



**TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL DE UN CASO DE TRASTORNO DE
PÁNICO CON AGORAFOBIA EN UN PACIENTE CON DOLOR CRÓNICO**

Noelia Monterde Serrano y María Isabel Casado Morales
Universidad Complutense de Madrid

**COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY FOR A CASE OF PANIC DISORDER
WITH AGORAPHOBIA IN A CHRONIC PAIN PATIENT**

Noelia Monterde Serrano y María Isabel Casado Morales
Universidad Complutense de Madrid

Dirección de contacto y envío de correspondencia:

Noelia Monterde Serrano
Dra. María Isabel Casado Morales
Facultad de Psicología
Campus de Somosaguas, s/n.
28223. Pozuelo de Alarcón.
Madrid. España.
nmonterde@cop.es

Tratamiento cognitivo conductual de un caso de trastorno de pánico con agorafobia en un paciente con dolor crónico.

El trastorno de pánico (TP) y la agorafobia constituyen dos de los desórdenes de ansiedad más incapacitantes. La detección de los mismos en los distintos dispositivos de atención sanitaria es un factor decisivo para que los pacientes reciban el tratamiento adecuado y el tiempo de evolución de la problemática sea mínimo, favoreciendo con ello un mejor pronóstico. En el presente artículo se presenta el caso de una mujer de 43 años de edad con diagnóstico de TP y agorafobia de larga evolución, y enfermedad médica (endometriosis) que cursa con dolor. Basándonos en el *Tratamiento del Control del Pánico* de Barlow (2002) y la *Terapia Cognitiva para el TP* (Clark et al., 1999), se aplica un tratamiento cognitivo conductual (TCC) de once sesiones de duración y dos de seguimiento. Se incluye un acompañamiento en la vivencia de la endometriosis dirigido a consolidar y mejorar el afrontamiento del dolor crónico. Tras el tratamiento se logran los principales objetivos terapéuticos propuestos.

Palabras clave: trastorno de pánico, agorafobia, tratamiento cognitivo conductual, afrontamiento del dolor, caso clínico.

Cognitive behavioral therapy for a case of panic disorder with agoraphobia in a chronic pain patient

Panic disorder and agoraphobia are two of the most disabling anxiety disorders. Detection of these problems in health care settings is crucial to receive the correct treatment, minimize disorder duration and promote a better prognosis. In this article, a case study of a 43 year old woman diagnosed with panic disorder and agoraphobia, and physical illness (endometriosis) which includes pain, is presented. Based on Barlow's Panic Control Treatment (2002) and Cognitive Therapy for panic Disorder (Clark et al., 1999), eleven sessions plus 2 additional follow-up sessions of cognitive behavioral therapy are applied. Psychological support for endometriosis is oriented to consolidate and improve pain coping skills. After treatment, main therapeutic objectives are achieved.

Keywords: panic disorder, agoraphobia, cognitive behavioral therapy, coping with chronic pain, clinical case.



Tratamiento cognitivo conductual de un caso de trastorno de pánico con agorafobia en un paciente con dolor crónico.

INTRODUCCIÓN.

El trastorno de pánico (TP) se ha descrito como uno de los trastornos más frecuentemente atendidos en la clínica en las últimas décadas (Telch, Schmidt, Jaimez, Jacquin y Harrington, 1995; Bados, 2006), en parte por su alto grado de incapacidad asociada e interferencia en una mayoría de las áreas vitales de la persona. Además, este hecho se agrava si tenemos en cuenta que alrededor de dos tercios de las personas con TP desarrollan también agorafobia.

Teniendo en cuenta lo anterior, se vislumbran las dimensiones del problema, tanto por las repercusiones personales (humor deprimido, abuso de sustancias), como en el entorno sociosanitario (uso frecuente de servicios médicos, psiquiátricos, atención primaria y urgencias).

El TP con o sin agorafobia se viene considerando como un importante problema de salud pública (Margraf, Barlow, Clark y Telch, 1993), con una tasa de prevalencia anual de 1,8%, según una revisión de diversos estudios epidemiológicos europeos (Goodwin et al., 2005). Los datos aportados por un estudio realizado en seis países europeos (entre ellos España) estiman una prevalencia a lo largo de la vida de 2,1% para el TP y de 0,9% para la agorafobia (Alonso et al., 2004), siendo el riesgo de padecerlo dos veces mayor en las mujeres (Andrews y Slade, 2002; Alonso et al., 2004; Kessler et al., 2006).

A pesar de esta elevada incidencia, y aunque algunos autores han argumentado que los pacientes con TP buscan ayuda profesional con mucha más frecuencia que pacientes con cualquier otro trastorno (Margraf, et al., 1993), el TP con o sin agorafobia, como muchos otros trastornos de ansiedad, en muchas ocasiones sigue pasando desapercibido en el primer nivel de la atención sanitaria. Entre los factores que explican las dificultades de detección de los trastornos de ansiedad (Ibáñez, 2006) se han descrito la falta de especificidad de los síntomas, similares a los de una enfermedad médica (cansancio, palpitaciones, sudoración, etc.), la presentación en forma de quejas somáticas y no descripción por parte del paciente de los síntomas subjetivos y, de especial interés, la banalización de estos trastornos en la práctica general o consideración como problema psiquiátrico “menor”, con las consecuencias negativas que esto conlleva para las personas que lo padecen.

Dada la magnitud del problema, tanto a nivel personal como para el contexto sociosanitario, se comprende la necesidad de utilización de los tratamientos más eficaces para abordar el trastorno. En la actualidad, los programas calificados como “tratamientos bien establecidos” para el TP son fundamentalmente el Tratamiento del Control del Pánico (Barlow, 2002) y la Terapia Cognitiva para el trastorno de pánico (Clark et al., 1999).

Siguiendo estos tratamientos protocolizados, a continuación se presenta el caso de una paciente con diagnóstico de TP y agorafobia de larga evolución, y enfermedad médica que cursa con dolor (endometriosis), a quien se aplica un tratamiento cognitivo conductual (TCC) de once sesiones de duración y dos sesiones de seguimiento a los tres meses.



MÉTODO

Identificación de la paciente.

En el presente artículo analizaremos el caso de C., una mujer de 43 años de edad, casada, con dos hijos, agente de viajes de profesión y de nivel sociocultural medio. En el momento de la primera consulta se encuentra en situación de baja laboral por endometriosis desde hace algo menos de dos años. Respecto al entorno familiar, refiere muy buena relación con sus padres y hermanas.

Análisis del motivo de consulta

La paciente es remitida por la Unidad del Dolor del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid a través de un convenio con el Master en Inteligencia Emocional e Intervención en Emociones y Salud de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid. El motivo que expone inicialmente es que “no quiere que la enfermedad (endometriosis) la acabe minando”. Dicha enfermedad cursa con episodios de dolor frecuentes e intensos que interfieren de forma significativa con el funcionamiento normal de la paciente. A pesar de esta interferencia, describe un afrontamiento adaptativo del dolor, entre el que se detecta el uso de estrategias como las autoinstrucciones, conductas distractoras o de distanciamiento del dolor (Franco, García y Picabia, 2004).

En la evaluación de otras áreas, la paciente refiere haber experimentado ataques de pánico (AP) en el pasado y actualmente presenta sintomatología de ansiedad y evitación de lugares y situaciones por miedo a sufrir un nuevo AP. A pesar de estar recibiendo un tratamiento farmacológico a base de ansiolíticos desde hace varios años, la sintomatología no ha remitido y la paciente describe la ansiedad y el miedo a sufrir un AP como “algo que no tiene solución”.

Tras la explicación detallada de los efectos, ventajas e inconvenientes del TCC frente a otros tipos de tratamiento como el farmacológico u el de otras aproximaciones psicológicas, la paciente acepta iniciar un tratamiento cuyo objetivo principal se centre en su sintomatología de ansiedad, así como en el afrontamiento del dolor.

Historia del problema

La paciente describe su primer AP a los 20 años de edad, en el metro, durante el cual dice haber experimentado temblores, notable aumento de la frecuencia cardiaca, miedo intenso, desrealización y sensación de pérdida de control. Tras este primer AP se sucedieron otros, de nuevo en el metro, en el trabajo y durante un viaje al extranjero. A consecuencia de esta experiencia, la paciente refiere haber cursado un “episodio depresivo muy incapacitante” con estado de ánimo depresivo, miedo a quedarse sola en casa o a realizar cualquier actividad en ausencia de compañía, baja autoestima, obsesiones de daño físico a los demás e ideas de muerte. A partir de ese momento, la sintomatología de ansiedad y las conductas de evitación

se generalizaron a situaciones similares a la originaria (transporte público, centros comerciales, conducción del vehículo, salidas de ocio, parques, etc.).



Afirma que cuando comenzó el problema fue atendida por psicólogos y psiquiatras, en repetidas ocasiones, pero refiere falta de información sobre lo que le ocurría y no percibe haber recibido ayuda, por lo que ha desarrollado una cierta actitud de desconfianza hacia la figura del psicólogo y psiquiatra.

C. describe que siempre ha tenido muy mala salud y siente preocupación por que los demás la consideren como una persona débil. Debido a ello, no habla con nadie de la problemática de ansiedad y dice sentirse culpable cuando recibe ayuda de familiares.

Respecto al plano biológico, la paciente presenta tiroiditis crónica o enfermedad de Hashimoto, un trastorno de la glándula tiroides ocasionado por una reacción del sistema inmunitario contra dicha glándula que puede ocurrir a cualquier edad, pero que se observa con mayor frecuencia en mujeres de mediana edad. Entre otros síntomas comunes se incluyen ansiedad, estado de ánimo negativo y depresión. Aunque actualmente está controlada, pudo haber actuado como un factor de vulnerabilidad biológica para el inicio de los AP.

Aunque el miedo a la aparición de AP persiste, no ha vuelto a experimentarlos desde hace varios años.

Selección y aplicación de las técnicas de evaluación

La principal técnica utilizada durante el proceso de evaluación es la entrevista individual semiestructurada mediante la que, tras la exploración de las principales áreas, se determinan los parámetros de ansiedad así como los factores personales y del contexto que podían estar contribuyendo a su mantenimiento.

Para recoger información más detallada sobre diferentes áreas vitales de la paciente se le solicita la cumplimentación de los siguientes instrumentos de evaluación: (1) El Cuestionario de Salud –SF-36– (Ware y Sherbourne, 1992; Alonso, Prieto y Antó, 1995), en vistas a explorar las diferentes dimensiones de su salud física y mental; (2) el Cuestionario de Dolor de McGill –MPQ– (Melzack, 1975; Lahuerta, Smith y Martínez-Lage, 1982), en línea con la valoración de las características cualitativas y cuantitativas de la experiencia de dolor; y (3) el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad –ISRA– (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 2002) con el objetivo de evaluar los niveles de ansiedad.

(1) Respecto al primero, el SF-36, es un cuestionario de salud extensamente utilizado en investigaciones médicas, de salud mental y, en general, en investigaciones relacionadas con la salud. Ofrece una perspectiva general del estado de salud de la persona con la ventaja de que es fácil y rápido de rellenar, a la vez que también es sencillo de evaluar al permitir valorar numéricamente diferentes aspectos de la salud de la persona. Contiene 36 preguntas que abordan diferentes aspectos relacionados con la vida cotidiana de la persona. Estas preguntas se agrupan y miden en 8 apartados que se valoran independientemente y dan lugar a 8 dimensiones, en cada una de las cuales las puntuaciones oscilan entre un rango de 0 a 100, siendo 100 un resultado que indica una salud óptima y 0 reflejaría un estado de salud muy deficitario.



Las puntuaciones obtenidas por la paciente reflejaron un nivel de salud muy inferior a la media poblacional en todos los factores del cuestionario, siendo esta diferencia más acusada en las dimensiones de *Rol físico*, *Dolor corporal* y *Salud general*. De manera general el cuestionario nos indica que la paciente refiere la presencia de dolor intenso y limitante que le provoca importante sensación de cansancio y que le genera problemas en el desempeño de sus actividades diarias. Un dato importante que refleja el cuestionario hace referencia a sus expectativas ya que la paciente evalúa como bastante mala la propia salud y presenta la creencia de que empeore.

En las tablas que aparecen a continuación se describe el significado de las puntuaciones altas y bajas en las diferentes escalas y se incluyen las puntuaciones de la paciente en cada una de ellas.

Dimensión	Significado de las puntuaciones de 0 a 100	
	“Peor” puntuación «0»	“Mejor” puntuación «100»
Función física	Muy limitado para llevar a cabo las actividades físicas, incluido bañarse o ducharse, debido a la salud	Lleva a cabo todo tipo de actividades físicas incluidas las más vigorosas sin ninguna limitación debido a la salud
Rol físico	Problemas en el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física
Dolor corporal	Dolor muy intenso y extremadamente limitante	Ningún dolor ni limitaciones debidas a él
Salud general	Evalúa como mala la propia salud y cree posible que empeore	Evalúa la propia salud como excelente
Vitalidad	Se siente cansado y exhausto todo el tiempo	Se siente muy dinámico y lleno de energía todo el tiempo
Función social	Interferencia extrema y muy frecuente con las actividades sociales normales, debido a problemas físicos o emocionales	Lleva a cabo actividades sociales normales sin ninguna interferencia debido a problemas físicos o emocionales
Rol emocional	Problemas con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales	Ningún problema con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales
Salud mental	Sentimiento de angustia y depresión durante todo el tiempo	Sentimiento de felicidad, tranquilidad y calma durante todo el tiempo

Tabla 1. Significado de las escalas del SF-36

Dimensión	Puntuación paciente	Media poblacional
Función física	70	74.4
Rol físico	0	91.1
Dolor corporal	22.5	82.3
Salud general	10	80
Vitalidad	25	69.9
Función social	50	96
Rol emocional	66.6	90.1
Salud mental	44	77.7

Tabla 2. Resultados obtenidos por la paciente y media poblacional para cada una de las escalas del SF-36

(2) El MPQ se crea con el objetivo de disponer de un instrumento útil en la práctica clínica que orientase el diagnóstico y permitiera al clínico identificar con rapidez los componentes predominantes del dolor percibido por el paciente. El instrumento es aplicable tanto a los pacientes con dolor crónico como agudo. Se basa en que la percepción del dolor es multidimensional: sensorial-discriminativa, motivacional-afectiva y cognitivo-evaluativa.

El MPQ, permite evaluar las tres dimensiones del dolor señaladas: *Sensorial* (describe el dolor en términos de las propiedades temporal, espacial, de presión, térmicas, del brillo y la matidez), *Afectiva* (describe el dolor en términos de tensión, manifestaciones neurovegetativas y de temor y castigos) y *Evaluativa* (describe el dolor en términos de la valoración global de la experiencia del dolor). De forma complementaria proporciona una dimensión denominada *Miscelánea* que incluye adjetivos que los pacientes utilizan en contadas ocasiones pero que son característicos de ciertos tipos de dolor.

En concreto, el instrumento consta de 78 adjetivos distribuidos en 20 grupos, incluyendo cada grupo de 2 a 6 adjetivos que califican la experiencia dolorosa. Cada uno de los términos descriptivos tiene asignado un número o rango que permite obtener una puntuación de acuerdo a las palabras escogidas con lo que se obtiene el denominado “Pain Rating Index” (*PRI TOTAL*) o “Índice de Valoración del Dolor”. Esta puntuación refleja el modo en que el paciente califica su propia experiencia dolorosa, permitiendo al clínico o investigador valorar la influencia que sobre esta experiencia ejercen los factores emocionales y sensoriales.

La puntuación obtenida por la paciente en *PRI TOTAL* es de 32 (su rango oscila de 0 a 78). Finalmente el índice relativo al número de palabras elegidas por la paciente o suma del número de características del dolor seleccionadas por ésta (*NWC*) es de 13, siendo el máximo que puede obtenerse de 20. Uno de los resultados más importantes para la planificación del tratamiento que arroja el cuestionario está relacionado con el componente afectivo, muy presente en la descripción que realiza la paciente de su dolor, a través de la selección de descriptores que lo califican como “Extenuante”, “Espantoso”, “Mortificante” o “Como un suplicio”.

(3) Por otro lado, y con el objetivo de evaluar los niveles de ansiedad se administra el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad –ISRA– (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 2002). Este instrumento, basado en el modelo interactivo multidimensional de la ansiedad de Endler y en el modelo tridimensional de Lang, proporciona, además de una puntuación general de rasgo de ansiedad, información sobre la frecuencia de las respuestas de ansiedad en los sistemas cognitivo, fisiológico y motor, así como ante las áreas situacionales de ansiedad de evaluación, ansiedad interpersonal, ansiedad fóbica y ansiedad de la vida cotidiana.

Las puntuaciones obtenidas por la paciente en este instrumento muestran que ésta se sitúa en un centil 95 en cuanto al total o nivel de rasgo de ansiedad. Tanto en las respuestas cognitivas como fisiológicas y motoras, presenta un nivel de ansiedad severo (centil 90, 95 y 90, respectivamente). Respecto a las áreas situacionales o rasgos específicos, las puntuaciones obtenidas son las siguientes: en F-I (ansiedad de evaluación) se obtiene un centil 99, lo que corresponde a un nivel de ansiedad extrema, según los criterios del instrumento, en F-II (ansiedad interpersonal) el nivel de ansiedad es de moderado a marcado (centil 72), en F-III (ansiedad fóbica) el centil 95 obtenido indica ansiedad severa, y por último, en F-IV o



ansiedad ante situaciones habituales o de la vida cotidiana, de nuevo el centil 95 equivale a ansiedad severa.

Por tanto, a partir de las puntuaciones obtenidas en el cuestionario se confirma que la paciente experimenta con alta frecuencia reacciones de ansiedad a nivel cognitivo, fisiológico y motor, estando estas reacciones presentes en todas las áreas evaluadas por el instrumento y especialmente asociadas a las situaciones de evaluación, fóbicas y de la vida cotidiana. En general, los niveles de ansiedad reflejados se incluyen dentro del criterio de ansiedad severa.

Análisis y descripción de las conductas problema

Se delimitan las siguientes conductas problema: (1) Síntomas fisiológicos de ansiedad (temblores, aumento de la tasa cardiaca y respiración agitada) ante situaciones o lugares concretos (metro, centros comerciales, salidas de casa mientras la familia se encuentra fuera de la ciudad, etc.); (2) ansiedad anticipatoria relacionada con el miedo a volver a sufrir un AP, volverse loca o revivir un episodio depresivo tras un nuevo AP; (3) conducta de evitación agorafóbica ante las situaciones o lugares mencionados; (4) exposición sensibilizadora y conducta de escape en situaciones o lugares temidos; (5) conducta de seguridad (llevar consigo medicación, control de las salidas de emergencia, utilización de trayectos cercanos al domicilio de familiares para desplazarse de un sitio a otro, etc.); (6) falta de información sobre la ansiedad y el pánico; (7) pensamientos rumiativos de inutilidad y culpabilidad por recibir ayuda de los demás que se intensifican tras los episodios de dolor; (8) hiperreflexividad y autoexigencia elevada respecto a su rol materno; y (9) generalización de la ansiedad a otras situaciones (hablar sobre la enfermedad mental, estancias vacacionales, etc.).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

De acuerdo a la información recogida en las entrevistas clínicas y cuestionarios administrados, se confirman los diagnósticos, según criterios DSM-V (APA, 2013), de F41.0 Trastorno de pánico [300.01] y F40.00 Agorafobia [300.22]. A pesar de la presencia de enfermedad de Hashimoto, los AP no aparecen como consecuencia directa de la afección médica y las consecuencias de los mismos indican que la alteración se explica mejor por el TP. El ajuste de la paciente en el área laboral, familiar, social y de pareja hace que se descarte el diagnóstico de cualquier otro trastorno mental así como la presencia de factores psicosociales o de la funcionalidad que pudiesen afectar al curso, pronóstico o tratamiento del TP y agorafobia.

ESTUDIO DE LOS OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Se establece como objetivo prioritario del tratamiento la reducción y control de la sintomatología de ansiedad en sus tres niveles de respuesta (cognitivo, fisiológico y motor). Como objetivos específicos: (1) Facilitar la comprensión de la emoción de ansiedad y de los AP; (2) eliminar los pensamientos catastrofistas relacionados con la posibilidad de sufrir un AP, “volverse loca” o revivir un episodio depresivo, y sustituirlos por ideas más realistas; (3) reducir los síntomas fisiológicos de ansiedad en situaciones o lugares incluidos en una jerarquía de ansiedad; (4) eliminar la conducta de evitación agorafóbica de las situaciones o

lugares incluidos en dicha jerarquía; (5) eliminar las conductas de seguridad (música alta como distractora de ansiedad, medicación, control de las salidas de emergencia, etc.); y (6) eliminar o reducir los pensamientos rumiativos de inutilidad y culpabilidad por recibir ayuda de los demás.

Respecto al segundo objetivo centrado en el afrontamiento de la sintomatología de dolor, se establecen como objetivos: (1) Reforzar las estrategias de afrontamiento adaptativo ya presentes e instaurar otras nuevas y (2) facilitar el manejo de la activación fisiológica o el nivel de tensión relacionada con el dolor.

SELECCIÓN DE LOS TRATAMIENTOS MÁS ADECUADOS

Siguiendo el criterio de mayor eficacia para el tratamiento del TP y agorafobia se selecciona un TCC con cinco componentes fundamentales: (1) Psicoeducación; (2) reestructuración cognitiva y entrenamiento en autoinstrucciones; (3) entrenamiento en respiración abdominal; (4) exposición en vivo y (5) mantenimiento de logros y prevención de recaídas.

APLICACIÓN DEL TRATAMIENTO

El tratamiento realizado consta de once sesiones, incluido el proceso de evaluación pre y postratamiento, de una hora de duración y periodicidad semanal.

Las técnicas utilizadas, siguiendo el orden temporal de aplicación, se describen a continuación:

1. Psicoeducación: En primer lugar, se facilita una explicación detallada y adaptada a la paciente sobre qué es la ansiedad, cómo se manifiesta, qué son las crisis de ansiedad y en qué consiste el TP y la agorafobia. Seguidamente, se encuadra el problema en el modelo cognitivo del pánico enfatizando el papel de los pensamientos catastrofistas en el círculo vicioso (sensación interna-interpretación catastrofista-activación del sistema de alarma). Se explica detalladamente cómo la interpretación catastrofista que realiza de su sensación de mareo o taquicardia (*“Siento mareo, mi corazón late deprisa, tendré un ataque al corazón, me volveré loca”*), activa el sistema de alarma, el cual le lleva a focalizar la atención sobre sus sensaciones corporales, incrementándose la aparición de las mismas. Junto con la explicación de este proceso se atribuye a la paciente la capacidad del control del pánico, insistiendo en que son los pensamientos mencionados los disparadores de la reacción de ansiedad.

Tras introducir los conceptos de ansiedad anticipatoria, evitación y escape, así como el papel de éstos últimos en la cronificación del problema, se establece la relación entre todos ellos y la justificación de llevar a cabo un TCC. Además de las explicaciones en consulta, se entregan lecturas y ejercicios destinados a facilitar la comprensión, procedentes del material de autoayuda del libro *“Cómo tratar con éxito el pánico”* (Roca y Roca, 1998).

Durante esta primera fase, se hace especial hincapié en normalizar la experiencia del pánico y agorafobia, dado el papel central que juega la preocupación de la paciente por *“volverse loca”* por la problemática de ansiedad.

Mediante la teoría de la compuerta (Melzack y Wall, 1965) se ilustra la influencia de factores psicológicos como la ansiedad en la experiencia subjetiva de dolor y la relación de reciprocidad entre ansiedad, tensión muscular y dolor. Se explica cómo la ansiedad, al facilitar que la compuerta se abra, favorece la transmisión hasta el cerebro de la información relacionada con el dolor, permitiendo su procesamiento y elaboración como experiencia. Para esclarecer esta relación, se ofrecen ejemplos de situaciones concretas en las que la distracción o un estado emocional agradable minimizan la experiencia de dolor (ej. Disminución del dolor de cabeza mientras se realizan actividades placenteras).

2. Entrenamiento en respiración abdominal: Para reducir los niveles de activación fisiológica se selecciona la respiración abdominal o diafragmática, puesto que la paciente cuenta con este recurso previamente al tratamiento y describe un buen aprovechamiento del mismo.

En la cuarta sesión se practica la técnica, recordando los pasos a seguir para una correcta utilización. Se pauta la práctica regular diaria y antes y durante la exposición a los lugares y situaciones temidos. Como estrategia de afrontamiento del dolor, se refuerza la utilización de esta técnica para manejar la tensión muscular.

3. Técnicas de reestructuración cognitiva y entrenamiento en autoinstrucciones: Las sesiones de intervención cognitiva están dirigidas a la identificación y cuestionamiento de los pensamientos automáticos catastrofistas relacionados con la posibilidad de sufrir un AP, volverse loca o reexperimentar un episodio depresivo. En la tabla 3, a modo de ejemplo, se describen dos de los cuestionamientos.

<p>Terapeuta: <i>Si sufrieses un AP, ¿por qué crees que volverías a deprimirte?</i> Paciente: <i>Eso fue lo que me sucedió cuando tuve el primer AP</i> T: <i>¿Lo afrontarías de la misma manera, quedándote en casa y evitando ir a cualquier sitio?</i> P: <i>Bueno ahora tengo a mis hijos y creo que ahora tengo más fuerzas</i> T: <i>¿Crees que lo afrontarías de una forma diferente?</i> P: <i>Sí, haría cosas distintas</i> T: <i>Entonces, si tuvieses otro AP, ¿el resultado sería el mismo que la primera vez, te deprimirías?</i> P: <i>Probablemente no</i></p> <hr/> <p>Paciente: <i>Tengo taquicardia, sufriré un AP si no salgo del metro</i> Terapeuta: <i>A partir de los datos científicos que tienes y las estrategias de manejo de la ansiedad con las que cuentas, ¿qué probabilidad hay de que sufras un AP?</i> P: <i>Poca, pero puede ocurrir</i> T: <i>Sí, es cierto que podría volver a ocurrir, aunque sea a una probabilidad bajísima, si ocurriese ¿qué es lo peor que podría sucederte?</i> P: <i>Montaría un espectáculo y tendrían que llevarme a un hospital</i> T: <i>Y, ¿qué ha sucedido con el miedo a volverte loca al sufrir un AP del que me hablabas?</i> P: <i>Ahora ya sé que eso no puede suceder</i> T: <i>¿Sería muy peligroso entonces sufrir un AP?</i> P: <i>Sentiría vergüenza, pero no sería peligroso. Y eso no es tan grave</i></p>

Tabla 3. Ejemplos de reestructuración cognitiva. Cuestionamiento socrático

Con el objetivo de medir la frecuencia de aparición de dichos pensamientos y facilitar la toma de conciencia del papel que éstos juegan en el círculo vicioso del pánico, se entrena a la paciente para que localice y registre dichos pensamientos en autorregistros. Dichos autorregistros constan de tres columnas en las que debe rellenar, la situación, los pensamientos y la emoción que ha sentido. Una vez que la paciente aprende a detectar sus pensamientos catastrofistas, se le solicita que añada nuevas columnas en los autorregistros: evidencias a favor y en contra de la interpretación catastrófica e interpretación realista. Utilizando un estilo socrático, se ayuda a la paciente a cuestionar la validez de sus predicciones catastróficas mediante el análisis de evidencias y probabilidades (ver tabla 3).

A lo largo de las sesiones previas a la exposición en vivo se realiza un entrenamiento en habilidades para afrontar el momento de la exposición. Entre las habilidades cognitivas entrenadas, se incluyen las autoinstrucciones como método para planificar la exposición (*“Voy a entrar a la estación de metro, esperaré en el andén hasta que llegue mi vagón y tomaré el tren”*), y motivar la conducta (*“Tengo estrategias para conseguirlo, lo haré bien”*). El entrenamiento en esta técnica se lleva a cabo en consulta mediante modelado. Además de las autoinstrucciones, se entrena a la paciente en iniciar una discusión cognitiva en base a criterios objetivos cuando detecte la aparición de pensamientos catastrofistas durante la exposición (*“¿Qué pruebas tengo a favor y qué pruebas tengo en contra de que lo que temo pueda suceder?”*; *“¿Qué ha pasado otras veces incluso en circunstancias peores?”*; *“¿Qué términos utilizo?: seguro, y si..., por qué..., horrible, lo peor...”*).

Aunque la reestructuración cognitiva propiamente dicha comienza en la cuarta sesión con la identificación de distorsiones y pensamientos automáticos catastrofistas, la intervención cognitiva se inicia previamente, en la fase psicoeducativa, con la introducción del modelo cognitivo.

Por otro lado, se busca reducir los pensamientos rumiativos de inutilidad y culpabilidad por recibir ayuda de otros mediante la discusión de distorsiones cognitivas en consulta (*¿Eres una persona débil por recibir ayuda?; ¿Qué opinas sobre las personas a las que tú ofreces tu ayuda?; ¿Le has preguntado a tus familiares que opinan de la forma que afrontas el dolor?*).

4. Exposición en vivo: Una vez que la paciente comprende la importancia de realizar una interpretación realista de sus síntomas para el manejo adecuado de la ansiedad y el pánico, aumenta la sensación de control, lo cual facilita la aplicación de la exposición en vivo a las situaciones o lugares temidos.

Previamente, se elabora una jerarquía de ansiedad multitemática (ver tabla 4) compuesta por diversos tipos de situaciones (hablar sobre ansiedad, montar en metro, salir de casa, etc.) que incluyen, a su vez, subcategorías graduadas (salir de casa con los hijos y salir de casa sola).

Nivel de ansiedad	Categorías	Subcategorías	
+	1.Montar en avión		
	2.Montar en barco		
	3.Conducir coche	3.1. Sola 3.2. Con copiloto	
	4. Salir de casa	4.1. Con hijos	4.1.1. Cuando la familia no está en Madrid
			4.1.1.1. Más allá de la zona de seguridad
			4.1.1.2. Dentro zona seguridad
4.1.2. Cuando la familia está en Madrid			
	4.1.2.1. Más allá de la zona de seguridad		
	4.2. Sola	4.2.1. Fuera de zona seguridad	
5. Montar en metro	5.1. Con hijos 5.2. Transbordo “Diego de León” 5.3. Otras líneas		
-	6.Hablar sobre ansiedad en consulta		
	7.Sala de espera H. 12 de Octubre		

Tabla 4. Jerarquía de ansiedad

La exposición se lleva a cabo de forma gradual, comenzando por aquellas situaciones menos ansiógenas de la jerarquía. Además de las normas generales para llevar a cabo la exposición (mantenerse en la situación temida hasta observar descenso significativo de la ansiedad; en caso de escape, retomar la exposición pasados unos minutos, etc.), se pauta la utilización de la respiración abdominal (antes y durante la exposición), las autoinstrucciones y la discusión cognitiva con el objetivo de promover en la paciente una valoración más positiva de sus estrategias de afrontamiento (Folkman y Lazarus, 1986) y manejar los niveles de ansiedad.

En línea con los estudios de Levitt, Brown, Orsillo y Barlow (2004) sobre la posible utilidad de la aceptación para reducir la ansiedad cognitiva y la evitación en pacientes con TP, se promueve en la paciente la autoobservación de las sensaciones corporales y la actitud de aceptación emocional durante la exposición.

Es importante señalar que la comprensión por parte de la paciente del papel sensibilizador de la evitación en el mantenimiento del problema y el consiguiente cambio de actitud hacia la misma, favorece una alta motivación para la exposición en vivo autodirigida, descartándose como necesaria la presencia de coterapeuta incluso en las exposiciones iniciales. A pesar del hincapié de algunos autores en la exposición interoceptiva en el tratamiento de la evitación agorafóbica (Barlow y Craske, 2007), en este caso no se considera necesario, adquiriendo mayor relevancia la habituación a la ansiedad directamente en los lugares y situaciones temidos.

Conforme la paciente va avanzando en la exposición, se produce una generalización de la habituación a categorías a las que todavía no se ha expuesto y al exponerse a ellas, no

experimenta altos niveles de ansiedad. Incluso, algunos estímulos cambian de posición en la jerarquía, pasando a ser considerados con una menor carga fóbica.

El reforzamiento de los logros está especialmente presente durante esta etapa del tratamiento.

5. **Mantenimiento de logros y prevención de recaídas:** La penúltima y última sesión se dedican a consolidar los logros obtenidos y prevenir posibles recaídas. En este módulo, se cuenta con la colaboración de la madre de la paciente, que participa en una de las sesiones y se le dota de estrategias para colaborar en el proceso. Se resumen los aspectos abordados en la psicoeducación, así como las variables que afectaron al inicio, desarrollo y evolución del problema, y las estrategias y habilidades adquiridas durante la terapia. En colaboración con la paciente, se determina la necesidad de continuar practicando las habilidades aprendidas y el modo de actuación frente a un posible AP (repasar los contenidos trabajados, retomar su actividad diaria, continuar exponiéndose, etc.).

Como tareas para casa, se entrega un resumen sobre lo aprendido con ejercicios para consolidar las ideas fundamentales.

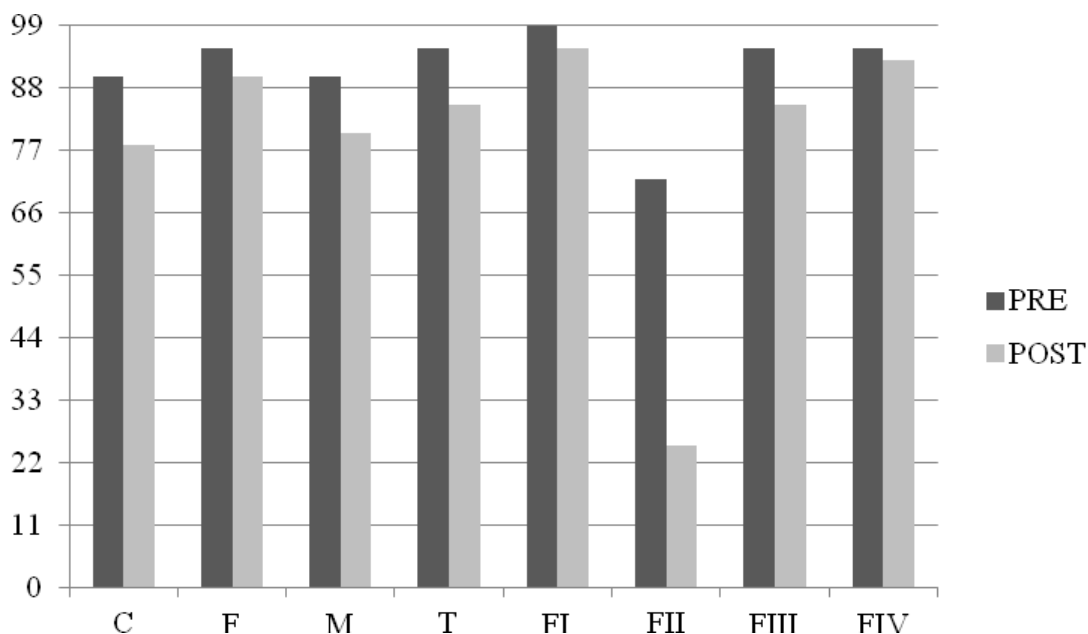
En la tabla 5 se muestra el cuadro resumen del plan de tratamiento, incluyendo las técnicas y número de sesión para cada objetivo específico.

Objetivos	Técnicas de tratamiento
1. Facilitar la comprensión de la ansiedad y el pánico	Devolución de resultados. Psicoeducación (sesiones 2 y 3) Psicoeducación (sesiones 2 y 3) Reestructuración cognitiva (sesiones 4 en adelante)
2. Eliminar los pensamientos catastrofistas y ansiedad anticipatoria	Entrenamiento en autoinstrucciones (sesión 4 en adelante) Autoobservación y aceptación emocional (sesión 5 y 6)
3. Reducir los síntomas fisiológicos de ansiedad	Entrenamiento en respiración abdominal (sesión 4)
4. Eliminar la conducta de evitación agorafóbica	Exposición en vivo (sesión 5 en adelante) Entrenamiento en autoinstrucciones (sesión 4 en adelante) Exposición en vivo (sesión 5 en adelante)
5. Eliminar las conductas de seguridad	
6. Eliminar o reducir los pensamientos rumiativos de inutilidad y culpabilidad	Reestructuración cognitiva (sesión 4 en adelante)
7. Reforzar estrategias de afrontamiento del dolor presentes e instaurar nuevas	Reforzamiento (todas las sesiones) Psicoeducación (sesiones 2 y 3)
8. Facilitar el manejo de la ansiedad relacionada con el dolor	Entrenamiento en respiración abdominal (sesión 4) Mantenimiento de logros y prevención de recaídas (sesiones 10 y 11) Evaluación postratamiento (sesión 11) Planteamiento de seguimientos (sesiones 12 y 13, a los 3 meses)

Tabla 5. Cuadro-resumen de la planificación del tratamiento

RESULTADOS

Los resultados obtenidos reflejan la elevada eficacia del TCC para el TP y agorafobia. A nivel cuantitativo, las puntuaciones obtenidas en el ISRA en la evaluación postratamiento indican una ligera disminución de los niveles de ansiedad en todos los factores del cuestionario, siendo el cambio más importante a nivel cognitivo, en línea con el énfasis del tratamiento en este componente, y en el área situacional de ansiedad interpersonal (ver gráfico 1).



Centil	C	F	M	T	FI	FII	FIII	FIV
PRE	90	95	90	95	99	72	95	95
POST	78	90	80	85	95	25	85	93
Puntuación directa								
PRE	114	93.5	79	286.5	151	22	86	39
POST	92	76	64	232	133	8	61	36

Gráfico 1. Resultados en centiles de la evaluación pre y postratamiento; ISRA

Sin embargo, en la evaluación de la eficacia de la intervención consideramos centrales los cambios producidos desde un punto de vista cualitativo. Tras la intervención, se consiguen eliminar los pensamientos catastrofistas, mejora la aceptación y tolerancia de las sensaciones somáticas y cogniciones de ansiedad y la paciente retoma progresivamente las actividades de su funcionamiento normal, exponiéndose a aquellas situaciones o lugares antes evitados sin sufrir elevados niveles de ansiedad (montar en metro, acudir a centros comerciales, realizar salidas de ocio con sus hijos, salir de casa en ausencia de familiares en la ciudad, conducir, etc.). Con todo ello, aumentan las expectativas de autoeficacia y de mejora y se produce un abandono de las conductas de seguridad (llevar medicación en el bolso o dinero reservado para un taxi, controlar las salidas de emergencia o utilizar trayectos cercanos al domicilio de familiares para trasladarse de un sitio a otro). Se reduce la intensidad y frecuencia de los pensamientos rumiativos de inutilidad y culpabilidad por recibir ayuda de los demás, y de los episodios de dolor.

SEGUIMIENTO

A los tres meses de finalizar el tratamiento se llevan a cabo dos sesiones de seguimiento en las que se constata el mantenimiento y aumento de los logros (ej. la paciente describe un viaje en avión durante las vacaciones como una experiencia agradable). Se tiene previsto realizar futuras sesiones de seguimiento a largo plazo.

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

La importancia del caso expuesto proviene de dos aspectos que consideramos fundamentales para el éxito del tratamiento: por un lado, la adhesión de la paciente a las pautas recomendadas y su trabajo activo durante el proceso, a pesar del estado previo de desesperanza por un problema de ansiedad de larga evolución que consideraba irresoluble y, por otro lado, la normalización y validación de la experiencia de la paciente como principio estratégico central.

Respecto a la primera variable, la paciente se mantiene constante tanto en las tareas para casa como en las exposiciones planificadas, incluso a pesar de las dificultades derivadas de la endometriosis, cuyos episodios de dolor interfieren de forma significativa en la actividad diaria.

Por otro lado, la validación y normalización de la experiencia del pánico, la agorafobia y el estado de ánimo deprimido anterior, es un aspecto clave en la reducción del malestar, en gran parte manifestado a través de preocupación por “volverse loca” o considerarse “una persona débil”. En este sentido, la técnica de exposición jugó también un papel central en la mejoría clínica de la paciente, aumentando la autoeficacia al realizar una valoración secundaria de los recursos de afrontamiento como más eficaces.

Otro de los factores facilitadores del cambio hace referencia a la ausencia de AP desde hace varios años. Probablemente, el número de sesiones necesarias para comenzar la exposición en vivo habría sido mayor en caso de que las mencionadas crisis de ansiedad se mantuviesen en el momento en que acude a consulta.

Entre las limitaciones de este tratamiento, consideramos que hubiera sido de especial interés la inclusión de otras áreas de la vida de la paciente entre los objetivos terapéuticos (rol materno y de pareja). Así mismo, la imposibilidad de continuar con el tratamiento debido a la finalización de la incapacidad laboral transitoria y la consiguiente falta de tiempo de la paciente, obliga a dejar incompletos algunos aspectos, como la supervisión de las exposiciones a la conducción del vehículo y el acompañamiento en la vivencia de la endometriosis.

Un aspecto que no podemos olvidar es que, a pesar de lo satisfactorio de los resultados, la cronicidad del trastorno y las complicaciones derivadas de que el diagnóstico pasase desapercibido durante años y, por tanto, no se aplicase un tratamiento adecuado, condicionan el pronóstico (Ibáñez, 2006). Especialmente en estos casos, conviene seguir trabajando con el paciente y no descartar la posibilidad de recaídas en un futuro. En el caso

expuesto, el problema cuenta con más de 20 años de evolución. Este dato es congruente con diversas estimaciones, que indican que sólo una cuarta parte de las personas que padecen trastornos de ansiedad llega a recibir tratamiento. Todo lo anterior ayuda a comprender la dimensión del problema y las repercusiones para la persona y el entorno sociosanitario, como la necesidad de orientar a los profesionales del primer nivel de la atención sanitaria en la detección de estos trastornos y en la selección de las pautas basadas en la mayor evidencia científica.

A lo largo de este trabajo, se pone de manifiesto la eficacia del TCC en un caso de TP y agorafobia. A este respecto, en los últimos años están proliferando los estudios de neuroimagen que aportan mayor evidencia. Dichas investigaciones demuestran que el tratamiento cognitivo media la respuesta de la corteza prefrontal y la amígdala en trastornos afectivos y trastornos de ansiedad, como el TP (De-Rubeis, Siegle y Hollon, 2008; Freyer et al., 2011; Johanson, Risberg, Tucker y Gustafson, 2006).

A pesar de tratarse de un estudio de caso único, con las dificultades de extrapolación que ello supone, los resultados apoyan la necesidad de incluir abordajes multidisciplinares en el tratamiento del dolor, incluyendo tratamientos cognitivo-conductuales.

En definitiva, queremos destacar la importancia de que los profesionales de la salud utilicemos los tratamientos más eficaces y empíricamente validados para mejorar la calidad de la atención a los pacientes. Como es el caso del TCC para el TP y agorafobia y en la intervención multidisciplinar del abordaje del dolor.

REFERENCIAS

- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H. y Vollebergh, W. A. M. (2004). Use of mental health services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(s420), 47-54.
- Alonso, J., Prieto, L. y Antó, J. M. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin (Barc)*, 104 (20), 771-776.
- Andrews, G. y Slade, T. (2002). Agoraphobia without a history of panic disorder may be part of the panic disorder syndrome. *The Journal of nervous and mental disease*, 190(9), 624-630.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text revision). Washington, DC
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC
- Bados, A. (2006). *Tratando pánico y agorafobia*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Barlow, D. H. (2002) *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.). New York: Guilford.
- Barlow, D. H. y Craske, M. G. (2007). *Mastery of your anxiety and panic: Workbook*: 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. *JAMA*, 283, 2529-2536.

- Clark, D. M., 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.
- DeRubeis, R. J., Siegle, G. J. y Hollon, S. D. (2008). Cognitive therapy versus medication for depression: treatment outcomes and neural mechanisms. *Nature Reviews Neuroscience*, 9(10), 788-796.
- Folkman, S. y Lazarus, R. S. (1986). Stress processes and depressive symptomatology. *Journal of abnormal psychology*, 95(2), 107-113.
- Franco, L. R., García, F. C. y FJ-Blanco Picabia, A. (2004). Evaluación de las estrategias de afrontamiento en dolor crónico. *Actas Esp Psiquiatr*, 32 (2), 82-91.
- Freyer, T., Kloppel, S., Tuscher, O., Kordon, A., Zurowski, B., Kuelz, A. K., ... Voderholzer, U. (2011). Frontostriatal activation in patients with obsessive-compulsive disorder before and after cognitive behavioral therapy. *Psychological Medicine*, 41, 207-216.
- Goodwin, R. D., Faravelli, C., Rosi, S., Cosci, F., Truglia, E., de Graaf, R. y Wittchen, H. U. (2005). The epidemiology of panic disorder and agoraphobia in Europe. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), 435-443.
- Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria (2008). Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid.
- Ibáñez, A. (2006). Pronóstico de los trastornos de ansiedad. *Psiquiatría y Atención Primaria*, 7(2), 16-20.
- Johanson, A., Risberg, J., Tucker, D. M. y Gustafson, L. (2006). Changes in frontal lobe activity with cognitive therapy for spider phobia. *Applied Neuropsychology*, 13, 34-41.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Jin, R., Ruscio, A. M., Shear, K. y Walters, E. E. (2006). The epidemiology of panic attacks, panic disorder, and agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 63(4), 415-424.
- Lahuerta, J., Smith, B. A. y Martínez-Lage, J. M. (1982). An adaptation of the McGill Pain Questionnaire to the Spanish language. *Schmerz*, 3, 132-134.
- Levitt, J. T., Brown, T. A., Orsillo, S. M. y Barlow, D. H. (2004). The effects of acceptance versus suppression of emotion on subjective and psychophysiological response to carbon dioxide challenge in patients with panic disorder. *Behavior therapy*, 35(4), 747-766.
- Margraf, J., Barlow, D.H., Clark, D. y Telch, M.J. (1993). Psychological treatment of panic: work in progress on outcome, active ingredients and follow-up. *Behavior Research and Therapy*, 31, 1-8.
- Melzack, R. (1975). The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain*, 1(3), 277-299.
- Melzack, R. y Wall, P.D. (1965) Pain mechanisms: A new theory. *Science*, 150, 971-9.
- Miguel Tobal, J.J. y Cano Vindel, A. (2002). *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA): Manual*. Madrid: TEA.
- Roca, E. y Roca B. (1998). *Cómo tratar con éxito el pánico: con o sin agorafobia*. ACDE Ediciones.
- 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.
- Ware Jr., J. E. y Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF 36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical care*, 473-483.