). The epidemiology of panic disorder and agoraphobia in Europe. *European Neuropsychopharmacology* 15, 435-443.
- Gorman, J.M. (1997). The use of newer antidepressants for panic disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58 (suppl. 14), 54-58.
- Gould, R.A. y Clum, G.A. (1995). Self-help plus minimal therapist contact in the treatment of panic disorder: A replication and extension. *Behavior Therapy*, 26, 533-546.
- 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.

- Greenberg, R.L. (1989). Panic disorder and agoraphobia. En J. Scott, M.G. Williams y A.T. Beck (Eds.), *Cognitive therapy in clinical practice: An illustrative casebook* (pp. 25-49). Londres: Routledge.
- Hahlweg, K., Fiegenbaum, W., Frank, M., Schroeder, B. y von Witzleben, I. (2001). Short- and long-term effectiveness of an empirically supported treatment for agoraphobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 375-382.
- Hayward, C., Killen, J.D. y Taylor, C.B. (2003). The relationship between agoraphobia symptoms and panic disorder in a non-clinical sample of adolescents. *Psychological Medicine, 33*, 733-738.
- Hecker, J.E., Fink, C.M., Vogeltanz, N.D., Thorpe, G.L. y Sigmon, S.T. (1998). Cognitive restructuring and interoceptive exposure in the treatment of panic disorder: A crossover study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 26*, 115-131.
- Hecker, J.E., Losee, M.C., Fritzler, B.K. y Fink, C.M. (1996). Self-directed versus therapist-directed cognitive behavioral treatment for panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 10*, 253-265.
- Hecker, J.E., Losee, M.C., Roberson-Nay, R. y Maki, K. (2004). *Mastery of your Anxiety and Panic* and brief therapist contact in the treatment of panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 18*, 111-126.
- Hecker, J.E. y Thorpe, G.L. (1992). *Agoraphobia and panic: A guide to psychological treatment*. Needham, MA: Allyn & Bacon.
- Hedlund, M.A. y Chambless, D.L. (1990). Sex differences and menstrual cycle effects in aversive conditioning: A comparison of premenstrual and intermenstrual women with men. *Journal of Anxiety Disorders, 4*, 221-231.
- Hegel, M.T., Ravaris, C.L. y Ahles, T.A. (1994). Combined cognitive-behavioral and time-limited alprazolam treatment of panic disorder. *Behavior Therapy, 25*, 183-195.
- Hersen, M. y Last, C.G. (Eds.). (1993). *Manual de casos de terapia de conducta*. Bilbao: Desclée de Brouwer. (Original de 1988.)
- Hettema, J.M., Neale, M.C. y Kendler, K.S. (2001). A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry, 158*, 1568-1578.
- Heuzenroeder, L., Donnelly, M., Haby, M.M., Mihalopoulos, C., Rossell, R., Carter, R., Andrews, G. y Vos, T. (2004). Cost-effectiveness of psychological and pharmacological interventions for generalized anxiety disorder and panic disorder. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 38*, 602-612.
- Himadi, W.G., Boice, R. y Barlow, D.H. (1986). Assessment of agoraphobia - II: Measurement of clinical change. *Behaviour Research and Therapy, 24*, 321-332.
- Hoffart, A. (1993). Cognitive treatments of agoraphobia: A critical evaluation of theoretical basis and outcome evidence. *Journal of Anxiety Disorders, 7*, 75-91.
- Hoffart, A. (1995). A comparison of cognitive therapy and guided mastery therapy of agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy, 33*, 423-434.
- Hollifield, M., Katon, W., Skipper, B., Chapman, T., Ballenger, J.C., Mannuzza, S. y Fyer, A.J. (1997). Panic disorder and quality of life: Variables predictive of functional impairment. *American Journal of Psychiatry, 154*, 766-772.
- Hunt, C. y Andrews, G. (1998). Long-term outcome of panic disorder and social phobia. *Journal of Anxiety Disorders, 12*, 395-406.
- Huppert, J.D. y Baker-Morrisette, S.L. (2003). Beyond the manual: The insider's guide to panic control treatment. *Cognitive and Behavioral Practice, 10*, 2-13.
- Ito, L.M., de Araujo, L.A., Tess, V.L.C., de Barros-Neto, T.P., Asbahr, F.R. y Marks, I. (2001). Self-exposure therapy for panic disorder with agoraphobia: randomised controlled study of external v. interoceptive self-exposure. *British Journal of Psychiatry, 178*, 331-336.
- Ito, L.M., Noshirvani, H., Basoglu, M. y Marks, I.M. (1996). Does exposure to internal cues enhance exposure to external cues in agoraphobia with panic? A pilot controlled study of self-exposure. *Psychotherapy and Psychosomatics, 65*, 24-28.
- Jacob, R.G. y Lilienfeld, S.O. (1991). Panic disorder: Diagnosis, medical assessment, and psychological assessment. En J.R. Walker, G.R. Norton y C.A. Ross (Eds.), *Panic disorder and agoraphobia* (pp. 16-102). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Jacob, R.G. y Rappaport, M.D. (1984). Panic disorder: Medical and psychological parameters. En S.M. Turner (Eds.), *Behavioral theories and treatment of anxiety* (pp. 187-237). Nueva York: Plenum Press.
- Jacobson, N.S. y Revenstorf, D. (1988). Statistics for assessing the clinical significance of psychotherapy techniques: Issues, problems, and new developments. *Behavioral Assessment, 10*, 133-145.
- Jacobson, N.S. y Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 12-19.
- Jacobson, N.S., Wilson, L. y Tupper, C. (1988). The clinical significance of treatment gains resulting from exposure-based interventions for agoraphobia: A reanalysis of outcome data. *Behavior Therapy, 19*, 539-554.
- Johnston, D.G., Troyer, I.E., Whitsett, S.F. y Dalby, J.T. (1995). Clomipramine treatment and behaviour therapy with agoraphobic women. *Canadian Journal of Psychiatry, 40*, 192-199.
- Kamphuis, J.H. y Telch, M.J. (1998). Assessment of strategies to manage or avoid perceived threats among panic disorder patients: The Texas Safety Maneuver Scale (TSMS). *Clinical Psychology and Psychotherapy, 5*, 177-186.
- Kampman, Keijsers, G.P.J., Hoogduin, C.A.L. y Hendriks, G-J. (2002). A randomized, double-blind, placebo-controlled study of the effects of adjunctive paroxetine in panic disorder patients unsuccessfully treated with cognitive-behavioral therapy alone. *Journal of Cognitive Psychiatry, 63*, 772-777.
- Kawachi, I., Sparrow, D., Vokonas, P.S. y Weiss, S.T. (1994). Coronary heart disease/myocardial infarction: Symptoms of anxiety and risk of coronary heart disease: The Normative Aging Study. *Circulation, 90*, 2225-2229.
- Keijsers, G.P.J., Hoogduin, C.A.L. y Schaap, C.P.D.R. (1994). Prognostic factors in the behavioral treatment of panic disorder with and without agoraphobia. *Behavior Therapy, 25*, 689-708.
- Keijsers, G.P.J., Kampman, M. y Hoogduin, C.A.L. (2001). Dropout prediction in cognitive behavior therapy for panic disorder. *Behavior Therapy, 32*, 739-749.

- Kenardy, J., Dow, M.G., Johnston, D.W., Newman, M.G., Thomson, A. y Taylor, C.B. (2003). A comparison of delivery of cognitive-behavioral therapy for panic disorder: An international multicenter trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 1068-1075.
- Kenardy, J., McCafferty, K. y Rosa, V. (2003). Internet-delivered indicated prevention for anxiety disorders: A randomized controlled trial. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 31*, 279-289.
- Kenardy, J., Robinson, S. y Dob, R. (2005). Cognitive behaviour therapy for panic disorder: Long-term follow-up. *Cognitive Behaviour Therapy, 34*, 75-78.
- Kendall, P.C. y Hollon, S.D. (1981). Assessing self-referent speech: Methods in the measurement of self-statements. En P.C. Kendall y S.D. Hollon (Eds.), *Assessment strategies for cognitive-behavioral interventions* (pp. 85-118). Nueva York: Academic Press.
- Kendler, K.S., Karkowski, L.M. y Prescott, C.A. (1999). Fears and phobias: Reliability and heredability. *Psychological Medicine, 29*, 539-553.
- Kenwright, M., Liness, S. y Marks, I. (2001). Reducing demands on clinicians by offering computer-aided self-help for phobia/panic: Feasibility study. *British Journal of Psychiatry, 179*, 456-459.
- Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, S., Nelson, C.B., Hughes, M., Eshelman, S., Wittchen, H-U. y Kendler, K.S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry, 51*, 8-19.
- Khawaja, N.G. y Oei, T.P.S. (1998). Catastrophic cognitions in panic disorder with and without agoraphobia. *Clinical Psychology Review, 18*, 341-365.
- Khawaja, N.G., Oei, T.P.S. y Baglioni, A.J. (1994). Modification of the Catastrophic Cognition Questionnaire (CCQ-M) for normals ans patients: Exploratory and LISREL analysis. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 16*, 325-342.
- Klein, B. y Richards, C. (2001). A brief internet-based treatment for panic disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 29*, 113-117.
- Klein, D.F. y Klein, H.M. (1989). The definition and psychopharmacology of spontaneous panic and phobia. En P. Tyrer (Ed.), *Psychopharmacology of anxiety* (pp. 135-162). Oxford: Oxford University Press.
- Korn, M.L., Plutchik, R. y van Praag, H.M. (1997). Panic-associated suicidal and aggressive ideation and behavior. *Journal of Psychiatry Research, 31*, 481-487.
- Krijn, M., Emmelkamp, P.M.G., Olafsson, R.P. y Biemond, R. (2004). Virtual reality exposure therapy of anxiety disorders: A review. *Clinical Psychology Review, 24*, 259-281.
- Kushner, M.G. y Beitman, B.D. (1990). Panic attacks without fear: An overview. *Behaviour Research and Therapy, 28*, 469-479.
- Lesser, I.M. y Rubin, R.T. (1986). Diagnostic considerations in panic disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 47*, 4-10.
- Lidren, D.M., Watkins, P.L., Gould, R.A., Clum, G.A., Asterino, M. y Tulloch, H.L. (1994). A comparison of bibliotherapy and group therapy in the treatment of panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*, 865-869.
- Liebowitz, M.R. (1987). Social phobia. *Modern Problems of Pharmacopsychiatry, 22*, 141-173.
- Loerch, B., Graf-Morgenstern, M., Hautzinger, M., Schlegel, S., Hain, C., Sandmann, J. y Benkert, O. (1999). Randomised placebo-controlled trial of moclobemide, cognitive-behavioural therapy and their combination in panic disorder with agoraphobia. *British Journal of Psychiatry, 174*, 205-12.
- Magee, W.J., Eaton, W.W., Wittchen, H-U., McGonagle, K.A. y Kessler, R.C. (1996). Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry, 53*, 159-168.
- Margraf, J., Barlow, D.H., Clark, D.M. y Telch, M.J. (1993). Psychological treatment of panic: Work in progress on outcome, active ingredients, and follow-up. *Behaviour Research and Therapy, 31*, 1-8.
- Marks, I.M. (1986). *Behavioral psychotherapy: Maudsley pocket book of clinical management*. Bristol: Wright.
- Marks, I.M. (1987). *Fears, phobias and rituals*. Nueva York: Oxford University Press.
- Marks, I.M. (1992). Tratamiento de exposición en la agorafobia y el pánico. En E. Echeburúa (Ed.), *Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad* (pp 35-55). Madrid: Pirámide.
- Marks, I.M., Kenwright, M., McDonough, M., Whittaker, M. y Mataix-Cols, D. (2004). Saving clinicians' time by delegating routine aspects of therapy to a computer: A randomized controlled trial in phobia/panic disorder. *Psychological Medicine, 34*, 9-17.
- Marks, I.M. y Mathews, A.M. (1979). Brief standard self-rating scale for phobic patients. *Behaviour Research and Therapy, 17*, 263-267.
- Marks, I.M. y O'Sullivan, G. (1992). Psicofármacos y tratamientos psicológicos en la agorafobia/pánico y en los trastornos obsesivo-compulsivos. En E. Echeburúa (Ed.), *Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad* (pp 97-114). Madrid: Pirámide.
- Marks, I.M., Swinson, R.P., Basoglu, M., Kuch, K., Noshirvani, H., O'Sullivan, G., Lelliot, P.T., Kirby, M., McNamee, G., Sengun, S. y Wickwire, K. (1993). Alprazolam and exposure alone and combined in panic disorder with agoraphobia: A controlled study in London and Toronto. *British Journal of Psychiatry, 162*, 776-787.
- Martinsen, E.W., Olsen, T., Tonset, E., Nyland, K.E. y Aarre, T.F. (1998). Cognitive-behavioral group therapy for panic disorder in the general clinical setting: A naturalistic study with 1-year follow-up. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 59*, 437-442.
- Mathews, A.M., Gelder, M.G. y Johnston, D.W. (1981). *Agoraphobia: Nature and treatment*. Nueva York: Guilford.
- Mathews, A.M., Gelder, M.G. y Jonhston, D.W. (1985). *Agorafobia: naturaleza y tratamiento*. Barcelona: Fontanella. (Original de 1981.)
- Mattick, R.P., Andrews, G., Hadzi-Pavlovic, D. y Christensen, H. (1990). Treatment of panic and agoraphobia: An integrative review. *Journal of Nervous and Mental Disease, 178*, 567-576.
- McNally, R.J. (1994). *Panic disorder: A critical analysis*. Nueva York: Guilford.

- McNally, R.J. (1996). Nuevos desarrollos en el tratamiento del trastorno de pánico. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 1, 91-103.
- Méndez, F.X. y Macià, D. (1994). Evaluación de los problemas de ansiedad. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.), *Evaluación conductual hoy* (pp. 426-483). Madrid: Pirámide.
- Mennin, D.S. y Heimberg, R.G. (2000). The impact of comorbid mood and personality disorders in the cognitive-behavioral treatment of panic disorder. *Clinical Psychology Review*, 20, 339-57.
- Meuret, A.E., Wilhelm, F.H., Ritz, T. y Roth, W.T. (2003). Breathing tetra- training for treating panic disorder : Useful intervention or impediment ? *Behavior Modification*, 27, 731-754.
- Michelson, L., June, K., Vives, A. , M. Testa, S. y Marchione, N. (1998). The role of trauma and dissociation in cognitive-behavioral psychotherapy outcome and maintenance for panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 1011-1050.
- Michelson, L. y Marchione, K. (1991). Behavioral, cognitive and pharmacological treatments of panic disorder with agoraphobia. Critique and synthesis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 100-114.
- Michelson, L., Marchione, K.E., Greenwald, M. Testa, S. y Marchione, N.J. (1996). A comparative outcome and follow-up investigation of panic disorder with agoraphobia: The relative and combined efficacy of cognitive therapy, relaxation training, and therapist-assisted exposure. *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 297-330.
- Michelson, L., Mavissakalian, M. y Marchione, K. (1988). Cognitive, behavioral, and psychophysiological treatments of agoraphobia: A comparative outcome investigation. *Behavior Therapy*, 19, 97-120.
- Michelson, L., Mavissakalian, M., Marchione, K., Dancu, C. y Greenwald, M. (1986). The role of self-directed in vivo exposure in cognitive, behavioral, and psychophysiological treatments of agoraphobia. *Behavior Therapy*, 17, 91-108.
- Mitte, K. (2005). A meta-analysis of the efficacy of psycho- and pharmacotherapy in panic disorder with and without agoraphobia. *Journal of Affective Disorders*, 88, 27-45.
- Muñoz, M., Roa, A., Pérez, E., Santos-Olmo, A.B. y de Vicente, A. (2002). *Instrumentos de evaluación en salud mental*. Madrid: Pirámide.
- Muris, P. (2002). An expanded childhood anxiety sensitivity index: Its factor structure, reliability, and validity in a non-clinical adolescent sample. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 299-311.
- Murphy, M.T., Michelson, L.K., Marchione, K., Marchione, N. y Testa, S. (1998). The role of self-directed in vivo exposure in combination with cognitive therapy, relaxation training, or therapist-assisted exposure in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 117-138.
- Neron, S., Lacroix, D. y Chaput, Y. (1995). Group vs individual cognitive behavior therapy in panic disorder: An open clinical trial with a six month follow-up. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 27, 379-392.
- Newman, M.G., Erickson, T., Przeworski, A. y Dzus, E. (2003). Self-help and minimal-contact therapies for anxiety disorders: Is human contact necessary for therapeutic efficacy? *Journal of Clinical Psychology*, 59, 251-274.
- Newman, M.G., Kenardy, J., Herman, S. y Taylor, C.B. (1997). Comparison of palmtop-computer-assisted brief cognitive-behavioral treatment to cognitive-behavioral treatment for panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 178-183.
- Ninan, P.T. (1997). Issues in the assessment of treatment response in panic disorder with special reference to fluvoxamina. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58 (suppl. 5), 24-31.
- Oehrberg, S., Christiansen, P.E., Behnke, K., Borup, A.L., Severin, B., Soegaard, J., Calberg, H., Judge, R., Ohrstrom, J.K. y Manniche, P.M. (1995). Paroxetine in the treatment of panic disorder: A randomised, double-blind, placebo-controlled study. *British Journal of Psychiatry*, 167, 374-379.
- Oei, T.P.S., Llamas, M. y Devilly, G.J. (1999). The efficacy and cognitive processes of cognitive behaviour therapy in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 27, 63-88.
- Oei, T.P.S., Llamas, M. y Evans, L. (1997). Does concurrent drug intake affect the long-term outcome of group cognitive behaviour therapy in panic disorder with or without agoraphobia? *Behaviour research and Therapy*, 35, 851-857.
- Ollendick, T.H. (1998). Panic disorder in children and adolescents: New developments, new directions. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 234-245.
- Oltmanns, T.F., Neale, J.M. y Davison, G.C. (1995). *Case studies in abnormal psychology* (4ª ed.). Nueva York: Wiley.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE-10: Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Organización Mundial de la Salud (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento con glosario y criterios de investigación*. Madrid: Panamericana. (Original de 1994.)
- Öst, L-G. (1987). Age of onset in different phobias. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 223-229.
- Öst, L-G. (1988). Applied relaxation vs progressive relaxation in the treatment of panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 13-22.
- Öst, L-G. (1989). A maintenance program for behavioral treatment of anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 123-130.
- Öst, L-G. (1990). The Agoraphobia Scale: An evaluation of its reliability and validity. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 323-329.
- Öst, L-G., Jerremalm, A. y Jansson, L. (1984). Individual response patterns and the effects of different behavioral methods in the treatment of agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 697-707.
- Öst, L-G., Thulin, U. y Ramnerö, J. (2004). Cognitive behavior therapy vs exposure in vivo in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1105-1127
- Öst, L-G. y Westling, B.E. (1995). Applied relaxation vs cognitive behavior therapy therapy in the treatment of panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 145-158.
- Öst, L-G., Westling, B.E. y Hellström, K. (1993). Applied relaxation, exposure in vivo and cognitive methods in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 383-394.
- Otto, M.W., Pollack, M.H. y Maki, K.M. (2000). Empirically supported treatments for panic disorder: Costs, benefits, and

- stepped care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 556-563.
- Otto, M.W., Pollack, M.H. y Sabatino, S.A. (1996). Maintenance of remission following cognitive behavior therapy for panic disorder: Possible deleterious effects of concurrent medication treatment. *Behavior Therapy*, 27, 473-482.
- Otto, M.W., Tuby, K.S., Gould, R.A., McLean, R.Y.S. y Pollack, M.H. (2001). An effect-size analysis of the relative efficacy and tolerability of serotonin selective reuptake inhibitors for panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1989-1992.
- O'Sullivan, G. y Marks, I. (1990). Long term outcome of phobic and obsessive-compulsive disorders after treatment. En R. Noyes, M. Roth y G. Burrows (Eds.), *Handbook of anxiety disorders*. Amsterdam: Elsevier.
- Page, A.C. (1994). Panic provocation in the treatment of agoraphobia: A preliminary investigation. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 28, 82-86.
- Park, J-M., Mataix-Cols, D., Marks, I.M., Ngamthipwatthana, T., Marks, M., Araya, R. y Al-Kubaisy, T. (2001). Two-year follow-up after a randomised controlled trial of self- and clinician-accompanied exposure for phobic-panic disorders. *British Journal of Psychiatry*, 178, 543-548.
- Penava, S.J., Otto, M.W., Maki, K.M. y Pollack, M.H. (1998). Rate of improvement during cognitive-behavioral group treatment for panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 665-673
- Pastor, C. y Sevilá, J. (2000). *Tratamiento psicológico del pánico-agorafobia: Un manual de autoayuda paso a paso*. Valencia: Publicaciones del Centro de Terapia de Conducta. (Autoayuda.)
- Peurifoy, R.Z. (1993). *Venza sus temores: Ansiedad, fobias y pánico*. Barcelona: Robin Book. (Original de 1992.)
- Pollack, M.H. y Otto, M.W. (1994). Long-term pharmacologic treatment of panic disorder. *Psychiatric Annals*, 24, 291-298.
- Pollard, C.A., Detrick, P., Flynn, T. y Frank M. (1990). Panic attacks and related disorders in alcohol-dependent, depressed, and nonclinical samples. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 180-185.
- Power, K.G., Sharp, D.M., Swanson, V. y Simpson, R.J. (2000). Therapist contact in cognitive behaviour therapy for panis disorder and agoraphobia in primary care. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7, 37-46.
- Powers, M.B., Smits, J.A. y Telch, M.J. (2004). Disentangling the effects of safety-behavior utilization and safety-behavior availability during exposure-based treatment: A placebo-controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 448-454.
- Priest, R.G., Gimbrett, R., Roberts, M. y Steinert, J. (1995). Reversible and selective inhibitors of monoamine oxidase A in mental and other disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica (Suppl.)*, 91, 40-43.
- Rachman, S. y Maser, J.D. (Eds.). (1988). *Panic: Psychological perspectives*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Radomsky, A.S., Raciman, S. y Hammond, D. (2002). Panic termination and the post-panic period. *Journal of Anxiety Disorders*, 16, 97-111.
- Rapee, R.M. y Barlow, D.H. (1991). The cognitive-behavioral treatment of panic attacks and agoraphobic avoidance. En J.R. Walker, G.R. Norton y C.A. Ross (Eds.), *Panic disorder and agoraphobia* (pp. 252-305). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Rapee, R.M., Craske, M.G., Brown, T.A. y Barlow, D.H. (1996). Measurement of perceived control over anxiety-related events. *Behavior Therapy*, 27, 279-293.
- Rees, C.S., Richards, J.C. y Smith, L.M. (1999). The efficacy of information giving in cognitive-behavioral treatment for panic disorder. *Behaviour Change*, 16, 175-181.
- Reiss, S. (1991). Expectancy model of fear, anxiety, and panic. *Clinical Psychology Review*, 11, 141-153.
- Reiss, S., Peterson, R.A., Gursky, D.M. y McNally, R.J. (1986). Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 1-8.
- Richards, J.C. y Alvarenga, M.E. (2003). Extension and replication of an internet-based treatment program for panic disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, 31, 41-47.
- Roberge, P., Marchand, A., Reinhartz, D., Marchand, L. y Cloutie, K. (2004). Évaluation économique de la thérapie cognitivo-comportementale des troubles anxieux. *Canadian Psychology*, 45, 202-218.
- Roberge, P., Marchand, A., Reinhartz, D., Marchand, L., Reinhartz, D., Cloutie, K., Mainguy, N., Millar, J-M., Bejín, J. y Turcotte, J. (2005). Healthcare utilization following cognitive-behavioral treatment for panic disorder with agoraphobia. *Cognitive Behaviour Therapy*, 34, 79-88.
- Roca, E. (2003). *Cómo superar el pánico (con o sin agorafobia)*. Valencia: Ediciones ACDE. (Autoayuda.)
- Roca, E. y Roca, B. (1999). *Cómo tratar con éxito el pánico (con o sin agorafobia)* (2ª ed.). Valencia: Ediciones ACDE.
- Rodríguez, B.I. y Craske, M.G. (1993). The effects of distraction during exposure to phobic stimuli. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 549-558.
- Rosenbaum, J.F., Pollock, R.A., Jordan, S.K. y Pollack, M.H. (1996). The pharmacotherapy of panic disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 60 (Suppl. A), 54-75.
- Rouillon, F. (1997). Epidemiology of panic disorder. *Human Psychopharmacology*, 12 (suppl. 1), S7-S12.
- Roy-Byrne, P.P. y Cowley, D.S. (1994/1995). Course and outcome in panic disorder: A review of recent follow-up studies. *Anxiety*, 1, 151-160.
- Roy-Byrne, P.P. y Cowley, D.S. (2002). Pharmacological treatment for panic disorder, generalized anxiety disorder, specific phobia, and social anxiety disorder. En P. Nathan y J. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work* (2ª ed., pp. 337-365). Nueva York: Oxford University Press.
- Roy-Byrne, P.P., Craske, M.G., Stein, M.B., Sullivan, G., Bystritsky, A., Katon, W., Golinelli, D. y Sherbourne, C.D. (2005). A randomized effectiveness trial of cognitive-behavioral therapy and medication for primary care panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 62, 290-298.
- Ruhmland, M. y Margraf, J. (2001). Effektivität psychologischer Therapien von Panik und Agoraphobie: Meta-Analysen auf Störungsebene [Efficacy of psychological treatments for panic and agoraphobia]. *Verhaltenstherapie*, 11, 41-53. Resumen recuperado el 17 de octubre de 2005 de la base da datos PsycINFO.
- Safren, S.A., Gershuny, B.S., Marzol, P., Otto, M.W. y Pollack, M.H. (2002). History of childhood abuse in panic disorder,

- social phobia, and generalized anxiety disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190, 453-456.
- Salkovskis, P.M. (1991). The importance of behaviour in the maintenance of anxiety and panic: A cognitive account. *Behavioural Psychotherapy*, 19, 6-19.
- Salkovskis, P.M. y Clark, D.M. (1991). Cognitive treatment of panic disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 3, 215-226.
- Salkovskis, P.M., Clark, D.M. y Gelder, M.G. (1996). Cognition-behaviour links in the persistence of panic. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 453-458.
- Salkovskis, P.M., Clark, D.M., Hackmann, A., Wells, A. y Gelder, M.G. (1999). An experimental investigation of the role of safety-seeking behaviours in the maintenance of panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 559-574.
- Sánchez, C., Elvira, A., Llompert, M., de Flores, T. y Bados, A. (2000, noviembre). *Terapia cognitivo-conductual en agorafobia: Análisis de componentes*. Cartel presentado en el XXX Congress of the European Association for Behavioural & Cognitive Therapies. Granada, España.
- Sanderson, W.C., DiNardo, P.A., Rapee, R.M. y Barlow, D.H. (1990). Syndrome comorbidity in patients diagnosed with a DSM-III-R anxiety disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 308-312.
- Sanderson, W.C., Raue, P.J. y Wetzler, S. (1998). The generalizability of cognitive behavior therapy for panic disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 12, 323-330.
- Sandín, B. (1997). *Ansiedad, miedos y fobias en niños y adolescentes*. Madrid: Dykinson.
- Sartory, G. y Olajide, D. (1988). Vagal innervation techniques in the treatment of panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 431-434.
- Schmidt, N.B., Lerew, D.R. y J.H. Trakowski, J.H. (1997). Body vigilance in panic disorder: Evaluating attention to bodily perturbations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 214-220.
- Schmidt, N.B., McCreary, B.T., Trakowski, J.H., Santiago, H., Woolaway-Bickel, K. e Ialongo, N. (2003). Effects of cognitive-behavioral treatment on physical health status in patients with panic disorder. *Behavior Therapy*, 34, 49-63.
- Schmidt, N.B., Staab, J. P. y Trakowski, J.H. y Sammons, M. (1997). Efficacy of a brief psychosocial treatment for panic disorder in an active duty sample: Implications for military readiness. *Military Medicine*, 162, 123-129.
- Schmidt, N.B., Trakowski, J.H. y Staab, J. P. (1997). Extinction of panicogenic effects of a 35% CO₂ challenge in patients with panic disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 630-638.
- Schmidt, N.B. y Woolaway-Bickel, K. (2000). The effects of treatment compliance on outcome in cognitive-behavioral therapy for panic disorder: quality versus quantity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 13-8.
- Schmidt, N.B., Woolaway-Bickel, K., Trakowski, J., Santiago, H., Storey, J., Koselka, M. y Cook, J. (2000). Dismantling cognitive-behavioral treatment for panic disorder: questioning the utility of breathing retraining. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 417-424.
- Schmidt, N.B., Woolaway-Bickel, K., Trakowski, J., Santiago, H. y Vasey, M. (2002). Antidepressant discontinuation in the context of cognitive behavioral treatment for panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 67-73.
- Scholing, A., Emmelkamp, P.M.G. y Van Oppen, P. (1996). Cognitive-behavioral treatment of social phobia. En V.B. Van Hasselt y Hersen (Eds.), *Source of psychological treatment manuals for adult disorders* (pp. 123-177). Nueva York: Plenum.
- Schneider, S., Unnewehr, S., Florin, I. Y Margraf, J. (2002). Priming panic interpretations in children of patients with panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 16, 605-624.
- Schulte, D. (1997). Behavioural analysis: Does it matter? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 25, 231-249.
- Schulte, D., Künzel, R., Pepping, G. y Schulte-Bahrenberg, T. (1992). Tailor-made versus standardized therapy of phobic patients. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 14, 67-92.
- Scupi, B.S., Maser, J.D. y Uhde, T.W. (1992). The National-Institute-of-Mental-Health panic questionnaire: An instrument for assessing clinical characteristics of panic disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 566-572.
- Shapiro, L.E., Pollard, C.A y Carmin, C.N. (1993). Treatment of agoraphobia. En T.R. Giles (Ed), *Handbook of effective psychotherapy* (pp. 171-194). Nueva York: Plenum.
- Sharp, D.M., Power, K.G., Simpson, R.J., Swanson, V., Moodie, E., Anstee, J.A. y Ashford, J.J. (1996). Fluvoxamine, placebo, and cognitive behaviour therapy used alone and in combination in the treatment of panic disorder and agoraphobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 219-242.
- Sharp, D.M., Power, K.G. y Swanson, V. (2004). A comparison of the efficacy and acceptability of group versus individual cognitive behaviour therapy in the treatment of panic disorder and agoraphobia in primary care. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 73-82.
- Shear, M.K., Brown, T.A., Barlow, D.H., Money, R., Sholomskas, D.E., Woods, S.W., Gorman, J.M. y Papp, L.A. (1997). Multicenter collaborative Panic Disorder Severity Scale. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1571-1575.
- Shear, M.K., Houck, P., Greeno, C. y Masters, S. (20001). Emotion-focused psychoterapy for patients with panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1993-1998.
- Shear, M.K. y Maser, J.D. (1994). Standardized assessment for panic disorder research. *Archives of General Psychiatry*, 51, 346-354.
- Shear, M.K., Pilonis, P.A., Cloitre, M. y Leon, A.C. (1994). Cognitive behavioral treatment compared with nonprescriptive treatment of panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 51, 395-401.
- Sheehan, D.V., Harnett-Sheehan, K. y Raj, B.A. (1996). The measurement of disability. *International Clinical Psychopharmacology*, 11 (suppl. 3), 89-95.
- Sheehan, D.V. y Raj, A.B. (1991). Treatment of the difficult case with panic disorder. En J.R. Walker, G.R. Norton y C.A. Ross (Eds.), *Panic disorder and agoraphobia* (pp. 368-397). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Sheehan, D.V. y Harnett-Sheehan, K. (1996). The role of SSRIs in panic disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 57, (Suppl. 10), 51-58.

- Sierra, M. y Berrios, G.E. (2000). The Cambridge despersonalization Scale: A new instrument for the measurement of despersonalization. *Psychiatry Research*, 93, 153-164.
- Silove, D., Manicavasagar, V., Curtis, J. y Blaszczynski, A. (1996). Is early separation anxiety a risk factor for adult panic disorder? A critical review. *Comprehensive Psychiatry*, 37, 167-179.
- Silverman, W.K., Ginsburg, G.S. y Goedhart, A.W. (1999). Factor structure of the Childhood Anxiety Sensitivity Index. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 903-917.
- Simon, N.M. y Pollack, M.H. (2000). The current status of the treatment of panic disorder: Pharmacotherapy and cognitive-behavioral therapy. *Psychiatric Annals*, 30, 689-696.
- Simon, N.M., Safren, S.A., Otto, M.W., Sharma, S.G., Laska, G.D. y Pollack, M.H. (2002). Longitudinal outcome with pharmacotherapy in a naturalistic study of panic disorder. *Journal of Affective Disorders*, 69, 201-208.
- Soechting, I., Taylor, S., Freeman, W., de Koning, E., Segerstrom, S. y Thordarson, D. (1998). In vivo exposure for panic disorder and agoraphobia: Does a cognitive rationale enhance treatment efficacy? En E. Sanavio (Ed.), *Behavior and cognitive therapy today: Essays in honor of Hans J. Eysenck* (pp. 279-288). Oxford: Elsevier.
- Spence, S.H. (1998). A measure of anxiety symptoms among children. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 545-566.
- Stein, M.B., Walker, J.R., Anderson, G., Hazen, A.L., Ross, C.A., Elridge, G. y Forde, D.R. (1996). Childhood physical and sexual abuse in patients with anxiety disorders and in a community sample. *American Journal of Psychiatry*, 153, 275-277.
- Steketee, G. y Shapiro, L.J. (1995). Predicting behavioral treatment outcome for agoraphobia and obsessive compulsive disorder. *Clinical Psychology Review*, 15, 317-346.
- Stern, R. y Marks, I.M. (1973). Brief and prolonged flooding: A comparison in agoraphobic patients. *Archives of General Psychiatry*, 28, 270-276.
- Street, L.L., Craske, M.G. y Barlow, D.H. (1989). Sensations, cognitions and the perception of the cues associated with expected and unexpected panic attacks. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 189-198.
- Stuart, G.L., Treat, T.A. y Wade, W.A. (2000). Effectiveness of an empirically based treatment for panic disorder delivered in a service clinic setting: 1-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 506-512.
- Swinson, R.P., Cox, B.J., Shulman, I.D., Kuch, K. y Woszczyzna, C.B. (1992). Medication use and the assessment of agoraphobic avoidance. *Behaviour Research and Therapy*, 30, 563-568.
- Swinson, R.P., Fergus, K.D., Cox, B.J. y Wickwire, K. (1995). Efficacy of telephone-administered behavioral therapy for panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 465-469.
- Swinson, R.P., Soulios, C., Cox, B.J. y Kuch, K. (1992). Brief treatment of emergency room patients with panic attacks. *American Journal of Psychiatry*, 149, 944-946.
- Taylor, C.B. y Arnou, B. (1988). *The nature and treatment of anxiety disorders*. Nueva York: The Free Press. Cap. 8 y Apéndice 1-3.
- Taylor, C.B., Fried, L. y Kenardy, J. (1990). The use of a real-time computer diary for data acquisition and processing. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 93-97.
- Taylor, S. (2001). Breathing retraining in the treatment of panic disorder: Efficacy, caveats and indications. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 30, 50-56.
- Taylor, S. y Cox, B.J. (1998). Anxiety sensitivity: Multiple dimensions and hierarchic structure. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 37-51.
- Telch, M.J., Schmidt, N.B., Jaimez, T.L., Jacquin, K.M. y Harrington, P.J. (1995). Impact of cognitive-behavioral treatment on quality of life in panic disorder patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 823-830.
- Teusch, L. y Bohme, H. (1999). Is the exposure principle really crucial in agoraphobia? The influence of client-centered "nonprescriptive" treatment on exposure. *Psychotherapy Research*, 9, 115-123.
- Trull, T.J., Nietzel, M.T. y Main, A. (1988). The use of meta-analysis to assess the clinical significance of behavior therapy for agoraphobia. *Behavior Therapy*, 19, 527-538.
- Tsao, J.C., Lewin, M.R. y Craske, M.G. (1998). The effects of cognitive-behavior therapy for panic disorder on comorbid conditions. *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 357-371.
- Tsao, J.C., Mystkowski, J.L., Zucker, B.G. y Craske, M.G. (2002). Effects of cognitive-behavioral therapy for panic disorder on comorbidity: A controlled investigation. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 959-970.
- Tsao, J.C., Mystkowski, J.L., Zucker, B.G. y Craske, M.G. (2002). Impact of cognitive-behavior therapy for panic disorder on comorbid conditions: Replication and extension.
- Turgeon, L., Marchand, A. y Dupuis, G. (1998). Clinical features in panic disorder with agoraphobia: A comparison of men and women. *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 539-553.
- Turner, S.M., Beidel, D.C., Spaulding, S.A. y Brown, J.M. (1995). The practice of behavior therapy: A national survey of cost and methods. *The Behavior Therapist*, 18, 1-4.
- van Balkom, A.J.L.M., Bakker, A., Spinhoven, P., Blaauw, B., Smeenk, S. y Ruesink, B. (1997). A meta-analysis of the treatment of panic disorder with or without agoraphobia: A comparison of psychopharmacological, cognitive-behavioral, and combination treatments. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 185, 510-516.
- van Balkom, A.J.L.M., de Beurs, E., Koele, P., Lange, A. y van Dyck, R. (1996). Long-term benzodiazepine use is associated with smaller treatment gain in panic disorder with agoraphobia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184, 133-135.
- van den Hout, M.A., Arntz, A. y Hoekstra, R. (1994). Exposure reduced agoraphobia but no panic, and cognitive therapy reduced panic but no agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 447-451.
- van Dyck, R. y Spinhoven, P. (1997). Does preference for type of treatment matter? A study of exposure in vivo with or without hypnosis in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Behavior Modification*, 21, 172-186.
- Van Hout, W.J.P.J., Emmelkamp, P.M.G., Koopmans, P.C., Bögels, S.M. y Bouman, T.K. (2001). Assessment of self-statements in agoraphobic situations: Construction and psychometric evaluation of the Agoraphobic

- Self-Statements Questionnaire (ASQ). *Journal of Anxiety Disorders*, 15, 183-201.
- Wade, W.A., Treat, T.A. y Stuart, G.L. (1998). Transporting an empirically supported treatment for panic disorder to a service clinic setting: A benchmarking strategy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 231-239.
- Walker, J.R., Norton, G.R. y Ross, C.A. (Eds.). (1991). *Panic disorder and agoraphobia: A comprehensive guide for the practitioner*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Wardle, J., Hayward, P., Higgitt, A., Stabl, M., Blizard, R. y Gray, J. (1994). Effect of concurrent diazepam treatment on the outcome of exposure therapy in agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 203-215.
- Watson, J.P. y Marks, I. (1971). Relevant vs. irrelevant flooding in the treatment of phobias. *Behavior Therapy*, 2, 275-293.
- Weissman, M.M., Bland, R.C., Canino, G.C., Faravelli, C. y otros (1997). The cross-national epidemiology of panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 54, 305-309.
- Welkowitz, L.A., Papp, L.A., Cloitre, M., Liebowitz, M.R., Martin, L.Y. y Gorman, J.M. (1991). Cognitive-behavior therapy for panic disorders delivered by psychopharmacologically oriented clinicians. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 473-477.
- Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*. Chichester: Wiley.
- Wenzel, A., Sharp, I.R., Brown, G.K., Greenberg, R.L. y Beck, A.T. (2005). Dysfunctional beliefs in panic disorder: The Panic Belief Inventory. *Behaviour Research and Therapy*.
- Westen, D. y Morrison, K. (2001). A multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic, and generalized anxiety disorder: An empirical examination of the status of empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 875-899.
- Westra, H.A., Stewart, S.H. y Conrad, B.E. (2002). Naturalistic manner of benzodiazepine use and cognitive behavioral therapy outcome in panic disorder with agoraphobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 16, 233-246.
- Williams, S.L. (1985). On the nature and measurement of agoraphobia. En M. Hersen, R.M. Eisler y P.M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification* (Vol. 19, pp. 109-144). Orlando, FL: Academic Press.
- Williams, S.L. y Falbo, J. (1996). Cognitive and performance-based treatments for panic attacks in people with varying degrees of agoraphobic disability. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 253-264.
- Williams, S.L., Kinney, P.J., Harap, T. y Liebmann, M. (1997). Thoughts of agoraphobic people during scary tasks. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 511-520.
- Wilkinson, G., Balestrieri, M., Ruggeri, M. y Bellantuono, C. (1991). Meta-analysis of double-blind placebo-controlled trials of antidepressants and benzodiazepines for patients with panic disorder. *Psychological Medicine*, 21, 991-998.
- Wittchen, H-U., Reed, V. y Kessler, R.C. (1998). The relationship of agoraphobia and panic in a community sample of adolescents and young adults. *Archives of General Psychiatry*, 55, 1017-1024.
- Woods, C.M., Chambless, D.L. y Steketee, G. (2002). Homework compliance and behavior therapy outcome for panic with agoraphobia and obsessive compulsive disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, 31, 88-95.
- Wright, J., Clum, G.A., Roodman, A. y Febraro, G.A.M. (2000). A bibliotherapy approach to relapse prevention in individuals with panic attacks. *Journal of Anxiety Disorders*, 14, 483-499.
- Yardley, L., Beech, S. y Weinman, J. (2001). Influence of beliefs about the consequences of dizziness on handicap in people with dizziness, and the effect of therapy on beliefs. *Journal of Psychosomatic Research*, 50, 1-6.
- Yuksel, S., Marks, I., Ramm, E. y Ghosh, A. (1984). Slow versus rapid exposure in vivo of phobics. *Behavioural Psychotherapy*, 12, 249-256.
- Zarate, R., Craske, M. G., Barlow, D. H. (1990). Situational exposure treatment versus panic control treatment for agoraphobia: a case study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 21, 211-224.
- Zinbarg, R.E., Barlow, D.H. y Brown, T.A. (1997). Hierarchical structure and general factor saturation of the Anxiety Sensitivity Index: Evidence and implications. *Psychological Assessment*, 9, 277-284.

APÉNDICE. Otros instrumentos de evaluación en la agorafobia.

Cuestionarios generales sobre ansiedad y/o evitación agorafóbicas

Escala de Agorafobia (*The Agoraphobia Scale, AS*; Öst, 1990). Es una escala de 20 ítems que describen situaciones agorafóbicas típicas, las cuales son calificadas respecto a la ansiedad/malestar que producen (0-4) y al grado en que se evitan (0-2). Las situaciones de la Escala de Agorafobia están descritas con más detalle que las del Inventario de Movilidad para la Agorafobia. Un punto fuerte de la Escala de Agorafobia es que sus calificaciones de ansiedad y evitación han correlacionado moderada y significativamente con la conducta de evitación y la ansiedad autoinformada durante la ejecución de un test individualizado y de un test estandarizado de evitación conductual realizados 4-6 semanas más tarde.

Cuestionario de Pánico y Fobia de Albany (*Albany Panic and Phobia Questionnaire, APPQ*; Rapee y cols., 1994/1995, citado en Antony, Orsillo y Roemer, 2001). Evalúa el miedo que se experimentaría caso de encontrarse en situaciones de tipo agorafóbico y social y también el miedo de actividades que producen sensaciones físicas. Sus 27 ítems, valorados de 0 a 8 según el miedo que producen, se agrupan en tres subescalas: agorafobia, fobia social y miedos interoceptivos. El instrumento puede consultarse en inglés en Antony, Orsillo y Roemer (2001).

Escala de Pánico y Agorafobia (*Panic and Agoraphobia Scale, PAS*; Bandelow, 1999, citado en Antony, Orsillo y Roemer, 2001). Consta de 13 ítems valorados de 0 a 4 según descriptores específicos que varían de ítem a ítem. Los síntomas se califican haciendo referencia a la semana anterior. El cuestionario presenta cinco subescalas: a) ataques de pánico (frecuencia, intensidad, duración), b) evitación agorafóbica (frecuencia, extensión, importancia de las situaciones evitadas), c) ansiedad anticipatoria (frecuencia, intensidad), d) incapacidad y deterioro funcional (familia, vida social o de ocio, trabajo o tareas domésticas), y e) preocupaciones por la salud (preocupación por los síntomas de ansiedad, creencia en una causa orgánica). Cada subescala consta de tres ítems, excepto la c y e que tienen sólo dos. Existe además un ítem no puntuable que evalúa si predominan los ataques esperados o espontáneos. Un análisis factorial ha puesto de manifiesto tres factores (subescala a, subescalas b y d, y subescalas c y e). El instrumento, que tiene también una versión de calificación por evaluadores, puede consultarse en Bobes y cols. (2002) y, en inglés, en Antony, Orsillo y Roemer (2001).

Cuestionarios generales sobre sensaciones, cogniciones y ataques de pánico

Inventario de Evaluación del Pánico (*Panic Appraisal Inventory, PAI*; Telch, citado en Feske y de Beurs, 1997). Esta compuesto de tres escalas, cada una de 15 ítems valorados de 0 a 100. La primera escala (pánico anticipado) evalúa la probabilidad percibida de tener un ataque de pánico en situaciones agorafóbicas o que producen elevada activación emocional (ser dejado por la pareja) o fuertes sensaciones somáticas. La segunda escala (consecuencias del pánico) mide la perturbación asociada con posibles consecuencias negativas de los ataques de pánico y consta de tres subescalas de 5 ítems: preocupaciones físicas, sociales y de pérdida de control. La tercera escala (afrentamiento del pánico) evalúa el grado de confianza en poder afrontar futuros ataques de pánico. De estos tres constructos, el primero y el último no son cubiertos por otras medidas. Una adición útil a este inventario sería una escala para evaluar el nivel anticipado de malestar o peligro asociado con tener un ataque; de esta forma, junto con la primera escala, quedarían cubiertos dos aspectos de la ansiedad anticipatoria.

Cuestionario de Cogniciones Catastróficas - Modificado (*Catastrophic Cognitions Questionnaire - Modified, CCQ-M*; Khawaja y cols. 1994). Consta de 21 ítems en los que el sujeto valora en una escala 1-5 el grado en que cree que son peligrosos para él diversos eventos y

reacciones de tipo físico, emocional y mental (tener un accidente, enfadarse, perder memoria). Se han identificado tres factores: catástrofe emocional, física y mental. El cuestionario no discrimina entre diferentes trastornos de ansiedad y el segundo factor tampoco lo hace entre pacientes con trastornos de ansiedad y sujetos normales.

Cuestionario de Autoverbalizaciones Agorafóbicas (*Agoraphobic Self-Statements Questionnaire, ASSQ*; van Hout y cols., 2001). Consta de 25 ítems en los que el paciente valora de 0 a 4 la frecuencia de diversos pensamientos negativos y de afrontamiento que ocurren durante la exposición a situaciones agorafóbicas. Presenta dos subescalas confirmadas mediante análisis factorial: pensamientos negativos y pensamientos positivos. En ambas, los pacientes puntúan más altos que los controles, por lo que la última escala es conceptualizada mejor como pensamientos de afrontamiento ante situaciones temidas; de hecho, estos pensamientos se reducen tras un tratamiento eficaz. A diferencia de otros cuestionarios sobre cogniciones agorafóbicas, el Cuestionario de Autoverbalizaciones Agorafóbicas es menos retrospectivo y no se centra sólo en las consecuencias de la ansiedad, sino que incluye además pensamientos de escape/evitación, autovaloraciones y pensamientos de afrontamiento. El instrumento puede consultarse en inglés en la fuente original y en Antony, Orsillo y Roemer (2001).

Cuestionario de Control de la Ansiedad (*Anxiety Control Questionnaire, ACQ*; Rapee y cols., 1996). A través de sus 30 ítems, valorados de 0 a 5 según el grado en que se esté de acuerdo con ellos, evalúa el control percibido sobre las reacciones y síntomas de ansiedad ("puedo relajarme normalmente cuando quiero") y las amenazas y problemas externos ("poco puedo hacer para influir en los juicios de la gente sobre mí"). Se han identificado provisionalmente dos factores correspondientes a estos dos tipos de aspectos (reacciones emocionales y eventos externos). Se supone que una baja puntuación en este cuestionario tras el tratamiento indicaría una mayor probabilidad de recaída. El instrumento puede consultarse en la fuente original y en Antony, Orsillo y Roemer (2001).

Escala de Ansiedad Infantil de Spence (*Spence Children's Anxiety Scale, SCAS*; Spence, 1998). Consta de 44 ítems, valorados según una escala de frecuencia de 0 a 3, los cuales pretenden evaluar un amplio espectro de síntomas de ansiedad. Treinta y ocho ítems hacen referencia a síntomas específicos de ansiedad y 6 son ítems positivos de relleno para reducir el sesgo de respuesta negativo; no cuentan para la puntuación total. Aparte de esta, pueden calcularse seis subpuntuaciones que corresponden a seis factores de primer orden correlacionados entre sí que cargan en un factor de segundo orden denominado ansiedad en general. Las seis subpuntuaciones son ansiedad por separación (6 ítems), pánico/agorafobia (9 ítems), fobia social (6 ítems), miedo al daño físico (5 ítems; corresponde a fobias específicas), problemas obsesivo-compulsivos (6 ítems) y ansiedad generalizada (6 ítems).

Cuestionario de Pánico del Instituto Nacional de Salud Mental (*National Institut of Mental Health Panic Questionnaire, NIMHPQ*; Scupi, Maser y Uhde, 1992). Este cuestionario recoge información clínica importante sobre el trastorno de pánico con o sin agorafobia y a través de sus 230 preguntas cubre 12 áreas principales: estado marital, empleo, historia médica, historia familiar, ansiedad generalizada, ataques de pánico, agorafobia, depresión, preocupación, tratamiento, síntomas físicos y factores exógenos que pueden influir en el curso del trastorno. El promedio de preguntas en cada sección es 21 (intervalo: 3-81). Entre la información específica solicitada se encuentra la siguiente: frecuencia e intensidad de los síntomas de los ataques de pánico; evolución de los síntomas; espontaneidad/predecibilidad de los ataques; precipitantes del pánico; duración y naturaleza de los periodos de pánico y postpánico; relación con eventos vitales importantes; secuencia temporal e intervalo de tiempo entre los síntomas de ataques de pánico, ansiedad generalizada, agorafobia y depresión; miedos y evitación relativos a la agorafobia, fobia social y fobias específicas; interferencia en la vida diaria; eficacia de tratamientos psicológicos y farmacológicos previos. En la primera página se ofrece una definición e ilustración de los ataques

de pánico, de la ansiedad generalizada y de ambos conjuntamente de cara a ayudar al paciente a discriminar entre estos conceptos.

Escala de Vigilancia Corporal (*Body Vigilance Scale, BVS*; Schmidt, Lerew y Trakowski, 1997). Es un cuestionario de 4 ítems dirigido a evaluar la atención dirigida a las sensaciones corporales internas durante la última semana. Los tres primeros ítems evalúan el grado (0-10) en que se presta atención a las sensaciones corporales internas, el grado (0-10) en que se es sensible a cambios en las mismas y el tiempo medio (0-100) empleado en atender a dichas sensaciones. El cuarto valora de 0 a 10 la atención prestada a cada una de 15 sensaciones corporales. El instrumento puede consultarse en inglés en la fuente original y en Antony, Orsillo y Roemer (2001).

Cuestionarios sobre mareo

Yardley, Beech y Weinman (2001) describen y presentan las referencias de tres cuestionarios relacionados con el mareo: a) *Vertigo Symptom Scale*, la cual valora dos tipos de síntomas, de vértigo y autonómicos y de ansiedad. b) *Vertigo Handicap Questionnaire*, que valora las consecuencias emocionales, sociales y de restricción de actividad del mareo. c) *Dizziness Belief Scale*, que evalúa las consecuencias negativas que la persona asocia al mareo. Los ítems de esta última escala aparecen en Yardley, Beech y Weinman (2001).

Hazzlett, Tusa y Waranch (1996) presentan el Inventario Factorial sobre el Mareo (*Dizzy Factor Inventory, DFI*), modelado a partir del Inventario Multidimensional sobre el Dolor (*Multidimensional Pain Inventory*) que presenta tres factores: Síntomas/interferencia, respuesta de las personas significativas y nivel de actividad.

Hazzlett, R.L., Tusa, R.J. y Waranch, H.R. (1996). Development of an inventory for dizziness and related factors. *Journal of Behavioral Medicine*, 19, 73-85.