

AGORAFOBIA Y PÁNICO

Arturo Bados

25 de enero de 2009

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.....	16
Adquisición del miedo a las situaciones agorafóbicas	17
Situaciones temidas e hipervigilancia de estímulos amenazantes	17
Eventos estresantes.....	18
Características personales y experiencias durante la infancia.....	19
Ansiedad elevada.....	20
Hiperventilación	21
Activación fisiológica, sensaciones corporales	21
Interpretación de las sensaciones como señal de peligro y ansiedad/pánico	22
Factores mediadores de la interpretación de peligro	24
Trastorno bioquímico e influencia genética	24
Escape y evitación de las situaciones temidas.....	25
EVALUACIÓN.....	27
Entrevista.....	28
Cuestionarios y autoinformes	29
Cuestionarios generales sobre ansiedad y/o evitación agorafóbicas	29
Cuestionarios generales sobre sensaciones, cogniciones y ataques de pánico.....	31
Autoinformes obtenidos en situaciones temidas	33
Cuestionarios de discapacidad	34
Autorregistros.....	34

Observación.....	35
Escalas de calificación clínica.....	36
Evaluación por parte de personas allegadas.....	37
Examen médico.....	37
Evaluación de la significación clínica.....	38
Nivel de mejora.....	38
Estado final de funcionamiento.....	39
TRATAMIENTO PSICOLÓGICO.....	40
Exposición en vivo.....	42
Guías de aplicación de la exposición en vivo.....	44
Eficacia de la exposición en vivo y adiciones a la misma.....	57
Eficacia de la terapia cognitivo-conductual.....	62
Tamaño del efecto, significación clínica y mantenimiento de los resultados.....	67
Variables predictoras de los resultados.....	71
Utilidad clínica de la terapia conductual y cognitivo-conductual.....	73
Tratamiento del trastorno de pánico sin agorafobia o con agorafobia leve.....	77
Tamaño del efecto, significación clínica y mantenimiento de los resultados.....	79
Utilidad clínica.....	80
TRATAMIENTO MÉDICO.....	81
RECAPITULACIÓN.....	87
TABLAS.....	90
REFERENCIAS.....	113

NATURALEZA

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 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, calles 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 TP 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 de búsqueda de seguridad o conductas defensivas** manifiestas o cognitivas que las personas utilizan para prevenir o minimizar las supuestas amenazas y reducir la ansiedad. 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 agua o alcohol, comer algo, fumar, llevar objetos tranquilizadores (medicación, sales amoniacales, antiácidos, bolsa de papel, símbolos religiosos), llevar un teléfono móvil, sentarse cerca de la salida de un sitio, 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.

Las 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. Por otra parte, algunas conductas defensivas pueden empeorar los síntomas; así pasa con tensar las piernas para evitar que flaqueen, tragar repetidamente para que la garganta no se cierre y distraerse o intentar suprimir los pensamientos para librarse de estos.

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 et al. (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 las personas 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 hispanas 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, TP 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, la ansiedad anticipatoria 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. Este último suele medirse mediante cuestionarios y la ansiedad anticipatoria mediante diarios. Por otra parte, se han distinguido también **otras dimensiones de la ansiedad anticipatoria** que pueden medirse mediante escalas 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 a la persona de experimentar ansiedad más allá de un cierto nivel tolerable; sin embargo, la despersonalización, y los síntomas disociativos en general, podrían ser también un epifenómeno de la activación fisiológica. 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 TP sin miedo. Este último ha sido observado en el 15-40% de aquellas personas con TP identificadas en varias poblaciones médicas con resultados médicos negativos.

Hay una activación autónoma incrementada durante los ataques de pánico, aunque los **cambios 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 a la persona agotada 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 la persona 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 la persona espere o no su ocurrencia, y señalados-no señalados. Un ataque **señalado** es aquel que es percibido por la persona 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 la persona no es capaz de identificar señales claras para el mismo, aunque muy probablemente estas señales, de las que la persona 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, Lang et al., 2005).¹ El que los ataques de pánico ocurran no solamente en las situaciones fóbicas, sino también sin causa aparente para las personas 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 (interpretaciones subconscientes de la sensación en términos de peligro). O bien, como ha propuesto McNally (1994), los pacientes podrían responder con miedo a ciertas sensaciones corporales después de haber sido despertados por un incremento de la activación.

Por otra parte, Craske y Barlow (2007) han explicado los ataques de pánico nocturno a partir de una interacción entre la activación fisiológica durante el sueño (contracciones musculares, irregularidades en la respiración, aumento del ritmo cardíaco, de la conductividad de la piel y de la frecuencia EEG) y el miedo a las sensaciones corporales. En las personas con estas características, los ataques de pánico nocturnos serían disparados por cambios fisiológicos durante el sueño a través de un proceso de **condicionamiento interoceptivo**; es decir, a través de una o más asociaciones entre ciertas sensaciones y el pánico, aquellas pueden llegar a producir directamente ansiedad/pánico sin necesidad de ser conscientes de las mismas.

¹ Los ataques de pánico nocturnos se diferencian de los terrores nocturnos en que los primeros producen despertares rápidos y completos sin la confusión, amnesia o actividad motora añadidas típicas de los terrores nocturnos. Las personas con ataques de pánico nocturnos manifiestan que los síntomas son virtualmente idénticos a los de los ataques de pánico diurnos. La presencia de agorafobia puede ayudar igualmente a efectuar el diagnóstico diferencial.

Craske, Lang et al. (2001) también han observado que los pacientes con ataques de pánico nocturnos se diferencian de los 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 que registren los antecedentes de los ataques de pánico no 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 (imágenes atemorizantes, sensaciones corporales), los cuales tienden a ser más sutiles y menos fácilmente reconocidos que los eventos externos.
- Aparte de la clasificación arriba mencionada (Street, Craske y Barlow, 1989) 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 predispuestos** (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, TP sin agorafobia, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de estrés postraumático), en trastornos psicológicos diferentes a los de ansiedad (depresión mayor, somatización, hipocondría, alcoholismo, esquizofrenia, trastorno bipolar, trastornos de personalidad), en enfermedades físicas e incluso en poblaciones no clínicas. En **muestras comunitarias**, la prevalencia a lo largo de la vida (**prevalencia global**) 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 global de los ataques de pánico fue del 7,3%, prevalencia que bajó al 3,8% al considerar sólo a aquellos que no presentaban TP (Eaton et al., 1994). La prevalencia anual de los ataques de pánico espontáneos en muestras no clínicas es de al menos un 2,3% (Barlow, 2002). A diferencia de las personas sin problemas clínicos que experimentan ataques de pánico, aquellos con TP 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. Los estudios epidemiológicos más recientes indican que la gran mayoría de los agorafóbicos no presentan una historia de TP (Andrews y Slade, 2002). 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 TP: el **TP con agorafobia** (véase la tabla 1) y la **agorafobia sin historia de TP** (véase la tabla 2). En esta última, a diferencia del primero, no hay una historia de TP 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 **TP sin agorafobia** cuyos criterios son los mismos que los de la tabla 1, pero con ausencia de agorafobia en el criterio "B".

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 TP**, **agorafobia con TP** y **TP**, 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 TP 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 **TP** son diferentes de los del DSM-IV en algunos aspectos. Para empezar, los síntomas de los ataques de pánico coinciden en ambos casos, excepto que en 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 TP 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 TP con agorafobia según uno de estos sistemas tuvo un diagnóstico igual en ambos sistemas. El porcentaje en el caso del TP sin agorafobia fue el 56% y en el caso de la agorafobia sin historia de TP el 45%.

Andrew y Slade (2002) proponen ver al TP sin agorafobia, a la agorafobia sin historia de TP y al TP con agorafobia como tres trastornos relacionados 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 TP 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 mediana de la edad de comienzo para el TP con o sin agorafobia (TP/AG) es 24 años (Kessler, Berglund et al., 2005). Los ataques de pánico en general y el TP/AG en particular se dan en niños, aunque, según parece, raramente; la frecuencia es mucho mayor en adolescentes (Ollendick, 1998; Petot, 2004).

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.

Conviene señalar que la ocurrencia de ataques de pánico no sólo predice la posible ocurrencia de agorafobia, sino también la de otros trastornos tales como depresión, trastorno bipolar, síntomas psicóticos y trastornos de personalidad.

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. Bienvenu et al. (2006) han comprobado que el pánico es un potente factor de riesgo para la agorafobia, pero que esta también es un factor de riesgo para el TP. 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. Las personas 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 sobre todo 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 siguiente tabla presenta distintos tipos de prevalencia del trastorno a partir de estudios epidemiológicos realizados con muestras grandes y siguiendo criterios del DSM-IV (Andrews y Slade, 2002; Grant et al., 2004; Kessler, Berglund et al., 2005; Kessler, Chiu et al., 2005). La prevalencia global se refiere a tener el trastorno en algún momento de la vida.

Prevalencia	TP sin o con AG	TP sin AG	TP con AG	AG sin TP	AG
- Actual	--	--	--	--	--
- Anual	1,9; 2,2; 2,7	1,3; 1,6	0,6; 0,6	0,8; 1,6	2,2
- Global	4,7	--	--	1,4	3,5

Nota. TP = TP, AG = agorafobia

En el *National Comorbidity Survey Replication* (Kessler, Chiu et al., 2005), alrededor del 43% de los casos con prevalencia anual fueron graves, el 30% moderados y el 27%, leves. En el mismo estudio epidemiológico, se estimó que hasta los 75 años un 6% habrán desarrollado el TP/AG y el 1,6% la agorafobia sin pánico (Kessler, Berglund et al., 2005).

Siguiendo criterios del DSM-IV, Andrews y Slade (2002) hallaron las siguientes **prevalencias anuales** en un estudio epidemiológico conducido con 10.641 personas en Australia: a) **TP con agorafobia**: 0,6%; b) **agorafobia sin TP**: 1,6%; c) **TP 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 TP. En otro estudio con 43.093 americanos, la prevalencia anual del TP con agorafobia fue 0,6% y la del TP sin agorafobia, 1,6% (Grant et al., 2004). En el *National Comorbidity Survey Replication*, llevado a cabo con 9.282 estadounidenses adultos, la prevalencia anual del TP (con o sin agorafobia) fue 2,7% y la de la agorafobia sin historia de TP, 0,8%.

La **prevalencia global** de la agorafobia (con o sin historia de TP) ronda el 3,5%. En el *National Comorbidity Survey Replication*, la prevalencia global del TP/AG fue 4,7% y la de la agorafobia sin historia de TP, 1,4% (Kessler, Berglund et al., 2005).

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 global (tener el trastorno en algún momento de la vida), 0,9% (0,6% en varones y 1,1% en mujeres). La prevalencia anual del TP fue 0,8% (0,6% en varones y 1,0% en mujeres) y la global, 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 et al. (2005) proporciona datos de prevalencia anual más similares a los obtenidos por Andrews y Slade (2002): 1,8% (0,7-2,2) para el TP/AG y 1,3 (0,7-2,0) para la agorafobia sin historia de TP.

La prevalencia de la agorafobia es menor **en adolescentes** que en adultos: aproximadamente **una quinta parte**. En niños el trastorno es muy raro y, probablemente, esté alrededor del 5 por 1000 (Pietot, 2004). Los agorafóbicos constituyen alrededor del 50-60% de todos los fóbicos vistos en la práctica clínica.

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; y en personas de 18 a 59 años en comparación con las de 60 o más. 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 las personas agorafóbicas 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 TP con agorafobia y el TP sin agorafobia (Andrews y Slade, 2002; Eaton et al., 1994; Magee et al., 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 y hay datos favorables a esta afirmación.
- **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. Existen dos hipótesis para explicar esta diferencia entre sexos en ansiedad: la del estereotipo de los roles sexuales,

que se explicará en el punto siguiente, y la que se expone a continuación. Según Barlow (2002), las mujeres experimentan un mayor número de eventos estresantes negativos durante la infancia y la adolescencia (incluido el abuso sexual en la infancia, violencia en el hogar, violación, pobreza) y además, pueden aprender que sus conductas tienen menos impacto en su entorno. Ambos factores contribuyen a una sensación disminuida de control y facilitan el desarrollo de estilos atribucionales pesimistas, lo cual aumenta el riesgo para desarrollar trastornos ansiosos y depresivos.

- **Estereotipo de los roles sexuales.** Según Chambless (1989), 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 el miedo y la evitación, estos son admitidos y reforzados en el caso de las mujeres. En cambio, 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 vulnerables 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 ya que las mujeres tienen menos **testosterona** que los hombres y ya 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 et al. (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.** Las personas con este trastorno cardiológico se quejan de síntomas somáticos similares a los del TP. El prolapso de la válvula mitral es más frecuente en mujeres y se ha sugerido que puede estar asociado con la agorafobia. Sin embargo, no se ha encontrado una asociación significativa entre dicho problema y el TP 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; estas personas serían diagnosticados de alcohólicas en vez de agorafóbicas. Sin embargo, Pollard et al. (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.

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 et al. (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 et al. (2001) hallaron que de 324 pacientes con TP 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 TP/AG 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 TP sin agorafobia. Brown et al. (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%).

Los problemas asociados más frecuentes son el trastorno de ansiedad generalizada, las fobias específicas, la fobia social, la depresión mayor, el trastorno distímico, el abuso de sustancias, la hipocondría y los trastornos de personalidad. Es interesante destacar que existen estudios discordantes respecto a que las personas con TP/AG y las personas 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 personas agorafóbicas y personas control no sean crónicas, sino que sólo sean observables bajo condiciones de anticipación y exposición a situaciones amenazantes (para los primeros).

En cuanto a la relación temporal entre el TP/AG y los problemas asociados, las fobias específicas, la hipocondría y la fobia social suelen aparecer antes; los otros trastornos pueden surgir antes o después. Respecto al **abuso de alcohol**, la ansiedad fóbica puede predisponer al desarrollo del alcoholismo (la persona 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 en países anglosajones parece ser la primera y luego la tercera; en cambio, esta última es la predominante en países vitivinícolas como España.

Igualmente, 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.

Hay dos problemas que requieren un comentario, los intentos de suicidio y la mortalidad. Los **intentos de suicidio** se han constatado en el 15% (0-42%) de los pacientes con o sin otros trastornos comórbidos y en el 1,5% (1-2%) de 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 TP/AG 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 postraumático, 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 TP/AG.

Otra cuestión importante es si existe una mayor **mortalidad** entre las personas con TP/AG, 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 et al., 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 mor-

tales (infartos, anginas de pecho).

Los resultados anteriores han sido confirmados en un estudio con 72.359 enfermeras de 54 años de media (Albert et al., 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 de 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, beber alcohol, consumo de grasas y dulces, y sedentarismo. **Limitaciones** de los estudios comentados son que se basan en números muy pequeños de muertes y que 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.

En contraste con los estudios comentados hasta aquí, Mykletun et al. (2007) hallaron en 61.349 noruegos seguidos durante 4,4 años de promedio que **la depresión, pero no la ansiedad, estuvo asociada con una mayor mortalidad** tanto cardiovascular como debida a otras causas tras controlar otros factores de riesgo y de confusión. Los accidentes y el suicidio estuvieron asociados básicamente con la comorbilidad entre depresión y ansiedad. Estas dos emociones fueron medidas mediante la Hospital Anxiety and Depression Scale, la cual cubre aspectos cognitivos y de anhedonia en la depresión y ansiedad generalizada y pánico en la ansiedad.

No puede decirse por el momento que el TP 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, puede compartirse 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.

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 (sobre todo, estos), desmayos, asfixia, náuseas o sudoración intensa. En un estudio se ha mostrado que es más fácil que el TP/AG comience en la infancia si los padres presentan este trastorno y comorbilidad con otros trastornos de ansiedad (especialmente, fobia social) o trastorno bipolar.

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 percepción de amenaza y 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 aumento de la intensidad subjetiva de las mismas y el incremento de la activación fisiológica (por medio de la hiperventilación o no), con la consiguiente producción de miedo y 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 allegada, reacción al consumo de drogas, enfermedades/operaciones importantes, estrés laboral/escolar, problemas económicos y mudanza. No parece que los agorafóbicos se diferencien de las personas 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 personas 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 con-

flicto. En un buen estudio que empleó medidas observacionales y de autoinforme, Chambless et al. (2002) hallaron que en comparación a parejas control, las **parejas agorafóbicas evidenciaron 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, Poulton et al. (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 que dicha susceptibilidad es un factor de riesgo tanto para los ataques de pánico como para trastornos de ansiedad (Schmidt et al., 2006); 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 allegadas 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 et al. (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 TP. 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 se ha dicho que las experiencias de separación y la ansiedad por separación 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 existentes plantean grandes dudas sobre que haya una relación específica entre **ansiedad por separación** en la infancia y el **TP/AG** más adelante. La ansiedad por separación parece ser un factor de vulnerabilidad no sólo para el TP, sino para los trastornos de ansiedad en general y para la depresión, e incluso para otros trastornos (Bados, Reinoso y Bedito, 2008).

Finalmente, el **abuso sexual y el maltrato físico durante la infancia** (los cuales puede aumentar, entre otras consecuencias, el rasgo de ansiedad y las respuestas autónomas y hormonales al estrés) son informados más frecuentemente por mujeres con TP/AG que por mujeres normales. Sin embargo, los datos son discordantes sobre que dichos fenómenos hayan sido más frecuentes en personas con TP que en personas con otros trastornos de ansiedad (Friedman et al., 2002; Saffren et al., 2002; Stein et al., 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 et al. (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. Aparte de los factores mencionados, existen **otros factores 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, arteroesclerosis, 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), las variaciones naturales en el funcionamiento de nuestro cuerpo 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**. Esta atención facilita la conciencia de ciertas sensaciones temidas que de otra forma serían pasadas por alto, el aumento de la intensidad subjetiva de las mismas, la percepción subjetiva de sensaciones que realmente no existen y el aumento de 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, la persona 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. Los ataques de pánico pueden ser 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 TP/AG puede verse en Khawaja y Oei (1998).

Es probable que las personas 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 TP/AG**. □

El incremento en activación fisiológica experimentado por las personas **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 et al., 2001), las personas con TP parecen caracterizarse por una **percepción interoceptiva más precisa** que la de las personas 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 TP, 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 **estrategias 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, las personas 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, las personas 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, palpitaciones 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 la persona 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 et al., 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 personas agorafóbicas 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 la persona 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 TP/AG 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 TP 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 la persona **escape** de la situación y vuelva a casa o vaya a un lugar seguro. En ocasiones la persona 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 defensivas**, aparte del escape y la distracción, para afrontar los síntomas de ansiedad intensa o pánico: tomar medicación, beber alcohol, tumbarse, ponerse toallitas húmedas en la cara, llamar a alguien, pensar que no está sucediendo, aguantar, pensar que ya se ha pasado por eso, relajación, pensar que el ataque pasará pronto, respiración, imágenes placenteras, fumar.

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** de la persona 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 interpreta-

ción 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 la persona 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 et al., 1999). En un estudio prospectivo un mayor nivel de evitación agorafóbica ha aparecido asociado al mantenimiento/recaída del TP (Ehlers, 1995). En aquellos casos en que, por las razones que sea, la persona **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 personas 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 de la persona 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 TP, un cierto número de ellas no asocia o atribuye el pánico a situaciones externas y presentan simplemente un TP 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 respuesta 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 la persona 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, las personas estarán motivadas 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 TP 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 et al., 1997).

Por otra parte, conviene señalar que las personas con TP 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 et al. (2003), Botella et al. (2005), Comeche, Díaz y Vallejo (1995) y Muñoz et al. (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 TP 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. 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 TP de Shear et al. (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 pacientes. 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 (agra-

vamientos, 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. Las secciones sobre pánico y agorafobia pueden consultarse en Caballo (2005).

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, el Índice de Susceptibilidad a la Ansiedad -3 (o bien el Cuestionario de Cogniciones Agorafóbicas y el Cuestionario de Sensaciones Corporales), Cuestionario de Ataques de Pánico y Cuestionario de Interferencia.

Para muchos de estos cuestionarios, Carlbring et al. (2007) han mostrado que sus propiedades psicométricas son en gran medida equivalentes, ya sean **aplicados en papel o vía internet**. Además, en contra de algunos estudios previos, este último método no proporcionó puntuaciones consistentemente más altas y los tamaños del efecto de estas diferencias fueron genralmente bajos.

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 et al., 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). El MI tiene tres factores: evitación de lugares públicos, de lugares cerrados y de lugares abiertos (véase Rodríguez, Pagano y Keller, 2007). La versión original puede consultarse en Bados (2000), Caballo (2005) 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 et al. (1992) han añadido al cuestionario una tercera subescala para evaluar el grado en el que las personas 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).

Inventario de Conductas-Objetivo. Se trata de un cuestionario individualizado en el que la persona 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 a 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 la persona, sean pertinentes para esta y cubran los diferentes niveles de ansiedad. Los mismos ítems de la jerarquía individualizada pueden usarse para medir la **autoeficacia** percibida de la persona. Este tendría que valorar cuán capaz (0-8) se cree de poder realizar él solo cada actividad si tuviera que hacerlo en ese momento. Al igual que el Cuestionario de Conductas-Objetivo, la Jerarquía Individualizada es útil de cara a la planificación del tratamiento.

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 et al., 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 la persona tiene miedo (1-5) a diversas sensaciones corporales asociadas con la ansiedad. Ambos cuestionarios pueden ser consultados en Bados (2000), Caballo (2005) 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 et al., 1990). El primero de estos cuestionarios está formado por 33 ítems que reflejan síntomas experimentados durante un ataque de pánico; la persona 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 et al. (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 pue-

den consultarse en inglés en Corcoran y Fischer (2000).

Cuestionario de Creencias Relacionadas con el Pánico (*Panic Belief Inventory, PBQ*; Greenberg, 1989; Wenzel et al., 2006). 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 TP. Consta de 35 ítems valorados de 1 (totalmente en desacuerdo) a 6 (totalmente 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 et al., 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 presenta tres factores (preocupaciones físicas, preocupaciones sobre incapacitación mental y preocupaciones sociales) que cargan en un factor general (Zinbarg, Barlow y Brown, 1997). Sin embargo, los dos últimos factores han presentado sólo tres ítems cada uno en el estudio de Zinbarg, aunque han constado de cinco y cuatro en la validación española (Sandín et al., 2005). Actualmente, existe la versión 3, la cual es preferible. El ASI puede consultarse en Bados (1995a), Botella, Baños y Perpiñá (2003) y Caballo (2005).

Una versión para niños del ASI es el **Índice de Susceptibilidad a la Ansiedad para Niños** (*Childhood Anxiety Sensitivity Index, CASI*; Silverman et al., 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. 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. Valores normativos para la puntuación total del CASI pueden encontrarse en Tortella-Feliu et al. (2005).

Índice de Susceptibilidad a la Ansiedad - 3 (*Anxiety Sensitivity Index-3, ASI-3*; Taylor et al., 2007). La ASI-3 evalúa el miedo a los síntomas y consecuencias de la ansiedad mediante 18 ítems, valorados en una escala de intensidad de 0 a 4. Presenta tres dimensiones de 6 ítems cada una: física (miedo a los síntomas de tipo físico), cognitiva (miedo a los síntomas de descontrol cognitivo) y social (miedo a las reacciones de ansiedad públicamente observables). Análisis factoriales han confirmado estos tres factores, los cuales cargan en un factor de orden superior. La escala puede consultarse en Sandín et al. (2007), los cuales la han validado en España.

Inventario de Agorafobia (Echeburúa et al., 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, la persona 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).

Escala de Gravedad del TP - Versión de Autoinforme (*Panic Disorder Severity Scale - Self-Report; PDSS-SR*; Houck et al., 2002). Es la versión de autoinforme de la escala del mismo nombre, basada en una entrevista estructurada y elaborada por Shear et al. (1997). El paciente evalúa en una escala de gravedad de 0 a 4 siete dimensiones del TP y síntomas asociados: frecuencia de ataques de pánico, malestar causado por los ataques de pánico, ansiedad anticipatoria (preocupación por cuándo ocurrirá el próximo ataque de pánico), 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 diferencia de la versión de entrevista, el periodo temporal de referencia es la última semana y no el último mes. La media de los siete ítems da la puntuación total. La PDSS-SR correlaciona 0,81 con la versión de entrevista, aunque la media total es 0,34 puntos más baja. El instrumento puede consultarse en Caballo (2005).

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 periodos 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.

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 la persona a lo largo de todos los momentos. Naturalmente, pueden indexarse otras medidas además de la de ansiedad.

Evaluación de las cogniciones de la persona. Se han empleado básicamente dos procedimientos, aparte de la entrevista y de los cuestionarios de reconocimiento de cogniciones, para evaluar los pensamientos que la persona 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 la persona 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 la persona 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 et al., 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 allegadas con relación al apoyo necesitado. Puede consultarse en Bobes et al. (1998, 2002).

Escala Autoevaluada de Discapacidad de Liebowitz (Liebowitz, 1987, citado en Bobes et al., 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 et al. (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. La persona 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. □

Una gran ventaja de los diarios de ansiedad/pánico es que permiten que el paciente se dé cuenta de bajo qué circunstancias ocurren sus ataques, incluidos los espontáneos. 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 et al. (2002, cap. 7), Botella y Ballester (1997), Clark (1989), Clark y Salkovskis (1987), Craske y Barlow (2007), 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.

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 de la persona, lo que esta 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 las personas tienden a hacer más de lo que normalmente hacen; b) las ejecuciones de la persona en el test deben ser **discretamente observadas o verificadas** a través de otros medios (p.ej., que la persona tenga que dejar marcas en ciertos sitios o apuntar descripciones de algo presente en estos); c) **no deben imponerse límites sobre cuán ansioso** una persona 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 et al. (1980), Caballo (2005) y de Beurs et al. (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 persona 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 la persona pueda intentar en su medio natural. Se pide a la persona 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, la persona 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 la persona 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 persona. Ambas escalas pueden ser puntuadas por el terapeuta, por la persona y/o por un evaluador independiente. Para hacer las calificaciones, el terapeuta y el evaluador independiente deben **basarse en una entrevista** hecha a la persona 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.

Shear et al. (1997) presentan la **Escala de Gravedad del TP** (*Panic Disorder Severity Scale; PDSS*), la cual evalúa siete dimensiones del TP y síntomas asociados: frecuencia de ataques de pánico, malestar causado por los ataques de pánico, ansiedad anticipatoria, miedo/evitación agorafóbicos, miedo/evitación interoceptivos, deterioro/interferencia en el funcionamiento laboral y deterioro/interferencia en el funcionamiento social. A partir de una entrevista estructurada y en referencia al último mes, 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 ALLEGADAS

Estas personas pueden calificar el grado en que la persona 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 de la persona 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 de la persona 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, arteroesclerosis, 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 TP o agorafobia. Es importante tener en cuenta que **la existencia de un problema**

médico no excluye necesariamente el diagnóstico de TP 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.

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**. b) El nivel de funcionamiento en el postest debe caer **dentro de la amplitud de la población funcional** (o, a veces, general). 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: $CF = (M_d \times DT_f + M_f \times DT_d) / (DT_f + DT_d)$; 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.

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.

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 et al., 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 et al. (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 allegada.
- 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 postratamiento. Con pacientes sin ataques de pánico, Cerny et al. (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 allegada. 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 et al. (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 TP) y después del tratamiento para el TP 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. Por otra parte, 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 diazepam o 25 gramos de alcohol puro al día (40 g en el caso de los hombres), 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 momen-

to 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.

La **desensibilización y reprocesamiento mediante movimientos oculares (DRMO)** ha sido superior en un estudio a la lista de espera, 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 postratamiento la DRMO fue más eficaz que la misma técnica sin movimientos oculares, 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 et al., 2000). Finalmente, Milrod et al. (2007) han mostrado la superioridad de la **psicoterapia psicodinámica** centrada en el pánico sobre la relajación aplicada; dicha terapia se centró en los conflictos de separación e ira sin utilizar exposición.

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 et al. (1998), Cox, Endler, Lee y Swinson (1992), Chambless y Gillis (1993), Gould, Otto y Pollack (1995), Jacobson, Wilson y Tupper (1988), Mattick et al. (1990), Oei, Llamas y Devilly (1999), Trull, Nietzel y Main (1988) y van Balkom et al. (1997). Otros estudios pertinentes o más recientes serán citados en el lugar oportuno.

Finalmente, conviene tener en cuenta que aunque aquí se habla del tratamiento de la agorafobia como trastorno diferenciado de ansiedad, existen **modelos transdiagnósticos de la ansiedad** que postulan una patología nuclear que subyace a todos los trastornos de ansiedad considerados por el DSM-IV y la CIE-10. Dentro de esta patología nuclear habría un factor específico de hiperactivación fisiológica y, compartido con la depresión, un factor general de afectividad negativa, esto es, una tendencia estable y heredable a experimentar una amplia gama de sentimientos negativos tales como preocupación, ansiedad, miedo, alteración, enfado, tristeza y culpabilidad². Esta patología compartida, una comorbilidad entre trastornos de ansiedad mayor de la que sería esperable y la reducción de estos trastornos comórbidos al tratar sólo el trastorno principal hacen pensar que hay más similitudes que diferencias entre los distintos trastornos de ansiedad. Todo esto, junto con el hecho de que los programas cognitivo-conductuales para los distintos trastornos de ansiedad comparten muchos contenidos, ha llevado a algunos autores a desarrollar diversos protocolos dirigidos cada uno de ellos a tratar múltiples trastornos de ansiedad (principalmente, fobias, pánico y ansiedad generalizada; con menor frecuencia, trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno por estrés postraumático); de este modo, pueden tratarse en grupo a pacientes con diversos tras- □

² Mientras que una alta hiperactivación fisiológica caracterizaría a los trastornos de ansiedad, una baja afectividad positiva (o entusiasmo por la vida) sería típica de los trastornos depresivos.

tornos de ansiedad.

Los **programas transdiagnósticos** de tratamiento pueden incluir elementos comunes a los distintos trastornos de ansiedad (educación, incremento de la motivación para implicarse en el tratamiento, entrenamiento en conciencia emocional, relajación, reestructuración cognitiva, exposición, prevención de recaídas) y elementos específicos (exposición interoceptiva, asertividad). Según el metaanálisis de Norton y Philipp (2008), estos programas han logrado un alto tamaño del efecto pre-post ($d = 1,29$) que ha sido significativamente mayor que el de los grupos control ($d = 0,14$); además, las mejoras se han mantenido en seguimientos de hasta 6 meses. Falta comprobar si el tratamiento en grupos con trastornos de ansiedad diferentes es igual de eficaz que el tratamiento con grupos homogéneos; de ser así, se facilitaría la aplicación y propagación de la TCC.

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 postratamiento y 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 et al., 1997; Shear et al., 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. Brown et al. (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**. Sin embargo, Richards, Klein y Austin (2006) hallaron que aunque la adición de material sobre el manejo del estrés a la TCC aplicada por internet fue beneficiosa en el postratamiento, este efecto desapareció en el seguimiento a los 3 meses.

Shear et al. (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 los componentes y determinantes del trastorno. Por otra parte, en un estudio posterior, el propio grupo de Shear (Shear et al., 2001) **no pudo replicar sus resultados** en pacientes con TP sin ago-

rafobia. 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. Asimismo, Craske, Maidenberg y Bystritsky (1995) replicaron el estudio de Shear et al. (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.

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.

La práctica programada es uno de los programas de EV más empleados es, 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 allegadas 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, lo que 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.

Sea cual sea el procedimiento de EV empleado, es importante **reeducar 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; y es altamente improbable, por no decir imposible, que ocurran las consecuencias catastróficas temidas. 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 (2000, 2007), Roca (2003) y Roca y Roca (1999); la **tabla 4** resume los cambios fisiológicos producidos durante una reacción de ansiedad, los beneficios que reportan y las sensaciones asociadas, principalmente cuando la activación es intensa. **Información sobre los mitos acerca de las consecuencias de los ataques** de pánico puede hallarse en la **tabla 5** y en Bados (2000, págs. 331-333), Barlow y Craske (2000, 2007), Botella y Ballester (1997, págs. 68-72), Pastor y Sevillá (2000, cap. 5) y Roca (2003).

Toda esta información proporciona tranquilización al paciente y es importante en la primera fase del tratamiento. Posteriormente, los miedos del paciente sobre lo que le puede suceder se abordan a través de discusiones informales (o reestructuración cognitiva en la TCC) y EV (o experimentos conductuales en la TCC). Si un paciente sigue pidiendo tranquilización, se le hace reflexionar sobre lo que su propia experiencia le dice.

Guías de aplicación de la exposición en vivo

Las guías siguientes implican la combinación de la EV **con estrategias de afrontamiento** (respiración, relajación, reestructuración cognitiva, autoinstrucciones). El empleo de estas estrategias facilita la aceptación de la intervención y reduce el porcentaje de abandonos y de recaídas cuando se compara con la EV sola. Estas guías son explicadas también en el tema de “Fobias específicas” y, con adaptaciones, en el de “Fobia social”.

Justificación de la técnica

Hay que **justificar adecuadamente la exposición** (en qué se basa, por qué es eficaz). En resumen, la exposición permite a) **romper o reducir la asociación** entre los estímulos internos/situaciones temidos y la ansiedad, b) comprobar que las **consecuencias negativas anticipadas no ocurren** y c) aprender a **manejar o tolerar la ansiedad y el pánico**.

Se presenta la exposición como un programa sistemático y estructurado que requiere un esfuerzo continuado y que **implica tolerar** cierta cantidad de **ansiedad** y malestar (un ejemplo de cómo hacer esto puede verse en Scholing, Emmelkamp y van Oppen, 1996, pág. 149). Este malestar y ansiedad ocurren durante las sesiones de exposición, pero como consecuencias de estas pue-

den darse también al comienzo del tratamiento otros efectos secundarios negativos: aumento de los pensamientos negativos e imágenes relativos a las situaciones temidos, aparición de pesadillas y cansancio tras la sesión de exposición; también puede aparecer transitoriamente un aumento de la irritabilidad y de la tendencia a sobresaltarse. Debe remarcarse que todos estos efectos, caso de aparecer, son temporales.

Además de todo lo anterior, debe **decirse al cliente que**: a) la exposición será gradual (es decir, procederá de lo más fácil a lo más difícil), b) la velocidad con que se progresa se decidirá conjuntamente en función de sus circunstancias y progresos, c) no se verá obligado a hacer cosas que no desee y d) 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.

Graduación de la exposición

La exposición puede ser **más o menos graduada**; puede comenzar por situaciones poco, moderadamente o muy temidas y puede proceder con menores o mayores saltos en el nivel de ansiedad de una situación a otra. **Un enfoque poco graduado** conduce a una **menor aceptación** y a un mayor número de **abandonos**, y parece menos indicado con niños y 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, ataques frecuentes de pánico o ansiedad general elevada. Sin embargo, es más rápido y en el caso de la agorafobia existe un estudio según el cual **puede ser más eficaz** a largo plazo que un enfoque graduado para los clientes que lo aceptan (Fiegenbaum, 1988); además, la inundación aplicada con agorafóbicos durante varias horas al día a lo largo de 2-3 semanas ha dado lugar a buenos resultados en contextos clínicos reales (Hahlweg et al., 2001). Por otra parte, si la exposición 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**. □

En general, se aconseja que la EV sea **gradual**, ya que esto aumenta la motivación del paciente y reduce la probabilidad de abandono. El enfoque gradual implica comenzar por situaciones que produzcan un nivel de ansiedad bajo o medio e ir avanzando lo más rápido que se pueda hacia situaciones muy ansiógenas y totalmente evitadas, pero sin abrumar al cliente con ansiedad o pánico inmanejables. El **nivel de gradación elegido depende de** lo que el cliente esté dispuesto a tolerar, de sus condiciones médicas y psicológicas, del tiempo disponible y de la rapidez de la habituación. 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 un enfoque menos gradual, puede empezarse con un nivel de 50, pero entonces la exposición suele ser más prolongada.

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.

Jerarquía de exposición

Utilizar un enfoque gradual de exposición implica elaborar una o más jerarquías ordenando de mayor a menor ansiedad las **situaciones temidas** por el paciente. Es posible construir **una sola jerarquía multisituacional** (con diversos tipos de situaciones agorafóbicas) **o, más frecuentemente, diversas jerarquías**, una para cada tipo o categoría de situación temida (p.ej., una jerar- □

quía para los transportes públicos y una jerarquía para tiendas y grandes superficies).

El primer paso para construir una jerarquía es que cliente y terapeuta identifiquen las posibles situaciones que la integrarán. Deben incluirse todas aquellas situaciones temidas/evitadas o, si son muchas, una **muestra representativa** de las mismas; lo preferible, por razones motivacionales, es que estas situaciones 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 (siempre que no sean realmente peligrosas). **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-Morrisette, 2003). Finalmente, 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.

Las situaciones a incluir en la jerarquía deben ser descritas con la suficiente **especificidad para poder ordenarlas** y, por tanto, para tener control sobre el nivel de ansiedad que generan al cliente. En este sentido, el ítem “subir en un ascensor hasta el tercer piso” es poco concreto, puesto que hay variables importantes que pueden incidir en el nivel de ansiedad y que no se contemplan tales como el tipo de ascensor o la cantidad de gente que hay en la cabina. Así pues, es fundamental tener en cuenta 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.

El número de situaciones o pasos a incluir en una jerarquía es muy variable, aunque suele oscilar **entre 10 y 20**. Una vez identificadas y escritas en un papel las situaciones problemáticas, el cliente pasa a **ordenarlas** empleando, por ejemplo, el ordenamiento **por USAs (unidades subjetivas de ansiedad)**.

La **jerarquía o jerarquías pueden elaborarse enteras ya desde el principio, aunque serán probablemente provisionales**. Una alternativa es **elaborar la jerarquía o jerarquías por partes, conforme avanza la intervención**. Esto último puede ser preferible por varias razones: a) es probable que una jerarquía completa tenga que ser modificada más adelante, b) puede ser muy difícil para un cliente elaborar los ítems de la jerarquía que le provocan más ansiedad, y c) el hecho de que el terapeuta mencione al principio los pasos finales de la jerarquía puede conducir al cliente a rechazar la intervención o a pensar en las *cosas terribles* que vendrán en vez de concentrarse en el tratamiento.

Cuando se utilizan varias jerarquías, se trabaja en cada una de ellas por separado, pero es usual ir trabajando en paralelo situaciones de similar nivel de ansiedad correspondientes a distintas jerarquías. Aquellas jerarquías que corresponden a un tipo de situación más difícil pueden comenzar a trabajarse más tarde. Los datos sugieren que trabajar **pasos de distintas jerarquías a la vez**, si su nivel de ansiedad es similar, acelera el progreso del cliente.

Duración de la exposición

Suele aconsejarse permanecer en la situación temida **hasta que la ansiedad se reduzca significativamente**. Una reducción sustancial o significativa de la ansiedad **puede definirse como**: a) la disminución de al menos el 50% de la ansiedad máxima experimentada durante la situación, o b) la reducción de la ansiedad hasta que sea nula o leve (2 o menos en una escala 0-8). Aunque a primera vista este criterio puede parecer mejor que el primero, este puede ser suficiente, ya que

existen algunos estudios que indican que es la habituación entre sesiones y no la habituación intra-sesiones la que predice resultados positivos. Asimismo, una prolongación de la exposición bastante más allá de que la ansiedad haya desaparecido no parece muy útil.

Desde el punto de vista de la habituación de la ansiedad, se aconseja que el cliente intente **permanecer en la situación hasta que experimente una reducción sustancial de la ansiedad y desaparezca el posible deseo de escapar**. Esta regla básica puede combinarse con otros criterios: a) permanecer un mínimo de tiempo en la situación temida, aunque la ansiedad ya se haya reducido, para evitar así el abandono prematuro; y b) en el caso de ir acompañado, que el acompañante no observe signos manifiestos de ansiedad. **Cuando las situaciones** que debe afrontar el cliente tienen una **duración corta** (p.ej., subir en un ascensor, hacer ciertas colas) debe **repetir la exposición (preferiblemente a continuación o, si no, lo más pronto posible) el número de veces necesario para que la ansiedad disminuya significativamente**. Siempre que sea posible se aconseja que el cliente dedique **1-2 horas diarias a afrontar las situaciones temidas**, por lo que si logra reducir significativamente su ansiedad en una de estas situaciones en menos de este tiempo, debe pasar a otra situación.

Otra perspectiva diferente de la anterior tiene en cuenta que es la habituación entre sesiones y no la habituación intra-sesiones la que predice resultados positivos. En consonancia con esto, desde esta perspectiva se pide al paciente que permanezca en la situación el tiempo suficiente o la repita no hasta que la ansiedad disminuya, sino **hasta que aprenda que las consecuencias que teme no ocurren o lo hacen raramente o que puede afrontar el estímulo temido y tolerar la ansiedad** (Craske, Anthony y Barlow, 2006). De este modo, aunque la ansiedad puede mantenerse en mayor o menor grado durante una sesión, terminará por disminuir en sesiones posteriores. Siguiendo el criterio propuesto por esta perspectiva, una sesión de exposición suele durar 60 minutos o más durante los cuales se lleva a cabo una exposición prolongada o repetida a la situación temida. Antes de cada exposición, el paciente debe identificar lo más específicamente que pueda aquello que le preocupa que pueda suceder y, tras la misma, debe anotar si ha ocurrido realmente lo que le preocupaba (y, en caso afirmativo, en qué grado).

Salkovskis (1991) ha señalado que una exposición repetida y prolongada puede no ser necesaria en todos los casos. Se trataría entonces de combinar exposición y técnicas cognitivas de modo que las sesiones de exposición serían planificadas como experimentos conductuales dirigidos a comprobar las interpretaciones amenazantes de los clientes. Así pues, los **experimentos conductuales implican exposición, pero 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 someter a prueba determinadas predicciones. Por lo tanto, la frecuencia, duración o graduación de la exposición no son tan importantes como el que se activen los miedos de los pacientes y estos puedan comprobar a través de sus acciones o de la eliminación de conductas defensivas si sus creencias son ciertas o no.

Desde una tercera perspectiva (la de la **autoeficacia**) el criterio de duración de la EV es que el cliente permanezca en la situación o la repita hasta que **sienta que tiene suficiente control**.

Cuando no pueden utilizarse sesiones largas o frecuentemente repetidas de EV, se establece 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 va abandonando ciertas conductas defensivas. El criterio para finalizar la exposición en este caso no es la reducción de la ansiedad, sino lograr el objetivo propuesto. A medida que se van consiguiendo estos objetivos, se incrementan gradualmente las exigencias.

Una última cuestión importante tiene que ver con el posible escape de la situación temida. 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 (de Silva y Rachman, 1984; Rachman et al., 1986). Para que la EV funcione lo fundamental es que el escape no se convierta en una señal de seguridad que indique ausencia de ansiedad y de peligro, que es lo que ocurriría en el caso del escape sin retorno.

Así pues, **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. 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.

Velocidad de la exposición (criterio para dar por superado un ítem)

Existen varias opciones para decidir cuándo se puede proceder con el siguiente paso de la jerarquía: a) Desde la perspectiva de habituación de la ansiedad, el cliente repite cada paso de la jerarquía (el mismo día o lo antes posible), hasta lograr que en **dos exposiciones consecutivas la ansiedad sea nula o leve** (p.ej., 2 o menos en la escala 0-8) o hasta lograr **reducir la ansiedad rápidamente**. b) Desde la perspectiva del aprendizaje correctivo, se repite un paso de la jerarquía hasta que **el paciente aprende verdaderamente que las consecuencias que teme no ocurren nunca o lo hacen raramente y su nivel de ansiedad es leve** (2 o menos sobre 10) (Barlow y Craske, 2007; Craske, Anthony y Barlow, 2006). c) Desde la perspectiva de la autoeficacia, el cliente repite un paso hasta que **siente suficiente confianza para afrontar el siguiente** paso. Lo importante aquí no es la habituación de la ansiedad, sino la adquisición de un sentido de control.

Es frecuente que los clientes **se contenten con haber manejado bien un tipo de situación una sola vez** y piensen que no hay necesidad de repetirla. Sin embargo, es normal que esta actitud enmascare el miedo de los clientes a cómo puedan ir las cosas la próxima vez, por lo que conviene que sigan afrontando la situación. Si realmente no tienen miedo, no pasará nada por repetir la exposición, 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. Afrontar con éxito la situación una sola vez comporta un riesgo elevado de que el paciente atribuya el resultado a la suerte en vez de a su propia habilidad.

Periodicidad de la exposición

En la práctica clínica suele ser normal la asignación de actividades 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. Todos estos casos representan ejemplos de **(auto)exposición masiva**. Sin embargo, no está claro que esta exposición tan frecuente sea necesaria. El estudio de Chambless (1990), llevado a cabo con **agorafóbicos y fóbicos específicos**, 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. Por otra parte, los **pacientes que más y mejor cumplen con las actividades diarias de AEV tienden a mejorar más** (Fava et al., 1997; Park et al., 2001).

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.

En la práctica clínica habitual, independientemente de la frecuencia de veces que el terapeuta acompañe al cliente durante la EV, se aconseja a los pacientes que hagan exposiciones **5-6 días a la semana**, aunque el promedio de práctica suele ser 3-4 días a la semana. 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 el cliente aprende a afrontar el malestar experimentado y aumenta la confianza en sí mismo.

Implicación en la exposición

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. 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). Una revisión de los efectos de la distracción durante la EV en diversos trastornos de ansiedad ha sido realizada por Parrish, Radosky y Dugas (2008) y Rodríguez 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 manejar 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), recursos atencionales requeridos (si la tarea distractora exige muchos, se reduce el procesamiento emocional) y estilo de afrontamiento del paciente (búsqueda o evitación de información sobre los estímulos amenazantes).

Además de la distracción, existen otros tipos de conductas defensivas (p.ej., llevar encima algún objeto que dé confianza, sentarse cerca de la salida, caminar cerca de la pared, ir al váter a la más mínima sensación). Hay datos de que el empleo continuado de **conductas defensivas** dirigidas a prevenir las supuestas amenazas es negativo (Salkovskis et al., 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). Por otra parte, si bien las **estrategias de afrontamiento** (p.ej., respiración, reestructuración verbal) pueden ser **útiles cuando** se emplean para manejar la ansiedad y favorecer las actividades de exposición, también **pueden convertirse en algunos casos en conductas defensivas** (Huppert y Baker-Morissette, 2003; Salkovskis, 1991). 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. Las conductas de afrontamiento van dirigidas a manejar la ansiedad, no a prevenir o minimizar una amenaza que no es tal y, por tanto, no interfieren con la invalidación de las expectativas catastróficas. En cambio, las conductas defensivas pretenden prevenir o minimizar las supuestas consecuencias amenazantes, impiden de este modo la invalidación de las amenazas anticipadas y



ayudan a mantener la ansiedad.

De todos modos, el empleo de **estrategias 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 y afrontar las situaciones temidas**. Existen estudios que indican que el empleo temporal de conductas defensivas no interfiere en la exposición cuando facilitan una sensación de control, la conducta de aproximación y la disconfirmación de las conductas erróneas (Parrish, Radomsky y Dugas, 2008).

En definitiva, 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 la actividad que está realizando. El cliente tiene que ser capaz de **reconocer los síntomas de ansiedad**, pero en vez de interpretarlos catastróficamente, debe **aceptarlos o aplicar sus estrategias de afrontamiento**. Como recomiendan Craske y Barlow (2000), el paciente **debe 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 terrible, sufriré un colapso, no puedo hacerlo, tengo que salir de aquí”.

Si en algún momento, el cliente se siente **desbordado por la ansiedad**, puede emplear estrategias distractoras o defensivas, pero hay que vigilar que su uso sea ocasional. Por otra parte, **si en una situación un cliente no experimenta ansiedad**, debe cambiar las condiciones de la situación o buscar una nueva situación, de modo que sí ocurra algo de ansiedad. Practicar sin sentir ansiedad no suele ser útil, es mejor sentir algo de ansiedad y aprender a tolerarla o a hacerle frente.

Para que el cliente progrese, **debe ir eliminando más o menos gradualmente las conductas defensivas**. Es cierto que estas **pueden facilitar el afrontamiento** en las primeras fases del tratamiento y cuando surgen obstáculos más tarde y son especialmente útiles en personas que presentan un nivel de ansiedad muy elevado; sin embargo, debe pedirse al cliente que las vaya abandonando para no interferir con el éxito de la intervención. El uso sensato de estas conductas (empleo temporal de las mismas) aumenta la sensación de control, hace que el tratamiento sea más tolerable (reduce los rechazos y abandonos), ayuda a superar obstáculos durante el mismo, facilita las actividades entre sesiones y no impide las experiencias disconfirmatorias (Rachman, Radomsky y Shafran, 2008). **Ahora bien, si las conductas defensivas no terminan por abandonarse**, los resultados son peores y aumenta la probabilidad de recaída. Por tanto, es muy importante evaluar su posible ocurrencia; para ello se puede: a) **ir preguntando al cliente** para comprobar si las utiliza o no, b) introducir un apartado al respecto en el **autorregistro**, y c) **preguntar a personas que le conozcan**. Esto último es importante cuando se sospecha que el cliente puede ser poco consciente de algunas estrategias defensivas o tener vergüenza de informar de las mismas.

Finalmente, en los casos en que las **estrategias de afrontamiento se hayan convertido en conductas defensivas**, 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.

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 et al. (1986) y Murphy et al. (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 ansiedad** durante la exposición con el fin de aprender a tolerarla o, si es excesiva, a hacerle frente. A este respecto, puede ser útil enseñar algunas **estrategias de afrontamiento** (respiración, relajación).

En definitiva, debe decirse al paciente que es normal que experimente **ansiedad durante la exposición** y que además esto es útil ya que le permitirá aprender a tolerarla: la idea es aceptar los síntomas de ansiedad, no luchar contra ellos. Sin embargo, la ansiedad no debe alcanzar un nivel tal que interfiera con el procesamiento emocional de las señales de miedo o con las actividades a realizar, 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**, el cliente puede emplear las estrategias de afrontamiento **para manejarla, pero no para intentar eliminarla**.

El cliente 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. Por otra parte, si el paciente experimenta **ansiedad anticipatoria** en un grado suficiente como para evitar la práctica, puede utilizar las estrategias de afrontamiento para manejar la ansiedad y poder iniciar la actividad de exposición. O bien, puede empezar por una actividad más fácil.

Ataques de pánico durante la exposición

Los episodios intensos de ansiedad o **ataques de pánico** son mucho menos probables cuando se aplica la exposición gradual. Sin embargo, pueden ocurrir, especialmente si el cliente 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 aceptarlas o, si son muy molestas, se puede intentar manejarlas mediante estrategias de afrontamiento. En cambio, **intentar 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 atemorizantes, que los episodios o ataques tienen una duración limitada y que se sentirá muy satisfecho al conseguir manejar la situación.

Es muy útil que el paciente haya elaborado una serie de **reglas personales** para afrontar el pánico en la línea de las presentadas en el párrafo anterior y en la tabla 3. Estas reglas pueden expresarse mediante frases breves o incluso imágenes que sean significativas para el paciente y que le permitan interiorizarlas.

- En segundo lugar, si se experimenta una gran ansiedad o se tiene un ataque de pánico, hay que **procurar, si es posible, permanecer en la situación** hasta que disminuya. Pue-

den utilizarse las estrategias de afrontamiento (respiración, reatribución de los síntomas, autoinstrucciones e incluso distracción) con la finalidad de manejar la ansiedad, no de eliminarla. Una vez que la ansiedad/pánico se haya reducido, conviene seguir practicando un rato, lo cual hará que aumente la confianza en sí mismo.

- **Si resulta imposible permanecer en la situación** hasta que el ataque de pánico desaparezca, es aconsejable: a) **abandonar** la situación, pero **intentar quedarse lo más cerca posible**, b) **tranquilizarse** (con los propios recursos o con las estrategias de afrontamiento entrenadas), c) **pensar en los factores** que han generado el problema **y en las soluciones** que se pueden utilizar, y d) **volver a afrontar la situación**, preferiblemente a continuación o, si no, lo más pronto que se pueda (p.ej., en el mismo día o al día siguiente). Si la situación abandonada era más difícil de lo esperado, se puede comenzar por una 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 acudir a **urgencias**, primero porque los ataques no son peligrosos y segundo, porque cuando se llegue, los síntomas se habrán ya reducido en gran medida. Por estas mismas razones, tampoco es conveniente **llamar a alguien para que venga** a ayudar. Acudir a urgencias y llamar a alguien son conductas defensivas que contribuyen a mantener el problema. De todos modos, y como recurso temporal, si se está muy asustado y no logra manejarse la situación por sí mismo, puede llamarse 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-Morrisette (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. □

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 se hace 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 et al., 2001). **Sin embargo**, la asistencia por parte del terapeuta o personas allegadas reduce el porcentaje de **abandonos**.

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 et al., 2004). Estos estudios se han realizado mezclando distintos tipos de fobias; además, haría falta investigar qué pasaría si la intervención fuera más larga. En general, como se comentará después al hablar de la TCC, los **programas de autoayuda** que se basan en manuales y/u otro material de apoyo (cintas de vídeo y magnetofónicas, programas de ordenador) y un **contacto mínimo** con el terapeuta – ya sea directo o no presencial (2-3 horas en total mediante teléfono o correo postal o electrónico)– se han mostrado **relativamente eficaces**.

En la práctica clínica habitual conviene que el **terapeuta acompañe ocasionalmente 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. También es aconsejable que el terapeuta o una persona allegada acompañe a los niños durante las primeras sesiones de exposición. La observación del cliente durante la exposición permite evaluar en directo los principales miedos del cliente, comprobar si utiliza conductas defensivas y/o valorar cómo y cuando utiliza las estrategias de afrontamiento. Además, el terapeuta puede modelar conductas de afrontamiento, dar información para eliminar conductas defensivas y servir como conducta temporal de seguridad. Tanto por cuestiones de coste/beneficio como para evitar la dependencia, es aconsejable que el terapeuta acompañe pocas veces al cliente y que este practique por su cuenta hasta la próxima sesión. En caso necesario, la presencia del terapeuta puede desvanecerse gradualmente mediante el empleo de llamadas telefónicas.

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.

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. □

La colaboración del compañero o de personas allegadas

Que el compañero u otra persona allegada ayude al agorafóbico **durante la EV** 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 adelante, otro tipo de colaboración por parte del compañero puede ser más útil tanto en la EV como en la TCC.

Es aconsejable que el cliente **practique solo siempre que sea posible**, pero en caso necesario puede ayudarle un compañero (familiar o amigo no agorafóbico). Ahora bien, el cliente debe afrontar como mínimo dos veces él solo la misma situación. **En las prácticas en que el cliente sea acompañado por un compañero este deberá** animar al cliente a comportarse con naturalidad (con las menos conductas defensivas posibles), 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 en caso necesario, 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, es necesario que comprenda los fundamentos, los objetivos y el procedimiento de exposición, que **reciba un entrenamiento específico** y que tenga una buena relación con el cliente. 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 posteriormente 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 exposición 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 6**. Más información puede verse en Bados (2000, apéndice 3) y Craske y Barlow (2000, 2007).

La importancia de la autoexposición

Los **pacientes que más y mejor cumplen con las actividades diarias de AEV tienden a mejorar más** (Fava et al., 1997; Park et al., 2001). Las actividades de AEV son una parte fundamental de la EV, pero resultan más ansiógenas que aquellas realizadas con compañía. Para incrementar las probabilidades de que el cliente realice las tareas resulta esencial que a) **entienda los beneficios** que le van a reportar y por qué, y b) que las exposiciones se **acuerden conjuntamente**, en vez de ser simplemente asignadas.

Es importante **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. Para aumentar la probabilidad de que el paciente lleve a cabo las actividades, conviene preguntarle por el **grado en que se considera capaz de realizarlas y acordar aquellas con valores de 80% o más**. 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.

El empleo de medicación

Las investigaciones realizadas en el tratamiento de la agorafobia indican que la medicación es tan eficaz como la exposición a corto plazo, pero no así a medio y largo plazo, debido a un porcentaje mucho mayor de recaídas; además puede crear dependencia. La combinación de ambos tratamientos puede ser necesaria en algunos casos y en ocasiones ha potenciado los resultados de la EV en el postratamiento, aunque no en los seguimientos.

Así pues, es aconsejable que los clientes tomen fármacos **sólo cuando existan razones específicas que lo justifiquen**. Si embargo, en la práctica clínica es habitual que los clientes acudan primero al médico de familia o al psiquiatra antes de solicitar un tratamiento psicológico. Esto conlleva que **un porcentaje importante de pacientes ya tomen medicación** cuando acuden a la consulta. **Si un cliente toma una dosis elevada de benzodiacepinas**, habrá que intentar 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 mantener la medicación hasta que el paciente aprenda los recursos suficientes para manejar la ansiedad de forma satisfactoria y, a partir de este momento, recomendarle que abandone progresivamente los fármacos, siempre bajo la supervisión del médico correspondiente. En este proceso de abandono gradual es importante comunicar al paciente que puede experimentar síntomas de abstinencia similares a los de ansiedad y pánico, que esto es algo normal que refleja los ajustes del cuerpo a los cambios químicos y que suele durar una o dos semanas. El cliente debe recordar que los síntomas no son peligrosos y emplear las estrategias que ha aprendido para manejarlos. □

Si un paciente toma una **medicación** no de forma regular, sino **en aquellas situaciones temidas en que cree que la necesita**, se le aconseja **que deje de hacerlo**, ya que es una conducta defensiva. 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. Asimismo, es conveniente indicar al cliente que el consumo de **cafeína** y de otros **estimulantes** potencia la ansiedad y que el abuso de **alcohol y de fármacos ansiolíticos** interfiere en el éxito del tratamiento.

Otros aspectos a tener en cuenta antes de comenzar la exposición

La EV puede tener ciertos efectos independientemente de las expectativas terapéuticas de mejora, pero su efectividad se ve aumentada por las instrucciones tendentes a inducir dichas expectativas. Por lo tanto, conviene **comunicar expectativas realistas de mejora**. Ahora bien, no es adecuado exagerar, ya que entonces es probable que los resultados sean contraproducentes.

Antes de comenzar cada exposición, el cliente debe pensar en los **beneficios** que le supondrá poder realizarla. Asimismo, el cliente debe fijarse en los avances que va consiguiendo, por pequeños que sean y **elogiarse** por ellos; lo importante es recompensarse, por ejemplo, por haber conseguido conducir 5 km en la autopista en vez de criticarse por no haber conducido más kilómetros o por haber sentido miedo. Formas de recompensarse son felicitarse a sí mismo por el progreso, contar los logros a personas de confianza y decidir 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**, ya que las conductas cambian antes que la emociones.

El cliente debe tener cuidado en **no menospreciar o minimizar 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. En este sentido, es importante entrenar al cliente a valorar los logros tomando como criterio su estado actual y no lo que hacía antes o lo que hacen las personas que no tienen el problema. Por ejemplo, cuando un cliente afirma “Cualquiera podría hacer

esto”, el terapeuta le debe hacer reflexionar para que objetive la situación y asuma que “No, si se sintieran tan ansiosos como yo”. Otro ejemplo sería “Debería haberlo hecho mejor.” (“Con el tiempo lo conseguiré; ahora haré lo que pueda.”). Es importante recalcar al paciente los logros que va consiguiendo. Si no se hace así, no es raro que los pasen por alto o los minimicen.

Hay que avisar al paciente de que el progreso no será lineal. Aunque irá avanzando, es normal que haya altibajos y contratiempos. Lo que se logró ayer, puede parecer difícil o imposible hoy y se puede perder temporalmente parte de lo que se había ganado. Sin embargo, esto es inevitable y no hay que preocuparse por ello. Lo importante es identificar y analizar los factores que han provocado los contratiempos, buscar soluciones y seguir con la exposición. Posibles **razones que pueden generar 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, desarreglos hormonales, consumo de drogas, reacciones producidas por fármacos, 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, etc.

Autorregistro y revisión de las exposiciones

Para poder revisar las actividades de AEV, 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 (sí/no), d) ansiedad experimentada (0-100) (y ansiedad al final de la exposición si se sigue la perspectiva de la habituación), 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. Si se sigue la perspectiva del aprendizaje correctivo, el paciente apunta también lo que más le preocupa que suceda y si ha ocurrido o no. Las experiencias de AEV 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. El estudio de Salkovskis et al. (2007) sugiere que la EV (3 horas) puede ser más eficaz cuando se planea para desconfirmar las anticipaciones negativas que cuando se basa en la habituación de la ansiedad. Sin embargo, los dos grupos comparados difirieron no sólo en la justificación recibida para la EV, sino también en las instrucciones respecto a las conductas defensivas: reducirlas en el primer caso para ver lo que pasaba y mantenerlas en el segundo para manejar la ansiedad. Así pues, las diferencias pudieron ser debidas a cualquiera de estos dos aspectos. Soechting et al. (1998) no hallaron que hubiera diferencias según se empleara una justificación cognitiva o conductual (descondicionamiento) de la EV (20 horas). □

La exposición en grupo.

La EV en grupo es **tan eficaz como la individual**. Estos resultados son comprensibles si tenemos en cuenta que la mayoría de actividades de exposición se hacen individualmente. En muchas ocasiones, las sesiones de grupo se limitan únicamente a comentar las exposiciones que cada cliente ha realizado durante la semana. En algunos casos las sesiones de tratamiento se aprovechan también para hacer exposiciones de grupo, pero los clientes deben hacer también actividades

de autoexposición entre sesiones. El tamaño del grupo no debe ser demasiado grande. **Un terapeuta** puede llevar bien un grupo de alrededor de **5 personas**; para grupos más grandes conviene además un **coterapeuta**.

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, existe 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 et al., 2004). Asimismo, Botella et al. (2007) no hallaron diferencias entre dos TCC sin AEV, una con EV y otra con realidad virtual (que implicaba exposición a estímulos externos e interoceptivos); los dos tratamientos fueron superiores a la lista de espera; tampoco hubo diferencias entre los dos tratamientos en el seguimiento al año. Peñate et al. (2008) tampoco hallaron diferencias entre una TCC con AEV (pero sin EV) y la misma TCC en que la mitad de las sesiones de AEV fueron sustituidas por exposición mediante realidad virtual. En un estudio posterior con los mismos grupos y otro en que hubo exposición mediante realidad virtual (y AEV) en todas las sesiones, todos los grupos mejoraron, pero el que tuvo la mitad de sesiones de realidad virtual fue el más eficaz (Pitti et al., 2008).

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 et al., 1996; Fava et al., 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 un par de 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 et al. (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. Hofmann y Smits (2008) dan un tamaño medio del efecto de 0,35 en comparación al placebo farmacológico. Los tamaños del efecto **pre-post** son 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 otro **componente 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. Por otra parte, en un estudio, no ha habido diferencia entre la EV grupal más una intervención grupal de apoyo y la EV grupal más una terapia grupal de constructos personales (Winter et al., 2006). 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., volverse loco, tener un derrame, 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 7**.

- **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 allegadas 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 hacer caso omiso de los problemas agorafóbicos, reaccionar con enfado ante los mismos, obligar al agorafóbico a intentar tareas difíciles por medio de amenazas o ridículo, reforzar positiva y/o negativamente los problemas agorafóbicos (p.ej., con atención positiva o asumiendo responsabilidades del otro) y exagerar la importancia de los síntomas. Además, contar con la participación del compañero puede evitar interferencias por parte de este en el tratamiento.

Arnou et al. (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 et al., 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 agorafobia. Muchos agorafóbicos están más interesados en tratar primero sus problemas agorafóbicos, aunque pueden aceptar una terapia marital en paralelo o posterior.

Chambless et al. (1982) encontraron que el entrenamiento en comunicación para saber manejar conflictos con personas allegadas 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 et al. (1985), el entrenamiento en habilidades de comunicación y solución de problemas. Información útil sobre cómo puede colaborar el compañero puede verse en Bados (2000, apéndice 3) y Craske y Barlow (2000, 2007).

- **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 8**) 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 et al. (1995) piensan que esta potenciación no se da, otros (Meuret et al., 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 muchos piensan que los efectos del entrenamiento en respiración controlada son débiles, aunque 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).¹

Meuret et al. (2008) han diseñado una nueva **terapia respiratoria asistida por capnometría** que va dirigida directamente a modificar las características esenciales de la fisiología respiratoria que, se supone, subyacen a la ansiedad y al pánico. La terapia abarca 5 sesiones e incluye: a) educación sobre el papel de la respiración en el trastorno, b) darse cuenta de los patrones problemáticos de respiración, c) comprobar con distintos tipos de respiración y la ayuda de retroalimentación mediante capnometría cómo los cambios en respiración afectan a la fisiología, síntomas y estado de ánimo, d) aprender gradualmente a reducir el ritmo respiratorio y a aumentar los

niveles de $p\text{CO}_2$ mediante una respiración lenta y superficial y retrolimentación mediante capnometría, y e) práctica diaria de ejercicios de respiración. Esta terapia fue sido claramente mejor que la lista de espera y los resultados se mantuvieron al año. Sin embargo, mejoraron igual los pacientes normocápnicos ($p\text{CO}_2 < 35$ mm HG) que los hipocápnicos, lo que sugiere que los mecanismos de acción no son respiratorios.

- **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 TP en un estudio (Sartory y Olajide, 1988). Las técnicas de inervación vagal permiten una reducción rápida de la tasa cardíaca y podrían ser empleadas, según algunos autores, 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 trabajo de Michelson et al. (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 objetivamente 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 et al. (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 et al. (2001) **compararon AEV, exposición interoceptiva autoaplicada 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. Reilly, Gill y Dattilio (2005) tampoco hallaron diferencias entre la EV, la exposición interoceptiva y su combinación, aunque el estudio adolece de una falta de potencia estadística.

En nuestro país, en un estudio conducido en un contexto clínico habitual, Sánchez et al. (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 retrospecti-

vamente) e interferencia. Craske et al. (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 postratamiento como en el seguimiento a los 6 meses.

Unas **guías** para la aplicación de la exposición interoceptiva, con la aplicación subsecuente de estrategias de afrontamiento, pueden verse en la **tabla 9**. 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 et al. (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 et al. (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.

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 et al. (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.

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 programa 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 et al. (2003), Bados (2000), Barlow y Craske (1993, 1994), Botella y Ballester (1999), Craske y Barlow

(2007a), Craske, Barlow y Meadows (2000) y Roca y Roca (1999). Bados (2006) aborda numerosas dificultades que pueden surgir en la aplicación de la TCC y ofrece formas de manejarlas. Buenos libros de autoayuda son los de Pastor y Sevillá (2000) y Roca (2003) en castellano y los Barlow y Craske (2000, 2007) y Craske y Barlow (2000) en inglés. Andrews et al. (2003) presentan también un manual para el paciente.

Según la revisión de Bados (2003) y otros estudios que han aparecido con posterioridad (Carter et al., 2003; Kenardy et al., 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, susceptibilidad a la ansiedad, 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 et al., 2003), la TCC resultó superior al no tratamiento en autocalificación 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.

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 et al., 1997; Michelson et al., 1986; Murphy et al., 1998). No está claro cuál debe ser el grado de supervisión de la AEV. Craske et al. (2003) hallaron que la TCC (educación sobre la ansiedad y el pánico, respiración controlada, reestructuración cognitiva, exposición interoceptiva) con AEV no supervisada fue igual de eficaz que la TCC más AEV supervisada en el postratamiento y a los 6 meses. 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. En cuanto a la **terapia cognitiva de Beck** –la cual enfatiza el cuestionamiento de cogniciones idiosincrásicas y la realización de experimentos conductuales [véanse las **tablas 10 y 11**; también Hackmann (2004) y Wells (1997), los cuales presentan experimentos detallados]–, los datos sobre sus efectos aditivos son algo discordantes. Según algunos estudios, la terapia cognitiva ha potenciado a la EV, aunque sólo en algunas medidas (Hout, Arntz y Hoekstra, 1994; Sánchez et al., 2000; Telch et al., citado en Williams y Falbo, 1996), mientras que según otros, no (Burke, Drummond y Johnston, 1997; Fava et al., 1997; Marchand et al., 2008; Öst, Thulin y Ramnerö, 2004; Williams y Falbo, 1996)

Por lo que respecta a la **resolución de problemas** (p.ej., interpersonales), este procedimiento ha sido investigado en un par de estudios 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 et al. (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 et al. (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 et al. (1993, citado en Sanderson, Raue y Wetzler, 1998), el estrés crónico elevado puede limitar la respuesta al tratamiento de la agorafobia. □

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 necesita 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 et al., 1996; Williams y Falbo, 1996) como la AEV (combinada con exposición interoceptiva en el estudio de Bouchard) y la EV (Marchand et al., 2008), aunque en muchos estudios las muestras fueron pequeñas. Conviene tener en cuenta que aunque la relajación aplicada y la terapia 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 (terapia 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 et al. (1990). En el metaanálisis de van Balkom et al. (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 TP 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 et al. (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 postratamiento como a los 6 meses. Brown et al. (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 et al. (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 et al. (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 et al. (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 et al. (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, aunque la superioridad de la TCC sin EV pudo deberse a haber sido aplicada en más pacientes que sólo tenían TP 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 et al. (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 conductual y/o cognitivo-conductual [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%), benzodiacepinas (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%), benzodiacepinas (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 directas entre TCC y EV 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 et al., 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 et al., 1996; Fava et al., 1997; Sánchez et al., 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. Por otra parte, la TCC, al menos cuando es combinada con farmacoterapia, resulta igual de eficaz en pacientes con enfermedades crónicas que en pacientes sin estas (Roy-Byrne, 2005).

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 (Laberge et al., 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 allegadas (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. □

Finalmente, conviene señalar el estudio de Sakai et al. (2006), los cuales realizaron una **resonancia magnética** a 11 pacientes con TP que mejoraron tras la TCC. Tras esta terapia, se redujo la hiperactividad (menor consumo de glucosa) en varias áreas cerebrales (hipocampo, cíngulo, cerebelo y puente) y se produjeron cambios metabólicos adaptativos en el córtex prefrontal.

Tamaño del efecto, significación clínica y mantenimiento de los resultados

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 habitual, por lo que es de suponer que el porcentaje de rechazos debe ser menor; por ejemplo, Craske et al. (2002) hallaron un 6,5% en un contexto de atención primaria. El **12-16%** de los pacientes **abandonan** la TCC una vez iniciada; este porcen-

taje tiende a ser mayor con la EV (15-25%) y en la práctica clínica habitual (30-35% en los trastornos de ansiedad). En el estudio mencionado de Craske et al. (2002) el 26,3% de los pacientes abandonaron el tratamiento (combinación de TCC y medicación).

Según **cambios pre-post**, la TCC produce **mejoras significativas** en el miedo y evitación agorafóbicos, frecuencia de ataques de pánico e interferencia; también hay mejora, aunque menor, en las fobias no tratadas del cuadro agorafóbico, preocupación por el pánico, cogniciones catastróficas, ansiedad general y depresión. Además, 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 et al., 2005, 2008; Telch et al., 1995). Según el metaanálisis de van Balkom et al. (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 y baja en pánico, ansiedad general y depresión. Los **tamaños del efecto pre-post** son 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 68% 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 TP 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 et al. (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 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 principales— ha variado según los estudios y las medidas y criterios empleados. De acuerdo con los criterios de cada autor, puede decirse que el porcentaje de pacientes moderadamente o muy recuperados se sitúa alrededor del **62% para la EV, del 60% 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: **40%, 52% 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 **65% con EV**, del **54% con TCC** y del **50% con relajación aplicada**. El porcentaje de **pacientes muy recuperados** es: **57%, 57% y 40%** para la EV, TCC y relajación aplicada respectivamente. El que el porcentaje de la TCC sea más alto que el anterior (54%) se explica al estar basado en sólo parte de los estudios considerados en el postratamiento.

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; Peter et al., 2008). 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 et al. (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 TP 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.

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 TP 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 et al. (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. En un tercer estudio (Tsao et al., 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**.

Posibles **explicaciones de la reducción de trastornos comórbidos** son: reducción de trastornos que dependen del trastorno principal, generalización de habilidades aprendidas, sensación de autoeficacia y disminución de los procesos emocionales compartidos, tales como la afectividad negativa y la falta percibida de control emocional.

Craske et al. (2007) compararon TCC dirigida sólo al TP y agorafobia con TCC dirigida también simultáneamente al trastorno comórbido más grave (ansioso o depresivo). En ambos grupos (el 51% agorafóbicos) se redujo la gravedad del TP y de los diagnósticos comórbidos. Sin embargo, el primer grupo fue superior en estado final de funcionamiento y algunas medidas de pánico y comorbilidad en el postratamiento y/o en el seguimiento al año. Así pues, **puede ser mejor centrarse únicamente en el TP**, aunque está por estudiar qué pasa cuando el trastorno comórbido más grave no es de tipo ansioso o afectivo.

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 Schaaap (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 provisionalmente 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 et al., 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), 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 en 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). Según los resultados de Roy-Byrne et al. (2006), los pacientes más pobres mejoran igual, aunque presentan mayor sintomatología psicológica y médica y mayor comorbilidad tanto en el pretratamiento como en el postratamiento.

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 Dreesen 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 TP 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 más intensas. 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 et al. (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. Aaronson et al. (2008) hallaron que un mayor nivel de ansiedad por separación en la adultez predice peores resultados.

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, preocupación persistente por ataques de pánico futuros, evitación agorafóbica, consumo de medicación, especialmente benzodiazepinas, e interferencia social del trastorno. De aquí la importancia de que las metas finales del tratamiento incluyan la eliminación o máxima reducción posible de estos aspectos.

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 pá-

nico (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, mayores expectativas de autoeficacia para controlar el pánico 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. Por otra parte, según un estudio, los pacientes con creencias moderadamente fuertes sobre el autocontrol del TP parecen mejorar más que aquellos con creencias más débiles o más fuertes. Asimismo, los pacientes que han presentado cambios grandes de una sesión a la siguiente a partir de la segunda (pero no entre la 1ª y la 2ª) han mejorado más en el postratamiento (Clerkin, Teachman y Smith-Janik, 2008).

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 et al. 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 sesiones– 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 la práctica clínica habitual** con pacientes no seleccionados.

UTILIDAD CLÍNICA DE LA TERAPIA CONDUCTUAL Y COGNITIVO-CONDUCTUAL

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 la práctica clínica habitual, 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) **Eficien-**

cia: 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 et al., 2001). Los resultados de Burke, Drummond y Johnston (1997) y Sánchez et al. (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 et al., 2004; Burke, Drummond y Johnston, 1997; García-Palacios et al., 2002; Hunt y Andrews, 1998; Martinsen et al., 1998; Penava et al., 1998; Sánchez et al., 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 (aunque en ocasiones, inferiores) a los obtenidos en estudios controlados; esto indica la **generalizabilidad a la práctica clínica habitual**. 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%.

Aunque los resultados obtenidos en investigaciones controladas parecen ser generalizables a la práctica clínica habitual, hay que tener en cuenta que la **duración del tratamiento** y el **porcentaje de abandonos** (30-35% en los trastornos de ansiedad) son **mayores** en el último caso (Bados, Balaguer y Saldaña, 2007; Turner et al., 1995). Turner et al. (1995) llevaron a cabo un estudio sobre la **duración de la terapia conductual y TCC en la práctica clínica habitual**. El tratamiento del TP 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.

Rosenberg y Hougaard (2005) hallaron que la TCC aplicada en un contexto clínico fue más eficaz que un grupo informal de lista de espera, aunque los resultados fueron modestos comparados con los de los estudios controlados. En otro estudio, Addis et al. (2004) compararon dos tratamientos con pacientes con TP (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. 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). En un seguimiento a los 2 años, la TCC siguió siendo superior cuando se consideró a los que acabaron el tratamiento, aunque no cuando se tuvo en cuenta a todos los que lo empezaron (Addis et al., 2006).

Varios estudios indican que la **TCC puede abreviarse para pacientes y terapeutas** de

10-17 sesiones a 5-7 y, **con el apoyo de material de autoayuda** (manual, ordenador de bolsillo), **mantener igual o similar eficacia** en el postratamiento y en seguimientos a los 6-12 meses (Bottella y García-Palacios, 1999; Côté et al., 1994; Kenardy et al., 2003; Marchand et al., 2007; Newman et al., 1997). De este modo, puede hacerse disponible para un número mucho mayor de pacientes en la práctica clínica habitual. (Naturalmente, el abordaje de **otros problemas** que presentan muchos agorafóbicos puede alargar la duración del tratamiento.) Otros autores como Deacon y Abramowitz (2006) han propuesto condensar la TCC a lo largo de 2 días para pacientes que no tienen fácil acceso a un terapeuta y han presentado resultados prometedores.

Entre los estudios citados en el párrafo anterior, Marchand et al. (2007) hallaron que la colaboración de un compañero en el tratamiento breve no mejoró los resultados de este. Por otra parte, Kenardy et al. (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. Entre los pacientes que recibieron terapia breve, obtuvieron resultados menos positivos aquellos con cogniciones disfuncionales más frecuentes, mayor duración del trastorno, mayor gravedad autoinformada del pánico y menor calidad de vida (Dow et al., 2007). Por otra parte, Choi et al. (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.

Varios estudios indican que es posible reducir aún más el contacto con el terapeuta (a 0-2 horas de contacto directo y unas 2-3 horas de contacto no presencial) y los resultados ser mejores que la lista de espera (Carlbring et al., 2001; Gould y Clum, 1995) o iguales a los de la TCC presencial (Carlbring et al., 2005; Hecker et al., 1996; 2004; Klein, Richards y Austin, 2006; Lidren et al., 1994). Ahora bien, **es probable que la reducción del contacto con el terapeuta por debajo de un cierto punto dé lugar a peores resultados** (Power et al., 2000). Además, los datos de Febraro et al. (1999) indican que **no parecen funcionar los programas de autoayuda puros** (biblioterapia) sin ninguna guía por parte del terapeuta.

En general, los **programas de autoayuda** que se basan en manuales y/u otro material de apoyo (cintas de vídeo y magnetofónicas, programas de ordenador, internet) **y un contacto mínimo con el terapeuta** –ya sea directo o no presencial (unas 2-4 horas mediante teléfono o correo postal o electrónico)– se han mostrado **moderadamente más eficaces que los grupos control** y sus resultados se mantienen a medio plazo; son especialmente útiles si el trastorno no es muy grave, no hay una depresión grave y los clientes están muy motivados y no pueden acceder a un tratamiento presencial con un terapeuta por razones geográficas, económicas o personales. Sin embargo, según el metaanálisis de Mitte (2005), aunque no según el de Hirai y Clum (2006), su eficacia es menor que la de las intervenciones presenciales. El metaanálisis de Mitte (2005) indica además que no todos los programas de autoayuda son igualmente eficaces. Finalmente, con los programas de autoayuda puede **aumentar el número de los que no aceptan o abandonan el tratamiento**, aunque esto no ha sido confirmado en el metaanálisis de Hirai y Clum (2006) por lo que a los abandonos se refiere. Para reducir los abandonos, ha sido útil con fóbicos sociales suplementar el programa basado en internet y correos electrónicos con breves contactos telefónicos semanales con el terapeuta en los que este da retroalimentación y responde preguntas sobre el tratamiento (Carlbring et al., 2007).

Bergstroem et al. (2008) comprobaron en un estudio no controlado que la TCC aplicada vía **internet** resulta en cambios clínicamente significativos cuando es aplicada en la **práctica clínica habitual**. Además, según datos preliminares, no hubo diferencias entre dicha terapia y la TCC aplicada presencialmente en grupo.

Utilizando la **videoconferencia** en lugar del correo electrónico, Bouchard et al. (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 et al. (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 et al. (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.

Con relación al coste y **coste-beneficio** de la TCC en comparación con la farmacoterapia, 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 et al. (2004) y Roberge et al. (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.

En línea con los resultados de Gould, Otto y Pollack (1995) y Otto, Pollack y Maki (2000), Roberge et al. (2008) hallaron que la TCC en grupo tiene una mejor relación coste/beneficio que la TCC individual; además, la TCC individual breve fue comparable en eficacia a las otras dos y tuvo la mejor relación coste/beneficio.

Varios estudios han comparado la **TCC aplicada individualmente con la aplicada en grupo**. Neron, Lacroix y Chaput (1995) hallaron que ambas fueron 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. 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. Roberge et al. (2008) no hallaron diferencias entre la TCC individual y la TCC en grupo ni en el postratamiento ni en el seguimiento a los 3 meses, salvo una diferencia en significación clínica durante este último periodo a favor del tratamiento grupal.

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 et al. (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 TP/AG 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 TP, se tratan también brevemente otros trastornos comórbidos. [Craske y Barlow (2007b) han escrito un manual para el paciente.]

Este programa de tratamiento, aplicado en pacientes con TP (probablemente sólo el 39% agorafóbicos) ha resultado más eficaz que el tratamiento usual, el cual consistió generalmente en farmacoterapia combinada a veces con el uso de los recursos comunitarios de salud mental (Roy-Byrne et al., 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. En un estudio posterior, Craske, Golinelli et al. (2005) hallaron que añadir TCC a la medicación fue más eficaz que la medicación sola a los 3 y 12 meses de seguimiento en susceptibilidad a la ansiedad, evitación social e incapacidad (aunque no en frecuencia de pánico y evitación agorafóbica). Finalmente, cuanto mayor fue el número de sesiones y de contactos telefónicos posteriores (hasta 6 en ambos casos), mejores fueron los resultados en algunas variables en el seguimiento al año (Craske et al., 2006).

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 et al. (2001) también hallaron que la EV más AEV fue preferida a la AEV sola, aunque ambas fueron igual de eficaces.

TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE PÁNICO SIN AGORAFOBIA O CON AGORAFOBIA LEVE

Respecto al **TP 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 y Barlow, 2007a; 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 (véanse Hackmann, 2004; Wells, 1997).

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 **también a la relajación aplicada** (véase el metanálisis de Siev y Chambless, 2007), 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 o implicación con la relajación aplicada al haberla desarrollado.

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

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 et al., 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 et al. (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 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.

La eficacia de la TCC parece mayor que la 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 et al., 2005). De todos modos, se requieren nuevas investigaciones que comparen la TCC con fármacos y con combinaciones de fármaco y tratamiento psicológico. Barlow et al. (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.

Craske, Lang et al. (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.

Tamaño del efecto, significación clínica y mantenimiento de los resultados

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 los metaanálisis de van Balkom et al. (1997) y Westen y Morrison (2001), los **tamaños del efecto de la TCC** 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). Según el metaanálisis de Ruhmland y Margraf (2001), el tamaño del efecto pre-post para las medidas principales ha sido 1,32 para la TCC y 1,21 para la relación aplicada; en el caso del número de ataques de pánico, estos dos tamaños fueron 1,24 y 0,97.

La TCC consigue resultados importantes y estables en medidas de ataques de pánico, miedo al miedo, evitación, ansiedad generalizada y depresión; la magnitud de los cambios es mayor que en el caso de la agorafobia, salvo, lógicamente en medidas de evitación situacional. El **66%** (amplitud 50-86%) de los pacientes tratados con TCC **mejoran** significativamente en varios aspectos del trastorno. 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. Según una revisión realizada por el autor con 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 **51%** 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 TP 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 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 TP.

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 TP 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 TP 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 TP. 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.

Utilidad clínica

Por lo que se refiere a la **utilidad clínica** de la TCC para el TP, 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) 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 intensidad del tratamiento. El 32% de los 31 pacientes se habían recu-

perado 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 et al. (1999) compararon en pacientes con TP (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 incluían pacientes con TP y 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 (véase también Wright et al., 2000). Incluso la TCC aplicada por **internet** puede resultar relativamente útil (Klein y Richards, 2001; Richards y Alvarenga, 2003; Richards, Klein y Austin, 2006). La TCC aplicada por internet, con o sin material sobre el **manejo del estrés**, ha sido superior a un grupo que recibió sólo información. El grupo con manejo del estrés obtuvo mejores resultados en el postratamiento que el grupo sin dicho componente, pero las diferencias desaparecieron en el seguimiento a los 3 meses (Richards, Klein y Austin, 2006).

Farvolden et al. (2005) ha analizado la **eficacia de una intervención cognitivo-conductual por internet de libre disposición**. De 1.161 personas registradas anónimamente, sólo un 1% completaron las 12 semanas de tratamiento, que incluyeron la posibilidad de contar con un foro de apoyo. Sin embargo, incluso para aquellos que hicieron 3 o más semanas de tratamiento, hubo mejoras en frecuencia y gravedad de los ataques de pánico.

Por lo que se refiere a la **relación coste-beneficio** de la TCC y la farmacoterapia, McHugh et al. (2007) hallaron que esta relación es mejor para los tratamientos individuales (TCC, imipramina, paroxetina) que para los que combina terapia psicológica y farmacológica. Al terminar el tratamiento, la imipramina tiene la mejor relación coste/beneficio, pero al final de la fase de mantenimiento y del seguimiento a los 6 meses, la TCC es la mejor opción en términos de coste/beneficio.

TRATAMIENTO MÉDICO

Los fármacos más eficaces son los siguientes:

- **Inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina:** paroxetina (20-60 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 (1,5-6 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 y que han resultado superiores al placebo son la **venlafaxina** (un inhibidor de la recaptación de la serotonina y la norepinefrina), la venlafaxina de liberación prolongada (75-225 mg/día) –la cual es igual de eficaz que la paroxetina–, la **gabapentina** (un anticonvulsivo) (600-3.600 mg/día) y la **reboxetina** (un inhibidor selectivo de la recaptación de la norepinefrina) (6-8 mg/día); este último fármaco parece algo menos eficaz que la paroxetina y el citalopram según dos estudios de simple ciego. El **inositol** (12-18 g/día) ha resultado superior al placebo en dos estudios e igual de eficaz a la fluvoxamina en otro.

Para una revisión de la eficacia del tratamiento farmacológico pueden consultarse Bados (1995b), Bakker et al. (2000), Ballenger et al. (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 et al. (1990), McNally (1994), Michelson y Marchione (1991), Mitte (2005), Rosenbaum et al. (1996), Roy-Byrne y Cowley (2002), Sheehan y Harnett-Sheehan (1996), Simon y Pollack (2000), van Balkom et al. (1997) y Wilkinson et al. (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 (TCC, EV) 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. Existen datos discordantes sobre que la TCC sea superior o no al placebo en diversas medidas y la EV no es mejor que el placebo en medidas 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.

- **Magnitud relativa del efecto.** El 60-70% de los pacientes tratados médicamente mejoran significativamente a corto plazo, un porcentaje similar al hallado con la TCC. El tratamiento (cognitivo)conductual y el farmacológico suelen conseguir efectos de magnitud similar en los diferentes síntomas, con alguna excepción: la EV parece superior en evitación (para un resultado divergente, véase el metaanálisis de van Balkom et al., 1997) y los antidepresivos (tricíclicos y serotoninérgicos) y la TCC son más eficaces que la EV y las benzodiazepinas en depresión, y quizá más que la EV en pánico. 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 et al., 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).

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 et al., 1995), aunque no en el seguimiento a 2 años (de Beurs et al., 1999), y no ha incrementado la eficacia de la TCC en otro (Sharp et al., 1996). La TCC ha sido potenciada por la **paroxetina** (Oehrberg et al., 1995) y la **bupiriona** (Cottraux et al., 1995) en el postratamiento. Cottraux et al. (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 et al., 1999). En otro estudio, la



clomipramina no aumentó la eficacia de la EV ni viceversa (Johnston et al., 1995).

En un estudio con pacientes con TP (51%) con agorafobia, Van Apeldoorn et al. (2008) hallaron que la combinación de TCC y **serotonérgicos** fue más eficaz que la TCC en el postratamiento, pero las diferencias con la medicación sola fueron pequeñas. Los resultados no variaron según el contexto (centros de investigación o clínicas de salud mental), pero hubo un gran porcentaje de abandonos en la TCC.

En **estudios conducidos bajo condiciones naturales**, el empleo bien de antidepresivos (Arch y Craske, 2007; Fava et al., 2001) bien de ansiolíticos o antidepresivos (Arch y Craske, 2007; Brown y Barlow, 1995; pero no Oei, Llamas y Evans, 1997) junto a la TCC ha estado asociado en diversos estudios a peores resultados en el postratamiento o seguimiento. En un estudio en que el que los pacientes fueron asignados aleatoriamente a recibir TCC o estar en lista de espera, pero no a recibir o no medicación o al tipo o dosis de esta, ni el hecho de recibir medicación ni el tipo de esta (benzodiacepinas o antidepresivos) contribuyeron a los resultados más allá del efecto de la TCC. En cambio, tomar altas dosis de antidepresivos estuvo asociado con un peor estado final de funcionamiento (Schmidt y Smith, 2005). En el estudio de Arch y Craske (2007), el uso bien de serotonérgicos bien de ansiolíticos o antidepresivos ya fuera antes o después del tratamiento estuvo asociado con peores resultados. De todos modos, no se pueden extraer conclusiones causales de estos trabajos ya que no hubo asignación aleatoria a la condición de medicación.

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 et al. (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 el caso de las **benzodiacepinas** hay diversos estudios en los que **dosis elevadas de estos fármacos han estado asociadas a un peor mantenimiento, a medio y largo plazo, de la mejora producida por el tratamiento conductual o cognitivo-conductual** del TP/AG (de Beurs et al., 1999; Fava et al., 2001; Marks et al., 1993; Otto, Pollack y Sabatino, 1996; van Balkom et al., 1996) y del TP (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; Arch y Craske (2007) tampoco hallaron que el uso de benzodiacepinas estuviera asociado con peores resultados. Ahora bien, en el estudio de Westra, Stewart y Conrad (2002), obtuvieron peores resultados aquellos que sólo tomaban benzodiacepinas cuando lo 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 (van Balkom et al., 1996). □

Las benzodiacepinas no parecen interferir, aunque tampoco ayudar gran cosa, cuando se toman a dosis bajas (5-15 mg de diazepam, 2 mg de alprazolam) y a corto plazo (unos 4 meses) (Hegel, Ravaris y Ahles, 1994; Wardle et al., 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 también con los metaanálisis de Furukawa, Watanabe y Churchill (2006) y Mitte (2005) **la combinación del tratamiento conductual o cognitivo-conductual con fármacos es superior al tratamiento farmacológico y al tratamiento psicológico en el postratamiento; en cambio, en los seguimientos el tratamiento combinado es**

más eficaz que el farmacológico, pero no que el psicológico.

- **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. Se recomienda emplear ISRS (especialmente paroxetina) durante 12-24 meses y discontinuar luego el fármaco a lo largo de 4-6 meses (Ballenger et al., 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 et al., 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 (fatiga, molestias gástricas, náuseas, diarrea, inquietud, alteraciones del sueño, disfunción sexual, sudoración, aumento de peso a largo plazo) y con las benzodiacepinas (sedación, somnolencia, disminución del nivel de alerta, pérdida de memoria, debilidad muscular, depresión respiratoria, potenciación de los efectos del alcohol); estas producen además 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 comparación a los pacientes tratados con imipramina, aquellos tratados con imipramina más TCC informan de menos efectos secundarios y una menor proporción abandonan debido a los mismos (Marcus et al., 2007).

En cuanto a la EV, requiere un esfuerzo sistemático y genera cierta cantidad de an-

siedad 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. Los nuevos IMAOs, los **inhibidores reversibles de la monoaminoxidasa A** (p.ej., la moclobemida, la brofaromina), tienen, en teoría, menos efectos secundarios y, particularmente, una menor probabilidad de producir crisis hipertensivas. Los primeros resultados sobre su eficacia fueron alentadores (Priest et al., 1995), pero, la brofaromina ha sido retirada del mercado por efectos secundarios graves. Y Loerch et al. (1999) no hallaron que la moclobemida fuera superior al placebo.

En conclusión, los antidepresivos y las benzodiacepinas 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 el TP/AG **en principio mediante terapia (cognitivo)conductual y combinar esta con fármacos en aquellos casos que no respondan al tratamiento**, lo rechacen de entrada o no se atrevan 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 benzodiacepinas, 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 benzodiacepinas**, 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, estreñi-

miento); 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 **benzodiacepinas 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 benzodiacepinas no ha sido aún estudiada.

Los **efectos de combinar antidepresivos y benzodiacepinas** no han sido casi investigados. 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 (Goddard et al., 2001; Pollack et al., 2001, citado en Simn et al., 2002). Los resultados de Simon et al. (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. En estos casos, los resultados son positivos para la mayoría de los pacientes y los resultados se mantienen a medio plazo (Heldt et al., 2006). La TCC también está indicada 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 benzodiacepinas 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 et al. (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.

Por otra parte, 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 TP**, 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). La guía puede encontrarse en http://www.psych.org/clin_res/pg_panic.cfm

Un último fármaco a comentar es la **D-cicloserina**, un agonista parcial del receptor glutamatergico del N-metil-D-aspartato que ha facilitado la extinción del miedo en investigación con animales y humanos. La D-cicloserina no es un ansiolítico sino un facilitador del aprendizaje. Tolin et al. (2006, citado en Hoffman, 2007) compararon 5 sesiones de TCC más 5 dosis de 50 mg de D-cicloserina con 5 sesiones de TCC más placebo. La D-cicloserina fue administrada en dosis únicas 1 hora antes de cada sesión. Los pacientes del primer grupo mejoraron más que los del segundo en el postratamiento y en el seguimiento al mes. Según el metaanálisis de Norberg, Krystal y Tolin, (2008), la D-cicloserina es más eficaz cuando se administra poco antes o poco después

de las sesiones, pero su eficacia se reduce con la administración repetida y en el seguimiento; estas dos últimas cosas sugieren que su principal papel puede ser aumentar la velocidad o eficiencia de la exposición y facilitar la aceptación de esta.

RECAPITULACIÓN

Las **metas del tratamiento** del TP/AG 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 allegada 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 allegada (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 et al. (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 benzodiacepinas son mucho menos recomendables, aunque una excepción sería el cliente que tiene una necesidad perentoria de alivio inmediato y está conforme en que las benzodiacepinas 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 12** 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). La última versión de estos autores (Barlow y Craske, 2007; Craske y Barlow, 2007) se presenta en la **tabla 13** y es similar a la inicial, aunque, con el empleo de un libro de autoayuda, a) reducen el número de sesiones a 12, b) introducen la reestructuración cognitiva en la sesión 2, al mismo tiempo que la respiración controlada, y c) adelantan la práctica de EV ya a la sesión 4 sobre 12 (en vez de la 10 sobre 15) y la hacen preceder una sesión a la exposición interoceptiva. Además, ambos tipos de exposición son aplicadas como experimentos conductuales en los que la persona somete a prueba si es cierto lo que teme.

Otro programa similar es el de Bados (1993, detallado completamente en Bados, 2000), cuya versión más reciente aparece en la **tabla 14**; esta versión, en comparación a la anterior, hace más énfasis en la reestructuración cognitiva, no utiliza las técnicas de inervación vagal, mantiene la exposición interoceptiva sólo para aquellos pacientes que siguen temiendo sus sensaciones tras haber hecho EV 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 TP, respiración lenta, distracción, reestructuración cognitiva, exposición interoceptiva y en vivo y prevención de recaídas.

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. Además, de cara a que más personas puedan acceder al tratamiento, debe buscarse que su aplicación sea lo más sencilla posible tanto por parte de los clínicos como de los pacientes.

Con el fin de mejorar los resultados de la TCC en pacientes con agorafobia de moderada a grave, Baker-Morissette, Spiegel y Heinrichs (2005) han propuesto el **Tratamiento Intensivo Centrado en las Sensaciones**, el cual se basa en parte en el trabajo de Fiegenbaum (1988; Hahlweg et al., 2001). La intervención es intensiva en su duración y en el tipo de exposición empleada y persigue eliminar la agorafobia y el miedo a las sensaciones físicas. Las **diferencias con la TCC tradicional son:** a) El foco central es provocar las sensaciones temidas de ansiedad y pánico

mediante la exposición interoceptiva y la EV. b) Las sensaciones físicas son inducidas a su intensidad máxima para poder confrontar así las creencias sobre las consecuencias de tener ataques de pánico; estos son bienvenidos e incluso provocados. Para maximizar las sensaciones, la exposición es conducida de forma masiva y poco o nada graduada. c) Aunque hay una preparación para la exposición mediante reestructuración cognitiva, se pide a los pacientes que no empleen la técnica durante la exposición, ya que reduciría la ansiedad. La reestructuración se emplea antes y después de la exposición para evaluar las amenazas predichas y consolidar el aprendizaje, pero durante la exposición los pacientes deben afrontar la situación y aceptar el riesgo y la incertidumbre. En consecuencia, tampoco se enseñan otras técnicas (p.ej., respiración controlada) dirigidas a manejar los síntomas. d) Se pide a los pacientes que antes de cada sesión hagan ciertas lecturas y actividades, que luego son revisadas por el terapeuta de un modo socrático.

El tratamiento implica 6 sesiones a lo largo de 8 días, apoyadas por lecturas previas; el sexto y séptimo días están dedicados a la autoexposición. Las sesiones duran 1-2 horas, menos el cuarto y quinto días que se dedican en su totalidad a la exposición asistida por el terapeuta y a la autoexposición; el resto de días requieren al menos 8 horas de dedicación. Una descripción del tratamiento sesión por sesión puede verse en la **tabla 15**. Hasta el momento, el Tratamiento Intensivo Centrado en las Sensaciones se ha mostrado muy eficaz a corto y medio plazo en tres estudios no controlados, uno con adultos que en su mayoría no habían respondido a otros tratamientos, otro con adultos tratados bajo condiciones de práctica clínica habitual y otro con adolescentes (Baker-Morissette, Spiegel y Heinrichs, 2005; Bitran et al., 2008).

Finalmente, hasta el momento sólo se han realizado unos pocos estudios sobre **prevención** del desarrollo o cronificación del TP. Swinson et al. (1992) trabajaron individualmente con 33 pacientes que habían acudido a urgencias a causa de un ataque de pánico. El 40% cumplían criterios de TP 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 ataques 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 TP) 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 TP (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 TP 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 parti-

cipación, 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 et al. (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), Deacon (2007, caso con desmayos), Elsenga y Emmelkamp (1990), Espada, Van der Hofstadt y Galván (2006), 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.

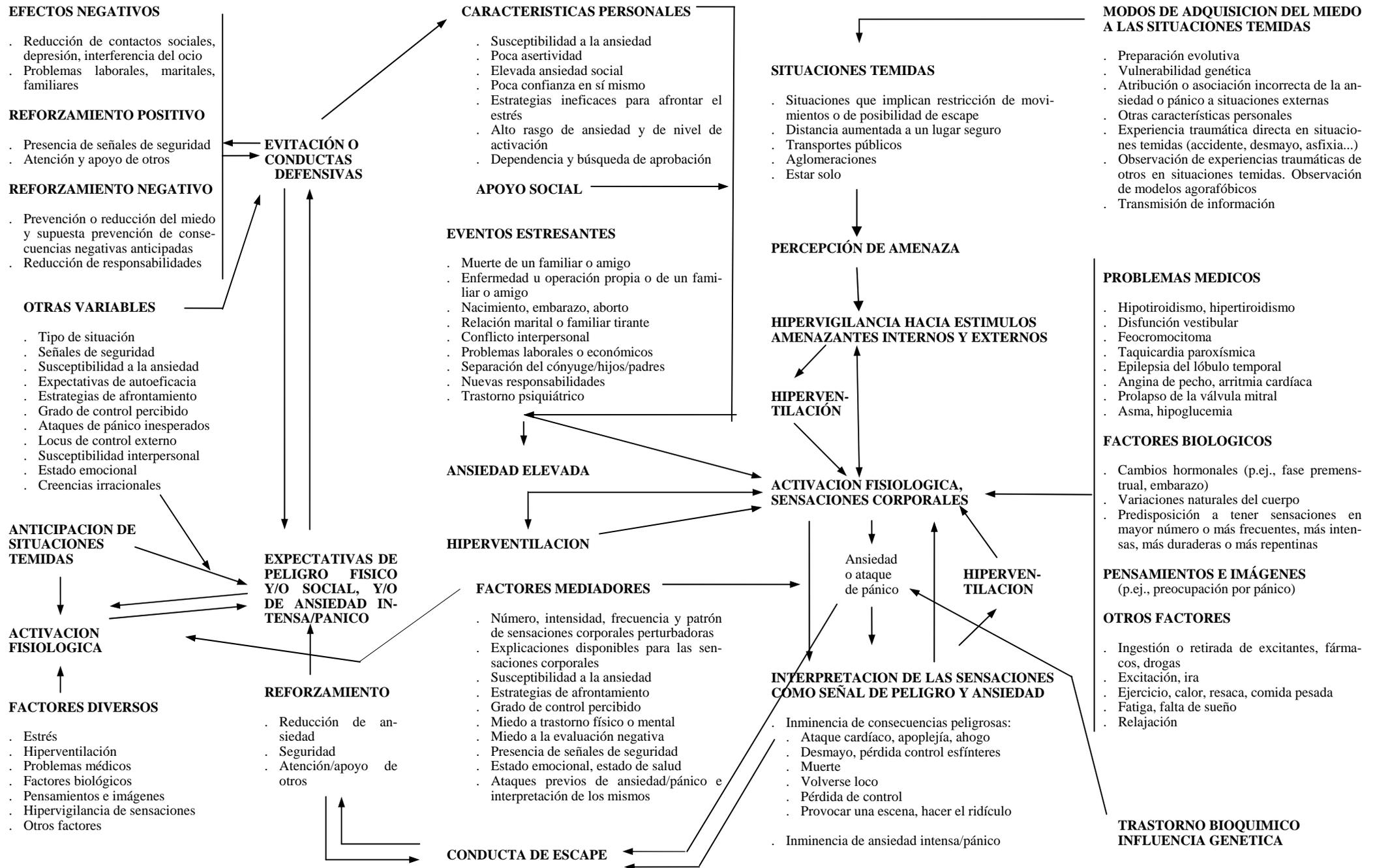


Figura 1. Desarrollo y/o mantenimiento de la agorafobia. Adaptada de Bados (1995a, págs. 126-127).

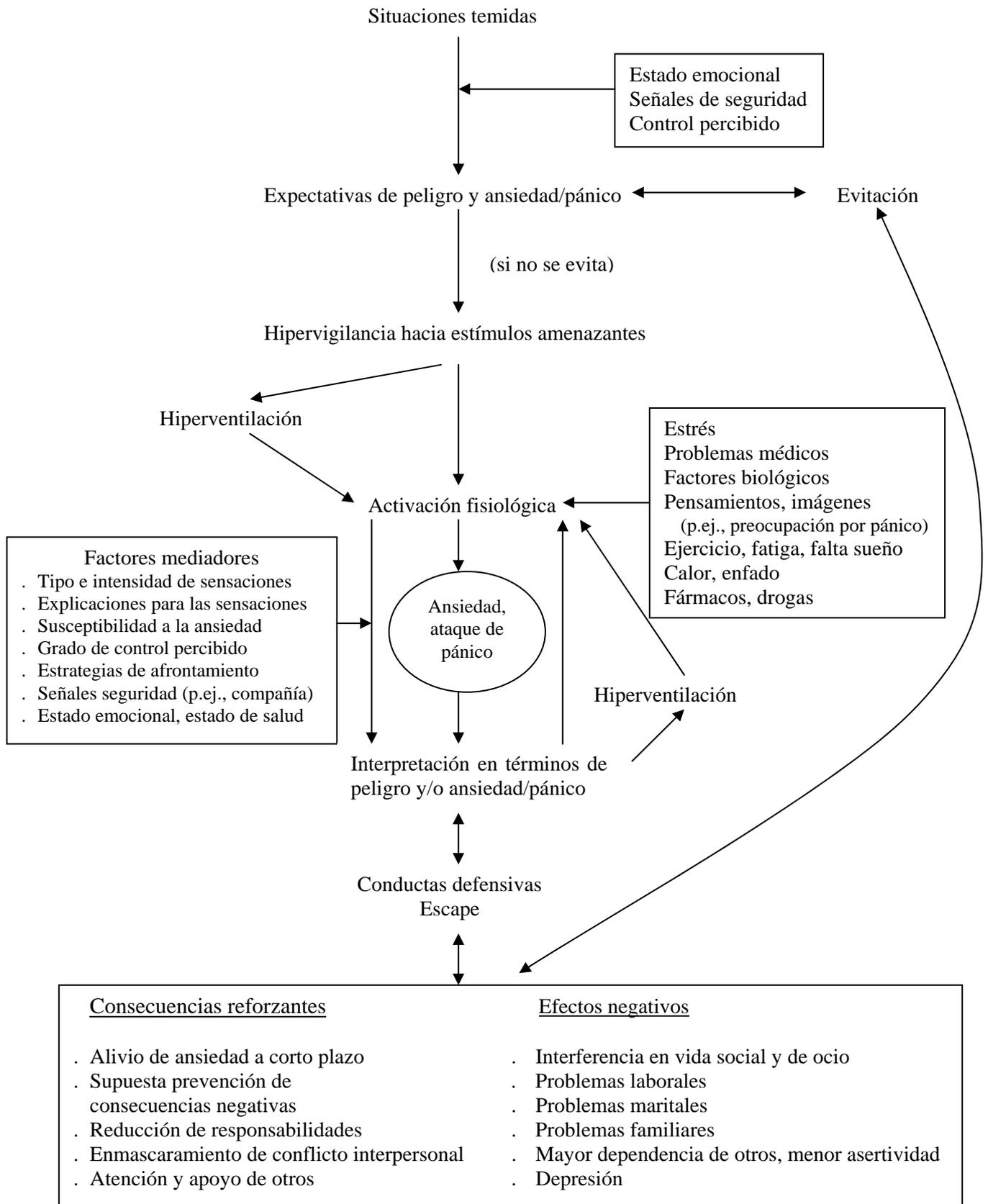


Figura 2. Modelo explicativo del mantenimiento de la agorafobia. Modificado de Bados (2005, pág. 36). (*) Uso limitado.

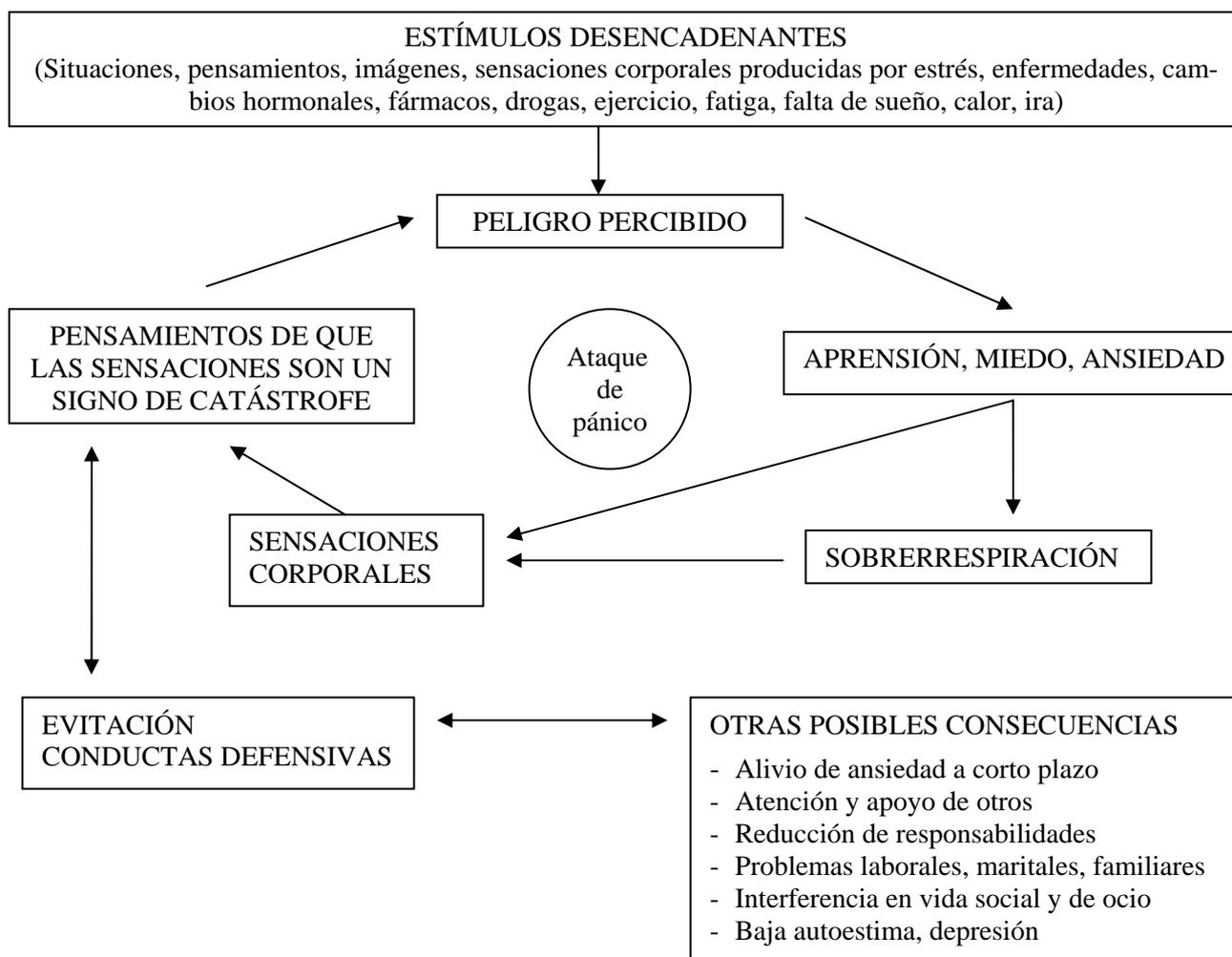


Figura 3. Modelo explicativo simplificado de la agorafobia. Adaptado de Clark y Salkovskis (1987).

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). (*) Uso limitado.

Tabla 4. Fisiología de la respuesta de alarma.

Cambios fisiológicos	Beneficios de los cambios	Sensaciones (si activación es intensa)
Dilatación de la pupila.	Aumenta la discriminación visual para captar el peligro.	Sensibilidad a la luz, puntos luminosos, visión borrosa.
Aumento de la frecuencia cardíaca y de la presión sanguínea.	Se bombea más sangre a los pulmones, brazos y piernas, con lo que se consigue más combustible y oxígeno para la lucha o huida.	Taquicardia, palpitaciones.
Aumento de la frecuencia y profundidad de la respiración.	Aumenta el suministro de oxígeno a los músculos.	Hormigueo, mareo, debilidad, sensación de desmayo, sudoración, calor, escalofríos, visión borrosa, taquicardia, nudo en la garganta, temblor, sensación de irrealidad, opresión/dolor en el pecho, sensación de falta de aire, cansancio (si el aumento de oxígeno no es metabolizado).
Aumento de la tensión muscular.	Prepara para la acción (defenderse o huir más fácilmente).	Tensión e incluso dolor en los músculos, temblores, sacudidas, calambres, cansancio. Si tensión cervical: mareo, opresión o sensaciones extrañas en la cabeza.
Aumento de la sudoración.	Refrigera el cuerpo para compensar el exceso de calor muscular; hace más resbaladiza la piel, lo que dificulta ser capturado.	Sudor, calor, escalofríos.
Lentitud en la digestión y disminución de la salivación.	Se deriva mayor cantidad de sangre a los músculos.	Molestias estomacales, boca seca, náuseas, diarrea.
Redistribución del flujo sanguíneo: más sangre a los grandes músculos y menos a la piel y dedos.	Proporciona más energía a los músculos para la lucha o el escape. Menos pérdida de sangre en caso de heridas.	Hormigueo, pérdida de sensibilidad, palidez y frío, especialmente en manos y pies.
Redistribución del flujo sanguíneo cerebral: menos sangre al área prefrontal y más a las áreas motoras.	Facilita centrarse en la acción (luchar o escapar) más que en el análisis reflexivo, lo cual es útil en casos de peligro.	Atención selectiva hacia el peligro, dificultad para pensar con claridad, mareo, sensación de irrealidad.
Secreción de glúcidos y lípidos al torrente sanguíneo.	Aporta combustible para disponer rápidamente de energía.	Sin sensaciones perceptibles.
Liberación de factores de coagulación sanguínea.	Se coagulan más rápidamente las heridas, con lo que disminuyen las hemorragias.	Sin sensaciones perceptibles.
Liberación de analgésicos naturales	Menor sensibilidad al dolor, lo que permite seguir luchando o huyendo, incluso herido	Sin sensaciones perceptibles.

Tabla 5. Mitos sobre las consecuencias de los ataques de pánico.

A continuación se comentan algunas consecuencias que las personas creen que pueden suceder durante un ataque de pánico y las razones por las que dichas consecuencias no ocurren.

- **Ataque al corazón.** Las palpitaciones y taquicardia experimentadas durante los ataques de pánico pueden conducir a pensar que uno va a morir de un ataque cardíaco. Estos síntomas son una parte normal de la respuesta de emergencia del organismo ante una situación que se considera peligrosa, respuesta que es debida a una activación del sistema nervioso simpático. Por lo tanto, estos síntomas son una consecuencia de una activación emocional, no de que se está sufriendo un infarto. Además, hay varias cosas que conviene conocer. En primer lugar, los síntomas principales del trastorno cardíaco son el dolor en el pecho, la falta de aire y, ocasionalmente, palpitaciones y desmayo. Estos síntomas empeoran con el ejercicio o el esfuerzo y desaparecen bastante rápidamente con el reposo. En cambio, aunque los síntomas de los ataques de pánico pueden intensificarse durante el ejercicio, ocurren con igual frecuencia durante el reposo. En segundo lugar, el trastorno cardíaco produce casi siempre grandes cambios eléctricos en el corazón que pueden apreciarse fácilmente en el electrocardiograma. En contraste, el único cambio que se aprecia en el electrocardiograma durante los ataques de pánico es un aumento del ritmo cardíaco.

Algunas personas piensan que los ataques de pánico repetidos pueden llegar a dañar el corazón porque late más deprisa. Sin embargo, un ritmo cardíaco elevado no es peligroso en absoluto a no ser que alcance valores muy altos (200 pulsaciones por minuto). La velocidad con la que late el corazón durante un fuerte ataque de pánico es similar a la que ocurre al hacer ejercicio moderado (120-130 pulsaciones por minuto) y menor a la observada durante el ejercicio físico vigoroso (150-180 pulsaciones por minuto, según la edad y forma física de cada uno). Además, las personas que practican ejercicio o hacen deporte de acuerdo a su forma física no tienen mayor riesgo de enfermedades cardíacas, sino que consiguen tener un corazón más fuerte.

Así pues, la ansiedad, el pánico o el estrés no provocan ataques cardíacos. Los factores principales que aumentan directamente la probabilidad de sufrir un infarto son tener una enfermedad cardíaca o arterial importante, el consumo de tabaco, el nivel elevado de colesterol en sangre (resultado frecuente de dietas hipercalóricas y/o ricas en grasas animales o colesterol) y la hipertensión arterial. Otras variables que pueden contribuir, debido frecuentemente a su asociación con las variables anteriores, son los antecedentes familiares de enfermedad coronaria, el sobrepeso, la inactividad física, la excesiva competitividad, la hostilidad, el consumo excesivo de estimulantes o alcohol, la diabetes y el estrés.

El estrés y la ansiedad excesiva o el pánico pueden aumentar el riesgo de angina de pecho o infarto de miocardio en personas que padecen una enfermedad cardíaca; también, cuando conducen a hábitos inadecuados para manejarlos (p.ej., consumo excesivo de tabaco, comidas excesivas o ricas en grasas) o a hipertensión arterial. Ahora bien, por sí solos no dan lugar a ataques cardíacos. Si hubiera hábitos negativos de respuesta ante el estrés o la ansiedad, sería necesario abandonarlos y aprender estrategias más adecuadas para manejar el estrés o la ansiedad.

- **Perder el control.** Algunas personas creen que van a perder el control durante los ataques de pánico. El significado de esto puede ser 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 (véase más abajo). Sin embargo, esta sensación de pérdida de control no se corresponde con la realidad. Las personas que tienen ataques de pánico no pierden el control; en el peor de los casos, escapan de la situación hacia un sitio más seguro, lo cual no es precisamente una falta de control. De hecho, como se ha dicho antes, el ataque de pánico no es sino un ejemplo de respuesta de emergencia ante un peligro percibido (que no tiene por qué ser real), de modo que se favorece la respuesta de huida. Es posible que uno tenga alguna sensación de confusión o irrealidad, pero se conserva la capacidad de pensar y actuar de cara a ponerse a salvo. La reacción de emergencia no produce parálisis ni va dirigida a hacer daño ni a sí mismo ni a personas que no constituyen ninguna amenaza.

(continúa)

Tabla 5. Mitos sobre las consecuencias de los ataques de pánico (continuación).

- **Desmayarse.** Las personas que experimentan mareo, vértigo o sensación de inestabilidad durante los ataques de pánico pueden tener miedo de desmayarse o perder el conocimiento. Sin embargo, la probabilidad de que esto ocurra es mínima. Para que tenga lugar un desmayo debe haber un descenso del ritmo cardíaco y una bajada notable de la presión arterial. Sin embargo, cuando se experimenta una fuerte ansiedad o pánico, ocurre todo lo contrario: el ritmo cardíaco y la presión sanguínea aumentan. ¿Cómo se explica entonces la sensación de mareo? Sencillamente, como parte de la reacción de emergencia ante el peligro, el corazón envía más sangre hacia los músculos (para poder correr o luchar) y relativamente menos al cerebro. Esto significa que hay una pequeña caída de oxígeno en el cerebro y esta es la razón de que uno pueda sentirse mareado. Sin embargo, esta sensación no significa que uno se va a desmayar, ya que la presión sanguínea global es alta, no baja.

Algunas personas han sufrido desmayos anteriormente, pero por lo general no se encontraban ansiosas en el momento de los desmayos. Estos fueron debidos probablemente a cambios hormonales, virus, hipoglucemia, hipotensión arterial, visión de sangre/heridas, etc., pero dichas personas no fueron conscientes de esto y posteriormente interpretaron su sensación de mareo al estar ansiosos como evidencia de ir a desmayarse; esta interpretación errónea favoreció asimismo la ansiedad y la sensación de mareo. La fobia a la sangre/heridas es el único trastorno de ansiedad en el que ocurre el desmayo (debido a una bajada del ritmo cardíaco y la presión sanguínea tras una leve subida inicial). Si se sufre de esta fobia y de trastorno de pánico, el desmayo sólo es probable ante la sangre/heridas. La probabilidad de que ocurra el desmayo también es mayor en personas que tienen una baja presión sanguínea o que responden al estrés con una reducción de la presión sanguínea. Pero si uno no se ha desmayado previamente en situaciones de estrés es altamente improbable que lo haga durante un ataque de pánico.

Si una persona se ha desmayado anteriormente, es conveniente que compare las sensaciones que preceden a un desmayo real con las que experimenta durante un ataque de pánico. Nunca son las mismas. Antes de desmayarse, la gente siente frecuentemente que se está desvaneciendo; es como un alejamiento progresivo de la realidad, como ir sumiéndose en un sueño. En cambio, durante un ataque, la gente está terriblemente consciente de sus intensas sensaciones de mareo y de otras posibles sensaciones acompañantes.

- **Asfixiarse o ahogarse.** Es muy frecuente que uno respire más rápida o profundamente cuando está muy ansioso. Esto forma parte también de la respuesta de emergencia, ya que se necesita más oxígeno si se va a luchar o a correr para escapar. Pero si no se hace nada de esto, se provoca un estado de hiperventilación o sobrerrespiración: se respira un volumen de aire mayor del que necesita el organismo. Como consecuencia, se produce una disminución excesiva de anhídrido carbónico o dióxido de carbono en la sangre; a su vez, esto reduce la actividad del centro del reflejo respiratorio en el cerebro, con lo cual desciende la frecuencia respiratoria. De este modo, surge el efecto paradójico de falta de aire.

Sin embargo, es imposible asfixiarse o ahogarse. De hecho, el intentar compensar esto mediante una mayor respiración voluntaria hace que continúe el estado de hiperventilación y la sensación de falta de aire entre otras. Lo que hay que hacer es respirar lenta, regular y diafragmáticamente. En ningún caso se va a producir un estado de dejar de respirar completamente. Incluso si se respira muy lenta y superficialmente, el dióxido de carbono aumenta de un modo sustancial y este incremento estimula automáticamente el centro respiratorio cerebral, lo cual produce a su vez un incremento de la respiración. En el peor de los casos, el mantener la hiperventilación podría conducir a una pérdida de conocimiento, no a una asfixia, pero eso es algo extremadamente raro. Además, caso de que ocurriera, cumpliría una función adaptativa, ya que así se restablecería el funcionamiento equilibrado de los distintos sistemas corporales implicados, entre ellos la respiración.

(continúa)

Tabla 5. Mitos sobre las consecuencias de los ataques de pánico (continuación).

- ***Volverse loco.*** Ciertos síntomas durante los ataques de pánico –tales como sensación de irrealidad, visión borrosa, ver lucecitas, confusión mental– pueden conducir a pensar que uno se va a volver loco. Sin embargo, estos son síntomas de la reacción de emergencia ante una situación externa o interna que se considera peligrosa. No tienen nada que ver con la locura. Cuando hablamos de esta, nos referimos normalmente a un trastorno muy grave llamado esquizofrenia. Esta se caracteriza por pensamientos y lenguaje incoherentes y sin sentido, creencias delirantes (por ejemplo, creencia de que los propios pensamientos son impuestos por seres de otros mundos) y alucinaciones (por ejemplo, oír voces que no existen).

La esquizofrenia suele aparecer en la adolescencia o al comienzo de la juventud (antes de los 25 años). No aparece de repente, sino que se va desarrollando gradualmente y, desde luego, no como consecuencia de una historia de ataques de pánico. Suele darse en familias donde hay otros miembros afectados, ya que es un trastorno hereditario. Además es muy poco frecuente, de modo que si no se tiene la vulnerabilidad genética correspondiente, uno no se convertirá en esquizofrénico, por mucho estrés que se padezca. Una cosa son los trastornos emocionales, tal como la agorafobia con ataques de pánico, y otra muy distinta los trastornos psicóticos; estos no son nunca una consecuencia de los anteriores. Por último, las personas esquizofrénicas suelen presentar algunos síntomas leves (pensamientos inusuales, lenguaje florido) durante la mayoría de sus vidas, de modo que si estos no están presentes es altamente improbable que uno vaya a convertirse en esquizofrénico. Además, si se ha sido entrevistado por un psiquiatra o un psicólogo, uno sabría si es probable que vaya a desarrollar un trastorno psicótico.

- ***Sufrir un colapso nervioso.*** Algunas personas creen que durante un ataque de pánico sus nervios pueden llegar a agotarse, con lo cual entrarán en un estado de postración extrema o de desmayo. Como se comentó antes, la respuesta de emergencia se debe principalmente a la activación del sistema nervioso simpático, la cual es contrarrestada antes o después por el sistema nervioso parasimpático. Por lo tanto, este impide que el sistema simpático siga funcionando siempre a un alto nivel de actividad. Los nervios no son como los cables eléctricos, que pueden sobrecargarse e incluso quemarse con la excesiva tensión eléctrica, y la ansiedad no puede llegar a agotarlos, dañarlos o consumirlos. Lo peor que podría ocurrir durante un ataque de pánico, y en raros casos, es que una persona se desmayara durante unos momentos, con lo cual el sistema simpático dejaría de estar en un estado de sobreactivación y el cuerpo volvería a su estado normal. Sin embargo, es muy raro que las cosas lleguen a este extremo y, si llegan, es para beneficio del propio cuerpo. Otra fuente de preocupación que tienen algunas personas es que los ataques repetidos de pánico aumentan la probabilidad de tener un colapso nervioso en el futuro. Sin embargo, ni la ansiedad ni el pánico dañan físicamente los nervios.

- ***Experimentar una ansiedad sin fin y no poder soportarla.*** Algunas personas creen que la ansiedad que experimentan durante un ataque puede seguir creciendo más y más hasta alcanzar un nivel altísimo en el que permanecerían todo el tiempo. Sin embargo, esto es imposible como demuestra la propia experiencia si uno se para a pensar en ello. La ansiedad, por muy intensa que sea, termina por reducirse aunque no se haga nada por controlarla. Esto se debe a una serie de factores que actúan automáticamente: la fatiga, los mecanismos de equilibrio del propio cuerpo que hacen que no pueda mantenerse la hiperventilación y otras respuestas fisiológicas indefinidamente, y el darse cuenta después de un rato de que las consecuencias temidas no ocurren.

Tabla 6. Guías para la persona acompañante 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 de su compañero* el ponerse en su lugar e intentar ver las cosas desde su punto de vista. No obstante, comprender los problemas de su compañero 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 a su compañero 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 más adecuado de ayuda* consiste en animar y apoyar a su compañero 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 de su compañero.
 - Es importante que *elogie* sinceramente tanto los esfuerzos como los logros de su compañero 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 ni minimizar los logros conseguidos*, aunque estos sean lentos o pequeños. Las cosas son mucho más difíciles para su compañero 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 su compañero necesita más el ánimo y apoyo. Tenga en cuenta que el progreso no será lineal, sino que habrá retrocesos temporales.
 - Siempre que sea posible, su compañero debe *practicar solo*. En casos de situaciones difíciles, usted puede acompañarle la primera vez o, como mucho, tres o cuatro veces, pero su compañero debe completar por lo menos dos prácticas él solo en la misma situación. *Si acompaña* en alguna práctica a su compañero, tenga en cuenta las siguientes guías:
 - + Anímele a comportarse con naturalidad.
 - + Aliéntele a centrar su atención en la actividad que está realizando.
 - + No le pregunte continuamente sobre cómo se siente.
 - + En caso de que experimente una gran ansiedad, tranquilícele 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* a su compañero 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 su compañero 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 a su compañero a que lo intente de nuevo, quizá de una forma algo diferente.
-

Tabla 7. 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 8. 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). (*) Uso limitado.

Tabla 9. 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 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 correr sin desplazarse del sitio levantando las rodillas tan alto como se pueda, dar vueltas en una silla giratoria o sobre sí mismo, hiperventilar, respirar a través de una pajita delgada, mirarse fijamente en un espejo, colocar la cabeza entre las piernas durante 30 segundos y luego levantarla rápidamente hasta la posición vertical, tensar los músculos de todo el cuerpo pero sin causar dolor, mover la cabeza rápidamente de izquierda a derecha, retener la respiración durante 30 segundos.
 - 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 paciente identifica que es lo que más le preocupa que suceda al practicar el ejercicio. 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 si ha ocurrido o no lo que le preocupaba y 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 cliente sigue pensando que las sensaciones son peligrosas, no se beneficiará totalmente de la exposición interoceptiva. Hay que vigilar que no se empleen 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. El mismo ejercicio se repite a continuación 2-4 veces más en la misma sesión. Si es necesario, el ejercicio se repite en sesiones posteriores hasta que el paciente aprende que las consecuencias que teme no ocurren y su nivel de ansiedad es leve. [Podría ser mejor no limitar el número de ensayos dentro de una sesión.]
 - Superado un ejercicio, se pasa al siguiente de la jerarquía.
 - El cliente debe practicar en casa tres veces al día cada ejercicio o ejercicios de exposición interoceptiva que se han realizado en la consulta. [Podría ser mejor no limitar el número de ensayos.] 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, beber café, 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, 2007).

Tabla 10. Reestructuración cognitiva: Preguntas socráticas y experimentos conductuales.

Preguntas para examinar las pruebas de un pensamiento

- ¿Qué datos existen a favor de este pensamiento? ¿Son realmente favorables estos datos?
- ¿Qué datos 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 datos hay a favor y en contra?
- ¿Cuál es la anticipación o interpretación más probable?
- ¿Qué es lo peor que puede pasar? ¿Y lo mejor? ¿Qué es lo más probable que suceda?
- ¿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 en quien confía acerca de este pensamiento?
- ¿Qué le diría usted a otra persona que tuviera este pensamiento?

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?, ¿a conseguir lo que 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

- ¿Que 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).

Tabla 11. 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). (*) Uso limitado.

Tabla 12. 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 (AES): 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 AES (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.
- AES: 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.
- AES: Respiración diafragmática.

Sesión 4

- Revisión de la respiración diafragmática y enseñanza de una respiración lenta (un ciclo de inspiración-espирación 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 y contrarias a lo que se piensa y la consideración de explicaciones alternativas más probables.
- AES: 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.
- AES: 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 12. Programa de tratamiento de la agorafobia de Craske y Barlow (1993, 2001) (continuación).

Sesión 6

- Revisión de los principios de reestructuración cognitiva.
- Justificación de la exposición interoceptiva y elaboración de una jerarquía a base de hiperventilación, retención de la respiración, ejercicio, movimientos que producen mareo, etc.
- AES: 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.
- AES: 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.
- AES: 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, hacer ejercicio, beber café). 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 allegada; se aconseja que esta sea incluida desde el comienzo del tratamiento.
- AES: Como en la sesión 9.

Sesión 11

- Conceptualización del tratamiento a la persona allegada 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.
- AES: 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.
- AES: Como en la sesión 11.

Tabla 13. Programa de tratamiento de la agorafobia propuesto por Craske y Barlow (2007).

Sesión 1

- Entrenamiento en el autorregistro a) de los ataques de pánico, de sus disparadores y de las reacciones a los mismos y b) de otros sentimientos a lo largo del día (ansiedad, depresión, preocupación por pánico).
- Información sobre el propósito de la ansiedad y el pánico, los componentes cognitivos, fisiológicos y conductuales de la ansiedad y pánico y la influencia recíproca entre estos.
- 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.
- Justificación y descripción del tratamiento a seguir: respiración controlada, reestructuración cognitiva, exposición interoceptiva y en vivo.
- Información sobre la medicación para la ansiedad y el pánico.
- Actividades entre sesiones (AES): Diario de Ataques de Pánico y Autorregistro de Estado de Ánimo Diario; estos autorregistros se completan en todas las sesiones.

Sesión 2

- Revisión de AES (se hace en todas las sesiones).
- Establecimiento de una jerarquía de situaciones agorafóbicas y justificación de la exposición en vivo (EV). Identificación de conductas defensivas.
- Modelado y práctica de hiperventilación deliberada (hasta 2 minutos) y discusión de la experiencia.
- Información sobre la respiración e hiperventilación y entrenamiento en respiración diafragmática con conteo de las inhalaciones y repetición interna de la palabra *relax* al exhalar.
- Información sobre la influencia recíproca entre pensamientos y emociones. El cliente identifica los propios pensamientos negativos.
- 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.
- Se enseña a cuestionar socráticamente el primer tipo de error mediante la búsqueda de pruebas favorables y contrarias a lo que se piensa y la consideración de explicaciones alternativas más probables.
- AES: a) Respiración diafragmática en situaciones tranquilas. b) Registrar y reestructurar ejemplos de sobrestimación.

Sesión 3

- Revisión de la respiración diafragmática y enseñanza de una respiración lenta (un ciclo de inspiración-espирación cada 6 segundos).
- 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 qué pasaría realmente y cómo se podría manejar.
- AES: a) Respiración lenta en situaciones tranquilas. b) Identificar y cuestionar sobrestimaciones y estilos catastróficos de pensamiento.

(continúa)

Tabla 13. Programa de tratamiento de la agorafobia de Craske y Barlow (2007) (continuación).

Sesión 4

- Revisión de las habilidades cognitivas enseñadas.
- Petición al cliente de que imagine paso a paso y evalúe de modo realista su peor ataque de pánico.
- Explicación de la EV y preparación para la primera práctica. La EV se concibe como experimento conductual. Es decir, el paciente hace una predicción de lo que teme que ocurra y observa si ocurre o no.
- Explicación al compañero del problema agorafóbico y del modo en que puede ayudar a la resolución del mismo (incluyendo el apoyo durante parte de las exposiciones).
- AES: a) Aplicar la respiración lenta mientras se hacen otras actividades en la vida diaria y para afrontar la ansiedad. b) Identificar y cuestionar sobrestimaciones y estilos catastróficos de pensamiento. c) Practicar la imaginación del peor ataque de pánico. d) Comenzar la EV con la ayuda temporal de un compañero y aplicando las estrategias de afrontamiento aprendidas.

Sesión 5

- Revisión de las habilidades de respiración.
- Revisión de la EV. Se examinan las pruebas a favor y en contra según lo que pasó en las situaciones afrontadas. Planificación de nuevas exposiciones.
- Justificación de la exposición interoceptiva y elaboración de una jerarquía a base de hiperventilación, ejercicio, movimientos que producen mareo, mirarse fijamente en un espejo, etc.
- Comienzo de la exposición interoceptiva concebida como experimento conductual y con aplicación de las estrategias cognitivas y de respiración tras la misma.
- AES: Aplicar las estrategias de afrontamiento en situaciones temidas y posibles ataques de pánico y practicar la EV y la exposición interoceptiva.

Sesiones 6 y 7

- Revisión de la EV y planificación de nuevas exposiciones.
- Revisión de la exposición interoceptiva y práctica de nuevos ejercicios.
- AES: Aplicar las estrategias de afrontamiento y practicar la EV y la exposición interoceptiva.

Sesiones 8 y 9

- Revisión de la EV y de la exposición interoceptiva y planificación de nuevas exposiciones.
- Extensión de la exposición interoceptiva a situaciones de la vida diaria productoras de las sensaciones temidas (p.ej., ver películas dramáticas, hacer ejercicio, beber café). El cliente debe aplicar la reestructuración cognitiva antes de empezar cada actividad; esto se ensaya en la sesión.
- AES: Aplicar las estrategias de afrontamiento y practicar la EV y la exposición interoceptiva.

Sesiones 10 y 11

- Revisión de la EV y de la exposición interoceptiva y planificación de nuevas exposiciones.
- Integración de la EV y la exposición interoceptiva. El paciente provoca las sensaciones en las situaciones agorafóbicas.
- AES: Aplicar las estrategias de afrontamiento y practicar la exposición interoceptiva integrada con la EV.

Sesión 12

- Abandono gradual de la medicación en colaboración con el médico.
- Evaluación del progreso conseguido y planificación de la práctica continuada de las habilidades aprendidas y del afrontamiento de las situaciones temidas.
- Recordatorio de las habilidades aprendidas, consideración de las situaciones de alto riesgo para la ansiedad y el pánico y discusión de lo que se puede hacer para manejar los contratiempos.

Tabla 14. Programa de tratamiento de la agorafobia propuesto por Bados (2006).

Sesión 1

- Presentaciones y normas de funcionamiento (si tratamiento es en grupo).
- Modelado y práctica de hiperventilación deliberada hasta 2 minutos y discusión de la experiencia.
- Derivación modelo explicativo trastorno: a) Hiperventilación juega un papel o no. b) Reeducación 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 (AES): 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 de las AES (se hace en 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).
- AES: 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.
- AES: 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.
- AES: 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.
- AES: 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 14. Programa de tratamiento de la agorafobia propuesto por Bados (2006) (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).
- AES: 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.
- AES: a) EV. b) Revisión de la jerarquía de EV.

Sesiones 8-14

- Se sigue con la EV. Los últimos pasos no deben incluir conductas defensivas ni respiración controlada.
- En la sesión 11 se hacen pruebas interoceptivas individualizadas para cada paciente (p.ej., hiperventilación, retención de respiración, ejercicio, movimientos que marean, altas temperaturas, mirar luces brillantes, palabras apareadas) para ver si sigue temiendo sus sensaciones corporales. Caso necesario, se introduce la exposición interoceptiva graduada: a) Máximo, un paso por sesión. b) Aguantar 30-60 segundos tras experimentar sensaciones temidas. Aplicación de estrategias de afrontamiento al final. c) Repetir ejercicio hasta que ansiedad sea mínima. d) Aumento progresivo del tiempo de exposición interoceptiva.
- Puede integrarse la exposición interoceptiva con la EV a las situaciones temidas.
- Cuando cliente está preparado, se plantea el abandono gradual de medicación.
- AES: Siguen la pauta de la sesión 7, pero añadiendo exposición interoceptiva cuando sea necesario.

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 allegada para seguir con EV. f) Firma del contrato de mantenimiento.

Tabla 15. Tratamiento Intensivo Centrado en las Sensaciones (Baker-Morissette, Spiegel y Heinrichs, 2005).

Día 1 / Sesión 1 1-2 horas

- Lectura antes de la sesión de cinco capítulos del manual de Spiegel, *Beating anxiety and fear: Patient handbook*. Manuscrito no publicado. Revisión socrática por parte del terapeuta y evaluación de la comprensión del paciente. No se sigue el tratamiento hasta que la lectura está hecha.
- Se ayuda a comprender cómo los pensamientos, sensaciones y conductas contribuyen a mantener la ansiedad y los ataques de pánico, y se justifica el tratamiento.
- Revisión de la fisiología de la ansiedad dentro del sistema lucha/huida.
- Exploración de pensamientos atemorizantes nucleares que pueden disparar los ataques y mantener la ansiedad.
- Actividades entre sesiones (AES): Lectura (cuatro capítulos) sobre reestructuración cognitiva y práctica de la misma.

Día 2 / Sesión 2 1-2 horas

- Revisión de las AES (se hace en todas las sesiones).
- Discusión en profundidad de la reestructuración cognitiva. Se ayuda al paciente a evaluar de forma realista la probabilidad de que las consecuencias temidas ocurran y su habilidad para afrontarlas caso de que sucedan.
- Práctica de un ejercicio de exposición interoceptiva (respirar a través de pajita o hiperventilación), pero sin discutirlo en profundidad.
- AES: Lectura de tres capítulos sobre exposición interoceptiva. Práctica de reestructuración cognitiva y de ejercicios de exposición interoceptiva.

Día 3 / Sesión 3 1-2 horas

- Discusión de la justificación de la exposición interoceptiva.
- Diversas prácticas de un ejercicio de exposición interoceptiva que provoque gran ansiedad.
- Preparación cognitiva para la EV. Se discute y acuerda un modelo para el desarrollo y mantenimiento del trastorno y se propone un tratamiento basado en la exposición intensiva y no graduada. No se presiona al paciente para recibir el tratamiento, sino que se discuten con él las ventajas y desventajas del mismo y se le deja decidir si quiere continuar o no.
- AES: Lectura de dos capítulos sobre cómo elaborar una lista detallada de situaciones temidas y/o evitadas (jerarquía de miedo).

Día 4 / Sesión 4 Todo el día

- Revisión de la justificación de la EV y de la jerarquía de miedo, la cual es ampliada. Evaluación de si el paciente comprende el papel de la evitación y petición de que no realice ninguna conducta defensiva, incluida la reestructuración cognitiva durante la EV; si lo hace, debe comunicarlo al terapeuta. Si el paciente toma psicotropos, se aconseja que los descontinúe varias semanas antes del inicio de la terapia o, si no es posible, al acabar esta.
 - Explicación de que el fin durante la EV es experimentar el máximo de ansiedad para comprobar si las predicciones temidas son correctas. Se alaba al paciente por sus esfuerzos en incrementar la ansiedad en vez de por la reducción de esta.
 - El terapeuta puede acompañar al paciente en algunas exposiciones, pero, para no facilitar la distracción, no habla con él, excepto para preguntarle periódicamente por su nivel de ansiedad o darle instrucciones simples (p.ej., sepárese de la pared).
 - Se llevan a cabo múltiples exposiciones durante el día, la mayoría hechas por el paciente solo. Además, siempre que es posible se combina la EV con ejercicios de exposición interoceptiva.
-

(continúa)

Tabla 15. Tratamiento Intensivo Centrado en las Sensaciones (Baker-Morissette, Spiegel y Heinrichs, 2005) (continuación).

- Ejemplos de posibles exposiciones son:
 - a) Beber café. b) Correr en una cinta al lado de una estufa en una sala pequeña. c) Montar en ascensor (acompañado y luego solo) combinado con hiperventilación y dar vueltas. d) Ir en transporte público con el terapeuta en un tren distinto y encontrarse en un sitio; combinar con retención de la respiración y tensión muscular. e) Comer sólo en un restaurante y tomar más cafeína. f) Subir en ascensor muchos más pisos que la vez anterior; combinar con retención de la respiración y tensión muscular. f) Comparar sólo en una gran superficie durante una hora y tomar el tren para volver a la consulta.
- Al final del día terapeuta y paciente se reúnen brevemente para revisar el progreso y los obstáculos encontrados y lo que el paciente ha aprendido. Se refuerza el afrontamiento de las situaciones, aunque la ansiedad haya sido alta.

Día 5 / Sesión 5 Todo el día

- Se revisa de nuevo brevemente la justificación de la exposición y el papel de la evitación en el mantenimiento de la ansiedad.
- Se busca que el paciente siga haciendo cosas que no cree que pueda hacer. Se seleccionan actividades que sean al menos tan difíciles como las del día anterior y, para facilitar la generalización, se introducen tareas relacionadas. La idea es continuar abordando los ítems más temidos de la jerarquía y practicar el peor en este día. Si el paciente evitó alguna situación el día anterior, se le pide que vuelva a intentarlo.
- Al final del día terapeuta y paciente se reúnen brevemente para revisar el progreso y los obstáculos encontrados y lo que el paciente ha aprendido.
- Se pide al paciente que proponga actividades de exposición que pueda hacer él solo durante los dos próximos días. Además, se le pide que lea dos capítulos sobre prevención de recaídas.

Días 6 y 7

- El paciente lleva a cabo por sí mismo nuevas actividades de exposición y/o repite actividades previas para ver si resultan tan difíciles como la primera vez.

Día 8 / Sesión 6 1-2 horas

- Se revisan las experiencias de los días anteriores, se refuerzan los progresos logrados y se identifican áreas que requieren mejora. Se elabora un plan para seguir con las autoexposiciones.
- Se revisan los conceptos de contratiempo y recaída. Se dice al paciente que es normal esperar contratiempos y que estos deben verse como oportunidades para practicar las habilidades aprendidas.
- El paciente elabora un plan de acción en respuesta a futuros contratiempos (incremento del miedo a las sensaciones físicas, pensamientos negativos o evitación).
- Exploración de las posibles desventajas de las mejoras conseguidas que puedan minar el progreso. Se discute la disposición del paciente a aceptar estas desventajas, si las hay, o encontrar modos saludables de evitarlas.

Nota. Adaptado de Baker-Morissette, Spiegel y Heinrichs (2005).

REFERENCIAS

- Addis, M.E., Hatgis, C., Cardemil, E., Jacob, K., Krasnow, A.D. y Mansfield, A. (2006). Effectiveness of cognitive-behavioral treatment for panic disorder versus treatment as usual in a managed care setting: 2-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 377-385.
- 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.
- Arch, J. y Craske, M. (2007). Implications of naturalistic use of pharmacotherapy in CBT treatment for panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1435-1447.
- 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.
- Aaronson, C., Shear, M., Goetz, R., Allen, L., Barlow, D., White, K., et al. (2008). Predictors and time course of response among panic disorder patients treated with cognitive-behavioral therapy. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 418-424.
- 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.
- 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. (2005). 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. (2006). *Tratando... pánico y agorafobia*. Madrid: Pirámide.
- Bados, A., Balaguer, G. y Saldaña, C. (2007). Outcome of cognitive-behavioural therapy in training practice with anxiety disorder patients. *British Journal of Clinical Psychology*, 46, 429-435.
- Bados, A., Burgaya, M., Labrador, C. y Pujol, C. (2001). Agorafobia simple y compleja: Estudio de tres casos. *Psicología Conductual*, 9, 143-167.
- Bados, A., Reinoso, M. y Benedito, N. (2008). ¿Existe una relación específica entre la ansiedad por separación en la infancia y la aparición posterior de los trastornos de pánico y agorafobia? *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 16, 141-159.
- Baker-Morissette, S., Spiegel, D.A. y Heinrichs, N. (2005). Sensation-focused treatment for panic disorder with moderate to severe agoraphobia. *Cognitive and Behavioral Practice*, 12, 17-29.
- 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 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. y Craske, M.G. (2007). *Mastery of your anxiety and panic: Client workbook* (4ª ed.). Londres: Oxford University Press.
- 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.
- Bergstroem, J., Ljotsson, B., Andersson, G., Andreewitch, S., Ruck, C., Carlbring, P. y Lindefors, N. (2008). Effectiveness of internet treatment for panic disorder delivered in a psychiatric setting. *European Psychiatry*, 23, S355-S356.
- Bienvenu, O.J., Onyike, C.U., Stein, M.B., Chen, L., Samuels, J., Nestadt, G. y Eaton, W.W. (2006). Agoraphobia in adults: incidence and longitudinal relationship with panic. *British Journal of Psychiatry*, 188, 432-438.
- Bitran, S., Morissette, S., Spiegel, D. y Barlow, D. (2008). A pilot study of sensation-focused intensive treatment for panic disorder with moderate to severe agoraphobia: preliminary outcome and benchmarking data. *Behavior Modification*, 32, 196-214.
- 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., Baños, R.M. y Perpiñá, C. (2005). La evaluación del pánico y la agorafobia. En V.E. Caballo (Dir.), *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos: estrategias de evaluación, problemas infantiles y trastornos de ansiedad* (pp. 403-425). Madrid: Pirámide.
- Botella, C., Villa, H., García-Palacios, A., Baños, R.M., Quero, S., Alcañiz, M. y Riva, G. (2007). Virtual reality exposure in the treatment of panic disorder and agoraphobia: A controlled study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 14, 164-175.
- 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, 10.
- 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. Vallejo, E.G. Fernández Abascal y F.J. Labrador (Eds.), *Modificación de conducta: 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.
- Caballo, V. E. (Dir.). (2005). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos: estrategias de evaluación, problemas infantiles y trastornos de ansiedad*. Madrid: Pirámide.
- 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., Bohman, S., Brunt, S., Buhrman, M., Westling, B.E., Ekselius, L. y Andersson, G. (2006). Remote treatment of panic disorder: a randomized trial of internet-based cognitive behavior therapy supplemented with telephone calls. *American Journal of Psychiatry*, 163, 2119-2125.
- Carlbring, P., Brunt, S., Bohman, S., Austin, D., Richards, J., Öst, L., et al. (2007). Internet vs. paper and pencil administration of questionnaires commonly used in panic/agoraphobia research. *Computers in Human Behavior*, 23(3), 1421-1434.
- Carlbring, P., Nilsson-Ihrfelt, E., Waara, J., Kollenstam, C., Buhrman, M., Kaldö, 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.
- Chernen, 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.
- Clerkin, E., Teachman, B. y Smith-Janik, S. (2008). Sudden gains in group cognitive-behavioral therapy for panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 1244-1250.
- 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 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., Antony, M.M. y Barlow, D.H. (2006). *Mastering your fears and phobias: Therapist guide* (2ª ed.). Londres: Oxford University Press.
- 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. y Barlow, D.H. (2007a). *Mastery of your anxiety and panic: Therapist guide* (4ª ed.). Londres: Oxford University Press.
- Craske, M.G. y Barlow, D.H. (2007b). *Mastery of your anxiety and panic: Workbook for primary care settings*. Londres: Oxford University Press.
- 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., Farchione, T., Allen, L., Barrios, V., Stoyanova, M. y Rose, R. (2007). Cognitive behavioral therapy for panic disorder and comorbidity: More of the same or less of more? *Behaviour Research and Therapy*, 45(6), 1095-1109.
- Craske, M.G., Golinelli, D., Stein, M.B., Roy-Byrne, P.P., Bystritsky, A. y Sherbourne, C. (2005). Does the addition of cognitive behavioural therapy improve panic disorder treatment outcome relative to medication alone in the primary-care setting? *Psychological Medicine*, 35, 1645-1654.
- 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-behavioural 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., Roy-Byrne, P., Stein, M.B., Sullivan, G., Hazlett-Stevens, H., Bystritsky, A. y Sherbourne, C. (2006). CBT intensity and outcome for panic disorder in a primary care setting. *Behavior Therapy*, 37, 112-119.
- 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.
- Deacon, B. (2007). Two-day, intensive cognitive-behavioral therapy for panic disorder: a case study. *Behavior Modification*, 31, 595-615.
- Deacon, B. y Abramowitz (2006). A pilot study of two-day cognitive-behavioral therapy for panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 807-817.
- 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., 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.
- de Silva, P. y Rachman, S. (1984). Does escape behaviour strengthen agoraphobic avoidance? A preliminary study. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 87-91.
- den Boer, J.A. (1998). Pharmacotherapy of panic disorder: Differential efficacy from a clinical viewpoint. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59 (suppl. 8), 30-36.
- Dow, M., Kenardy, J., Johnston, D., Newman, M., Taylor, C. y Thomson, A. (2007). Prognostic indices with brief and standard CBT for panic disorder: II. Moderators of outcome. *Psychological Medicine*, 37, 1503-1509.
- 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., Emmelkamp, 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.
- ESEMED/MHEDEA 2000 Investigators (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: Results from the ESEMED Euro-

- pean Study of Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109 (suppl. 420), 21-27.
- Espada, J.P., Van der Hofstadt, C.J. y Galván, B. (2006) Exposición en vivo y técnicas cognitivocomportamentales en un caso de ataques de pánico con agorafobia. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 217-232.
- Farvolden P., Denisoff, E., Selby, P., Bagby, R.M. y Rudy, L. (2005). Usage and longitudinal effectiveness of a Web-based self-help cognitive behavioral therapy program for panic disorder. *Journal of Medical Internet Research*, 7, e7.
- 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 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.
- Furukawa, T.A., Watanabe, N. y Churchill, R. (2006). Psychotherapy plus antidepressant for panic disorder with or without agoraphobia: systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 188, 305-312.
- 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., Buikhuizen, 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.
- Grant, B.F., Stinson, F.S., Dawson, D.A., Chou, S.P., Dufour, M.C., Compton, W, Pickering, R.P. y Kaplan, K. (2004). Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, 61, 807-816.
- 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.
- Hackmann, A. (2004). Panic disorder and agoraphobia. En J. Bennett-Levy, G. Butler, M. Fennell, A. Hackmann y M. Mueller (Eds.) *Oxford guide to behavioural experiments in cognitive therapy* (pp. 59-78). Oxford: Oxford University Press.
- 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., Fritzier, 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.
- Heldt, E., Gus, G.; Kipper, L., Blaya, C., Isolan, L. y Otto, M.W. (2006). One-year follow-up of pharmacotherapy-resistant patients with panic disorder treated with cognitive-behavior therapy: Outcome and predictors of remission. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 657-665.
- 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.
- Hirai, M. y Clum, G.A. (2006). A meta-analytic study of self-help interventions for anxiety problems. *Behavior Therapy*, 37, 99-111.
- 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.
- Hoffman, S.G. (2007). Enhancing exposure-based therapy from a translational research perspective. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1987-2001.
- Hofmann, S. y Smits, J. (2008). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 621-632.
- 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.
- Houck, P.R., Spiegel, D.A., Shear, M.K. y Rucci, P. (2002). Reliability of the self-report version of the Panic Disorder Severity Scale. *Depression and Anxiety*, 15, 183-185.
- 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. interceptive 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 Rapport, 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., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K.R. y Walters, E.E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.
- Kessler, R.C., Chiu, W.T., Demler, O. y Ellen, E.W. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 617-627.
- Khawaja, N.G. y Oei, T.P.S. (1998). Catastrophic cognitions in panic disorder with and without agoraphobia. *Clinical Psychology Review*, 18, 341-365
- Klein, B. y Richards, C. (2001). A brief internet-based treatment for panic disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29, 113-117.
- Klein, B., Richards, C. y Austin, D.W. (2006). Efficacy of internet therapy for panic disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37, 213-238.
- 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.
- 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.
- Marchand, A., Coutu, M., Dupuis, G., Fleet, R., Borgeat, F., Todorov, C., et al. (2008). Treatment of panic disorder with agoraphobia: Randomized placebo-controlled trial of four psychosocial treatments combined with imipramine or placebo. *Cognitive Behaviour Therapy*, 37, 146-159.
- Marchand, A., Todorov, C., Borgeat, F. y Pelland, M. (2007). Effectiveness of a brief cognitive behavioural therapy for panic disorder with agoraphobia and the impact of partner involvement. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35, 613-629.
- Marcus, S., Gorman, J., Shear, M., Lewin, D., Martinez, J., Ray, S., et al. (2007). A comparison of medication side effect reports by panic disorder patients with and without concomitant cognitive behavior therapy. *The American Journal of Psychiatry*, 164(2), 273-275.
- 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.
- McHugh, R., Otto, M., Barlow, D., Gorman, J., Shear, M. y Woods, S. (2007). Cost-efficacy of individual and combined treatments for panic disorder. *The Journal Of Clinical Psychiatry*, 68, 1038-1044.
- 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.
- Meuret, A.E., Wilhelm, F.H., Ritz, T. y Roth, W.T. (2008). Feedback of end-tidal pCO₂ as a therapeutic approach for panic disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 42, 560-568
- 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.
- Milrod, B., Leon, A., Busch, F., Rudden, M., Schwalberg, M., Clarkin, J., et al. (2007). A randomized controlled clinical trial of psychoanalytic psychotherapy for panic disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 164(2), 265-272.
- 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.
- Mykletun, A., Bjerkeset, O., Dewwey, M., Prince, M., Overland, S. y Stewart, R. (2007). Anxiety, depression, and cause-specific mortality: The HUNT study. *Psychosomatic Medicine*, 69, 323-331.
- 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.
- Norberg, M., Krystal, J. y Tolin, D. (2008). A meta-analysis of D-cycloserine and the facilitation of fear extinction and exposure therapy. *Biological Psychiatry*, 63, 1118-1126.
- Norton, P. y Philipp, L. (2008). Transdiagnostic approaches to the treatment of anxiety disorders: A quantitative review. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45, 214-226.
- 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., 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.
- Parrish, C., Radosky, A. y Dugas, M. (2008). Anxiety-control strategies: Is there room for neutralization in successful exposure treatment? *Clinical Psychology Review*, 28, 1400-1412.
- 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.
- Peñate, W., Pitti, C.T., Bethencourt, J.M., de la Fuente, J. y Gracia, R. (2008). The effects of a treatment based on the use of virtual reality exposure and cognitive-behavioral therapy applied to patients with agoraphobia. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8, 5-22.
- Peter, H., Brückner, E., Hand, I., Rohr, W. y Rufer, M. (2008). Treatment outcome of female agoraphobics 3-9 years after exposure in vivo: a comparison with healthy controls. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39, 3-10.
- Peurifoy, R.Z. (1993). *Venza sus temores: Ansiedad, fobias y pánico*. Barcelona: Robin Book. (Original de 1992.)
- Petot, D. (2004). L'angoisse de séparation infantile est-elle le précurseur de l'agoraphobie et de l'attaque de panique? *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 52, 78-84.
- Pitti, C.T., Peñate, W., Leon, I., Villaverde, M.L. y Acosta, L. (2008). The role of virtual reality exposure procedure in a combined treatment of agoraphobia. *Clinical Neurophysiology*, 119, e150.
- 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., Craske, M., Tallman, K. y Solyom, C. (1986). Does escape behavior strengthen agoraphobic avoidance? A replication. *Behavior Therapy*, 17, 366-384.
- Rachman, S. y Maser, J.D. (Eds.). (1988). *Panic: Psychological perspectives*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Rachman, S., Radosky, A.S. y Shafran, R. (2008). Safety behaviour: A reconsideration. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 163-173.
- Radosky, A.S., Rachman, 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.
- 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.
- Reilly, K.P., Gill, M.J. y Dattilio, F.M. (2005) Panic and agoraphobia: Do treatments targeted for one problem also improve the other? A pilot study. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 7, 11-28.

- 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.
- Richards, J.C., Klein, B. y Austin, D.W. (2006). Internet cognitive behavioural therapy for panic disorder: Does the inclusion of stress management information improve end-state functioning? *Clinical Psychologist*, 10, 2-15.
- 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.
- Roberge, P., Marchand, A., Reinhartz, D. y Savard, P. (2008). Cognitive-behavioral treatment for panic disorder with agoraphobia: a randomized, controlled trial and cost-effectiveness analysis. *Behavior Modification*, 32, 333-351.
- 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.
- Rodriguez, B.I. y Craske, M.G. (1993). The effects of distraction during exposure to phobic stimuli. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 549-558.
- Rodriguez, B., Pagano, M. y Keller, M. (2007). Psychometric characteristics of the Mobility Inventory in a longitudinal study of anxiety disorders: Replicating and exploring a three component solution. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 752-761.
- 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.
- Rosenberg, N.K. y Hougaard, E. (2005). Cognitive-behavioural group treatment of panic disorder and agoraphobia in a psychiatric setting: A naturalistic study of effectiveness. *Nordic Journal of Psychiatry*, 59, 198-204.
- Rouillon, F. (1997). Epidemiology of panic disorder. *Human Psychopharmacology*, 12 (suppl. 1), S7-S12.
- Roy-Byrne P. (2005). Medical illness and response to treatment in primary care panic disorder. *General Hospital Psychiatry*, 27, 237-243.
- 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.
- Roy-Byrne, P., Sherbourne, C., Miranda, J., Stein, M., Craske, M., Golinelli, D. y Sullivan, G. (2006). Poverty and response to treatment among panic disorder patients in primary care. *American Journal of Psychiatry* 163, 1419-1425.
- 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 de 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.
- Sakai, Y. et al. (2006). Changes in cerebral glucose utilization in patients with panic disorder treated with cognitive-behavioral therapy. *Neuroimage*, 33, 218-226.
- 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.
- Salkovskis, P., Hackmann, A., Wells, A., Gelder, M. y Clark, D. (2007). Belief disconfirmation versus habituation approaches to situational exposure in panic disorder with agoraphobia: a pilot study. *Behaviour Research and Therapy*, 45(5), 877-885.
- Sánchez, C., Elvira, A., Llompart, 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.
- Sandín, B., Valiente, R.M., Chorot, P. y Santed, M.A. (2005). Propiedades psicométricas del Índice de Sensibilidad a la Ansiedad. *Psicothema*, 17, 478-483.
- Sandín, B., Valiente, R.M., Chorot, P. y Santed, M.A. (2007). ASI-3: Nueva escala para la evaluación de la sensibilidad a la

- ansiedad. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 12, 91-104.
- 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., 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.; Smith, Julia D. (2005). Do medications matter in the context of cognitive behavior therapy for panic disorder? *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19, 347-354.
- 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.
- Schmidt, N.B., Zvolensky, M.J. y Maner, J. K. (2006). Anxiety sensitivity: prospective prediction of panic attacks and Axis I pathology. *Journal of Psychiatry Research*, 40, 691-699.
- 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.
- 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., Pilkonis, 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.
- Siev, J. y Chambless, D. (2007). Specificity of treatment effects: Cognitive therapy and relaxation for generalized anxiety and panic disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 513-522.
- 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., Lanka, 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.
- 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 Woszczyna, C.B. (1992). Medication use and the assessment of agoraphobic avoidance. *Behaviour Research and Therapy*, 30, 563-568.
- 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 Apéndices 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., Zvolensky, M.J., Cox, B.J., Deacon, B., Heimberg, R.G., Ledley, D.R., Abramowitz, J.S., Holaway, R.M., Sandin, B., Stewart, S.H., Coles, M., Eng, W., Daly, E.S., Arrindell, W.A., Bouvard, M., & Jurado Cardenas, S. (2007). Robust dimensions of anxiety sensitivity: Development and initial validation of the Anxiety Sensitivity Index-3 (ASI-3). *Psychological Assessment*, 19, 176-188.
- 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.
- Tortella-Feliu, M., Balle, M., Servera, M. y García de la Banda, G. (2005). Propiedades psicométricas de la adaptación catalana de la Escala de Ansiedad en Niños/as de Spence (SCAS). *Psicología Conductual*, 13, 111-123.
- 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 Apeldoorn, F., van Hout, W., Mersch, P., Huisman, M., Slaap, B., Hale, W., et al. (2008). Is a combined therapy more effective than either CBT or SSRI alone? Results of a multicenter trial on panic disorder with or without agoraphobia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 117, 260-270.
- 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.
- 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.
- 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. (2006). Dysfunctional beliefs in panic disorder: The Panic Belief Inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 819-833.
- 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.
- Winter, D., Gournay, K., Metcalfe, C. y Rossotti, N. (2006). Expanding agoraphobics' horizons: an investigation of the effectiveness of a personal construct psychotherapy intervention. *Journal of Constructivist Psychology*, 19, 1-29.
- 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 Febbraro, G.A.M. (2000). A bibliotherapy approach to relapse prevention in individuals with panic attacks. *Journal of Anxiety Disorders*, 14, 483-499.
- 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.

¹ Otra técnica de respiración que puede ser útil, como medida de emergencia, para afrontar los ataques de hiperventilación consiste en volver a respirar el aire espirado dentro de una **bolsa de papel** o, en lugares públicos, dentro de las **manos cerradas** alrededor de la nariz y de la boca. De esta manera, se corrigen los cambios bioquímicos de la hiperventilación al reinar el CO₂ exhalado, aunque quizá los factores más importantes no sean los fisiológicos, sino los de expectativas y distracción.