

TRASTORNO DE PÁNICO Y AGORAFOBIA

Jesús Rodríguez Goñi

Guías profesionales


EDITORIAL
SÍNTESIS

TRASTORNO DE PÁNICO Y AGORAFOBIA

Consulte nuestra página web: www.sintesis.com
En ella encontrará el catálogo completo y comentado



NO fotocopies el libro

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

TRASTORNO DE PÁNICO Y AGORAFOBIA

Jesús Rodríguez Goñi



© Jesús Rodríguez Goñi

© EDITORIAL SÍNTESIS, S. A.
Vallehermoso, 34. 28015 Madrid
Teléfono: 91 593 20 98
<http://www.sintesis.com>

ISBN: 978-84-907752-5-7

Impreso en España. Printed in Spain

Reservados todos los derechos. Está prohibido, bajo las sanciones penales y el resarcimiento civil previstos en las leyes, reproducir, registrar o transmitir esta publicación, íntegra o parcialmente, por cualquier sistema de recuperación y por cualquier medio, sea mecánico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia o cualquier otro, sin la autorización previa por escrito de Editorial Síntesis, S. A.

Índice

[Prólogo](#)

[Introducción](#)

[1. Aspectos descriptivos y funcionales](#)

[1.1. Aspectos descriptivos](#)

[1.1.1. DSM 1V-TR](#)

[1.1.2. CIE 10](#)

[1.1.3. Precisiones descriptivas](#)

[1.1.4. Epidemiología](#)

[1.1.5. Comorbilidad](#)

[1.2. Aspectos funcionales](#)

[1.2.1. Factores de adquisición](#)

[1.2.2. Factores de mantenimiento](#)

[2. El proceso terapéutico](#)

[2.1. El macroproceso](#)

[2.1.1. Psicoeducación de la génesis y el mantenimiento](#)

[2.1.2. Establecimiento de metas terapéuticas](#)

[2.1.3. Adquisición de competencias terapéuticas](#)

[2.2. El microproceso](#)

[2.3. El programa de tratamiento integrado en el proceso terapéutico](#)

[J . La comunicación terapéutica](#)

[3.1. ¿Qué es la comunicación terapéutica?](#)

[3.1.1. Valores y actitudes terapéuticas](#)

[3.1.2. Habilidades terapéuticas](#)

[3.2. Estilos comunicativos de los pacientes](#)

[4. Modalidades de tratamiento](#)

[4. 1. Tratamiento individual](#)

[4.1.1. Tratamiento combinado](#)

[4.2. Tratamiento en grupo](#)

[4.3. Intervención en figuras de apoyo](#)

[4.3.1. Pareja y familia](#)

[4.4. Tratamiento de la comorbilidad](#)

[5. Evaluación](#)

[5.1. Variables a evaluar](#)

[5.2. La evaluación del proceso terapéutico](#)

[5.2.1. La evaluación del pretratamiento](#)

[5.2.2. La hipótesis inicial](#)

[5.2.3. La evaluación durante el tratamiento](#)

[5.2.4. La evaluación del postratamiento](#)

[5.2.5. La evaluación del seguimiento](#)

[6. Competencias del paciente: adquisición y aplicación](#)

[6.1. Competencias del paciente](#)

[6.1.1. Entrenamiento autógeno](#)

[6.1.2. Autoobservación y autorregistro](#)

[6.1.3. Hipnosis](#)

[6.1.4. Afirmaciones de autoeficacia](#)

[6.1.5. Visualización de metas](#)

[6.1.6. Exposición en imaginación con autoinstrucciones de afrontamiento](#)

[6.1.7. Procesamiento positivo](#)

[6.1.8. Autoexposición en vivo con posibilidad de escape](#)

[6.1.9. Mindfulness](#)

[6.1.10. Autoexposición en vivo sin escape y concentración positiva](#)

[7. Casos,](#)

[Anexo 1. Entrevista psicoeducativa](#)

- [1. Instrucciones previas](#)
- [2. Información sobre el trastorno de pánico y la agorafobia](#)
- [3. ¿Cómo se ha llegado a padecer el trastorno de pánico y la agorafobia?](#)
- [4. ¿Cómo se está manteniendo el trastorno de pánico y la agorafobia?](#)
- [5. ¿Cómo aumenta y se generaliza?](#)
- [6. Consecuencias y costes](#)
- [7. ¿Cómo es el tratamiento?](#)
- [8. Asignación de tareas](#)
- [9. Contrato](#)

[Anexo 2. Cuestionarios](#)

- [1. Inventario de Movilidad para la Agorafobia](#)
- [2. Cuestionario de Cogniciones Agorafóbicas](#)
- [3. Cuestionario de Sensaciones Corporales](#)

[y lecturas recomendadas](#)

Prólogo

Aplicando, que es psicotecnología

En el mundo de las tesis doctorales, en Europa, conviven dos tradiciones, la anglosajona (la que se ha impuesto en las últimas tres décadas) y la continental, aquella que fijó la pauta de calidad durante siglos. Una tesis doctoral es un trabajo de madurez: el investigador filtra más de una década de experiencia en el tajo y deja constancia de sus hallazgos. Es lo que hace en este libro Jesús Rodríguez Goñi (a partir de ahora JRG): poner a la disposición de quienes le lean sus protocolos, sus estrategias de actuación solventes, contrastadas, en el trato directo con los clientes, sus pacientes. El meollo es el método del caso. Es decir, un gran reserva por las más de dos décadas de personas con las que ha trabajado.

Por el contrario, en las universidades se ha impuesto, y con el plan Bolonia va a más, la moda de servir siempre vino joven, es decir, hornadas de doctorandos que han acabado séptimo u octavo y exponen ante un tribunal calificador los resultados de ejercicios muy concretos y minuciosos, llamados experimentos, o pruebas con nombres y apellidos de autores que están cotejando, que están validando con la lupa del detective: todo lo visto se agranda. Son dos modos de entender la investigación y la evaluación psicológica en el siglo XXI. Es la diferencia que separa al docto del bisoño al alzarse sobre los propios talones y demostrar pericia. Si un experimento psicológico no da lugar al asombro es pura rutina. Y si está informatizado, mucho más.

Uno de los grandes dilemas que hay en psicología clínica es el contraste entre experimentos y casos. Las revistas con índice de impacto tienen sobredosis de hipótesis encadenadas en un solo artículo (por ejemplo, 5) sustentadas en sofisticados análisis estadísticos cuyos algoritmos y secuelas no aquilatan la mayoría de los firmantes. Confirman modelos con ecuaciones

estructurales por ejemplo, creados a partir de revisiones minuciosas de bibliografías muy recientes. Es decir, mucha información que se arremolina y da por asentados los niveles de significación pero no el tamaño del impacto. En Psicología Aplicada el impacto logrado marca estándares. El nivel de significación es más propio de encuestas.

Ahora bien, el meollo de la práctica psicológica tiene que ver, eureka, con la identificación de ideas motrices, con enfoques y hallazgos que resuelven problemas. El árbol prospera de año en año si el tronco y las ramas tienen consistencia. Estacionales son siempre las flores y la hojarasca. Las ideas, curtidas y sopesadas, nutren el conocimiento experto; los avances, los dilemas, van por delante y dan de comer a la experiencia, como puso de relieve, por ejemplo, Seymour Epstein, un psicólogo clínico de tradición humanista poco conocido en España, que ha recalcado el contraste entre experiencia y racionalidad a la hora de entenderse uno mismo (selJ) profesionalmente.

De similar manera se ha pronunciado Daniel Kahneman, uno de los dos psicólogos vivos que han obtenido el premio Nobel (de Tomas Transtromer sólo han oído hablar los más mirados). Pensar rápido o pensar despacio es la dicotomía que le valió los más altos honores en Estocolmo. El fundamento está en el uso de la intuición experta o de la razón heurística al efectuar análisis y tomar decisiones que conlleven secuelas económicas. Es decir, lo cotidiano en cada despacho en el que se comparte psicología aplicada.

El libro que se abre entre las manos del lector hunde sus raíces en el estudio del caso, metodología idónea minusvalorada en demasía en los entornos universitarios, y JRG la recupera en varios de los capítulos. Es la savia de sus hallazgos que tienen visos de ser hitos, medallas olímpicas que se consiguen años después de empezar a hacer ejercicio, de cortar esa cinta que es el título de licenciatura. Comienza la carrera entonces, el corre, ve y dile. Con una década en perspectiva tendrá su propio vademécum.

El primer capítulo reseña el estado del conocimiento respecto a los aspectos descriptivos y funcionales que permiten entender por qué ocurren

los ataques de pánico y los espasmos de agorafobia. JRG fija la terminología y el marco de referencia del tipo de intervención que propicia a partir de más de dos décadas de interacciones diádicas o grupales con pacientes. A los jóvenes que inician su andadura psicoterapéutica les suministra un mapa cognitivo para circunstanciar caso a caso qué ha ocurrido, hacer constataciones específicas al hilo de su biografía.

El capítulo dos disecciona el proceso terapéutico en dos vertientes, macro y micro, perspectivas ambas necesarias para orientarse. Primero el paciente con el terapeuta, y luego el terapeuta con los nuevos terapeutas que andan tras sus huellas. JRG apuntala las líneas de actuación que resultan apropiadas y las circunscribe a un protocolo de intervención ajustable. Tiene sentido en el contexto de su experiencia, un recurso mutable: puede el lector trasvasar el sentido y contrastar sus usos y costumbres con las maneras enunciadas. Sin rodrigones, las plantas suelen desvariar en su crecimiento; con ellos despuntan y se alzan en la dirección más eficiente, las agarraderas están ahí por eso.

El tercer capítulo constituye el meollo central. Aprender a escuchar y la perspicacia interpersonal son la clave en la comunicación terapéutica. En la sesión psicoanalítica el paciente habla de hecho al techo desde el diván: durante algo más de tres cuartos de hora no mantiene contacto visual alguno con su psicoanalista. Es su guardaespaldas. Carl Rogers (1902-1987) introdujo la modalidad de verse frente a frente con largos silencios rotos por breves apostillas, las frases espejo.

En la base de datos conocida como O*Net Center (www.onetonline.org) el perfil profesional del Psicólogo Clínico destaca por su importancia (94% en ambas) dos destrezas (skills), Escucha Activa y Perspicacia Social. De cara al ejercicio profesional, la cota de exigencia es del 73% en Perspicacia Social y del 68% la Escucha Activa.

"Ser consciente de las reacciones del paciente y entender por qué reacciona como reacciona" es la definición operativa de Perspicacia Social. En inglés la expresión utilizada al describirla es being aware, caer en la

cuenta, tener la antena puesta y aprehender qué le ocurre al cliente al instante. En otras palabras, Mindfulness, justo el título del libro de JRG que precede al presente.

Por su parte, Escucha Activa se abrevia con cuatro ingredientes: prestar plena atención (nuevamente Mindfulness) a lo que dice el paciente, tomarse su tiempo el terapeuta para captar qué es lo que expresa aquel (con palabras y sin palabras), hacer sólo preguntas apropiadas y no interrumpirle en sus monólogos. Esta es la más difícil de practicar por estas tierras. Ambas destrezas son la sal y la pimienta del menú a la carta suministrado por JRG en este capítulo tres, la Comunicación Terapéutica.

Tomarse su tiempo se practica muy bien en Japón. Necesitan oír de principio a fin cada frase para entenderla porque es una lengua alambicada. Suele trascurrir al menos un minuto desde que acaba de hablar el conferenciante y se le plantea la primera pregunta. Conviene rumiarla. Oír de principio a fin al interlocutor, sin pensar en otras cosas, sin cocinar la pregunta antes de acabar la plática... resulta crucial en una comunicación terapéutica efectiva, mucho más si se trata de diagnosticar con rigor. Se subraya el punto álgido tras una pausa.

El cuarto capítulo es una recopilación de las modalidades de tratamiento. JRG muestra aquí los naipes que usa en consulta. No es, pues, un chamán que guarde sus secretos en la alcoba: se deja observar para que los recién llegados al quehacer terapéutico tengan su librito de cabecera. Es una síntesis tanteada y puesta a punto. Suministra los ingredientes necesarios para hacer posible los cambios previsibles: combina aciertos propios y ajenos.

Evaluación es el título del quinto capítulo. En Psicología Aplicada la evaluación es de índole teleológica, una noción concluyente a partir del adjetivo griego téleios (cumplido, realizado) y, cómo no, el manido logos (que también significa aprecio, consideración, preocupación). En las ciencias de la salud, el compromiso ético con el paciente, con las instituciones es cerciorarse de conseguir lo que se pretendía, apreciar las cosas bien hechas a la primera, asegurarse: el protocolo es una hoja de ruta idónea para la

sanación, para la curación. Aquí JRG comparte sus herramientas, aquellas que le permiten afirmar que poco o nada tiene que ver su ocupación con la de los charlatanes.

Han sido noticia durante cinco años los economistas de alto calibre y pompa que han sido, sin más, charlatanes: a los ahorradores más honrados les hicieron sus clientes preferentes. En la UVI de la ruina han estado o están aún. Nada parecido ha ocurrido en la práctica psicológica clínica. Adiós muy buenas a eso de compartir mesa y mantel con los economistas y abogados en Ciencias Sociales. Justo los tahúres de la crisis. El quid está en el carácter teleológico de la evaluación rigurosa: minimizar los riesgos y procurar beneficios al cliente en la línea esperada y deseable. Hace décadas que han aprendido los psicólogos a ser cautos en sus predicciones y expectativas de éxito terapéutico. A veces son noticia por hacer las cosas bien sin perjudicar. No son políticos en el suma y sigue de los fracasos.

En el capítulo sexto reseña la manera de conseguir que los pacientes salgan bien parados, sean competentes y pasen a ser agua pasada su anquilosis agorafóbica y sus instantes de pánico. El propósito es que aprenden a verse y sentirse fuertes, prestos para la convivencia sin sobresaltos. Este capítulo suministra además el guión de un programa de autoayuda. Es incluso idóneo para un videoclip preventivo e higiénico.

Son cinco las transcripciones de casos clínicos que constituyen el meollo del capítulo séptimo. El terapeuta se desnuda ante el lector. ¿Son quiméricos o fidedignos los diálogos narrados? Más verídicos son que los evangelios que alimentan cada domingo y fiestas de guardar las creencias de todos aquellos que son dogmáticos. Son legendarias las anécdotas y conversaciones relatadas en griego de un Señor que hablaba en arameo. Traduttore traditori. Los casos transcritos aquí proceden de los archivos de JRG, coétaneo y testigo, pues, en los momentos vividos y referidos. No es periodista.

Es ya un género literario este formato de relato. Da pistas de qué es lo que ocurre detrás de la puerta. Han transcurrido más de 70 años desde que Carl Rogers empezara en 1940 a grabar las entrevistas con sus pacientes para

depurar su quehacer terapéutico. La sofisticación tecnológica que han demostrado los psicólogos clínicos nunca ha sido recalcada como una proeza; lo es por tratarse de expertos encasillados en Letras y Humanidades hasta su reciente glorificación en Ciencias de la Salud, por fin, en el siglo XXI. Son, pues, alhajas para los recién llegados a la faena psicoterapéutica cada una de estas transcripciones.

Un guión de entrevista y tres cuestionarios se incluyen como modelos a calibrar y manejar en ese apéndice digerible que es el capítulo octavo. Son nutrientes para el hambriento. Para el desarrollo profesional de los lectores está el apartado final: lecturas recomendadas y referencias bibliográficas. JRG da pistas y trabajo hecho.

Una obra, pues, de madurez es este libro. Esas luces traseras que iluminan el trayecto recorrido son la experiencia profesional aquilatada de JRG. Un placer encontrarla entreabierta.

Dr. José M. Prieto

Catedrático de Psicología

Universidad Complutense (Madrid)

Introducción

El trastorno de pánico y la agorafobia se consideran los trastornos de ansiedad más incapacitantes y con un alcance más severo, que, epidemiológicamente, va en aumento y que tiende a cronificarse cuando no se trata o se trata inadecuadamente. Es de los trastornos de ansiedad más frecuentemente vistos en la clínica.

Considero muy importante el respaldo científico de los tratamientos. Sobre todo porque en el campo de las terapias abundan mucho, cada vez más, pseudoprofesionales que están convencidos y convencen a los demás de conocer en profundidad algo que generalmente desconocen, o sólo conocen parcialmente. Por tanto pretendí que todo lo que se expusiera en el libro tuviera un respaldo científico, pero sin limitarse a la exposición de investigaciones y a una descontextualizada descripción de técnicas. En ese sentido creo que como clínico y supervisor de terapeutas tengo tendencia a contextualizar las intervenciones y a integrarlas, ya que creo que, si no es así, es fácil tergiversarlas y malentenderlas.

Por otra parte, no sólo se trata de presentarlas contextualizadas, sino también exponer el marco de comunicación entre terapeuta y paciente y la relación terapéutica de ambos, algo que considero fundamental para el éxito terapéutico. De modo que traté de integrar todo ello y hacer, de la mejor manera posible, que le llegase al lector, y así dispuse e incluí los diversos capítulos que componen el libro.

Es un libro basado en la experiencia clínica y la adaptación de las investigaciones sobre el trastorno de pánico y la agorafobia al contexto clínico, tratando de acercar al lector al máximo a esta praxis a través de transcripciones. Trata de ser un libro práctico que cumpla la función de ser una guía para los estudiantes de los últimos cursos de psicología, psiquiatría y medicina, para aquellos profesionales que empiezan su práctica clínica y se van a encontrar con bastantes casos de agorafobia, para médicos y

psiquiatras, y para cualquier persona interesada en este tema. La orientación que se sigue en los contenidos es la cognitivo-conductual, pero también se integran aspectos de la psicología positiva, gestalt, mindfulness.

El primer capítulo corresponde a los aspectos descriptivos y funcionales del trastorno de pánico y la agorafobia. Trata de responder a la pregunta: ¿de qué trastorno estamos hablando?, descriptivamente y funcionalmente. Se utilizan las clasificaciones del DSM IV-Tr, a pesar de la polémica existente en estos momentos al respecto, pero creo que la descripción que hace sigue siendo válida. También se expone la del CIE-10, integrando ambas con precisiones conceptuales y los aspectos funcionales, basados fundamentalmente en disciplinas como la psicofisiología, la psicología del aprendizaje y la psicología cognitiva.

En el capítulo 2 se propone un esquema de proceso terapéutico que sirva como guía para ordenar y secuenciar las intervenciones. Es un proceso que tiene elementos comunes con otros procesos validados. Termina el capítulo con la presentación esquemática del programa de tratamiento, integrado en el proceso.

En el capítulo 3 se aborda la comunicación terapéutica integrando valores, actitudes y habilidades. El capítulo concluye con unas líneas breves acerca de diversos estilos comunicativos de los pacientes, que principalmente nos vamos a encontrar en la práctica clínica.

En el capítulo 4 se exponen las modalidades de tratamiento considerando la integración de modalidades o multimodalidad. Así, a la ya clásica díada terapeuta y paciente, habría que considerar y añadir, cuando son pertinentes, las intervenciones combinadas, en grupo, familia, pareja, sin dejar de considerar la modalidad de tratamiento a distancia, la cual cumple una función muy importante en el tratamiento del trastorno de pánico y la agorafobia y que no se contempla en el libro por motivos de espacio.

El capítulo 5 corresponde a la evaluación. La evaluación es un proceso fundamental e inseparable del tratamiento. Se exponen las variables a

evaluar, los pasos a seguir y también los principales instrumentos de evaluación, dedicando más espacio y contenido a la entrevista, mientras que otros instrumentos, como son los cuestionarios, sólo se nombran, invitando al lector a que profundice en los mismos caso de ser de su interés. También se señala en el capítulo la importancia del diagnóstico diferencial.

El capítulo 6 se dedica a las competencias del paciente. Normalmente se habla de técnicas, pero se ha optado por la denominación de competencias del paciente porque es algo que el terapeuta tiene que enseñar y el paciente aprender y aplicar. Son: entrenamiento autógeno, autoobservación y autorregistro, hipnosis, autoeficacia, visualización, exposición en imaginación, procesamiento cognitivo, mindfulness y autoexposición en vivo.

El capítulo 7 es una muestra de transcripciones para acercar al lector más al contexto terapéutico. En estas transcripciones se integran diversas competencias e intervenciones ya expuestas.

El capítulo 8 contiene apéndices donde se expone el esquema de la entrevista psicoeducativa, la cual se considera de una importancia determinante en el curso y resultados del tratamiento, y por eso se presenta ejemplificada. También se presentan algunos cuestionarios. Finalmente, termina el libro con lecturas recomendadas y bibliografía pertinente.

Espero que la lectura del libro sea de utilidad para aquellos lectores que se acerquen a esta obra.

1

Aspectos descriptivos y funcionales

El presente capítulo trata de responder a la pregunta: ¿qué es el trastorno de pánico y la agorafobia? Para ello se integran los aspectos descriptivos con los aspectos funcionales. Los descriptivos se basan en el DSM IV-TR y en el CIE 10, añadiendo además las precisiones pertinentes, la epidemiología y la comorbilidad, para, de esta manera, proporcionar una visión más completa de dichos aspectos.

No obstante, la exposición de los aspectos descriptivos sería insuficiente para realizar la planificación terapéutica adecuada; para la correcta realización de la misma es necesario conocer las relaciones funcionales entre los elementos que componen el trastorno. Por tanto, una vez expuestos los aspectos descriptivos se expone la relación funcional de los mismos, tanto de la génesis o adquisición, como del mantenimiento de estos trastornos cuyo funcionamiento se entiende integrado por aspectos biológicos, procesos de condicionamiento y procesamiento de la información, que interactúan entre sí, con la variabilidad propia de las diferencias individuales.

1.1. Aspectos descriptivos

Desde el siglo xix se conocen con diversos nombres, descripciones relacionadas, de alguna manera, con las actuales del trastorno de pánico y, en menor medida, con las de la agorafobia. Así: astenia neurocirculatoria, taquicardia nerviosa, neurosis vasomotora, agotamiento nervioso, corazón irritable.

Freud, en 1894, escribía:

la expectativa angustiada es el síndrome nuclear de la neurosis, un ataque tal puede consistir en el sentimiento de angustia solo, sin ninguna representación asociada, o bien mezclarse con la interpretación más espontánea como caer fulminado por un síncope, volverse loco, parestesias, alteración de la respiración, la actividad cardíaca, falta de aire, oleadas de sudor (Freud, 1894: pp. 10-12).

También hubo una serie de acontecimientos que fomentaron la investigación en este campo: los hallazgos de Cannon (1927) y Selye (1956) referentes a la función de la médula suprarrenal y la adrenalina en la adaptación al estrés. Los de Jones (1946) y Pittis y McClure (1967), que indican una relación positiva entre los niveles de lactato fónico y los episodios de pánico. El hallazgo de Klein en la década de los 70 con la imipramina, la cual al mostrar su efectividad en la reducción de los episodios de pánico, y no así en la ansiedad generalizada, propició el establecimiento del diagnóstico diferencial entre la ansiedad general y la angustia, lo cual ya se recoge en 1980 en el DSM III. En 1987, Gorman constata que la hiperventilación produce significativamente crisis de pánico, hipotetizando una hipersensibilidad de los quimiorreceptores respiratorios, alcalosis metabólica y estimulación directa del Locus Coeruleus. Actualmente, los aspectos descriptivos vienen recogidos principalmente en el DSM IV-TR y en el CIE 10.

1.1.1. DSM IV-TR

El DSM-IV-TR es la última edición de la clasificación de trastornos mentales de la Asociación de Psiquiatría Americana y distingue las siguientes combinaciones: trastorno de pánico sin historia de agorafobia, agorafobia sin historia de trastorno de pánico y trastorno de pánico con historia de agorafobia.

Los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR, son los siguientes:

-Trastorno de pánico sin historia de agorafobia. Supone la aparición eventual de miedo o malestar intenso, acompañado de cuatro (o más) de los siguientes síntomas, que surgen repentinamente y alcanzan su máxima expresión durante los siguientes 10 minutos:

- a)Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca.
- b)Sudoración.
- c)Temblores o sacudidas.
- d)Sensación de ahogo o falta de aliento.
- e)Sensación de atragantarse.
- J)Opresión o malestar torácico.
- g)Náuseas o molestias abdominales.
- h)Inestabilidad, mareo o desmayo.

Los episodios de pánico no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, drogas o fármacos) o a una enfermedad médica (hipertiroidismo).

-Agorafobia sin historia de trastorno de pánico. Los criterios diagnósticos de la agorafobia, según el DSM-IV-TR, son los siguientes:

- a)Aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde puede resultar difícil escapar en el caso de aparecer una crisis de angustia o bien síntomas similares a la misma, y no se disponga de ayuda inmediata.
- b)Presencia de conductas de evitación de las situaciones del criterio anterior.

c) La ansiedad y las respuestas de evitación no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno como fobia social, fobia específica, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno por estrés postraumático, o trastorno de ansiedad por separación.

d) Si la persona presenta una enfermedad médica, el temor correspondiente al criterio (a) es excesivo en comparación con el temor correspondiente a la enfermedad padecida.

-Trastorno de pánico con historia de agorafobia. En este caso, los criterios diagnósticos corresponderían a la suma de los criterios expuestos anteriormente para el trastorno de pánico y la agorafobia.

1.1.2. CIE 10

Es la décima versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud. Igual que el DSM, distingue agorafobia sin trastorno de pánico, agorafobia con trastorno de pánico y trastorno de pánico sin agorafobia. Los incluye como trastornos de ansiedad fóbica, los cuales pueden abarcar una variedad de temores o fobias que pueden incluso estar relacionadas entre sí, y que van más allá de los temores a lugares abiertos, como el término agorafobia sugiere.

A diferencia del DSM, indica que el trastorno de pánico es consecuencia de la gravedad de un trastorno fóbico.

Los criterios diagnósticos del CIE 10 son los siguientes:

-Trastorno de pánico con agorafobia.

a) Miedo manifiesto o conducta de evitación ante, por lo menos, dos de las siguientes situaciones: multitudes, lugares públicos, viajar solo, viajar lejos de casa.

b) Por lo menos dos de los síntomas de ansiedad ante la situación temida tienen que presentarse conjuntamente en una ocasión, al

menos desde el comienzo de los trastornos, y uno de los síntomas tiene que estar en los cuatro primeros síntomas autonómicos siguientes:

1. Palpitaciones o golpeo del corazón, o ritmo cardíaco acelerado.
 2. Sudoración.
 3. Temblores o sacudidas de los miembros.
 4. Sequedad de boca (no debida a la medicación o deshidratación).
 5. Dificultad para respirar.
 6. Sensación de ahogo.
 7. Dolor o malestar en el pecho.
 8. Náuseas o malestar abdominal.
 9. Sensación de mareo, inestabilidad o desvanecimiento.
 10. Sensación de que los objetos son irreales (desrealización), o de sentirse lejos de la situación o "fuera" (despersonalización).
 11. Sensación de perder el control, "volverse loco" o morir inminentemente.
 12. Miedo a morir.
 13. Sofocos o escalofríos.
 14. Sensación de entumecimiento u hormigueo.
- c) Malestar emocional significativo, secundario a la conducta de evitación o a los síntomas de ansiedad, pero reconociendo la persona que son excesivos o carecen de sentido.

d) Los síntomas se limitan o predominan en las situaciones temidas o al pensar en ellas.

El criterio a) no es debido a ideas delirantes, alucinaciones u otros síntomas de trastornos tales como la esquizofrenia o trastornos relacionados, trastornos del humor, afectivos o trastorno obsesivo compulsivo, ni tampoco son secundarios a creencias de la propia cultura.

-Trastorno de pánico sin agorafobia.

a) Ataques de pánico recurrentes que no se asocian de modo constante a una situación u objeto específicos, y que a menudo se presentan de forma espontánea, es decir, de un modo imprevisible. Los ataques de pánico no se deben a un ejercicio intenso o a la exposición a situaciones peligrosas o a amenazas para la vida.

b) Un ataque de pánico se caracteriza por todo lo siguiente:

1. Es un discreto episodio de temor o malestar.

2. Se inicia bruscamente.

3. Alcanza su máxima intensidad en pocos segundos y dura algunos minutos.

4. Deben hallarse presentes, por lo menos, cuatro de los síntomas listados en el trastorno de pánico con agorafobia, uno de los cuales debe ser de los grupos a) a d).

A las descripciones anteriores habría que añadir las siguientes precisiones.

1.1.3. Precisiones descriptivas

A) Diferencia entre "episodio de pánico" y "trastorno de pánico"

Si bien ambos comparten una sintomatología similar, como la

anteriormente expuesta, se considera que hay una diferencia importante entre ambos, y es el hecho de que experimentar un episodio de pánico puede ser un suceso más común de lo que se cree, que no vuelve a ocurrir, ni condiciona la vida de la persona que lo ha padecido. Sin embargo, en el caso del trastorno de pánico nos encontramos que el primer episodio deja tan marcada a la persona que lo padece, que ésta desarrolla una fobia a experimentar una experiencia similar, desarrollando toda una serie de estrategias de evitación fóbica ante la posibilidad de volver a tener otro episodio de pánico. Lo más importante, por tanto, para esta persona, por encima de todo, es evitar otro posible episodio de pánico, y vive para evitar que ocurra, sin poder controlar esa actitud fóbica, a pesar de ver cómo su vida se restringe.

B) Los episodios de pánico se producen en la gran mayoría de los trastornos de ansiedad

Muy frecuentemente, detrás de la queja de un episodio de pánico hay otros trastornos de ansiedad que hacen que cuando la intensidad de la ansiedad alcanza un punto crítico, la persona entre en un estado de pánico que vive como un desbordamiento de dicha ansiedad.

La mayor parte de los pacientes informan de que los episodios de pánico los padecieron en períodos de estrés. También informan de historia familiar de los mismos. Estas observaciones clínicas son coherentes con las investigaciones de Barlow, 1988.

C) Categorías de los episodios de pánico

Barlow (1988) ha distinguido entre episodio de pánico señalado y esperado, con las siguientes combinaciones:

a) Señalado y esperado: Tener que viajar en avión (señalado) y anticipar (esperado) que se va a sufrir un episodio de pánico.

b) Señalado y no esperado: Tener que viajar en avión (señalado), pasarlo mal, pero no esperar que se va a sufrir un episodio de pánico, y sin

embargo se sufre (no esperado).

- c) No señalado y esperado: Ir por una calle donde no se ha tenido ningún episodio de pánico (no señalado), y sin embargo tener la aprensión de que puede producirse el episodio, y termina ocurriendo (esperado).
- d) No señalado y no esperado: Estar hablando con un amigo y sentirse tranquilo (no señalado) y de repente se experimenta un episodio de pánico (no esperado).

D) Correlación de la agorafobia y el trastorno de pánico

Una vez que la persona ha experimentado su primer episodio de pánico, lo ha pasado tan sumamente mal que tratará por todos los medios que no le vuelva a ocurrir y entonces tratará de "ponerse a salvo". Para ello empezará a realizar un "cálculo anticipatorio" de todas las situaciones en las que exista la mínima posibilidad de que le sobrevenga el episodio de pánico, y así evitar dichas situaciones. En dicho cálculo entrarían las personas que le pueden ayudar, y la accesibilidad a ellas. Así empieza a evitar estas situaciones representándoselas como peligrosas, es decir, asociándolas a la experiencia de pánico, pero como no va a poder evitarlas en su totalidad, algún estímulo siempre se le impone y entonces termina asociándolo y condicionándolo. También hará lo mismo con las sensaciones interoceptivas que cree que podrían llegar a extralimitarse y convertirse en experiencias de pánico, o bien provocar el episodio de pánico que mantiene representado.

Los cálculos agorafóbicos incluyen lugares y situaciones como: iglesias, espacios cerrados, transportes, conducir por autopistas, colas de supermercados, bancos, sillón del dentista o peluquería, etc.

Como se ve, el término agorafobia no indica lo que es el síndrome, ya que es un término procedente del griego que significa miedo, más a los lugares públicos que a los lugares abiertos.

La gravedad de la evitación agorafóbica se puede establecer en tres

niveles: leve, moderado y grave. Estos niveles se corresponden con el grado de restricción que resulte de dicha evitación. En el nivel leve no hay evitación agorafóbica pero existe incomodidad ante determinadas situaciones típicas.

En el nivel moderado las situaciones agorafóbicas y las sensaciones interoceptivas resultan "tan intolerables" que las personas utilizan diversos "trucos" para evitar las mismas, o escapar hacia sus lugares de seguridad ante la posibilidad de sufrir un episodio de pánico. Pueden llevar objetos como mascotas, paraguas, bastones, situarse cerca de la salida o de hospitales, y en la mayoría, ir acompañados a ciertos lugares, transportes, etc., o a ciertas distancias, asegurándose de que las personas "de seguridad" están disponibles. En el nivel grave se da una imposibilidad prácticamente absoluta para tolerar las situaciones agorafóbicas y las sensaciones interoceptivas, pudiendo haber casos de tal dramatismo, que la persona queda confinada a su casa y en presencia continua de alguien.

De todos los trastornos de ansiedad, puede decirse que el trastorno de pánico con agorafobia es el que produce mayor sufrimiento e incapacitación.

E) La agorafobia no siempre es consecuencia de los episodios de pánico

A pesar de que en la clínica prácticamente casi todos los casos que se ven son de trastorno de pánico con agorafobia, se sabe que puede haber agorafobia sin trastorno de pánico, lo cual contradice la tesis propuesta por muchos autores de que la agorafobia es una consecuencia invariable de los ataques de pánico.

El patrón de miedo y evitación característico de la agorafobia tiene características propias. En este caso, las situaciones agorafóbicas son las mismas que las referidas para el trastorno de pánico con agorafobia, pero se diferencian en que mientras que en el trastorno de pánico la persona teme que le sobrevenga un episodio de pánico y evita las situaciones en las que cree que le sobrevendría tal ataque, en el caso de la agorafobia sin trastorno de pánico, la persona lo que teme es la incomodidad o malestar de los síntomas como, por ejemplo, la inestabilidad, vértigos, tensión, taquicardia, etc. Es

muy parecido, ya que también evitan la ansiedad y sus síntomas, pero no está presente la experiencia habida con el pánico. Es decir, no evitan la experiencia del pánico, sino de la ansiedad y sus síntomas, aunque muchas veces se refieren los síntomas de la ansiedad como si fueran ataques de pánico, lo cual puede llegar a confundir el diagnóstico con mucha facilidad.

Parece ser que la agorafobia sin historia de trastorno de pánico es bastante común en la población general. Las tasas de prevalencia para la agorafobia sin trastorno de pánico son significativamente más elevadas que las del trastorno de pánico sin agorafobia. Los datos procedentes del proyecto Epidemiologic Catchment Area (ECA) informan de que aproximadamente el 70% de más de mil personas agorafóbicas no tenían historia de episodios de pánico. Sin embargo, los datos obtenidos de estudios clínicos nos dicen lo contrario. Lo que posiblemente ocurra es que las personas que tienen agorafobia sin historia de trastorno de pánico soliciten menos los servicios clínicos.

1.1.4. Epidemiología

Constituye del 50 al 60% del total de las fobias tratadas. Alrededor de la quinta parte se da en adultos entre 18 y 60 años, y el promedio de comienzo se produce a los 28 años. En adolescentes ocurre significativamente menos, y es muy raro encontrarlo en niños. En niveles educativos bajos sucede el doble que en los altos, y más en áreas urbanas que en las rurales. Aparece más en familiares de primer grado (madres y hermanos).

En cuanto al curso, hay que esperar una cronificación en ausencia de tratamiento eficaz, y la remisión espontánea es de alrededor de un 10%, según estimaciones de Marks (1987) y Wilson (1991). Esta remisión es más probable cuando la duración del trastorno es inferior a un año.

Andrews y Slade (2002), con una muestra de 10.641 adultos de Australia, encontraron los siguientes datos de prevalencia anual: trastorno de pánico con agorafobia, 0,6%; agorafobia sin trastorno de pánico, 1,6%; trastorno de pánico sin agorafobia, 1,3%; con dos mujeres por cada hombre.

El National Comorbidity ,Survey Replication (2003), con una muestra de 9.282 adultos de Estados Unidos, encontró datos que se ofrecen a continuación. Prevalencia global, es decir, tener el trastorno en algún momento de la vida: trastorno de pánico con agorafobia, 4,7%; agorafobia sin trastorno de pánico, 1,4%. Prevalencia anual: trastorno de pánico sin agorafobia, 2,7%; agorafobia sin trastorno de pánico, 0,8%.

Grant (2004), con una muestra de 43.093 americanos, encontró una prevalencia anual de 0,6% para el trastorno de pánico con agorafobia y de 1,6% para el trastorno de pánico sin agorafobia.

En el año 2004, con una muestra de 21.425 adultos de 6 países europeos, incluyendo España y con criterios del DSM-IV, se encontraron los siguientes datos referidos a la prevalencia global: trastorno de pánico con agorafobia, 1,8%; agorafobia sin trastorno de pánico, 1,3%. Se estima que hasta los 75 años un 1,8% habrá contraído trastorno de pánico con agorafobia, mientras que un 1,3% habrá contraído agorafobia sin trastorno de pánico.

1.1.5. Comorbilidad

Aunque el trastorno de pánico se diagnostica como una entidad nosológica aislada, concurre significativamente con otros trastornos, los cuales pueden tener la función de desencadenantes o como consecuencia del trastorno de pánico. Son, principalmente: ansiedad, depresión, abuso de sustancias, trastornos de personalidad, alteraciones orgánicas y deterioro psicosocial.

A) Ansiedad y depresión

Brown, Campbell et al. (2001), en una muestra de 1.127 personas diagnosticadas de trastorno de pánico con agorafobia, señalan que el 60% presentaba un trastorno del Eje 1 del DSM IV: depresión, el 23%; trastorno de ansiedad generalizada, el 22%; fobia social, el 15%; fobia específica, el 15%; trastorno por estrés postraumático, el 4%, y trastorno obsesivo compulsivo, el 7%. En otro estudio se halló que el 55,6% de los individuos con un diagnóstico principal de trastorno de pánico cumplían los criterios

diagnósticos de depresión mayor; sin embargo, de los individuos cuyo diagnóstico principal era depresión mayor, sólo el 11,2% presentaban criterios de trastorno de pánico (Roy-Byrne et al., 2000). Es interesante señalar que el trastorno de pánico es más grave cuando está asociado a depresión mayor (Breier y Henninger, 1984).

B) Abuso de sustancias

Es bastante frecuente en el trastorno de pánico. La encuesta Epidemiológica Nacional sobre el Alcohol y las condiciones asociadas (N=43.093 encuestados) encontraron que el trastorno de pánico con agorafobia tendía a una asociación más alta con el abuso de sustancias que otros trastornos de ansiedad o del estado de ánimo (Grant, 2004).

C) Trastornos de personalidad

Se dan entre el 25 y el 75%, y se agrupan principalmente en los trastornos del grupo C, los cuales se caracterizan por el miedo. Son los trastornos de personalidad por evitación, por dependencia y el obsesivo compulsivo. Parece que los trastornos de personalidad pueden predecir la aparición del trastorno de pánico, con o sin agorafobia. Así, en un estudio llevado a cabo por Johnson, Cohen, Kasen y Brook en 2006 hallaron que los trastornos de personalidad límite, dependiente y esquizoide diagnosticados antes de los 22 años de edad predecían significativamente la aparición de trastorno de pánico antes de los 33 años, lo cual es coincidente con las observaciones de que las personas con ataques de pánico tuvieron previamente múltiples diagnósticos (Katerndahl y Realini, 1997).

D) Trastornos orgánicos

Es frecuente la concurrencia de cardiopatías, hipertensión, asma, úlceras y migrañas (Rogers et al., 1994; Stewart, Linet y Celentano, 1989). El estudio ECA indicó que las personas que padecen trastorno de pánico utilizan los servicios sanitarios con una probabilidad 5 a 8 veces mayor que las personas que no lo padecen.

E) Deterioro psicosocial

El trastorno de pánico y agorafobia tiene consecuencias que van carcomiendo lentamente, y a veces no tan lentamente, la calidad de vida de las personas que lo padecen. Incapacitación laboral y social, deterioro de las relaciones de pareja, familia...

En cuanto a las relaciones de pareja y familia, hay que señalar las dificultades que plantea vivir con alguien que padezca este problema, y que principalmente podrían agruparse en:

- a) Vida frustrante y limitada a las posibilidades de la persona que lo padece, las cuales resultan muy escasas para quien no lo padece.
- b) Discusiones y presiones para que la persona actúe de otra manera, que al no conseguirlo añaden más frustración mutua y distanciamiento.
- c) La persona se ve impedida para cumplir con sus obligaciones parentales y familiares. Lo mismo podría decirse de los amigos.

También se produce un empobrecimiento de las relaciones sociales, ya que éstas suelen irse limitando y evitando, muchas veces por vergüenza de que a uno le vean en ese estado, también por comparaciones con aquellos que pueden hacer un tipo de vida que a uno le gustaría hacer, pero no puede, y también por la imposibilidad de compartir actividades.

En el trabajo, dependiendo cual sea la naturaleza del mismo, no va a poder realizarlo; por ejemplo: transportistas, trabajo de calle, viajar, reuniones.

1.2. Aspectos funcionales

1.2.1. Factores de adquisición

A) Factores predisposicionales (o de vulnerabilidad)

Son factores estables que aumentan la probabilidad de padecer el trastorno

de pánico y agorafobia. No se deben entender como causas directas, sino como factores de vulnerabilidad. Se consideran, en este sentido, los factores biológicos y los factores de personalidad.

a)Factores biológicos. Se exponen brevemente los componentes biológicos que pueden predisponer a padecer trastorno de pánico o agorafobia; se sugiere al lector interesado que lo desarrolle en las fuentes pertinentes:

- 1.Predisposición genética. Puede considerarse cierta evidencia acerca del papel de los factores hereditarios en los trastornos de ansiedad; sin embargo, no parece ser así en el trastorno de ansiedad generalizada. Así pues, exceptuando los casos de ansiedad generalizada, las tasas de concordancia serían del 45% y del 15% para gemelos monocigóticos y dicigóticos, respectivamente. En cuanto al trastorno de pánico o agorafobia, los estudios realizados con primeros parientes: padres y hermanos confirman una predisposición genética para su transmisión. No obstante, parece ser que lo que se hereda es la predisposición para desarrollar el trastorno y no el propio trastorno. Luego, la manifestación del mismo va a depender, como veremos, de la interacción de diversos factores.
- 2.Vulnerabilidad neurobiológica. La neurobiología del trastorno de pánico se ha desarrollado muy significativamente desde los años 60, a partir de los efectos observados en la administración de imipramina, un antidepresivo tricíclico que bloqueaba las crisis de pánico. Además de la imipramina se observó que también otros fármacos reducían significativamente los síntomas, lo cual sugería una base biológica de dicho trastorno. También se sabe que el estrés y la ansiedad activan los sistemas hipotálamo-hipófiso-suprarrenal y médula-suprarrenal, activando por tanto la secreción de tiroxina, cortisol, catecolaminas, hormona del crecimiento, prolactina, vasopresina, etc. Es preciso señalar que la vía tálamo-amígdala es un mecanismo de percepción y reacción de emergencia ante el

peligro por una vía distinta de la conciencia. En este sentido, LeDoux diferencia entre dos tipos de memoria: "la declarativa" y "la emocional". La memoria declarativa tiene la función de reproducir los datos de manera consciente y depende del hipocampo, mientras que la memoria emocional funciona independientemente de la conciencia. Podría considerarse la hiperactividad del núcleo central de la amígdala como un factor de vulnerabilidad del trastorno de pánico.

3. La tesis de la autoinmunidad. Esta tesis se basa en la observación de un aumento de anticuerpos antiserotonínicos y antiidiotípicos dirigidos contra los receptores de serotonina e indica la concurrencia del trastorno de pánico con alteraciones del tejido conjuntivo, tendencia a la actividad autoinmunitaria, síndrome de laxitud articular.
4. Vulnerabilidad psicofisiológica. Durante un episodio de pánico se produce una intensa activación del sistema nervioso simpático que cursa con extremas respuestas psicofisiológicas, como aumento de la tasa cardíaca, de la frecuencia respiratoria, sudoración, temblor y otros síntomas anteriormente descritos. No obstante, también se han observado episodios de pánico con una activación simpática media o baja (Ley, 1992). Estas respuestas psicofisiológicas podrían explicarse por: un descenso repentino del tono del vago que suele ocurrir durante la hiperventilación y la predisposición constitucional hacia la hiperreactividad cardiovascular (por ejemplo, concurrencia de prolapso de la válvula mitral o algún otro trastorno cardiovascular), y también por la susceptibilidad para hiperventilar. Este aspecto merece ser tenido en cuenta, ya que en los episodios de pánico, la hiperventilación suele estar presente, así como las respuestas psicofisiológicas de la misma. En la hiperventilación el PH aumenta significativamente en la medida que el CO₂ disminuye, lo cual produce déficits en el riego sanguíneo y la consecuente aportación de oxígeno. Esto, a su vez, produce una mayor exigencia

cardiaca. Todo lo cual origina un círculo vicioso que aumenta en espiral los síntomas del ataque de pánico.

- b) Factores de personalidad. Cabe recordar lo que anteriormente se expuso al hablar de la comorbilidad. Los factores de personalidad se dan entre el 25 y el 75% y se agrupan en el llamado grupo ansioso o temeroso de la personalidad. Hay que recordar también que funcionan como predictores del trastorno de pánico y agorafobia. Reigh y Troughton (1988) observaron que el 19% de una muestra de pacientes con trastorno de pánico satisfacían los criterios del DSM III para el trastorno de personalidad por dependencia (40%) y por evitación (46%).
- c) Factores desencadenantes del primer episodio de pánico y descripción del mismo. Son factores de estrés, no necesariamente estables, pero que, sin embargo, pueden mantenerse y acumularse en el tiempo, bien por circunstancias que sobrepasen las capacidades de afrontamiento de la persona, o bien por una inadecuada gestión, por parte de la persona, de problemas, emociones, conflictos, acontecimientos estresantes, etc., que pueden ser muy diversos.

Estos factores producen una sobrecarga que, cuando alcanza un nivel crítico, interactúa con los factores predisposicionales, desbordándose y dando lugar al primer episodio de pánico, con un patrón de respuestas típicas que surgen repentinamente y alcanzan su máxima expresión durante los siguientes 10 minutos. Dichas respuestas ya han sido mencionadas en los aspectos descriptivos.

Estas respuestas son automáticas, involuntarias y desconocidas, y generalmente producidas en un contexto donde no hay ningún peligro, todo lo cual hace que la persona tienda a interpretarlo como "si se estuviera muriendo", o "se estuviera volviendo loco", y además no tuviera ningún control sobre lo que le está pasando. Lo cual puede influir en la adquisición de la expectativa de peligro (expectativa del estímulo incondicionado) asociado a sensaciones interoceptivas similares no peligrosas (estímulos

condicionados).

Y ante toda esta experiencia, lo más corriente es que la persona trate urgentemente de "ponerse a salvo", creyendo que su supervivencia depende de que encuentre ayuda externa urgentemente. Para ello, la persona, según los casos y situaciones, puede salir corriendo, pedir ayuda a gritos, ir a urgencias, etc.

A partir de este primer episodio de pánico es muy probable que la persona haya adquirido mediante un proceso de condicionamiento clásico, de manera automática, un estado de hiperalertamiento e hipervigilancia para evitar que un nuevo episodio vuelva a ocurrir.

1.2.2. Factores de mantenimiento

A partir de este primer episodio de pánico podemos considerar los siguientes factores de mantenimiento:

A) Los estímulos discriminativos

A diferencia de los estímulos condicionados, los discriminativos no disparan las respuestas psicofisiológicas automáticamente, sino que tienen la función de señalar situaciones donde, en el caso de que se diera un episodio de pánico, no fuera posible recibir ayuda inmediata, o escapar de dicha situación, "poniéndose a salvo". Por tanto sólo tienen la función de señal ante la cual se puede dar una respuesta de evitación antes de que se presente la situación o el estímulo interoceptivo temidos. Por ejemplo, a Luis le dicen en su trabajo que tiene que viajar en avión, y tiene la posibilidad de evitar ese viaje. El estímulo discriminativo sería en este caso la comunicación del viaje. Si Luis no pudiera evitar el viaje, ese mismo estímulo no funcionaría como discriminativo sino como condicionado.

B) Los estímulos condicionados

Son los estímulos que disparan automáticamente e involuntariamente las

respuestas psicofisiológicas condicionadas. Pueden ser estímulos externos (exteroceptivos) o viscerales (interoceptivos).

Los estímulos externos pueden clasificarse en:

- Indicativos de distancia de los estímulos de seguridad. Un ejemplo sería el alejamiento geográfico de los estímulos de seguridad, como viajar. Otro ejemplo algo diferente sería el siguiente: Juan, cuando sale a la calle, necesita estar cerca de una pared, por si se marea y se cae, si tiene que alejarse de la pared para atravesar una plaza, esta plaza funciona como un estímulo condicionado que dispara automáticamente respuestas de ansiedad.
- Obstáculos de interferencia de escape, cuando ocurre un estímulo condicionado. Siguiendo con el ejemplo anterior, supongamos que Juan tiene que atravesar una plaza y se dispara una respuesta de ansiedad, intentará correr hacia la pared, pero en ese momento un grupo de turistas se le interpone y le dificulta su escape, este grupo funcionará también como estímulo condicionado que aumenta más su ansiedad. Otro ejemplo en este sentido sería estar encerrado en el metro, aglomeraciones, etc.

Pero los más temidos son los estímulos interoceptivos, que se pueden clasificar en:

- Sensaciones interoceptivas aversivas, no producidas por ansiedad, como, por ejemplo, calor, taquicardia, sequedad de boca, dolor de cabeza, etc. Estas sensaciones es muy corriente que se relacionen y hasta confundan con la existencia de ansiedad. En todo caso se terminan condicionando, y en el momento que se sienten actúan como estímulos condicionados desencadenantes de las respuestas psicofisiológicas, que también actúan luego como estímulos retroalimentándose, produciendo un efecto dominó.
- Sensaciones aversivas propias de la ansiedad, ya conocidas y expuestas

antes. Ambas son susceptibles de producir el llamado condicionamiento interoceptivo. También las representaciones cognitivas del episodio de pánico pueden tener función disparadora.

C) Las variables cognitivas mediacionales

Se incluyen en un proceso de valoración cognitiva que conlleva dos tipos de valoraciones; a saber: la valoración primaria y la valoración secundaria.

-La valoración primaria supone:

- a) Una atención selectiva dirigida casi de continuo a sensaciones que se parezcan o recuerden (estímulos condicionados) mínimamente a las sensaciones de pánico (estímulos incondicionados).
- b) Expectativas o anticipaciones sobre una cadena de sucesos o sensaciones internas que podrían desembocar en un episodio de pánico.
- c) Los errores interpretativos sobre la naturaleza de las sensaciones experimentadas: "estas sensaciones son muy peligrosas", "estas sensaciones, si no se cortan, se extralimitarán de manera muy peligrosa".

-La valoración secundaria reevalúa la "peligrosidad" de la amenaza en función de los recursos percibidos para afrontarla o neutralizarla. En el caso del trastorno que nos ocupa, se realiza una gestión de afrontamiento inadecuada basada en la evitación y la huida y es uno de los principales factores de mantenimiento del trastorno. Así, errores interpretativos sobre las propias capacidades: "no podría soportar estas sensaciones". Cálculos evitativos, con pensamientos anticipatorios del tipo "si me vuelve a dar no tengo control y sería fatal", y así poder evitar que ocurra, poniéndose a salvo de todas las maneras posibles, y caso de no poder evitarlo poder escapar y llegar lo antes posible a una situación segura donde le puedan ayudar. La interacción de estos

factores hace que se cree una espiral de ansiedad y miedo que va en aumento.

D) Las respuestas psicofisiológicas

Son respuestas viscerales pertenecientes a la rama simpática del sistema nervioso autónomo, cuya función es preparar al organismo para la huida ante un peligro que podría ser fatal. Son muy diversas, pero principalmente se suelen dar las siguientes: taquicardia, disneas, falta de aire, sofocos, hiperventilación, dolor precordial, náuseas, vértigos e inestabilidad, sensación de debilidad, descoordinación, sensación de confusión, sequedad de boca, tensión y agarrotamiento muscular, sudoración.

Estas respuestas se pueden dar simultáneamente o selectivamente, y aunque no son las únicas que pueden originarse, se consideran relevantes por la capacidad que tienen de condicionarse a ellas mismas, como vimos antes. Es decir, de producirse un condicionamiento interoceptivo, en el cual tienen tanto función de estímulo como de respuesta, retroalimentándose y automanteniéndose.

También se condicionan por asociación con diversas situaciones o estímulos externos que indican la aparición de las mismas. Es decir, por un proceso de condicionamiento clásico.

E) Las estrategias de seguridad

Con estas estrategias, la persona intenta "mantenerse segura y a salvo" de posibles episodios de pánico. Para ello suele imponerse los siguientes tipos de conductas:

- a) Conductas de proximidad a los estímulos de seguridad; es a lo que se refieren cuando dicen que no pueden estar solos.
- b) Conductas de evitación de determinados lugares, en los que creen que si sufrieran el ataque de pánico no podrían tener acceso inmediato a los

estímulos de seguridad. Además, el solo hecho de contactar con estas situaciones o contextos o lugares y anticipar la posibilidad de quedar en ellos sin ayuda ya suscita ansiedad, con lo cual terminan por condicionarse, produciendo respuestas de ansiedad condicionada. Por ejemplo, según los casos: calles anchas, hospitales, médicos, lugares cerrados, lugares abiertos, lugares alejados de los estímulos de seguridad. También sensaciones interoceptivas: emociones, alteraciones físicas, calor, etc., experimentadas directamente, o actividades que pudieran tener efectos de alteración o sensaciones interoceptivas, como hacer ejercicio, sexualidad... Y en este punto se adquiriría la agorafobia, cuando la persona empieza a evitar todo aquello que calcula de manera anticipada que le puede producir las sensaciones condicionadas que le llevarían a las incondicionadas (pánico).

- c) Conductas de escape de todo aquello que evitan, caso de no poder evitarlo. Se entienden como escapar de la situación valorada como peligrosa para ponerse inmediatamente en contacto con los estímulos de seguridad.

Para poder realizar la función evitativa, el umbral perceptivo se reduce y aumenta la atención selectiva a las señales interoceptivas indicadoras de posibilidad de pánico. Esto significa que la persona va a cambiar sus actividades, es muy típico evitar: alterarse emocionalmente, pasar hambre, cansarse, hacer ejercicio físico por la taquicardia que le ocasionaría, y también aquellos lugares donde, caso de que se presente el episodio de pánico, no tenga acceso a una ayuda inmediata, o poder ponerse a salvo con las figuras de protección o lugares de protección. El curso que sigue es ir en aumento, ya que se va reforzando negativamente; es decir, cada vez que se evita o escapa es más fácil volver a hacerlo, y así aumenta la credibilidad, la creencia de peligro interoceptivo. Todas estas conductas tienen los efectos de mantener e incrementar el problema y deteriorar la vida de la persona.

F) Los efectos de las estrategias de seguridad

Hay que considerar los efectos siguientes: inmediatos, a medio y a largo plazo.

- a)Efectos inmediatos: refuerzo negativo. Es decir, como las estrategias tienen un efecto inmediato de evitar la ansiedad o reducirla, dicha estrategia queda reforzada por dicho alivio inmediato.
- b)Pero producen efectos a medio y a largo plazo, que son los siguientes: no permiten la extinción, ni la habituación a los estímulos condicionados que desencadenan las respuestas de ansiedad. No permiten la desconfirmación de los moduladores cognitivos y esquemas disposicionales, y por tanto, mantienen e incrementan las creencias de miedo. No permiten la reevaluación de recursos eficaces para afrontar la ansiedad, con lo cual se mantiene la creencia en la ineficacia de recursos para afrontar el miedo.

Es decir, mantienen, incrementan y generalizan la respuesta de ansiedad o miedo o evitación. Todo esto aumenta la probabilidad de: pérdida de autoestima, restricción progresiva de los reforzadores positivos, depresión, deterioro de la pareja, incapacidad laboral, problemas familiares y sociales, alcoholismo, deterioro de la salud.

2

El proceso terapéutico

El propósito de este capítulo es presentar un esquema orientativo del proceso terapéutico y de su procedimiento.

El proceso terapéutico se inicia una vez realizada la evaluación inicial, y es el proceso de aprendizaje que realiza el paciente hasta alcanzar las metas terapéuticas establecidas, mediante la aplicación de las competencias pertinentes.

Las metas terapéuticas se pueden agrupar en:

- a) La modificación de las creencias que mantienen el problema. En el caso del trastorno de pánico suelen agruparse en las siguientes: "estas sensaciones son muy peligrosas", "esto se va a extralimitar" y "descontrolar", "no lo podré soportar", "siempre lo tendré". Y en la agorafobia: "no puedo alejarme de aquello que me da seguridad".
- b) La extinción de las respuestas psicofisiológicas condicionadas y de las conductas de evitación y escape.
- c) La realización autónoma de las actividades gratificantes y significativas para el individuo.

En el tratamiento del trastorno de pánico y agorafobia que se expone, el proceso terapéutico sigue la siguiente secuencia:

1. Psicoeducación.
2. Formulación de metas terapéuticas.

3. Adquisición de competencias terapéuticas.

4. Aplicación de las competencias terapéuticas.

No obstante, hay que decir que no todos los pacientes parten del mismo nivel. Así, inicialmente, hay que esperar diferencias individuales en la psicoeducación, en las competencias terapéuticas o en la aplicación de dichas competencias, lo cual indica que hay que adaptar el proceso a cada persona, circunstancias y comorbilidad.

El proceso terapéutico está compuesto por el macroproceso y el microproceso.

El macroproceso comprende las fases desde que el tratamiento se inicia hasta que se termina, y la secuencia citada es "no lineal", más bien se observa un predominio, en el orden citado, de alguna de las fases sobre las otras a lo largo del tratamiento. Así, al principio predomina la psicoeducación para, posteriormente, ir predominando intervenciones centradas en la formulación de metas terapéuticas, adquisición de competencias terapéuticas y, ya en la última fase del tratamiento, predomina más el seguimiento, control y supervisión de la aplicación de competencias.

El microproceso es lo que se hace en las sesiones terapéuticas, y también entre las mismas como "trabajo para casa". Se da también la misma secuencia que en el macroproceso:

a) Psicoeducación.

b) Adquisición de competencias.

c) Aplicación de competencias.

No obstante, hay que decir que todo el proceso va acompañado de la evaluación. Es muy importante entender que evaluación y tratamiento son partes integradas del proceso terapéutico, ya que el tratamiento genera unos datos que hay que ir integrando, y puede ocurrir que los mismos confirmen la

hipótesis inicial o bien la amplíen, o simplemente la contradigan, y por tanto hay que estar realizando continuamente la evaluación, al mismo tiempo que se realiza el tratamiento. Lo veremos con detenimiento en el capítulo dedicado a la evaluación.

2.1. El macroproceso

En el presente epígrafe se describen las fases del macroproceso. En el tratamiento de la agorafobia y trastorno de pánico es importante que el trabajo sea progresivo para que el paciente no sienta amenazadas sus estrategias de evitación y de huida por las exposiciones que en algún momento tendrá que realizar, y de esta manera poder prevenir las resistencias a dichas exposiciones.

Si se procede progresivamente, cuando se inicien las temidas exposiciones, el paciente ya contará con estrategias adecuadas de gestión de la ansiedad que le ayudarán a abandonar las estrategias evitativas que tenía y que mantenían el problema. El proceso tal como aquí se presenta considera dicha progresión. Seguidamente se desarrollan las fases del macroproceso.

2.1.1. Psicoeducación de la génesis y el mantenimiento

Los objetivos de esta fase son conseguir que los pacientes:

1. Entiendan cómo han llegado a tener este problema y lo que el mismo es desde una óptica terapéutica, ya que generalmente no entienden qué les pasa, lo cual da lugar a múltiples interpretaciones sesgadas y dramáticas, que mantienen y aumentan el problema. El entendimiento terapéutico, además de producir un alivio significativo, va a servir para que los pacientes entiendan el tratamiento y colaboren de manera activa en el mismo.
2. Puedan saber que las soluciones aplicadas hasta ahora son el problema. Estas soluciones son, principalmente, la evitación y la huida de la estimulación interoceptiva aversiva y también de aquellas situaciones

que supongan una interferencia o distanciamiento de los estímulos de seguridad.

En este sentido conviene que distingan la evitación y huida funcional de la disfuncional, y también que entiendan que "tratar de evitar lo inevitable" produce el mantenimiento del problema. También es importante que entiendan las ventajas de asumir y permitir la posibilidad de que "algo poco probable" pueda llegar a ocurrir, aunque sea muy adverso o peligroso.

Seguidamente se citan, de manera muy somera, algunos ejemplos que ayuden a entender mejor lo expuesto:

- a) Ejemplo de evitación funcional. Tener que realizar un viaje en coche y tratar de evitar que se produzca un accidente. Para ello, la noche anterior la persona duerme las horas necesarias, evita beber alcohol, realiza una revisión del vehículo y elige ir por una autopista de peaje. Con estas medidas no evita en su totalidad un posible accidente. Es decir, no tiene un control absoluto sobre la posibilidad de tener un accidente y, por tanto, si quiere disfrutar del viaje, tendrá que aceptar la posibilidad de un accidente, aunque haya reducido significativamente las probabilidades de que ocurra, ya que es imposible tener más control, y si pretendiera tener más control, entraría en la evitación disfuncional.
- b) Ejemplo de evitación disfuncional. Ante el mismo viaje, a la persona no le son suficientes las medidas que ha tomado anteriormente y, además, cuando va conduciendo atiende más a todos los movimientos de los coches que a las señales de tráfico, en un intento de ejercer un control absoluto de la posibilidad de tener un accidente. Es una evitación disfuncional porque el nivel de ansiedad que produce, además de sufrimiento, genera desprotección en lugar de protección.
- c) Ejemplo de huida funcional. En el metro el conductor anuncia que se

ha producido una avería y hay que desalojar el vagón por el riesgo que ello supone. En este caso la huida resuelve el problema y por eso decimos que es funcional.

d)Ejemplo de huida disfuncional. En el metro, a la persona se le pasa por la cabeza la posibilidad de sentir una sensación de inestabilidad que le puede llegar a desbordar y, ante los primeros signos de inestabilidad, abandona el metro en la siguiente estación. En este caso la huida genera y mantiene el problema de la agorafobia.

3.Puedan ser más conscientes de los pensamientos automáticos provenientes de las creencias siguientes: "no sé lo que es, pero esto es muy peligroso", "se va a extralimitar", "no lo soportaré", "siempre va a estar"...

4.Que entiendan la importancia de no huir antes de que llegue la calma. Por ejemplo: una persona se está exponiendo a ir en metro y por tanto aparecen sensaciones como taquicardia, inestabilidad, sequedad de boca, respiración agitada. Permanece así un tiempo, y como las sensaciones no se van, termina saliendo del metro antes de que bajen dichas sensaciones; al salir del metro, la persona se alivia y tranquiliza porque salió, y no porque llegó la calma en el metro, y por tanto no se produce la extinción de la respuesta condicionada de ansiedad.

La experiencia demuestra que no es suficiente con explicar simplemente a los pacientes lo que les está pasando, sino que es imprescindible lograr y comprobar el entendimiento, acuerdo y recuerdo de las explicaciones, y en esta tarea tiene mucha responsabilidad el terapeuta, no sólo los pacientes.

Por ello, el terapeuta deberá poner los medios para que se den, y también comprobar que se han dado, el entendimiento, el acuerdo y el recuerdo terapéutico. En las explicaciones que se den a los pacientes se hará hincapié en el carácter de hipótesis sujeta a comprobación y no de "algo que hay que creer porque lo dice el terapeuta", ya que esta actitud no admitiría ni cuestionamiento ni comprobación.

- Procedimientos para conseguir los propósitos anteriormente citados

Se proponen los siguientes: lecturas informativas, entrevista psicoeducativa, hipnosis. No se trata de aplicarlos todos, sino de elegir el que resulte pertinente, o bien aplicarlos de manera combinada dependiendo de la persona y circunstancias. Por ahora se hará referencia de pasada a dichos procedimientos, realizando una exposición más detallada de los mismos en el capítulo dedicado a las competencias del paciente:

- 1.Lecturas informativas. Son un tipo de lecturas que explican de manera terapéutica, asequible y general lo que es este trastorno, su génesis, su mantenimiento y la lógica de su tratamiento, todo ello con una actitud positiva y optimista que aliente y motive a los pacientes. Pueden ser determinados libros o capítulos que el terapeuta conozca y reúnan las condiciones citadas, o también puede ser una guía elaborada por el terapeuta.
- 2.Entrevista psicoeducativa. Basándose en la experiencia del paciente y en los datos que nos ha proporcionado en la evaluación inicial, se les explica la hipótesis elaborada sobre la adquisición y mantenimiento del problema, junto a una propuesta de tratamiento. Esta entrevista ofrece una oportunidad para contrastar la consistencia de la información aportada por el paciente en la evaluación inicial. En este sentido puede ocurrir que los pacientes:
 - a)Estén de acuerdo con los datos que el terapeuta les devuelve.
 - b)Estén en desacuerdo con los datos.
 - c)Maten o modulen los datos.
 - d)Aporten nuevos datos o problemas, los cuales pueden ser contradictorios o coherentes con la hipótesis del caso.

Es importante que los pacientes se lleven esta sesión grabada o al menos con notas tomadas por ellos, para que así puedan leerla en casa

y asimilar y recordar la información recibida, incluso hacer correcciones o reflexiones. En el anexo se ofrece un esquema de la misma junto apoyado por ejemplos clínicos.

3.Hipnosis. Este procedimiento es pertinente en esta fase, ya que suelen ser frecuentes las resistencias para el acuerdo y el recuerdo de la explicación terapéutica y la hipnosis elimina dichas resistencias. Además puede facilitar en gran medida el trabajo de entendimiento terapéutico. Se puede complementar de manera sinérgica con la entrevista educativa o las lecturas informativas, y puede ir a continuación de éstas. Así se va a lograr un mayor acuerdo; incluso puede ocurrir que en algunos casos, no pocos, sea suficiente como tratamiento. Como el tema de la hipnosis es extenso y requiere una formación específica, rebasa los objetivos de este libro y por ello no se abordará en el mismo.

2.1.2. Establecimiento de metas terapéuticas

A) Propósitos

- 1.Dar dirección al tratamiento, ya que si no se sabemos dónde nos dirigimos, lo más probable es que nos perdamos.
- 2.Ajustar las expectativas poco realistas que en muchas ocasiones los pacientes traen. Es muy frecuente que los pacientes esperen resultados inalcanzables, en un tiempo generalmente mucho más breve del que suele necesitarse y con procedimientos que dependen mucho más del terapeuta que de ellos.

En este sentido, tener formuladas y acordadas las metas terapéuticas ayuda a que no se produzca la frustración del paciente ante unos resultados realistas.

- 3.Ayudar a que el terapeuta sepa si tiene la competencia necesaria para llevar al cliente a esas metas o debería derivarle.

4.Observar el progreso y la evolución del tratamiento.

5.Dar una filosofía positiva a la terapia, centrándola en la consecución de metas de refuerzo positivo y no de refuerzo negativo, como sería, por ejemplo, "acabar" con la ansiedad. Generalmente, la demanda de los pacientes y todos sus esfuerzos están orientados en "acabar" con la ansiedad. Así, los pacientes terminan por no saber ni sentir lo que quieren. Por tanto, la formulación de las metas terapéuticas debe incluir lo que los pacientes quieren y no lo que no quieren.

B) Condiciones de las metas terapéuticas

1.Valores. Los valores constituyen lo que es importante para las personas y también aquello que quieren en la vida. Los valores son una guía vital, y cuando se actúa de acuerdo con ellos se experimenta un sentimiento de coherencia interna.

Las personas que padecen agorafobia, con mucha frecuencia, padecen sentimientos de incoherencia interna cuando ponen la evitación y la huida de la ansiedad por encima de sus valores, e incluso puede llegar a producirse la pérdida de contacto con los propios valores. Pongamos el ejemplo de alguien que, por una parte siente que quiere y tiene que ver y despedirse de un familiar muy querido que tiene una enfermedad terminal y le queda muy poco tiempo de vida, y para ello tiene que viajar en avión; guiándose por el miedo, evita realizar el viaje.

Las metas deben basarse en valores y estar acordes con los mismos: qué quiere, qué valora, qué es lo importante para el paciente en las diversas áreas de su vida, y distinguirlo de aquello que es lo familiar pero al mismo tiempo su trampa. Probablemente hay que esperar que el paciente no sepa lo que quiere, sino lo que no quiere, y la conciencia que tiene de lo que quiere es solamente la de estar protegido.

Se observa en la supervisión de terapeutas que muchos,

inadvertidamente, orientan al paciente hacia aquellas metas en las que los terapeutas se sienten cómodos, manejan mejor o concuerdan con sus valores. En el proceso terapéutico que se está exponiendo se considera que es el propio paciente quien deberá decidir responsabilizarse de sus decisiones y el terapeuta, por su parte, decidirá si colabora o no. Es importante y va a marcar una gran diferencia que el paciente participe y sienta que las metas terapéuticas son las propias y no las del terapeuta, aunque éste le ayude a formularlas.

2.Responsabilidad. El paciente deberá responsabilizarse de sus metas; es pertinente el siguiente lema: "si tú no lo haces, no esperes que alguien lo haga por ti".

C) Procedimiento para el establecimiento de metas terapéuticas

Por todo lo que se está y seguirá exponiendo sobre las metas terapéuticas se desprende que es fundamental dedicar el suficiente tiempo a la intervención centrada en su formulación y establecimiento.

Básicamente, la formulación de metas terapéuticas conlleva dos tipos de trabajo:

1.Intervención centrada en la parte evitativa. Un error frecuente es formular las metas terapéuticas directivamente y prematuramente, sin considerar ni trabajar suficientemente con la parte evitativa, prescribiendo al paciente lo que tiene (y no tiene) que hacer para resolver su problema, sin haber reconocido, legitimado y validado suficientemente su parte evitativa.

En la medida que una parte consciente y lógica está de acuerdo en exponerse a lo temido y dirigirse hacia lo que valora, hay que esperar que otra parte, la evitativa, boicotee clandestinamente los intentos de la parte que decide exponerse e "ir a por lo que quiere". Por ello es fundamental poner las condiciones necesarias para que la parte evitativa pueda reconocerse, aceptarse, expresarse e integrarse con la

parte que se va a exponer. Hay que asumir y explicar que va a haber una "sombra evitativa" que no hay que temer ni negar, sino aceptar.

Suelen ser útiles los procedimientos terapéuticos "centrados en el cliente", el trabajo gestáltico con sillas, donde en una silla se sienta la parte que está de acuerdo con exponerse a lo deseado (aunque temido) y en la otra silla se sienta la parte evitativa. Por ejemplo, la parte evitativa, la del "no puedo", podría argumentar: "pero y si al meterme en el metro me mareo o me descontrolo". "No me compensa, me creo un problema peor", "además, no puedo físicamente, me es imposible, las sensaciones me desbordarían y no las podría soportar, me resultaría imposible". "prefiero estar así de limitado".

Así, en la medida que la parte evitativa se va expresando, se le da el mismo valor que a la que debería exponerse. No se la juzga, solo se la observa y se la valida, ya que tiene un propósito común con la parte que se quiere exponer: el bienestar del paciente, y este propósito común hay que utilizarlo como "palanca terapéutica" para integrar ambas y lograr un acuerdo y colaboración entre ellas, ya que lo que pasa es que las partes citadas están de acuerdo en el propósito general de conseguir ser feliz, pero en desacuerdo en los medios para lograrlo. Son medios incompatibles, pero no tienen más remedio que llegar a integrarse y trabajar juntas si es que quieren resolver el problema, y en la medida que lo hagan se podrán formular los objetivos terapéuticos con la garantía suficiente.

Otro aspecto que también conviene valorar es el precio de las metas. Realizar un balance del beneficio y el coste de las metas propuestas. ¿Trabajar por las metas formuladas merece pagar el precio estimado o es demasiado caro? Es importante anticipar el coste y no que por un excesivo optimismo por parte del terapeuta y del paciente nos embarquemos en unas expectativas que luego no se cumplen, con la subsiguiente frustración. Establecer los costes emocionales, cognitivos y conductuales y de pérdida de gratificaciones, etc. Hay que evaluar los costes y beneficios tanto inmediatos como a corto y a largo plazo.

Cuando el paciente no identifica ningún beneficio es una señal de poca motivación, responsabilidad o participación en la terapia... o bien que lo hace para otras personas.

2. Intervención centrada en la formulación de metas. Una vez que ya se ha reconocido, validado e integrado la parte evitativa, la intervención se centrará en la formulación de las metas.

Seguidamente transcribimos un ejemplo clínico para que el lector pueda ver cómo se realiza esto.

Terapeuta: "Si tuvieras la plena seguridad de que, hicieras lo que hicieras, no ibas a notar ninguna de las sensaciones desagradables e insoportables que temes, y que además lo que harías so lamente tendría consecuencias buenas, cómodas y queridas para ti y los demás, ¿qué harías que no estás haciendo ahora en tu vida?. Y todo ello en un año, pero también en la próxima semana, incluso hoy. ¿Qué harías hoy, por ejemplo?".

Hay que esperar diversas reacciones del paciente ante esta intervención, desde verlo como algo imposible, por ejemplo: "yo nunca conseguiré lo que quiero", o desconectarse, o reaccionar emocionalmente. En cualquier caso hay que persistir en ello y ayudar al paciente a definir operativamente aquello que haría.

Las metas hay que definir las. Es decir, especificarlas en términos operativos y de conducta. Qué va a hacer el paciente, dónde, cómo, cuándo, con quién... Establecerlas en términos de frecuencia, duración e intensidad. Por ejemplo, en el caso de la exposición, la frecuencia podría ser el número de veces en la semana; la intensidad podría establecerse en una escala, y la duración, hasta que la ansiedad baje y después quedarse un determinado tiempo ahí ("me mantendré en el cine sintiendo sudoración y taquicardia, hasta que me calme, y luego ya calmado seguiré en el mismo lugar durante diez minutos más..., y lo repetiré hasta que no sienta incomodidad e incluso sienta agrado"). Decir también que las metas no deben ser excesivas de modo

que abrumen al paciente.

D) Establecimiento de la línea base

También es importante hacer la línea base respecto de las metas. Es decir, donde se encuentra el paciente en el momento de iniciar la terapia. No importa que su punto de partida sea muy limitado, lo realmente importante es ser muy positivo y no centrarse en lo que le falta sino en lo que sirve de partida, y en lo que va alcanzando.

Para ello habrá que hacer la línea base prescribiendo al paciente que trate de alcanzar las metas formuladas hasta donde le resulte tolerable, indicándole que cuando sienta una ansiedad tolerable lo deje.

Las metas deben adquirirse gradualmente, ya que no proceder gradualmente puede ser muy abrumador y lograr el efecto contrario. Esto se logra dividiendo las metas en submetas que resulten alcanzables para el paciente.

Para facilitar la formulación propiamente dicha de las metas terapéuticas, puede ser útil una gran variedad de procedimientos como: reestructuración cognitiva, información sobre la no peligrosidad de las exposiciones, información sobre el proceso de habituación y extinción, desarrollo de la autoeficacia, reflexión sobre los motivos de la exposición.

Es fundamental facilitar un clima de plena libertad y no crear amenazas a la expresión de la parte evitativa, sobre todo al principio, unir facilidad y placer en el trabajo terapéutico, posteriormente introducir la visualización de las exposiciones con refuerzo positivo.

2.1.3. Adquisición de competencias terapéuticas

Las competencias terapéuticas son las habilidades que el paciente tiene que aprender y aplicar para resolver su problema de agorafobia o pánico.

Se asume que el paciente tiene agorafobia o trastorno de pánico porque no

sabe que tiene que exponerse, o no sabe a qué exponerse, ni cuándo, ni durante cuánto tiempo. Tampoco sabe cómo gestionar los pensamientos disfuncionales, ni tampoco que estos pensamientos disfuncionales producen y mantienen el problema. Pero aunque lo sepa (lo cual se supone que ya ha ocurrido en la fase psicoeducativa centrada en la génesis y el mantenimiento del problema), ¿qué hace ante eso que ya sabe? Tiene que aprender las competencias, ya que con la teoría no le serviría. Es como si a alguien le explican la teoría sobre cómo se conduce un automóvil pero nunca ha conducido. Necesita ensayar las competencias, y necesita un instructor que le enseñe, supervise, motive, apoye, y un entorno seguro donde poder aprenderlas sin la presión de lo ineludible. Todo esto enfatiza el carácter fundamental de las competencias como algo aplicable y no como simple información.

En cuanto a los criterios de selección de las competencias terapéuticas, de nuevo nos guiaremos por el entendimiento, acuerdo y recuerdo. Aunque propuestas por el terapeuta, el paciente debe sentir que también elige y tiene la última palabra en la selección de las competencias que aprenderá.

Las competencias terapéuticas deberán:

- Ser aplicables eficientemente y específicamente a los factores de génesis y mantenimiento de la agorafobia y trastorno de pánico y comorbilidad.
- Desarrollar la autoeficacia del paciente.
- Tener suficiente respaldo científico.
- Ser de aplicación factible y práctica.
- No generar problemas ni responsabilidades adicionales al cliente ni a otras personas significativas.

En el tratamiento del trastorno de pánico y agorafobia que se expone en este texto básicamente se emplean las siguientes:

- Entrenamiento autógeno aplicado.
- Gestión de creencias.
- Hipnosis.
- Autoobservación consciente y autorregistro.
- Visualización de metas.
- Procesamiento cognitivo positivo.
- Afirmaciones de autoeficacia.
- Exposición en imaginación.
- Autoinstrucciones de afrontamiento.
- Exposición en vivo con escape.
- Mindfulness.
- Exposición en vivo sin escape y entrenamiento atencional.

Las veremos con más detenimiento en el capítulo correspondiente.

Como ya se indicó, para que las competencias sean aplicables es necesario el aprendizaje de las mismas. No es suficiente con la psicoeducación y con la prescripción, y este aprendizaje es el que tiene lugar en el microproceso.

2.2. El microproceso

Recordemos que el microproceso es lo que se hace en las sesiones terapéuticas. Es decir, el proceso que transcurre desde el inicio hasta el final de las sesiones. Lo más frecuente es que esté orientado hacia el aprendizaje y la aplicación de las competencias terapéuticas.

Recordemos también que el microproceso tiene elementos comunes al macroproceso, como son la psicoeducación, el aprendizaje y la aplicación de dichas competencias.

Las competencias terapéuticas es lo que el paciente tiene que hacer para modificar los factores cognitivos y comportamentales que están manteniendo su problema. A continuación se ejemplifica la presentación del concepto de competencias al paciente:

Terapeuta: "Piensa en algo que sepas hacer".

Paciente: "¿Sirve conducir?".

Terapeuta: "Sí, estupendo. ¿Crees que habrías conseguido conducir como lo haces actualmente si solamente te hubiera dicho el profesor de la autoescuela cómo se conduce?".

Paciente: "No claro, así nunca habría llegado a conducir como lo hago".

Terapeuta: "Fue necesario que practicases".

Paciente: "Sí, claro".

Terapeuta: "Me pregunto qué habría pasado si hubieras empezado a practicar desde el primer momento en una autovía en una hora punta".

Paciente: "Habría sido imposible", "no hubiera podido hacerlo".

Terapeuta: "Es decir, que necesitaste empezar a practicar en un contexto protegido y con el profesor, hasta que aprendiste a conducir. Y ya luego gradualmente fuiste conduciendo cada vez por lugares más difíciles".

Paciente: "Sí, así fue".

Terapeuta: "Pues podemos decir que tú ya has aprendido la competencia de conducir. De una manera parecida irás aprendiendo las competencias que necesitas para superar y resolver el problema de agorafobia. Primero yo te las presentaré, luego las ensayarás y te iré corrigiendo y ayudando, y luego gradualmente irás aplicándolas. Como cuando aprendiste a conducir. ¿De acuerdo?".

"Y ahora, también te voy a contar la metáfora de los dos músicos. El objetivo de estos dos músicos es lograr buenas actuaciones. Uno de ellos cree que lo mejor que puede hacer para lograr buenas actuaciones es actuar muchas veces. Cree que cuantas más veces actúe, las actuaciones tendrán más calidad, y de esta manera prescinde de los ensayos, no ensaya, se limita sólo a actuar el máximo de veces.

Cuando tiene un fallo en las actuaciones, como no puede parar y retroceder hasta el lugar de la partitura en el que falló, y el público espera la actuación, no le queda más remedio que continuar. Este músico no tiene un espacio protegido para practicar sin las presiones del público, para volver a repetir lo que no sale hasta que logra la competencia necesaria para que salga, etc.

Lo que va ocurriendo es que cada vez se va sintiendo peor y más torpe en las actuaciones, y no entiende por qué es así, con todo lo que actúa, y así empieza incluso a creer que es un incompetente.

El otro músico, sin embargo, valora mucho los ensayos y cree que para lograr una buena actuación es fundamental ensayar las suficientes veces como para conocer sus errores, y superarlos en el ambiente protegido del ensayo. Así ensaya las veces que haga falta hasta lograr un buen aprendizaje de la ejecución. Y sólo ensaya sin actuar.

Sin embargo los dos tienen un peligro. El peligro del primer músico es el de limitarse a las actuaciones, y el del segundo, limitarse a los ensayos. Es necesario ensayar y actuar. Algo así es lo que

haremos, ensayar las competencias y aplicarlas a la vida cotidiana, a los problemas para conseguir llevar la vida que tú valoras y quieres".

Seguidamente se le relaciona al paciente las competencias a aprender con la hipótesis de la génesis y mantenimiento de su problema y con las metas terapéuticas formuladas.

Ejemplo con la competencia del entrenamiento autógeno:

Terapeuta: "Hemos visto que en ocasiones las sensaciones físicas que experimentas son tan intensas que crees que te van a desbordar. Esto se debe, en parte y como ya te expliqué, a la activación de la rama simpática de tu sistema nervioso autónomo. También te recuerdo que está la rama parasimpática que contrarresta la activación intensa y sirve para volver a la calma.

Aunque esto se produce de manera natural, sabemos que podemos intensificar la actividad parasimpática de diversas maneras, lo cual te ayudará a vivir mejor y a realizar lo que quieres más fácilmente. ¿Te gustaría aprender cómo hacerlo?"

Paciente: "Desde luego, eso me ayudaría mucho".

Ahora el terapeuta presenta la competencia del entrenamiento autógeno. Una vez logrado el acuerdo, el terapeuta continúa exponiendo los elementos de la competencia.

- Exposición de los elementos de la competencia

Sigamos con el ejemplo anterior, el entrenamiento autógeno.

Terapeuta: "Se llama entrenamiento autógeno, pero el nombre es lo de menos, sólo lo utilizaremos como referencia, también lo podemos llamar activación parasimpática, vuelta a la calma u otro nombre que quieras siempre que nos sirva para designar los elementos que te voy a presentar y que componen esta competencia.

Los elementos son: la postura y la concentración pasiva en las sensaciones de contacto, peso, calor y respiración libre."

En la presentación, siempre que se necesite, cabe la posibilidad de que el terapeuta modele los elementos presentados. Por ejemplo, la postura, al tiempo que explica la importancia de la misma y va verbalizando la concentración pasiva en las sensaciones.

Terapeuta (modelando la postura): "Mira préstame atención, primero lo voy a hacer yo, me siento en este sillón y procuro que mi cuerpo esté apoyado al máximo, con los brazos apoyados en los reposabrazos, las piernas sin cruzar y los ojos cerrados".

(Modelando la concentración pasiva.) "Y una vez que me siento cómodo en la postura, dirijo mi atención a las sensaciones de contacto de mi brazo derecho con el reposabrazos... No obstante, ahora me doy cuenta de que al mismo tiempo vienen a mi mente un montón de pensamientos e imágenes de problemas pendientes, temores, etc., que parecen distraerme de mi atención a las sensaciones de contacto... y me digo a mí mismo: 'no importa, las voy a dejar que estén ahí, sólo voy a volver una y otra vez de manera muy suave a sentir las sensaciones de contacto de mi brazo derecho, aunque sea muy levemente, aunque predominen las otras preocupaciones, no importa, las permito'. Y en el momento en el que capte la más leve sensación de contacto me digo a mí mismo para mis adentros: 'siento el contacto de mi brazo'..."

Es fundamental ir comprobando el entendimiento y acuerdo del paciente, mediante preguntas del tipo % Queda claro hasta aquí?, ¿alguna duda?". Las comprobaciones también sirven para alentar que el paciente pregunte.

Seguidamente, el paciente ensaya los elementos que componen la competencia y el terapeuta le va dando feedback de su ejecución. Es muy importante que el terapeuta muestre comprensión, paciencia, empatía, consideración, respeto y no presione al paciente para el aprendizaje; que reconozca cualquier pequeño avance e invite a la repetición progresiva hasta

que el paciente logre realizar la competencia.

Se pueden utilizar diversas técnicas, solas o combinadas, como por ejemplo el roleplaying, la visualización, siempre acompañadas de feedback y de refuerzo verbal positivo por parte del terapeuta.

También es importante señalar que el paciente debe llegar a ejecutar las competencias con la máxima precisión y soltura. Hay que asegurarse de esto, porque luego en la aplicación de las mismas suele bajar el rendimiento.

También indicar que no debe abrumarse al paciente con competencias, sino proceder gradualmente y de manera cómoda, que no se sienta saturado. Una determinada competencia puede necesitar varias sesiones, por tanto, no debe entenderse que en cada sesión se debe aprender una competencia.

Por último se prescribirá el ensayo o la aplicación de la competencia.

Con la prescripción se trata de realizar en casa la práctica necesaria de la competencia, o bien, si ésta ya se ha aprendido, realizar la aplicación gradual de la misma. Como ya se ha expuesto anteriormente, en el aprendizaje de las competencias se prescribe el ensayo hasta que se adquiere la competencia, y una vez suficientemente aprendida se prescribe la aplicación gradual de la misma. Dada la importancia de esta fase, se expone un ejemplo de la misma.

Terapeuta: "Veo que has entendido muy bien los pasos de la postura y del ejercicio del peso del entrenamiento autógeno, y que aquí los realizas correctamente. ¿Es así?, ¿estás de acuerdo? Sin embargo, ahora que ya sabes cómo hacerlo, es necesario que ensayes todavía más para que luego, en la aplicación, obtengas los resultados deseados. Para ello te propongo que los realices en casa todos los días, al menos quince minutos (el terapeuta concreta la frecuencia y la duración de la práctica). ¿Crees que tendrás tiempo para esta práctica?

Paciente: "Supongo que sí" (lo expresa de manera vaga y poco convincente).

Terapeuta (no da por cerrado el asunto e insiste anticipando posibles impedimentos, pero sobre todo insiste para ayudar al paciente a reconsiderar la pregunta y la respuesta a la misma): "Imagina que no tuvieras ganas de ensayar porque estuvieras cansado, o que considerases que esta competencia no tiene ninguna utilidad... ¿Ensayarías?".

Paciente (mostrando desinterés): "La verdad, no lo sé".

Terapeuta (al ser un tema importante continúa interviniendo): "Suponte que yo, para evitarte todas las molestias y dificultades que pueda, te digo que no hagas nada en casa, que no ensayes nada... Crees que podrías ponerte alguna vez bien así?"

Paciente: "No me parecería bien. Así estoy seguro de que nunca me pondría bien".

Terapeuta: "Entonces para facilitarte la práctica te recomiendo que lo anotes en este registro de prácticas que te voy a enseñar ahora".

Ejemplo de prescripción de la aplicación.

Terapeuta: "Bueno, ya veo que has ensayado en casa y tienes un buen dominio de los ejercicios de peso del entrenamiento autógeno. De modo que ahora, igual que cuando aprendiste a conducir, vamos a salir a la carretera, pero lo vamos a hacer gradualmente". La aplicación tiene que ir en la dirección de las metas terapéuticas establecidas. Supongamos que una de esas metas es poder ir a buscar a sus hijos al colegio, en una paciente que no puede alejarse de su casa sola más de una manzana. Ésa es su línea base.

Terapeuta: "De modo que ahora se trataría de caminar tú sola en la dirección del colegio de tus hijos hasta que empieces a sentir un nivel tolerable de ansiedad o de sensaciones temidas, y ahora cuentas con algo que no contabas antes que es el entrenamiento autógeno. Y eso es lo que tendrás que aplicar cuando empieces a notar la ansiedad. Lo aplicarás en este caso estando de pie, como ya hemos ensayado antes.

Pero antes vamos a visualizarlo, vamos a imaginar que lo realizas, y permite que acudan todas las ideas derrotistas, los miedos, etc., junto a las ganas de hacerlo y me lo vas diciendo en voz alta".

(Aquí el terapeuta pretende que el paciente visualice su ejecución, y poder hacerle consciente y ayudarle, mediante autoinstrucciones, a afrontar los impedimentos que le vayan surgiendo.)

Paciente: "Pues imagino que... uf, sólo de pensar que tengo que alejarme de casa me pongo mala..., no sé si podré hacerlo".

Terapeuta (escribiendo en una tarjeta u hoja de papel): "Piensa que ahora tienes una competencia que antes no tenías, el entrenamiento autógeno. ¿Estás de acuerdo?".

Paciente: "Sí, pero y si no me funciona, es que no me fío".

Terapeuta: "Precisamente por eso es necesario probarlo, para que te puedas fiar, cada vez más, de las competencias que vas aprendiendo. Vamos a proceder muy gradualmente y siempre dentro de tus posibilidades, pero piensa que para llegar a donde quieres vas a sentir ansiedad y necesitamos que dé la cara para poder aplicar nuestra medicina. ¿De acuerdo?".

Paciente: "Sí, está claro".

Una vez logrado el acuerdo del paciente con las autoinstrucciones, va a realizar una visualización con las autoinstrucciones generadas que apuntó en la hoja: "Ahora cuento con el entrenamiento autógeno" y "necesito probarlo", "es necesario que dé la cara la ansiedad para aplicar la medicina".

Terapeuta: "Entonces, cierra los ojos e imagina que estás viendo una película en la que tú eres la protagonista. Trata de imaginar lo que sentirías recogiendo a tus hijos en el colegio tu sola, día tras día."... Y ahora retrocede hasta llegar al punto del que no puedes pasar, es decir, la manzana de tu casa... Bien, sitúate en ese punto y

recuérdate tu objetivo. ¿Cuál es tu objetivo?".

Paciente: "Buscar a mis hijos yo sola".

Terapeuta: "Para qué quieres lograr eso".

Paciente (visiblemente emocionada): "Para ser más feliz...".

Terapeuta: "Pues imagínate que te diriges al colegio de tus hijos tu sola y empiezas a sentir ansiedad. A los primeros signos de ansiedad, te paras y empiezas a hablarte a ti misma, para tus adentros, como si fueras tu mejor amiga, o la madre o el padre ideal, esos que a todos nos habría gustado tener en los momentos difíciles. Y te diriges a ti misma por tu nombre, y te dices, venga ahora tienes el entrenamiento autógeno, Pruébalo, esta ansiedad, no es peligrosa y tienes una buena oportunidad, ¡adelante!.....

La paciente realiza el ensayo bajo la supervisión del terapeuta, corrigiéndolo hasta que siente la posibilidad de que le va a funcionar. Llegados a este punto, el terapeuta prescribe la competencia y sugiere que el paciente anote la ejecución de la misma, añadiendo cualquier imprevisto que pudiera ocurrir, y enfatizando que debe pararse al experimentar signos de ansiedad tolerable.

Es fundamental, en la siguiente sesión, realizar la revisión de la prescripción del ensayo o de la aplicación de la competencia.

La revisión de la prescripción del ensayo es la revisión del ensayo que el paciente ha realizado tranquilamente en un ambiente protegido, generalmente en casa. Es importante revisar dicho ensayo y realizar las correcciones y prescripciones pertinentes hasta que comprobemos que el paciente ya ha adquirido la competencia y podemos pasar a prescribir la aplicación de la misma.

Revisando la aplicación de la competencia podremos saber lo que ha hecho el paciente y cómo lo ha hecho, qué dificultades ha tenido, qué aciertos

ha tenido, etc. Por la importancia que tiene esta fase, se sugiere dedicarle el suficiente tiempo e intervención, ya que puede marcar una diferencia importante en los resultados terapéuticos.

La revisión de la aplicación de la competencia tiene sus dificultades, por lo cual la veremos en un ejemplo:

Terapeuta: "Hola (añadiendo el nombre de la paciente). ¿Qué tal ha ido la aplicación de la competencia que acordaste intentar en la última sesión?".

Paciente: "Uf. Regular solo, no creas que me ha sido fácil, lo he intentado, de verdad, pero es que según llegaba a la primera rotonda, que no es nada, está nada más salir de mi casa... ¡ya me vino la ansiedad! Me puse fatal..., una taquicardia..., sudaba, estaba rígida..., fatal".

Terapeuta (de manera encubierta): "Por lo que me dice, parece que realiza un procesamiento negativo ante la experiencia de ansiedad, y no sé si se quedó o se fue". (De modo que el terapeuta decide evaluar estos aspectos comenzando por la conducta de evitación.) "Ya entiendo, ¿y qué hiciste?".

Seguidamente, de manera didáctica, se pondrán dos posibles tipos de respuestas muy frecuentes ante la situación anterior, ejemplificadas como paciente a) y paciente b):

Paciente a): "Me di la vuelta hacia mi casa".

Terapeuta (empatizando): "¿Te fue difícil quedarte?".

Paciente: "Sí, lo vi imposible, tuve mucho miedo, me sentí morir...".

Terapeuta (de manera encubierta): "¿habrá sido demasiado fuerte esta exposición?", "¿no habrá entendido correctamente las

instrucciones de que tenía que quedarse y no seguir más cuando notase una ansiedad todavía tolerable?", "¿no habrá podido realizar las autoinstrucciones?", "o no le han funcionado?".

Son posibilidades que hay que evaluar y volver de nuevo, durante el tiempo que haga falta, hasta que queden resueltas en la aplicación.

Paciente b): "Me quedé".

Terapeuta (evalúa la aplicación): "¿Notaste ansiedad cuando decidiste quedarte?".

Paciente: "Sí".

Terapeuta: "¿Cómo era tu ansiedad cuando te quedaste?"

Paciente: "Era desagradable pero soportable".

Terapeuta: "¿Tuviste que afrontar algún pensamiento automático de ansiedad?".

Paciente: "Sí, me vino ¿y si no puedes?".

Terapeuta: "¿Aplicaste las autoinstrucciones que tenías escritas?".

Hasta aquí se ha expuesto el microproceso. Seguidamente se expone el proceso integrado en el programa de tratamiento.

2.3. El programa de tratamiento integrado en el proceso terapéutico

Para orientación del lector se presenta el esquema del programa de tratamiento, integrándolo en el proceso terapéutico. Dicho esquema está compuesto por niveles progresivos e integrados, de modo que cada nivel, en cada caso particular, puede llevar un número diferente de sesiones.

Para una información más detallada del contenido del esquema presentado se remite al lector al capítulo de competencias terapéuticas.

1.er nivel

Acogida y psicoeducación.

2. 0 nivel

1. Formulación y establecimiento de metas terapéuticas.

2. Establecimiento de la línea base: 1.0 nivel.

3. Entrenamiento autógeno 1: sensaciones de contacto.

3.er nivel

1. Línea base (2.º nivel).

2. Entrenamiento autógeno 2: sensaciones de peso.

3. Reinterpretación de síntomas.

4 nivel

1. Línea base (3.er nivel).

2. Entrenamiento autógeno 3: sensaciones de calor.

3. Autoeficacia 1.

5.º nivel

1. Línea base (4.º nivel).

2. Autógeno 4: respiración.

3. Visualización de metas.

6. 0 nivel

1.Línea base (5.º nivel).

2.Visualización de metas con autoinstrucciones de afrontamiento.

7. º nivel

1.Línea base (6.º nivel).

2.Exposición interoceptiva en consulta sin prevención de respuesta. (1.e7 nivel).

8. 0 nivel

1.Línea base (7.º nivel).

2.Inoculación de estrés ante las exposiciones.

3.Exposición interoceptiva (2.º nivel).

4.Exposición en vivo con prevención de respuesta y concentración positiva. (1.e1 nivel).

9 º nivel

1.Línea base (8.º nivel).

2.Mindfulness y visualización de "lo máximo de lo peor" con prevención de respuesta.

3.Exposición interoceptiva (3.e1 nivel).

4.Exposición en vivo con prevención de respuesta, concentración positiva (1.e7 nivel).

10. 0 nivel

1.Generalización y aplicación global de competencias.

]].' nivel

1.Evaluación final.

2.Seguimiento.

3

La comunicación terapéutica

¿Por qué un capítulo sobre la comunicación terapéutica? Fundamentalmente por tres motivos:

1. En el contexto terapéutico, la comunicación es el vehículo que permite realizar el tratamiento. Lo mismo puede decirse de otras actividades profesionales, principalmente las de ayuda o asistenciales (médicos, abogados, profesores, etc.). Incluso podría señalarse su gran importancia afirmando que:

a) En cualquier relación es imposible no comunicarse.

b) No hay nada que se pueda realizar sin comunicarse.

2. En cuanto a la comunicación en el contexto terapéutico o comunicación terapéutica, se puede afirmar que la eficiencia del tratamiento va a depender en una medida altamente significativa de la eficiencia de la comunicación establecida. En psicoterapia se puede saber muy bien la teoría, se pueden saber muy bien las técnicas, pero esto no es suficiente, ya que su aplicación eficaz depende en gran medida de que la comunicación sea terapéutica. No obstante, también hay que decir que sin la aplicación de las técnicas pertinentes la comunicación terapéutica no sería suficiente.

3. De lo anterior se desprende que puede haber una comunicación que facilite la consecución de las metas terapéuticas y otra comunicación que no lo haga, o incluso que sea nociva y empeore los problemas de los pacientes. La comunicación terapéutica puede considerarse como un factor determinante del éxito terapéutico por lo siguiente: en primer

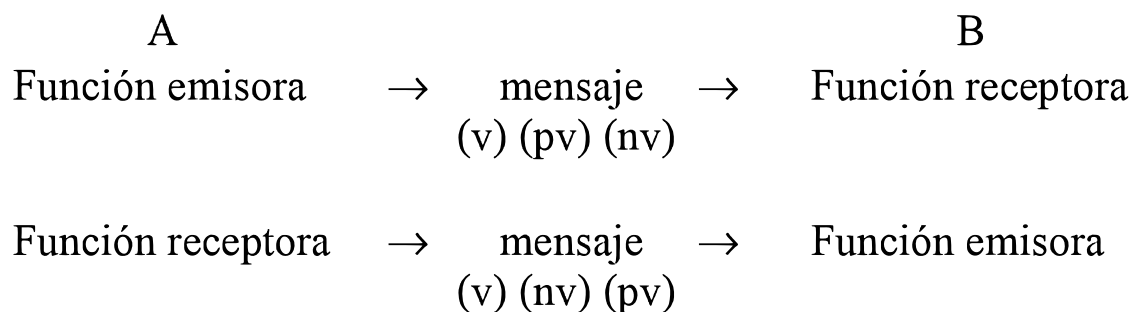
lugar, la terapia se lleva a cabo, en una gran proporción, a través de una relación interpersonal entre el terapeuta y el paciente. En segundo lugar, la parte de terapia que el paciente realiza sin el terapeuta está determinada significativamente por lo que ocurre en la relación terapéutica.

En el presente capítulo se darán unas orientaciones sobre la comunicación terapéutica aplicada al tratamiento de la agorafobia y el trastorno de pánico. Así, el capítulo se estructura en los siguientes apartados: la comunicación terapéutica, la situación terapéutica, las actitudes y habilidades implícitas en la comunicación terapéutica, las tendencias y los estilos que cabe esperar de los pacientes en general y, por último, un listado de diversas situaciones frecuentes en el tratamiento.

Finalmente, es preciso señalar que no se trata de copiar estilos. Cada terapeuta deberá interpretar las situaciones adecuadamente y adaptar hábilmente su respuesta terapéutica interpersonal preguntándose: "Para ayudar a esta persona en particular, ¿qué mensaje, explícito e implícito, me está transmitiendo? ¿Qué tendría que decir y cuánto? ¿Cuándo tendría que decirlo? ¿Cómo tendría que decirlo?".

3.1. ¿Qué es la comunicación terapéutica?

La comunicación humana se puede considerar como un proceso donde unas personas contactan para unos determinados propósitos mediante el intercambio de mensajes verbales, paraverbales y no verbales. Esto se puede ver en la siguiente figura.



Las partes interlocutoras están representadas por A y B.

Se consideran, principalmente, tres modalidades de mensaje: verbal (lo que se dice con las palabras), paraverbal (lo que se dice con el tono, volumen, silencios), no verbal (lo que se dice con el cuerpo: mirada, gestos, proximidad, contacto físico, etc.). Cada mensaje está compuesto por las tres modalidades indicadas y éstas pueden ser coherentes o pueden ser contradictorias. Los mensajes coherentes tienden a ser creíbles mientras que los contradictorios no.

Ambas partes tienen dos funciones complementarias: emisora y receptora de los mensajes, de modo que cuando una parte emite la otra recibe, para luego pasar a emitir y la otra a recibir en una interacción secuencial.

Partiendo del esquema general expuesto vamos a desarrollar más cada función:

1. Función receptora: el procesamiento y el significado que se dé al mensaje depende en buena medida de las creencias y expectativas, Así, éstas van a hacer que:

a) Atendamos selectivamente las señales o emisiones verbales, paraverbales y no verbales de nuestro interlocutor que confirmen nuestras creencias y expectativas, y no atendamos, y por tanto no percibamos, aquellas que las desconfirman o podrían desconfirmarlas.

b) Aunque dichos mensajes puedan tener diversas interpretaciones tenderemos a quedarnos con la interpretación que confirme nuestras creencias y expectativas, y ni siquiera consideraremos las posibles (o probables) interpretaciones que desconfirman dichas creencias y expectativas, aunque dichas posibles interpretaciones sean más realistas.

c) Este procesamiento no es pasivo, sino que es activo, es decir, que se

tiende a "buscar hasta encontrar", hasta confirmar la creencia o expectativa.

En la comunicación terapéutica se da el mismo proceso pero con un propósito terapéutico. La parte (paciente) que sufre demanda ayuda a la parte (profesional), que sabe cómo guiar al paciente para que éste pueda liberarse del problema que le impide realizar la vida que desea. Así, el paciente emite, consciente e inconscientemente, los mensajes (v-pv-nv) con las expectativas de ser ayudado y el terapeuta procesará estos mensajes y le devolverá al paciente una serie de mensajes útiles para resolver su problema. Es decir, mensajes terapéuticos. Estos mensajes son de diversa índole (psicoeducativos, de apoyo, de reconocimiento, de aliento, feedback...). Pero el terapeuta también necesitará que el paciente le envíe una serie de mensajes de diversa índole (para entender, evaluar el problema, corregir la terapia, etc.).

En el siguiente epígrafe se presentan una serie de aspectos que determinan la comunicación terapéutica.

3.1.1. Valores y actitudes terapéuticas

Los valores, siguiendo la definición del diccionario Webster, son "los principios, cualidades o entidades intrínsecamente valiosos o deseables". Los valores deben ser coherentes con los resultados, pero los valores no son un resultado a conseguir, sino una "brújula" que señala la dirección y la elección, independientemente de los resultados. En este sentido, el valor no se agota nunca con los resultados, sean éstos los que sean, y si no se alcanza el determinado resultado, el valor sigue guiándonos en conducta y elecciones.

Cuando se actúa en coherencia con los valores se experimenta un sentimiento de "coherencia interna" independientemente de los resultados, sean éstos adversos o favorables.

Los valores terapéuticos se desprenderían del valor troncal o básico de ayudar a las personas a liberarse y transformar su sufrimiento.

Las actitudes pueden llegar a confundirse con los valores, para ello vamos a tratar de dar algunos aspectos diferenciales con los mismos. Aunque en psicología social existen más de setenta definiciones de actitud, vamos a señalar como componentes principales de las actitudes, guiándonos por lo que señala el profesor Florencio Jiménez Burillo, los siguientes:

Las actitudes suponen una predisposición a actuar, aprendida, dirigida hacia un objeto, persona o situación, que incluye dimensiones cognitivas, afectivas o evaluativas y, eventualmente, propiamente conductuales. Todo ello organizado, no caóticamente sino de una forma estructurada, sistemática, esto es, con unos elementos relacionados entre sí, de forma tal que el cambio en uno de ellos influye en los demás.

Rokeach (1973, 17-19) distingue entre actitudes y valores indicando que:

Los valores trascienden objetos y situaciones, mientras las actitudes se centran en objetos o situaciones concretos (...) Los valores tienen carácter normativo, las actitudes no (...) Los valores son más centrales que las actitudes en el sistema de personalidad del individuo (...) Los valores poseen un lazo más inmediato con la motivación.

Las actitudes terapéuticas deberán ser coherentes con los valores terapéuticos y movilizarán las habilidades terapéuticas, las cuales deberán ser coherentes con valores y actitudes y no entrar en conflicto.

Seguidamente se exponen una serie de actitudes que funcionan en interdependencia y que se consideran terapéuticas.

A) Autoestima

Tener una autoestima sana es algo necesario para poder realizar adecuadamente el tratamiento psicológico. Pongamos el ejemplo de un terapeuta que se compara con determinados pacientes que han tenido éxito profesional, o académico, y se coloca en una posición de inferioridad y

necesidad de aprobación por parte de estos pacientes. Piensa en lo que ellos pensarán de él, de su consulta, de su apariencia, etc., y termina cometiendo errores terapéuticos, como querer impresionar favorablemente al paciente, y si éste no hace lo que le dice, o se lo cuestiona, se siente juzgado y evaluado negativamente, y pierde la libertad necesaria para trabajar adecuadamente.

B) Autenticidad

Se muestra con un ejemplo la duda de un paciente sobre la autenticidad del terapeuta:

Este terapeuta que aparentemente es tan agradable, ¿es auténtico o se comporta así porque le pago y le interesa que continúe pagándole? ¿Si fuese mi amigo, me aceptaría incondicionalmente, o se hartaría de mí? Es muy fácil aparentar autenticidad durante el tiempo que dura la sesión, además es su trabajo. Cuando me dice que lo he hecho bien, me parece que lo dice sólo por animarme.

Si un día el paciente dudase o descubriese que el terapeuta no es auténtico, podría sufrir una importante decepción con posibles consecuencias de importancia.

La autenticidad aporta confianza en el terapeuta y la terapia, y el factor confianza es fundamental en el tratamiento y en la experiencia de bienestar del paciente.

Ser auténtico en la relación terapéutica supone poder "ser uno mismo", "ser de verdad", no aparentar que se sabe lo que no se sabe, que se siente lo que no se siente, aceptar aquello que le podría hacer parecer débil a los ojos del paciente, etc. Naturalmente, se debe poner la autenticidad al servicio de la salud y bienestar del paciente y no al revés. En cómo hacer esto radica la habilidad terapéutica.

C) Coherencia

La coherencia puede darse entre valores, actitudes, conductas y conducta

verbal y no verbal. También está la coherencia en el tiempo, es decir, que lo que hoy se exprese tenga consistencia en el tiempo en vez de ser una continua sorpresa para el paciente. Las conductas incoherentes destruyen la confianza que el paciente necesita para llevar a cabo su tratamiento, también destruyen la confianza que necesitaría en un futuro y con otros profesionales.

La necesidad de confiar que generalmente suelen tener los pacientes hace que sean extremadamente sensibles a las mínimas incoherencias del terapeuta, detectándolas aunque para el terapeuta puedan pasar inadvertidas. Si se pierde la confianza en el terapeuta es altamente probable que se termine abandonando la terapia.

D) Confianza en la autorregulación

En la medida que el terapeuta no confía en su propia autorregulación y en la del paciente, es decir, en la capacidad potencial de éste para salir por él mismo de los momentos y situaciones difíciles, tenderá a salvar al paciente, a que no lo pase mal, a darle las cosas hechas, a ahorrarle los esfuerzos que son necesarios para que adquiera confianza en su autorregulación. Así se le evita la experiencia de tocar fondo y poder salir a flote desde ese fondo, o como se dice en la terapia de aceptación y compromiso, le evitamos la desesperanza creativa.

En el tratamiento del trastorno de pánico es fundamental que el paciente confíe en su autorregulación, de no ser así es muy probable que tenga múltiples recaídas y el cuadro se cronifique.

E) Actitud terapéutica positiva

Todo el tratamiento se contemplará siempre en positivo.

Hay una tendencia muy extendida a considerar los tratamientos psicológicos desde una perspectiva negativa o centrada en el problema. Así, se hace la evaluación identificando los componentes de la génesis y del mantenimiento del problema, luego es típico centrarse en el tratamiento de las

variables problema con el fin de modificarlas, en nuestro caso a la busca siempre de la ansiedad, preguntando qué tal va la ansiedad. En definitiva, pendiente de la ansiedad. Luego se le pregunta al paciente casi continuamente cómo va el problema o la ansiedad. Se le propone la autoobservación de las sensaciones de ansiedad, de los pensamientos que generan ansiedad, de las conductas de evitación, de las de escape. Y generalmente esto es lo que se suele evaluar cuando se aplica el tratamiento. Y cuando el paciente refiere retrocesos, recaídas, dificultades durante la terapia, se le vuelve a preguntar qué problemas ha tenido, etc. El referido tratamiento estaría centrado y orientado en las dificultades (con el fin de resolverlas, pero centrado en las dificultades).

La actitud terapéutica positiva parte de los siguientes supuestos:

- El paciente tiene, potencialmente, todos los recursos necesarios para superar la agorafobia y el trastorno de pánico, pero no lo cree, no los ha aprendido y, por tanto, no los puede aplicar.
- No importa el nivel del que parta el paciente. Cualquier nivel ya es en sí positivo. Y se puede empezar a caminar desde él.
- Es más importante la dirección positiva que la longitud de los avances.

Desde el primer momento se tiene una concepción positiva de la existencia y por ende de la terapia, lo que redundará en una actitud y aplicación positiva de todo el proceso terapéutico, incluida la evaluación. En este sentido se parte del supuesto de que lo llamado negativo no existe, sólo existe lo positivo. Lo que llamamos negativo es simplemente la comparación entre dos aspectos positivos de distinto nivel. Ejemplo: un logro de 5 comparado con lo que una cultura valora como 10 se valorará como -5 y se buscarán las causas de esta puntuación negativa, como si la misma acción o resultado tuviera una identidad negativa. Se trata de que el paciente realice la vida que quiere vivir, acercándose a la misma con autoeficacia.

F) Comprensión empática

La empatía es la actitud y capacidad para comprender la experiencia del paciente y su expresión de la misma desde el punto de vista o vivencia de éste y no exclusivamente desde el punto de vista del terapeuta.

Según Brammer, Shostrom y Abrego (1989: 92), la empatía es "un intento de pensar con, más que para o sobre el paciente". No obstante, hay que reconocer que es imposible experimentar lo que vive otra persona por muy parecido que sea lo que hayamos vivido. La empatía no supone anular el propio posicionamiento sobre el asunto a tratar, pasando a adoptar el de la otra persona. Se puede empatizar sin estar de acuerdo o compartir la experiencia, valores, etc., de la otra persona.

Un ejemplo:

El paciente dice: "Esta semana he intentado alejarme más de mi casa, pero me resulta imposible, no creo que pueda hacerlo".

El terapeuta responde empáticamente: "Cuando has intentado alejarte has sentido que no podías".

El terapeuta no responde empáticamente: "Creo que deberías haberlo intentando con más ganas".

G) Compasión

La transcripción de la experiencia de un paciente, que se presenta a continuación, dice mucho de lo que se entiende por compasión y de su gran poder sanador.

En una sesión de terapia hace ya unos cuantos años, después de acusar durante muchas sesiones con furia a una determinada persona, sentí que mi dolor y rabia por esa persona cambiaban dando lugar a otro sentimiento, el cual expresé con un llanto que me salió muy de dentro, gritando: ¡todos estamos en el mismo barco! Hace ya algunos años de aquello y no he vuelto a experimentar ese sentimiento hasta hace poco, en el que ante un momento difícil y de bastante dolor por

el que estoy atravesando, he sentido instintivamente que necesitaba sentir eso que quizá sea lo que llaman compasión hacia mí mismo en primer lugar antes que hacia los demás. Fue como un instinto de supervivencia emocional el que me llevó a sentir compasión por mí mismo. Puse mi mano en el pecho, y me vi digno ante la vergüenza que notaba y ante el sentimiento de indignidad y de estar abatido y tremendamente caído. Era algo así como hablarme a mí mismo, no con palabras sino con el corazón y decirme: 'te entiendo plenamente, sin juicios, pon tu cabeza en mí, descansa todo tu dolor en mí, deja salir todo como sea que quiera o necesite salir sin presión por cambiar'. Me recordaba la figura de la Piedad de Miguel Ángel. Inmediatamente rompí a llorar, la tensión, la dureza y el dolor que había en mi garganta y en mi pecho se fueron suavizando y sentí que dentro de mí estaba un guía que me aceptaba incondicionalmente, y que quería, que compartía conmigo en una unidad mi necesidad de liberarme del sufrimiento y eso nos unía. También me vino sin buscarla una sensación que se extendía también a los demás, y que mi resentimiento hacia las personas desaparecía en la medida que sentía compasión hacia mí mismo. Era como si la compasión se extendiese a condición de que empezase por mí. Y aunque seguía dándome cuenta de que el comportamiento de esas personas no era bueno para mí, la compasión me permitía darme cuenta de que yo era el único responsable de seguir consintiendo ese daño, y también de que me importaba menos su comportamiento, me afectaba menos eso que me hacían porque yo estaba protegido por mí mismo, por mi compasión, lo cual me hacía sentir aceptación del otro, lo que no significaba que tolerase sus actos, y también era más capaz de darme cuenta de las distorsiones y proyecciones de mí mismo que yo estaba poniendo en las otras personas.

De la anterior transcripción se pueden extraer los siguientes componentes o pistas de la actitud compasiva:

- Es una actitud ante el sufrimiento en general, propio y de los demás. Algo así como "tu necesidad de liberarte del sufrimiento y la mía son la misma. Tu sufrimiento y el mío son como dos ramas diferentes del

mismo árbol".

- No es un sentimiento de lástima o pena propia o por los demás.
- No es una reflexión ni una norma moral, sino algo así como una certeza sentida con claridad.
- Forma una unidad con uno mismo y los demás, pero empezando en primer lugar por uno mismo y luego extendiendo e incluyendo a los demás.
- Los efectos terapéuticos, cuando la compasión es auténtica, son muy poderosos.

H) Aceptación incondicional del paciente

La aceptación incondicional supone la capacidad para valorar al paciente positivamente y aceptarle "tal cual es". Supone asumir que el valor de la persona es independiente del problema, y respetar y valorar a la persona independientemente de los logros terapéuticos, de los problemas que traiga, sean estos del tipo que sean, del sexo, edad, raza, condición social.

Raush y Bordin (1957) y Egan (1990) señalan cuatro componentes que facilitan la aceptación incondicional:

- Interés y compromiso. Es el interés auténtico de realizar el tratamiento con el paciente. Se podrían citar muchos ejemplos de acciones coherentes con el compromiso, algunas de ellas serían la puntualidad, dedicar a las sesiones el tiempo necesario, mantener la confidencialidad, realizar lo que se ha establecido.
- Entendimiento. El terapeuta sabe que, para él, es importante entender los problemas del paciente. Ejemplos de acciones coherentes con el entendimiento serían las preguntas tendentes a obtener información relevante, los comentarios por comprender al cliente, mostrar atención mediante paráfrasis o reflejos (Rausch y Bordin, 1957: 325).

-Ausencia de críticas. Ante los motivos, la conducta, las expresiones o manifestaciones del paciente, lo cual no significa que el terapeuta apoye o esté de acuerdo con todo lo que diga o haga el paciente. Por ejemplo, un paciente dice: "Tengo un familiar gravemente enfermo en el hospital y soy incapaz de ir a verle, mi ansiedad me lo impide". Una actitud ausente de críticas podría decir algo así como: "Te sientes atrapado entre los sentimientos de ir al hospital a ver a tu familiar y tu miedo a ir". Una actitud crítica podría ser la siguiente: "Ya veo que para ti es más importante no pasarlo mal que tu familiar gravemente enfermo".

Asimismo, es recomendable que el terapeuta observe sus pensamientos y sentimientos críticos hacia el paciente.

-Protección y cercanía. La cercanía da el toque humano a la terapia. También aproxima más a aquellos pacientes que sienten rechazo o resistencia al tratamiento. Señales no verbales que se desprenden de una cercanía auténtica serían: sonreír, postura relajada e inclinada ligeramente hacia el paciente, contacto ocular, en algunos momentos tocar con discreción, gestos abiertos, tono de voz cálido.

No obstante, en cuanto a la manera de percibir las señales de cercanía, siempre hay que contar con las diferencias individuales y con las diferencias interculturales, lo cual supone que lo que es cercanía para algunos no lo sea para otros.

En momentos de ansiedad intensa, el contacto físico puede ser un importante alivio. No obstante, es importante considerar la confianza establecida con el paciente, así como la valoración del paciente sobre el mismo.

En cuanto a las respuestas verbales del terapeuta coherentes con una actitud de cercanía, estarían los refuerzos verbales mediante frases de reconocimiento de actitudes o conductas que le acerquen a las metas terapéuticas, como, por ejemplo: "Es estupendo ver lo bien que

manejas esta situación, lo bien que te expones", "le estas echando ganas" o "has hecho un trabajo estupendo en relación con viajar en metro". No obstante, no tendrán el valor pretendido si no son auténticas, concretas y creíbles por el paciente.

3.1.2. Habilidades terapéuticas

A) Habilidades de escucha

Escuchar en terapia es tan fundamental, que podría decirse que sin escuchar no se podría hacer terapia.

Todos creemos saber lo que es escuchar, aunque son menos los que distinguen entre oír y escuchar.

La escucha incluye tres procesos: recibir el mensaje, procesarlo y enviarlo. Son frecuentes los errores en el procesamiento exacto del mensaje cuando los sesgos o puntos ciegos del terapeuta le impiden apreciar ciertas partes del mensaje o le impiden interpretar el mensaje sin distorsiones. El terapeuta puede, en función de sus propios sesgos, escuchar lo que espera en lugar del mensaje emitido. No obstante, puede ocurrir que se procese correctamente el mensaje pero se tengan dificultades para emitir una respuesta porque falten las habilidades terapéuticas.

Se consideran dos tipos de escucha, la interna y la externa. La escucha interna supone la escucha y conciencia de la propia experiencia interna del terapeuta en relación con el paciente y los mensajes de éste, lo cual en la relación terapéutica se traduce en la escucha de los propios sentimientos, emociones, proyecciones, expectativas, distorsiones. La escucha externa, por su parte, es la que se realiza con los mensajes recibidos del paciente.

La escucha es un proceso activo y por tanto es una forma de transmitir empatía e interés. En este sentido es importante establecer conexión con las palabras sensoriales que utiliza el paciente, de esta manera los pacientes se sentirán escuchados y comprendidos cuando reciban respuestas que les

demuestren que el terapeuta ha visto las cosas desde el punto de vista de ellos. Si son palabras de orientación visual, se puede decir algo que coincida con estas palabras, por ejemplo: "parece como si...", o "puedo ver que...", de igual manera se haría con las palabras auditivas o kinestésicas.

Se presentan cuatro clases de respuestas de escucha:

- Clarificación. Es una pregunta que se utiliza para clarificar mensajes ambiguos y empieza con "¿quieres decir que...?" o "¿estás diciendo que?", seguido de una parte o todo el mensaje previamente emitido por el paciente.
- Paráfrasis. Consiste en la repetición de la parte cognitiva del contenido del mensaje del paciente, omitiendo la parte emocional del mismo. Ayuda a contener la excesiva o descontrolada expresión emocional y a utilizar la parte cognitiva sobre algún asunto cuando es necesario hacerlo.

Paciente: "Creo que dado el tiempo que llevo tratando de conducir yo sola y que es algo en lo que pongo el máximo interés, tendría que resultarme más fácil, sin embargo me sigue resultando difícil".

Terapeuta: "Te parece que no estás obteniendo los resultados esperados".

- Reflejo. Es la devolución de los sentimientos o de la parte afectiva del mensaje del paciente tanto verbal como no verbal. Está indicado para ayudar a la toma de conciencia y expresión de sentimientos.

Paciente: "Estoy hecho polvo, me da mucha vergüenza que los demás puedan ver que no estoy bien, que tengo ansiedad, que me da miedo cruzar una calle, que me pongo a temblar cuando estoy comiendo en un restaurante".

Terapeuta: "También te sientes abatido por la vergüenza ante la posibilidad de que los demás te noten nervioso".

-Resumen. Consiste en devolver al paciente la síntesis de varios mensajes, recibidos en la misma sesión o en distintas sesiones. Puede ser de mensajes emitidos por el terapeuta o por el paciente. Los propósitos pueden ser: relacionar mensajes dispersos, formular aspectos comunes a varios mensajes, interrumpir divagaciones excesivas, cerrar una sesión, comprobar el entendimiento, introducir algún asunto.

Terapeuta (autodiálogo del terapeuta): "Está claro que tiene varias partes en conflicto, devolverle ahora un resumen de lo que yo percibo podría ayudarme a confirmar mis supuestos". (Verbalización del terapeuta) "El primer problema que quieres resolver es el del temor que sientes en las situaciones sociales, sobre todo en las nuevas, y cuando sospechas que los demás podrían juzgarte. Puede tratarse de conversaciones, reuniones sociales u otras situaciones parecidas. ¿Es así?

Paciente: "Sí, más o menos es así. La dificultad más importante en mi vida es el miedo que siento cuando me encuentro con gente, aunque cuando los demás me juzgan también lo paso fatal".

Según lo anteriormente expuesto, la escucha terapéutica se puede resumir en el siguiente esquema:

1. Adoptar una actitud de escucha:

- Empatizando.
- Atendiendo al paciente hasta el final del mensaje.
- Escuchándose a uno mismo la experiencia propia interna. (escucha interna).

2. Qué escuchar:

- Los mensajes no verbales.

Los mensajes paraverbales.

- Los silencios.
- Los mensajes verbales.

Dar señales claras de escucha:

-No verbales:

- Evitar gestos que impliquen juicios de valor.
- Evitar gestos de interrupción.
- Contacto visual no intimidante.
- Expresión facial de atención.
- Postura dirigida hacia el paciente.
- Postura relajada y abierta.
- Gestos de asentimiento.
- Dejar otras actividades (teléfonos, etc.).

-Verbales:

- Preguntar.
- No hacer juicios de valor.
- No interrumpir.
- Clarificar.
- Parafrasear.
- Reflejar.

- Resumir.

B) Habilidades de emisión

- Preguntar

En psicoterapia, preguntar puede considerarse tanto una técnica como una habilidad terapéutica, desde luego muy importante, y que su adecuación va a influir significativamente en los resultados del tratamiento.

Las preguntas se utilizan mucho y, según los propósitos de las mismas, se podrían clasificar en orientadas a:

- La evaluación y comprobación.
- La toma de conciencia.
- Movilizar recursos.
- Encontrar soluciones.
- Dirigir el procesamiento de la información.
- Transformar representaciones y valoraciones cognitivas.
- Al avance conductual hacia metas.

También se pueden clasificar en abiertas y cerradas según la amplitud o concreción pretendidas en las respuestas.

Propósitos de las preguntas abiertas serían (Hackney y Cormier, 1988; Ivey, 1988; Long et al., 1981):

- 1.Iniciar la sesión ("¿de qué necesitas hablar hoy?").
- 2.Ayudar al paciente a dar más información ("¿qué más podrías decirme sobre...?").

3. Recabar ejemplos de la experiencia del paciente ("¿qué crees que harías si te diese miedo?", "¿qué se te pasa por la cabeza cuando intentas cruzar la calle sola?", "¿cómo te sientes cuando consigues ir en el metro?").

4. Crear en el paciente la responsabilidad de comunicarse.

Se considera muy importante la utilización adecuada de las palabras para formular preguntas abiertas. Las preguntas abiertas suelen empezar con palabras del tipo: "qué", "cuándo", "cómo", "dónde" o "quién". Seguidamente se exponen según sus propósitos:

- "Qué", cuando se necesita pedir información sobre hechos.

- "Cómo" cuando se precisa información sobre procesos o emociones.

- "Cuándo" y "dónde" para pedir información sobre el tiempo y el lugar.

- "Quién" para pedir información sobre personas.

También permiten al paciente autoexplorarse: "¿qué tal estás?", "¿cómo te has sentido?", "¿en qué has estado esta semana?", "¿ha habido algún cambio ya sea para bien o para mal, aunque sea pequeñito?".

Las preguntas cerradas son concretas y el propósito de las mismas es que el paciente se centre y dé una respuesta concreta. Por ejemplo: ¿cuántas veces has viajado en metro esta semana? Recaban información sobre hechos concretos o particulares y pueden responderse con un sí, un no o una respuesta muy breve.

Ejemplo: Un paciente, cuando va a realizar una determinada exposición indica que siempre anticipa que se va a desmayar si la realiza. No obstante, a pesar de que consigue exponerse, es necesario que procese que no se ha cumplido su pronóstico de desmayo. Cuando el terapeuta le pregunta si se ha desmayado, el paciente se sale por la tangente sin responder a la pregunta, diciendo que lo ha pasado muy mal, y el terapeuta se mantiene firme,

repitiendo varias veces la pregunta cerrada de "¿te has desmayado al exponerte?", hasta lograr la respuesta del paciente, en este caso, "no".

Las preguntas cerradas deben intercalarse, ya que demasiadas pueden hacer que el terapeuta dirija excesivamente la sesión quitando la oportunidad de que el paciente se autoexplora y exponga temas importantes.

Señalar también que es frecuente la tendencia a hacer preguntas de relleno o para romper momentos de silencio. No se deberían hacer preguntas sin propósito.

Las preguntas deberán corresponder a los problemas del paciente y no a las necesidades del terapeuta. Una manera de conseguirlo es preguntando sobre lo que ya ha dicho el paciente.

Después de preguntar es necesario realizar la pausa de tiempo suficiente para que el paciente pueda responder con autenticidad.

Deberá hacerse solo una pregunta cada vez. Hacer preguntas múltiples (dos o más) puede confundir al paciente, y terminar respondiendo a la pregunta menos importante de todas las efectuadas.

Las preguntas acusadoras pueden colocar al paciente en una actitud defensiva. Es recomendable evitar hacer preguntas que acusen, y también evitar los mensajes antagonistas verbales y no verbales en las preguntas.

Evitar que la regla fundamental de las sesiones sea la de preguntar, exceptuando las sesiones de evaluación.

El exceso de preguntas puede crear problemas en la relación terapéutica, como la creación de dependencia, dar una imagen prepotente del terapeuta, reducir la responsabilidad e implicación del paciente y crear resentimiento en éste (Gazda et al., 1984). También los pacientes refractarios a la terapia pueden tener la sensación de estar siendo interrogados. Una manera de estimar si una pregunta es imprescindible es hacérsela a sí mismo de manera encubierta y ver si se la puede responder por el paciente. Si se puede, la

pregunta puede que sea innecesaria, y otra pregunta o intervención quizá podría resultar más productiva. (D'Augelli, D'Augelli y Danisch, 1981). Hay que tener cuidado con no abrumar al paciente con las preguntas y en todo momento transmitir el respeto y la no obligación ni la presión para que responda. Que no vea la sesión como un interrogatorio. Hay que aceptar que la respuesta del paciente puede contradecir lo que el terapeuta quiere oír. En ese caso habrá que respetar la información del paciente y cuestionar nuestro supuesto.

C) Feedback y afirmación (o reconocimiento) de la capacidad

Estas dos habilidades terapéuticas son muy útiles cuando se realizan de manera conjunta. En la terapia del trastorno de pánico y la agorafobia es fundamental para el paciente que una figura de autoridad terapéutica le dé información de "cómo lo está haciendo".

El feedback o, dicho de otra manera, la retroalimentación, es, sencillamente hablando, y como sabrá sobradamente el lector, el proceso mediante el cual recibimos información de una ejecución propia en relación con un determinado criterio de ejecución o de resultados, es decir, en relación con un objetivo o subobjetivo.

En el contexto terapéutico moldea la conducta terapéutica, y analógicamente es, como en la escultura, el cincel mediante el cual se produce la aparición de la figura. El feedback retroalimenta, principalmente, conductas, pensamientos, y respuestas psicofisiológicas. Es un proceso necesario para la vida y se da en múltiples niveles, bioquímico, fisiológico... En el contexto de la psicología es fundamental para el aprendizaje, ya que el tipo de feedback recibido va a determinar en una medida significativa que las conductas se incrementen o se extingan.

La retroalimentación está siempre presente en cualquier aprendizaje, y se podría hablar de los siguientes tipos de retroalimentación:

1. Según la procedencia, puede ser interna o externa.

2.Según su función, puede ser positiva o negativa.

3.Según la temporalidad, puede ser inmediata o demorada sobre capacidades realizadas en otros momentos.

4.Según su nivel de conciencia, puede ser consciente o inconsciente.

Estos tipos se combinarían de distintas maneras en las distintas situaciones.

La retroalimentación positiva es la que se realiza sobre los aspectos relevantes en el aprendizaje y en la consecución de las metas. Es decir, sería aquella retroalimentación que nos acerca a las metas. Mientras que la negativa sería aquella que nos obstaculiza o aleja de las metas, o bien crea problemas o dificultades adicionales.

La retroalimentación consciente es la que se realiza intencionadamente, mientras que la inconsciente es la que se hace inadvertidamente. Conviene recordar que, aunque no se sea consciente de ello, siempre se está dando y recibiendo algún tipo de feedback.

La afirmación de la capacidad, por su parte, consiste en reconocer al paciente una determinada capacidad. Es una manera de transmitir autoeficacia, que aumenta significativamente la ejecución de conductas terapéuticamente eficaces, y la autoestima del paciente.

Durante el tratamiento de la agorafobia, los pacientes tienen que hacer un esfuerzo muy considerable para lograr exponerse, y la sensación que tienen la mayoría es que no lo están haciendo bien, se sienten inferiores al resto del mundo, ya que piensan que algo tan sencillo como salir de casa y llevar una vida autónoma no lo pueden hacer como los demás. Se comparan continuamente con los demás mediante un feedback interno evaluativo, negativo, inconsciente y reciben de los demás un feedback externo evaluativo y negativo.

El factor inconsciente está muy presente, ya que no solemos darnos cuenta

de que en nuestras vidas existe algo que es la retroalimentación, y de que esa retroalimentación influye notablemente en nuestros sentimientos, emociones, conducta y resultados de la misma, y además, en general, no sabemos cómo utilizar a nuestro favor algo que está presente, como es la retroalimentación.

En la terapia se trataría, sobre la base de lo expuesto, de que el terapeuta proporcione una retroalimentación externa, positiva, consciente, que sirva para que el paciente aprenda a aplicarla en su vida como una competencia, de manera positiva y consciente.

En el tratamiento de la agorafobia y el trastorno de pánico es importante dar feedback principalmente sobre las conductas de exposición que el paciente ya haya realizado, y no sobre lo que todavía no ha hecho o le falte en relación con las metas. También que sea específico, descriptivo, y no evaluativo. Puede ser, según los objetivos terapéuticos, inmediato o demorado. El terapeuta deberá sentir autenticidad al dar feedback, ya que podría ocurrir que dé un feedback aparente o falso, el cual no funcionaría. Hay que prestar atención a las respuestas que el feedback suscita en el paciente, así éste puede aceptarlo de manera satisfactoria o resultarle neutro, o incluso rechazarlo. Estas respuestas serán indicativos para continuar la intervención, en relación con las mismas, de determinadas maneras. La aceptación se verá en la coherencia verbal y no verbal.

Seguidamente se exponen dos ejemplos discriminativos:

Ejemplo a) Terapeuta (mostrando interés y satisfacción, porque la paciente ha sido capaz de viajar en avión): "A pesar de haberlo pasado mal, has sido capaz de coger el avión".

Ejemplo b) Terapeuta (con un paciente que intentó viajar en el metro y no pudo conseguirlo).

Paciente (visiblemente afectado): "No valgo para nada, no he sido capaz de coger el metro, y la semana pasada ya lo podía hacer. ¡Nunca se me va a quitar esto, no puedo, no puedo!".

Terapeuta (tratando de encontrar un apalancamiento positivo): "Ya sé que esta semana ha sido diferente, pero vamos a centrarnos solamente, sin comparar, en lo que has podido hacer".

Paciente: "Ya pero eso no es nada. ¿Pretendes convencerme de que no he empeorado? Es evidente".

Terapeuta: "Te entiendo, pero es muy importante que tú también entiendas a lo que yo me refiero. Estamos empleando una técnica a tu favor, no en tu contra. Esta técnica tiene el propósito de rentabilizar lo ocurrido, independientemente de los resultados. Por tanto, al emplear el feedback se trata de utilizar a tu favor lo que has podido hacer, y nunca en tu contra. Recuerda esto porque es muy importante, y precisamente ahora es un buen momento y una buena oportunidad para utilizar la técnica del feedback. Cuando las cosas salen como queremos, es importante utilizarlo de una manera, y cuando las cosas salen como no queremos, de otra. ¿Estás de acuerdo?".

Paciente: "Sí, ahora sí".

Terapeuta: "Recuerda la metáfora de la semilla y el tiesto. Para que una semilla que hemos plantado en un tiesto crezca, tenemos que regarla, y el agua tiene que caer en el tiesto, si riegas a una planta que debería ser mayor, riegas fuera y la planta no crece. Pero si riegas en la planta, ésta crecerá. ¿De acuerdo?".

Paciente: "¿Qué tengo que hacer?".

Terapeuta: "Vamos a describir lo que realmente hiciste".

Paciente: "Intenté viajar en el metro".

Terapeuta: "¿Hasta dónde?".

Paciente: "Bajé hasta el andén y ahí me quedé, pero sigo pensando que eso no es nada".

Terapeuta: "Sigues comparando". (Con firmeza y sin dejarle que se vaya a evaluaciones.) "¿Cómo podemos utilizar lo que fuiste capaz de hacer hasta dónde fuiste capaz?".

Paciente (después de un silencio): "Pensando, por ejemplo, que fui capaz de bajar al metro, y tal vez habría podido llegar a viajar en el metro si lo hubiera intentado".

Terapeuta (le corta aquí y repite enfatizando): "¡Fuiste capaz de bajar al metro! Eso lo único que prueba es que fuiste capaz de bajar al metro, pero si utilizas eso como demostración de que no puedes viajar en el metro, ¿la próxima vez, será más fácil que llegues a entrar o no?".

Paciente: "No".

Terapeuta: "Fuiste capaz de bajar al metro, y siempre puedes probar de nuevo a entrar en el metro, ya que lo has hecho en anteriores ocasiones". (Feedback demorado.) "¿Recuerdas esas veces que lo has hecho?, ¿quién lo hizo?".

Seguidamente se presentan una serie de sugerencias para dar feedback eficazmente:

1. Establecer y definir los criterios de dirección de la conducta, que no son otros que las conductas necesarias para alcanzar las metas terapéuticas establecidas. Recordemos de nuevo la importancia de llegar a un acuerdo con el paciente, y también que asuma dichos criterios de dirección. Deberán definirse en términos positivos, es decir, como algo a alcanzar y no como algo a evitar, y en términos concretos, de modo que en todo momento se sepa si se han alcanzado, o si las acciones realizadas acercan o alejan al paciente del criterio.
2. Educar en los principios del feedback y en su utilización.
 - a) Principios y fundamentación de funcionamiento. En este sentido se

explicará al paciente cómo funciona el feedback y para qué se va a utilizar en el tratamiento.

b)Utilización: En primer lugar, el terapeuta se lo enseña al paciente con el propósito de que después éste lo aplique.

En la aplicación es importante tener en mente los criterios, antes, durante y después de la misma.

En cuanto a los posibles resultados que el paciente ha de esperar:

a)Realiza la conducta y el resultado es el deseado y el conveniente.
Ejemplo: el criterio es quedarse en el centro de un determinado puente solo hasta que la ansiedad baje y el paciente se sienta cómodo. El paciente consigue quedarse y sentirse cómodo.

b)Realiza la conducta y el resultado es el deseado pero no es conveniente.
Ejemplo: el paciente consigue quedarse en el centro del puente pero la ansiedad baja porque en ese momento suena el móvil y habla con su hermano.

c)No realiza la conducta y el resultado no es el deseado pero es conveniente. Ejemplo: el paciente no logra llegar hasta el centro del puente, se queda antes y baja la ansiedad en ese punto.

d)No realiza la conducta y el resultado no es el deseado y no es conveniente. Ejemplo: el paciente no logra llegar hasta el centro del puente y además utiliza el teléfono para no sentir ansiedad.

En los casos b, e, d, el paciente se sentirá frustrado y habrá que trabajar en dicha frustración tratando de positivizar la ejecución. Hay diversas maneras de trabajar con este tipo de frustración, por motivos de extensión propondremos una, que los pacientes suelen entender bien y resulta pertinente para trabajar los casos citados. Es citar el ejemplo de Thomas Edison, el conocido inventor de la lámpara, quien a pesar de que a los ocho años fue calificado en la escuela de "estéril" e "improductivo", más tarde realizaría

más de mil inventos. Cuando en su experimento llevaba múltiples ensayos improductivos siempre decía que no eran fracasos sino sólo las maneras en las que no había que hacerlo, y por tanto todas le servían para acercarle a su meta.

D) Autorrevelación

Aunque la autorrevelación puede ser un "arma de doble filo", en el caso del autor la experiencia de haber padecido agorafobia y compartirla con los pacientes ha tenido claros y significativos efectos terapéuticos. La mayor parte de los pacientes han pedido y piden, de diversas maneras, que se les hable de la experiencia personal del terapeuta. Saber que el terapeuta ha pasado por lo que ellos están pasando les produce confianza. Aunque, claro está, sólo con la autorrevelación no sería suficiente, también es necesario el "saber hacer" del profesional.

La autorrevelación, en el contexto terapéutico, hay que realizarla para contribuir a la resolución de los problemas que el paciente padece, y por tanto esto basta para que deba considerársela como una habilidad terapéutica, que se pondrá siempre al servicio del paciente.

Habrá que ser especialmente cuidadoso para no consumir el tiempo del paciente, para no utilizarla como un desahogo, ni para intereses narcisistas, como, por ejemplo, no comparándose con el paciente, "yo sí pude y tú no".

Naturalmente, no todos los terapeutas tienen que tener los mismos problemas que los pacientes que tratan, es imposible. Pero muy frecuentemente el terapeuta habrá pasado, aunque sea mínimamente, por alguna experiencia similar, aunque no sea el mismo problema, o algún tipo de conducta similar, o algún componente del problema. Por ejemplo, ¿quién no ha sentido miedo? Es importante aprovechar terapéuticamente toda aquella experiencia similar que le ayude al paciente, teniendo en cuenta que no toda experiencia similar es terapéutica, y que es una comunicación que hay que saber dosificar y valorar.

Considero importante revelar la dificultad y también cómo la afrontó el terapeuta:

Paciente (negando con la cabeza y en tono airado): "Claro, es muy fácil hablar o recomendar que me enfrente a mis miedos y a mis sensaciones porque tú no las has pasado. Si lo hubieras pasado verías lo difícil que es". (En silencio y cabizbajo.) "Siento que no me entiendes. Me gustaría poder hablar con alguien que haya pasado por esto".

Terapeuta: "Yo pasé por algo similar, sé de qué me hablas, yo también sentí la impotencia que surge cuando alguien te dice que enfrentes tus miedos. También me resultaba inevitable compararme con quien me lo decía y sentir que yo era inferior".

Paciente (rompe a llorar): "Sí, así es...".

Terapeuta (acompaña en silencio al paciente, dejándole espacio y tiempo para que esté con su experiencia): "A pesar de todo llegó un momento en el que presentí que el único camino era enfrentarme a mis miedos. No sé si esto me hizo temblar más aún, pero cada vez era más una certeza en mí, que fue creciendo, y llegó un momento, en el que a pesar de que me había parecido imposible, empecé a darme cuenta de que podía hacerlo".

Paciente (receptivo, después de un largo silencio): "Sí, me temo que va a tener que ser así".

E) Confrontación

La terapia no es un camino fácil donde paciente y terapeuta vayan recorriéndolo siempre de acuerdo. Hay que esperar que se produzcan múltiples desencuentros, y si éstos no se aclaran pronto es imposible seguir la terapia y ésta acaba por alguna de las dos partes, muchas veces después de estancamientos considerables. Por tanto, la confrontación es una habilidad fundamental para poder realizar el tratamiento.

Las situaciones que se deben aclarar pueden provenir tanto del paciente como del terapeuta.

Por parte del paciente se pueden dar situaciones como:

- Incoherencia entre lo que dice y lo que hace, entre lo que espera de la terapia y lo que realmente pone de su parte, o lo que el terapeuta puede realizar, o de lo que realmente la terapia da de sí. Por ejemplo, esperar que la agorafobia se resuelva sólo con las pautas que el terapeuta proponga.
- No respetar la normativa del tratamiento. Por ejemplo: retrasos injustificados y reiterativos, anulaciones reiteradas aprovechando cualquier suceso acontecido, faltar a sesiones sin avisar, no pagar o pagar mal, no acabar a la hora prevista, efectuar llamadas telefónicas pretendiendo otro tipo de atenciones.
- Sentimientos de hostilidad hacia el terapeuta. Por ejemplo: "me da rabia que me presione", "es un sabelotodo, un chulo, un borde...".
- Sentimientos de omnipotencia hacia el terapeuta. Por ejemplo: "es el mejor, no fallaría nunca, no comete errores".
- Por parte del terapeuta hacia el paciente. Por ejemplo: "me crispa", "qué pesadez de tío", "estoy demasiado cansado", "me apetece hablar de otras cosas", "me apetece contarle y desahogarme".

La confrontación tiene el propósito de aclarar, pero también el de unir dos partes en conflicto o incoherentes y aprovecharlas para avanzar. En la agorafobia hay que contar, al menos, con el conflicto entre la parte que se expone y la que evita. Ya se habló de ello en las metas. Por una parte, el paciente, al mismo tiempo, puede decir que quiere hacer algo terapéutico y por la otra estar evitándolo. Pero también pueden aparecer dualidades en otras áreas, o sobre otros temas o asuntos subyacentes, ya que el trastorno de pánico y la agorafobia muchas veces esconden otros problemas. En este

sentido son como la punta de un iceberg.

En la confrontación se trata de aceptar y unificar, por tanto es fundamental que a las dos partes se les dé el mismo valor o estatus, no validando una en detrimento de la otra. Simplemente se trata de presentar las partes y, una vez tomada conciencia de las mismas, dejar tiempo al tiempo para que el propio paciente vaya, por sí mismo, integrándolas. Sin prisas, desarrollando su testigo interior y quedándose ahí con él. En la confrontación también se puede utilizar el diálogo gestáltico con sillas.

Seguidamente se presentan diversos tipos de mensajes incoherentes junto con las descripciones de las confrontaciones:

a) Conducta verbal vs. conducta no verbal.

Paciente: "Ahora me siento tranquilo" (mensaje verbal). Al mismo tiempo está cambiando de postura repetitivamente (mensaje no verbal).

Terapeuta: "Dices que te sientes tranquilo y al mismo tiempo tienes la necesidad de moverte".

b) Conducta verbal vs. comportamiento.

Paciente: "Mañana, pase lo que pase, conduciré por la autovía" (mensaje verbal). Y en la siguiente sesión refiere no haberlo hecho (comportamiento).

Terapeuta: "Dijiste que conducirías, pasase lo que pasase y ahora dices que no lo hiciste".

Paciente: "Es muy importante ser constante en el tratamiento" (mensaje verbal). Y desaparece durante tres sesiones sin avisar (comportamiento).

Terapeuta: "En la última sesión afirmaste la importancia de seguir el tratamiento con constancia y has faltado a las tres últimas sesiones

sin avisar de ello".

c) Mensaje verbal vs. mensaje verbal.

Paciente: "Mi marido se burla de mis miedos, pero me da igual que no me ayude" (mensaje verbal 1). "Pero, si me quisiera, debería preocuparse más por ayudarme" (mensaje verbal 2).

Terapeuta: Dices que te da igual que tu marido se burle de tus miedos y al mismo tiempo opinas que debería preocuparse más por ayudarte.

d) Mensaje no verbal vs. mensaje no verbal.

Paciente: Sonríe (mensaje no verbal 1) y llora (mensaje no verbal 2) al mismo tiempo.

Terapeuta: "Te ríes y lloras al mismo tiempo".

Es fundamental tener una relación terapéutica de confianza antes de realizar confrontaciones. En este sentido no es recomendable hacerlas prematuramente, ya que es muy importante evitar actitudes defensivas en el paciente. La confrontación tiene que ayudar a unificar las partes en conflicto, y a reconocer y aceptar la "sombra", más que a defenderse.

Hay que ser consciente de que el objetivo o el propósito es ayudar a unificar, y no a elegir.

Considerar el momento en el que se hace la confrontación, es decir, el paciente tiene que estar muy receptivo y en disposición de escuchar el mensaje del terapeuta.

Tener muy claros los elementos en conflicto, verbales y no verbales.

Devolvérselo de manera integradora, unificadora, de modo que el primero en aceptar todas las partes aparentemente incongruentes es el terapeuta. En este sentido ayuda mucho a emplear la conjunción "y" en contraposición al

"pero", u otras similares.

El terapeuta no deberá tomar partido por ninguna de las partes en conflicto que el paciente muestra y así deberá transmitirlo, siendo empático y aceptando incondicionalmente las mismas.

No realizar inferencias, sino devolver aspectos concretos que el paciente ya ha verbalizado, es decir, no interpretar. Por ejemplo: "Tú quieres por un lado estar bien y por el otro tu personalidad actúa en tu contra". Una confrontación más eficaz sería la siguiente: "Por un lado deseas realizar el viaje a Alemania, y en la medida que se acerca el día del viaje aumentan las ganas de enfrentarte con el viaje, y por otro, piensas cómo podrías evitar viajar y aplazarlo para más adelante".

Darle tiempo para procesar la confrontación. Según esto, no sería el mejor momento a partir del último cuarto de sesión.

No abrumar al paciente con más confrontaciones de las que pueda beneficiarse y considerar que no hay dos pacientes iguales. En este sentido Carkhuff (1987) sugiere que "dos confrontaciones seguidas pueden ser excesivamente intensas y deberían ser evitadas".

Evaluar la efectividad de la confrontación. ¿Cuándo se puede considerar que ha sido efectiva? Cuando el paciente muestra su acuerdo de forma auténtica y coherente, verbal y no verbalmente, aunque este acuerdo pueda suponer un estallido emocional o un momento de desesperanza creativa. El terapeuta entonces deberá estar preparado para recoger adecuadamente al cliente, no precipitándose, ya que en este caso existe el peligro de intentar hacer el trabajo que sólo el paciente tendrá que hacer. El terapeuta contendrá todo intento de ayudar, dejando al paciente que toque fondo y que se autorregule. Lo cual no significa que no lo acompañe y recoja.

¿Qué podemos esperar por parte del cliente a la confrontación?

A pesar de que las respuestas de los pacientes son muy variadas, se

presentan una serie de respuestas típicas que suelen darse de manera general ante las confrontaciones:

Según Cormier, serían: la negación, la confusión, la aceptación falsa y la aceptación genuina. En la negación, simplemente el paciente no está de acuerdo, y es importante saber que el desacuerdo no siempre es explícito o manifiesto, ya que no pocos pacientes se muestran en acuerdo en la sesión y posteriormente sale su desacuerdo subterráneo de maneras imprevisibles que boicotean la terapia. Según Egan (1990: 206-207): "desacreditando al terapeuta", "persuadiendo al terapeuta de que su punto de vista es erróneo", "quitando importancia al tema", "buscando el apoyo de otra fuente cualquiera", "aceptando el reto pero no actuando en esa dirección".

La confrontación puede suscitar reacciones en contra por parte del paciente, y en este sentido hay que estar preparado para "recoger velas", por ejemplo, volviendo a la paráfrasis o al reflejo, o la inmediatez. Vamos a ver esto con un ejemplo:

Terapeuta: "Por una parte me dices que la terapia va muy lenta y por otra veo que no haces las tareas que yo te prescribo".

Paciente (elevando el tono de voz, mirando al terapeuta fijamente a los ojos y dirigiéndose al terapeuta por su nombre): "Sí (nombre del terapeuta), es que la teoría es muy bonita, pero hacerlo es otra cosa muy distinta".

Terapeuta: "Quizá deberíamos ponernos de acuerdo en la asignación de tareas y ver con más detalle las posibilidades o anticipar las posibles dificultades" (paráfrasis).

Otro ejemplo:

Paciente (en un estadio avanzado de la terapia donde ya se ha expuesto a muchas situaciones inciertas): "Me han propuesto formar parte del control de una carrera, pero no sé lo que me voy a encontrar allí. ¿Y si me da un ataque de ansiedad?".

Terapeuta (encubiertamente): "Me doy cuenta de su discrepancia, la siento". ¿Cuál es? Por una parte, ha admitido ya muchas veces que necesita exponerse a la incertidumbre, y por otra parte parece que necesita certidumbre en este caso y parece olvidar todo lo que lleva hecho y por qué lo lleva hecho. ¿Cómo puedo unificar los elementos en conflicto?

¿Cuáles son las palabras sensoriales que ha utilizado? Quizá entre visuales y kinestésicas. Dice "no sé lo que me voy a encontrar allí (¿qué voy a ver?, o ¿qué voy a sentir?)".

Luego observaré la reacción del paciente para evaluar esta confrontación.

Ahora, una vez realizada la verbalización encubierta, el terapeuta inicia la confrontación.

Terapeuta: "Pablo, por un lado sabes que necesitas realizar el control de la carrera a pesar de la incertidumbre, y por otra le das más importancia a no ir al control de la carrera por la incertidumbre que para ti representa".

F) Inmediatez

La inmediatez consiste en la expresión, aclaración y autorrevelación de los sentimientos que se tienen en la relación terapéutica o durante la sesión.

Expresar inmediatez es algo imprescindible en cualquier relación para que ésta funcione satisfactoriamente. Hay que esperar que en las relaciones surjan inevitablemente desencuentros. Cuando se evita aclarar los desencuentros o se demora dicha aclaración, las personas terminan distanciándose y la relación termina deteriorándose.

La inmediatez también puede ser útil para manejar aspectos relacionados con la transferencia y la contratransferencia.

El terapeuta puede emplear la inmediatez sobre los siguientes aspectos:

- 1.Sus propios pensamientos, sentimientos o comportamientos.
- 2.Lo que el paciente piensa, siente o cómo se comporta.
- 3.Sobre algún aspecto de la relación.

A continuación se proporcionan algunos ejemplos de estos tres tipos de inmediatez:

- Inmediatez del terapeuta. El terapeuta revela sus propias opiniones o sentimientos en el proceso terapéutico según van surgiendo en el momento. Por ejemplo: "Tengo un problema familiar que me preocupa, por lo cual hoy tal vez tenga que hacerte dos veces la misma pregunta".
- Inmediatez del paciente. El terapeuta proporciona al paciente feedback sobre comportamientos o sentimientos observados en la sesión. Por ejemplo: "La expresión de tu rostro, en este momento, me llega muy auténtica".
- Inmediatez de la relación. El terapeuta revela sentimientos u opiniones sobre la relación. Ejemplos:
 - a)"Cuando ante mis intervenciones guardas silencio, miras a otro lado y te encoges de hombros, se me pasa por la cabeza que tal vez no tengas la misma motivación que antes con el tratamiento. Tal vez yo esté equivocado, por lo cual tener una explicación me ayudaría a ayudarte mejor."
 - b)"Cuando te hablo, noto que miras a otro lado, como si te distrajeses, y tamborileas con tus dedos. Me pregunto si en ese momento hay algo que te incomoda."

No hay que considerar a la inmediatez como un fin en sí mismo, sino como un medio de hacer más fácil la tarea del terapeuta y el paciente. Si se

convierte en un fin puede resultar distractiva más que facilitadora (Egan, 1990).

A continuación se incluyen algunos ejemplos extraídos de Cormier, W. H., y Cormier, L. S. (1994: 66-67), donde la inmediatez puede ser facilitadora:

Duda o precaución en la conversación. Ejemplo: "María me advirtió de que estás seleccionando las palabras con mucho cuidado como si fueras a decir algo equivocado".

Hostilidad, enfado, resentimiento, irritación. Ejemplo: "José, me siento bastante enfadado porque quieres que te reserve esta hora para la semana que viene y quizá no puedas venir, como ya antes ha sucedido dos veces. Me preocupa la influencia que esto pueda tener en nuestra relación".

Atracción. Ejemplo: "Al principio parecía estupendo que nos cayéramos tan bien. Ahora me pregunto si nos sentimos tan cómodos que estamos guardando y no compartiendo lo que realmente está en nuestras mentes".

Sentimiento de bloqueo, falta de dirección o centro de atención. Ejemplo: "En este momento me parece que nuestra sesión es como un disco rayado. Somos como una aguja que gira en el mismo círculo sin producir música ni conducimos a ninguna parte".

Tensión. Ejemplo: "Me doy cuenta que en este momento estamos sintiendo un poco de incomodidad o tensión, sobre lo que somos como personas, a dónde nos conduce esto y sobre qué va a suceder".

Expresar inmediatez eficazmente va a depender en una medida significativa de que el terapeuta se sienta cómodo consigo mismo y tenga una sana autoestima (Turock, 1980).

3.2. Estilos comunicativos de los pacientes

Los estilos y tendencias comunicativas de las personas se pueden agrupar de diversas maneras, y de hecho en psicología, como el lector ya sabrá, hay varias clasificaciones. No obstante, se propone una agrupación que resulta práctica a la hora de afrontar la comunicación terapéutica, y es la de agrupar a los pacientes en estilos: inhibidos, agresivos pasivos, agresivos activos, asertivos. Seguidamente se dan unas pinceladas orientativas sobre cada una de estas tendencias.

Estilo inhibido. Estos pacientes van a tener enormes dificultades para contarnos lo que les pasa. En el caso de que sean conscientes de su experiencia es muy probable que la oculten, por miedo, por sentimientos de vergüenza, por culpabilidad o por una combinación de todo ello. También puede ocurrir el caso de que no sean conscientes del miedo, la vergüenza o la culpabilidad; es bastante frecuente que estas personas se ausenten o desconecten de sus propios sentimientos, no sean conscientes de los mismos y, por tanto, no puedan expresarlos. Con este tipo de pacientes hay que realizar un trabajo psicoterapéutico profundo y largo, en el que en muchos casos terminan desmotivados y abandonando la terapia sin que el terapeuta sepa lo ocurrido.

En estos casos, el tiempo necesario para que la persona vaya tomando conciencia de sus sentimientos y emociones, es decir, haga un contacto consigo mismo juega en contra de la necesidad de resultados.

En todo caso es necesario mucho trabajo de aceptación y empatía e ir sin prisas y con mucha paciencia, con lo cual tampoco todos los terapeutas se sienten cómodos con este tipo de relación.

-Estilo agresivo pasivo. Tenemos un paciente que no acepta sus sentimientos agresivos, y en muchos casos no es consciente de ellos, les teme, y teme el efecto que puedan tener en los demás y por ende en el terapeuta y entonces da, defensivamente, la imagen contraria, como si todo estuviera bien, cuando no es así.

Además es frecuente que cuando se sientan frustrados por el

terapeuta, traten de castigarle pasivamente. Con mucha frecuencia haciéndole sentir culpable. El castigo pasivo ocurre con mucha facilidad debido a la susceptibilidad de estos pacientes, lo cual llega a confundir al terapeuta y hacerle creer, por un lado, que todo está bien, y por otro que pasa algo que no llega a saber qué es.

También el riesgo de abandono terapéutico es importante. En este sentido es útil empezar con técnicas no directivas para, en los momentos de transferencia positiva, emplear la inmediatez y la confrontación; esto hará que la terapia pueda ser efectiva.

- Estilo agresivo activo. Este estilo, ante las frustraciones terapéuticas, expresa sus sentimientos agresivos inadecuadamente. "No pasa una" y además es muy desagradable en sus expresiones. No todos los terapeutas soportan esto, y exige un manejo difícil de la relación donde el terapeuta tendrá que tener cuidado y utilizar con energía la confrontación y la inmediatez, libre del temor al paciente.
- Estilo asertivo. Es la situación más cómoda, siempre y cuando el terapeuta también sea asertivo, ya que si no es así se puede sentir incómodo con estos pacientes. Pero aquí el paciente realmente expone las cosas con una claridad que en sí es muy terapéutica. Es relativamente raro encontrar este tipo de paciente.

Para terminar el capítulo se presentan, de manera orientativa, algunas actitudes y opiniones frecuentes por parte de los pacientes que producen situaciones difíciles en la terapia:

- La terapia es cara.
- Sólo va a sacarme el dinero.
- No me entiende.
- Piensa que soy débil, tonto, etc.

- Se burla de mí.
- No me deja hablar, no me escucha.
- No le entiendo.
- No estoy de acuerdo en lo que me dice.
- No se toma interés.
- Parece incompetente.
- Dice tonterías.
- No me ayuda como quiero.
- No le dejan recetar.
- No es médico.
- El psiquiatra sabe más que el psicólogo.
- No me fío de su modelo de terapia.
- No me gusta la consulta, la recepción, el barrio, etc.
- Aspecto del psicólogo.
- Edad del psicólogo.
- Sexo del psicólogo.
- Me parece prepotente.
- Me parece débil.
- Me decepciona (o me ha decepcionado).

- Me siento inferior frente a él.
- Me da vergüenza.
- Me siento atraído por el psicólogo.
- Me da miedo.
- El paciente miente.
- El paciente descalifica.
- El paciente no hace las tareas.
- El paciente da plantones.
- El paciente "da largas", para no decepcionar, y confunde al terapeuta.
- El paciente anula con frecuencia sin motivos serios.
- El paciente no paga las sesiones.
- El paciente "pica" muchas alternativas paralelas.

4

Modalidades de tratamiento

El propósito del capítulo es que el lector considere el tratamiento del trastorno de pánico y agorafobia de manera multimodal, ya que su eficacia depende de diversos factores que hay que considerar, lo cual, según los casos, dará lugar a diferentes modalidades de tratamiento. No hay modalidades mejores, sino más adecuadas, y se trata de combinarlas según los casos. Por tanto, la evaluación de cada caso nos indicará la elección y combinación de las diferentes modalidades.

Las modalidades de tratamiento se propone realizarlas según:

- a) Las personas objeto de intervención, así podrían ser: individuales, familiares o grupales.
- b) Según las acciones terapéuticas que se empleen, así podrían ser: psicológicas, farmacológicas o combinadas.

Se describirán sucintamente las modalidades de tratamiento, se señalarán los pros y contras de las mismas y se darán criterios e indicaciones que faciliten la decisión.

4.1. Tratamiento individual

El tratamiento individual es aquel que se realiza exclusivamente sobre la persona que padece el problema. El tratamiento individual del trastorno de pánico y agorafobia puede ser exclusivamente psicológico, exclusivamente farmacológico o combinado, es decir, psicológico y farmacológico.

El tratamiento psicológico es el que se realiza mediante medios de intervención psicológicos. Es la modalidad que se expone prácticamente en la

totalidad del libro, por lo cual sería redundante dedicar un epígrafe a ello.

4.1.1. Tratamiento combinado

Es el tratamiento compuesto conjuntamente por intervenciones psicológicas y farmacológicas. Para que se pueda hablar de tratamiento combinado hay que considerar el efecto interactivo de ambos tipos de intervenciones, y no el meramente aditivo. Por tanto, además de la comunicación interprofesional, el psicoterapeuta tendrá que contribuir apoyando a la intervención farmacológica y el médico o psiquiatra apoyará la intervención psicológica.

A) Indicaciones

Las indicaciones siguientes no se dan necesariamente de manera aislada, sino que es muy frecuente que se den conjuntamente. No son exhaustivas y, por tanto, habrá que considerar la posibilidad de que se den, además, otras. Las indicaciones propuestas son:

- Respuestas interoceptivas insoportables. Hay pacientes para los que la intensidad y duración de las sensaciones interoceptivas es tan aversiva que les resulta insoportable. Suelen tener un perfil psicofisiológico de respuesta caracterizado por una elevada intensidad y una lenta habituación de la misma. En estos casos la exposición a la estimulación interoceptiva puede fácilmente producir una mayor sensibilización y hay que cuidar en este sentido todo intento de exponerles, para que no sea contraproducente y añada más frustración.
- Situaciones críticas. Son situaciones difíciles en las que la persona no se ha recuperado de una y ya se presenta la siguiente. En este caso, las competencias terapéuticas que el paciente aprende en la terapia podrían resultar insuficientes, y hay que considerar los fármacos como un factor de protección durante un tiempo, hasta que los momentos críticos pasen.
- Trastornos del sueño. Si bien una higiene del sueño, y la resolución de

determinados problemas que causan alteraciones del sueño pueden ser suficientes, hay que considerar que el sueño es una función necesaria a corto plazo y podría ocurrir que los efectos de la higiene del sueño o la resolución de los problemas que causan el insomnio llegaran demasiado tarde. Es decir, que el insomnio hubiera creado otros problemas, además de formar un círculo vicioso que impida incluso corregir las causas de fondo del mismo. También se incluirían las personas que tienen que desempeñar determinados trabajos que exigen tener un buen estado psicofísico. En estos casos se propone considerar la ayuda farmacológica.

-Situaciones ineludibles. En las cuales las consecuencias de no realizarlas pueden ser graves. Por ejemplo, un viaje ineludible. En estos casos también hay que valorar el beneficio inmediato de la ayuda farmacológica.

B) Fases

En el tratamiento combinado que se propone, las fases del proceso terapéutico siguen siendo las mismas que se señalaron al exponer el proceso terapéutico, ya que éste permite la inclusión de las modalidades terapéuticas expuestas, incluyendo el tratamiento farmacológico.

- 1.Evaluación. Se trata de una evaluación multimodal que incluye e integra los aspectos psicológicos con los bioquímicos.
- 2.Psicoeducación. Es fundamental que el profesional (o los profesionales) explique que la intervención farmacológica se empleará para controlar la intensidad de las sensaciones interoceptivas, atenuando dichas sensaciones corporales, e incluyendo esto como objetivo terapéutico inmediato o a corto plazo. Se indicará también que, mediante la intervención psicológica, se le enseñarán competencias terapéuticas y la aplicación de las mismas. En este sentido es importante que ambos profesionales compartan los mismos criterios psicoeducativos y que ambos señalen y apoyen tanto la intervención farmacológica como la

psicológica, informando además de la interacción de ambas.

3. Prescripción y pauta farmacológica. Dar una dosis mínima de fármaco que no impida el proceso de aprendizaje terapéutico, ya que prescribir y pautar el psicofármaco sin considerar el efecto del tratamiento psicológico puede producir una interacción que interfiera negativamente entre los efectos de ambos.

Una dosis mínima permite aplicar y por tanto desarrollar las competencias terapéuticas en la exposición a las sensaciones interoceptivas y también hace posible que se cree autoeficacia sobre las mismas, ya que, si no fuese así, tendríamos el problema de las recaídas al dejar el fármaco o al reducirlo, con las consecuencias de cronicidad del problema.

En cuanto a la duración de la intervención farmacológica, es frecuente que los psiquiatras, o médicos, no consideren que el tratamiento psicológico, como tal, tiene unos efectos, y, sin considerar la posible interacción, prescriban, como si se tratara de un único tratamiento exclusivo, la medicación durante un tiempo que es muy largo si consideramos que ya está habiendo otro tratamiento como es el psicológico. Consideran una duración mínima de la intervención farmacológica de seis meses, pudiendo ser de más tiempo en bastantes casos.

Para cuando el paciente note un alivio significativo de sus síntomas debido a la medicación, ya debe tener las suficientes competencias terapéuticas y empezar a aplicarlas, y entonces se debe iniciar la retirada gradual del fármaco. Hay que considerar que el fármaco "no cura", es como una muleta que puede ser necesaria en un determinado momento o circunstancias pero que seguir utilizándola sin considerar el efecto del tratamiento psicológico, o más allá de unos límites, puede ser contraproducente. Esta información se deberá incluir en la psicoeducación.

4. Adquisición de competencias. Durante esta fase, que ya se explica en el capítulo correspondiente, se continuará la intervención farmacológica, y aunque los síntomas estén atenuados o no se produzcan, el paciente debe saber que tiene que trabajar en la adquisición de competencias y posteriormente en su aplicación, ya que de no ser así recaería, eso si no se ha quedado instalado en una posición cómoda asintomática donde no ha progresado en movilidad. Éste podría ser el momento de considerar complementar los ansiolíticos con antidepresivos, lo cual ayudaría a reducir la dosis de ansiolíticos. Los antidepresivos de mayor efecto ansiolítico, son ADT: Amitriptilina (25-75 mg/día), Clomipramina (12,5-75 mg/día), Nortriptilina (12,5-50 mg/día), Imipramina; ISRS: Paroxetina (5-20 mg/día), Sertralina (25-100 mg/día) Venlafaxina (25-75 mg/día), Fluoxetina (5-20 mg/día). Las dosis de antidepresivos utilizadas en el tratamiento del trastorno de pánico son inferiores a las utilizadas en el tratamiento de la depresión.

Una vez estabilizados los síntomas de ansiedad, se mantienen las dosis de los fármacos específicos para el trastorno de pánico durante el tiempo estimado según la severidad del cuadro. Durante esta fase se procurará no aumentar la medicación con el objeto de que las exposiciones sean eficaces en la extinción de la ansiedad. En este sentido, la ansiedad que generen las exposiciones deberá extinguirse mediante las competencias del paciente, dejando el empleo de psicofármacos sólo para mitigar las sensaciones de los ataques de pánico espontáneos que resulten intolerables para el paciente, al tiempo que se mantiene la ansiedad de base en niveles tolerables.

Tener controlados con la medicación los ataques de pánico espontáneos ayuda a que la terapia de exposición haga su efecto. No obstante, se sabe que cuando se produce una ausencia total de sensaciones corporales hay algunos pacientes que abandonan la psicoterapia (Beitman, 1996). Esta mejoría en las sensaciones de ansiedad luego no va acompañada de mejorías significativas en la movilidad ni en la autonomía de los pacientes, ni en las cogniciones

agorafóbicas (Chambles, Caputo, Bright y Gallagher, 1984) (Chambles, Caputo, Jasin, Gracely y Wiliams, 1985).

Según lo expuesto anteriormente, resulta muy importante que el medico explique al paciente las consecuencias de abandonar la psicoterapia. Las posibles consecuencias principales serían la cronificación del trastorno y la dependencia del fármaco.

C) Principales fármacos

Los fármacos principales que nos interesan en el trastorno de pánico y la agorafobia son los ansiolíticos y los antidepresivos, y en último lugar el grupo de los hipnóticos.

•Antidepresivos

Los que más se usan son del grupo ADT y SRS. Seguidamente se expone algo de cada uno:

ADT (tricíclicos): su mecanismo de acción es reducir la recaptación de noradrenalina y serotonina y bloquear los receptores histamínicos y acetilcolínicos muscarínicos. Son los siguientes con sus nombres comerciales: Amitriptilina (Nobitrol), Maprotilina (Ludiomil), Trazodona (Deprax), Imipramina (Tofranil), Desipramina (Pertofrana), Nefazodona (Dutonin), Clorimipramina (Anafranil), Nortriptilina (Martimil), Mianserina (Lantanon).

Conviene conocer los efectos secundarios de este grupo:

- a)Anticolinérgicos (sequedad de boca, estreñimiento, dificultades para la acomodación visual, dificultades en la micción, confusión y agravamiento del glaucoma).
- b)Bloqueo alfadrenérgico (somnia, hipotensión postural y disfunción sexual).

c)Cardiovasculares (taquicardia, hipotensión, alteraciones en la conducción miocárdica y arritmias cardiacas).

d)Disminución del umbral para las convulsiones y aumento de peso.

ISRS: inhibidores de la recaptación de serotonina. Son los siguientes fármacos con sus nombres comerciales: Fluvoxamina (Dumirox), Fluoxetina (Prozac), Paroxetina (Casbol), Sertralina (Aremis), Citalopram (Prisdal), Nefazodona (Dutonin).

Los principales efectos secundarios de los ISRS son:

a)Gastrointestinales (náuseas, flatulencia y diarrea).

b)Del sistema nervioso central (insomnio, inquietud, irritabilidad, agitación, temblores y cefaleas).

c)Sexuales (eyaculación retardada y anorgasmia).

Es fundamental informar al paciente del intervalo que transcurre desde el inicio del tratamiento con estos fármacos y la aparición de efectos terapéuticos. Aunque es variable según los fármacos, oscila entre dos y cuatro semanas, frente a la aparición de los síntomas secundarios, que ocurre desde el principio. También hay que informarle de los efectos de potenciación que surgen cuando se consume alcohol, y de las precauciones especiales que hay que tener en grupos especiales, como ancianos, niños, embarazadas o lactantes.

Una vez conseguidas las dosis terapéuticas pretendidas y la normalización del estado de ánimo, hay que mantener las mismas dosis al menos unos dos meses más e iniciarse después una reducción lenta y progresiva hasta completar un período total de tratamiento de unos seis meses. No es aconsejable la supresión brusca de los fármacos, ya que pueden aparecer los síntomas de discontinuidad por antidepresivos: vértigo, sensación de descargas eléctricas, ansiedad y agitación, insomnio, síntomas similares a los de la gripe, diarrea y espasmos abdominales, parestesias, cambios afectivos,

náuseas, humor bajo.

- Ansiolíticos

Las benzodiacepinas son psicofármacos de utilización masiva en casi todos los países. Esta sobreprescripción ha llevado, cada vez más, a recomendar un uso restringido de estos productos y durante períodos cortos (los ingleses aconsejaban no prescribirlas durante más de dos meses) y utilizar otros medios no farmacológicos, como son: relajación, técnicas de manejo del estrés, psicoterapia.

Principios activos y nombre comercial: Diacepam (Aneuro), Clordiacepóxido (Librium), Cloracepato (Tranxilium), Halacepam (Alapryl), Loracepam (Idalprem, Orfidal), Bromacepam (Lexatin), Temacepam (Oxacepam), Alprazolam (Trankimacin), Buspirona (Buspar, Effipien).

Posibles efectos secundarios: Somnolencia, fatiga, debilidad, confusión, nistagmo, dolor de cabeza, mareo y disartria, disminución de la coordinación de movimientos y, según la dosis, ataxia, amnesia anterógrada, reducción de la capacidad intelectual y de la concentración y confusión y desorientación. Sobre todo en personas mayores, reacción paradójica con agitación, insomnio, alucinaciones, pesadillas, euforia, conducta violenta y reacciones de rabia.

Efectos anticolinérgicos, como visión borrosa o sequedad de boca.

Disfunción sexual con disminución de la libido, disfunción eréctil, anorgasmia, alteración de la eyaculación y del tamaño y forma del esperma.

Depresión respiratoria en dosis altas y en personas con trastornos respiratorios.

No hay evidencia de que sean teratógenas, pero se recomienda evitarlos en el primer trimestre del embarazo.

Las BZD se utilizan mucho con finalidad autolítica, y los síntomas de la

sobredosis son los recogidos como efectos secundarios, pero en grado máximo, llegando al coma y a la depresión respiratoria.

Síndrome de abstinencia de BZD (ansiedad, irritabilidad, insomnio, fatiga, cefaleas, espasmos o dolores musculares, temblor e inestabilidad, sudoración, mareos, dificultades de concentración, hipersensibilidad a los estímulos, náuseas y pérdida de apetito, crisis convulsivas (en casos de dependencia grave).

En cuanto a la información que el paciente debe recibir, las recomendaciones que hay que hacer en la prescripción de ansiolíticos e hipnóticos son las siguientes: el riesgo de producir dependencia, por lo que hay que aconsejar su utilización restringida, a la menor dosis posible y durante poco tiempo. Los efectos de descoordinación para la realización de tareas como la conducción de vehículos o el manejo de maquinaria. Igualmente, los efectos potenciadores del alcohol y el riesgo de producir depresión respiratoria.

La retirada del fármaco ha de ser gradual, durante varias semanas, para evitar síntomas de abstinencia y la posible aparición de síntomas (ansiedad o insomnio de rebote).

D) Problemas del tratamiento combinado

Éste es un tipo de tratamiento que no puede ser realizado únicamente por el psicólogo, ya que la ley no le permite recetar psicofármacos, y éstos, prácticamente todos, se compran exclusivamente con receta médica. No es así en el caso del psiquiatra, quien puede recetar psicofármacos y además puede combinarlo con psicoterapia (si tiene esta formación), o el tipo de intervención psicológica que su formación le permita, pero nadie oficialmente le pondrá impedimentos para ello. A pesar de que se viene hablando desde hace tiempo del tratamiento combinado, lo más corriente es que no sea combinado realmente, ya que suele suceder que el psicólogo interviene por un lado y el psiquiatra por otro, eso cuando ambos se respetan, porque también suele ocurrir que hay una especie de "desacreditación" silenciosa y

recíproca entre ambos profesionales, cuyo receptor es el paciente, con las consecuencias nefastas que esto tiene. Consecuencias como la destrucción de la confianza en los profesionales, no saber a quién hacer caso, o terminar por decantarse hacia uno de ellos sin realmente obedecer a causas fiables.

También ocurre que el paciente tiene dificultades para abordar los momentos difíciles de la terapia, en los que parece no haber avances, e incluso a veces da la sensación de que se está retrocediendo, así, enseguida cree que es que el psicólogo o el psiquiatra están haciendo mal su trabajo.

También por parte del psiquiatra hay problemas, como, por ejemplo: seguir los mismos criterios y pautas de medicación como si fuera éste el único tratamiento. Se dice que se acepta el tratamiento psicológico pero a la hora de pautar la medicación lo hace como si no hubiera otro tratamiento interactuando, con lo cual se pueden producir interacciones entre ambos. Por ejemplo de atribución de resultados, ésta es una muy importante. El paciente cree que si mejora es por el fármaco y no por el tratamiento psicológico. También puede ocurrir al revés, que crea que la mejoría se produce por el tratamiento psicológico, pero es muy raro que sea esto último, es muchísimo más corriente o frecuente la atribución al fármaco, cuando la realidad puede ser otra.

Otro aspecto muy frecuente es el del paciente que acude a tratamiento psicológico y ya se está medicando, no conocemos al médico que le receta y le lleva la medicación, y nos tenemos que poner en contacto con él y tratar de llegar a un acuerdo. Esto en bastantes ocasiones produce problemas de desacuerdo, de falta de información, de falta de respeto hacia el profesional, de dar información contraria, de desacreditar al terapeuta y de confundir al paciente.

4.2. Tratamiento en grupo

Esta modalidad de tratamiento conlleva las mismas fases del proceso terapéutico individual, sin embargo tiene unos aspectos diferentes que merece considerar, como los siguientes:

a) La persona no está sola con su problema. Tengamos en cuenta que es un problema que se suele llevar en solitario, que no se comprende bien por los allegados, creando muchas veces problemas de pareja, familia, trabajo, sociales, etc., que hacen que la persona se sienta aislada, sola y con la autoestima baja. En este sentido, el grupo puede ser muy importante, pues aporta compañía, comprensión, apoyo, empatía, pertenencia...

No obstante, la modalidad grupal no está indicada para todos los casos, ya que un número significativo de personas se han sentido peor en el tratamiento grupal.

El tratamiento grupal hay que realizarlo al ritmo del grupo, y si bien esto ayuda y estimula para avanzar en el tratamiento, hay determinadas personas que no pueden seguir el ritmo de la progresión grupal y se sienten mal al compararse y sentir que se quedan atrás, lo cual puede suceder por muy variados motivos ya que, como se viene diciendo, no es un problema uniforme y hay diferencias individuales en él, hay distintos niveles de gravedad, y también hay causas detrás de esta manifestación de pánico y agorafobia que son diferentes; por ejemplo, trastornos de personalidad por dependencia, por evitación, crisis personales. Es decir, que las variables predisposicionales y las circunstancias de los miembros son diferentes.

También influyen el nivel de inteligencia, de comprensión, la edad, la antigüedad del problema, el nivel de habilidades sociales, la integración en el grupo. En principio es una modalidad de tratamiento que puede sonar muy interesante y con muchas ventajas, pero a la hora de ponerla en marcha tiene problemas que hay que conocer. No obstante, es una modalidad que tiene ventajas.

b) Aspectos motivacionales. Igual que puede desmotivar, también es cierto que para muchas personas puede ser un factor de motivación muy importante, al contar con el apoyo de los otros miembros.

También, si se maneja terapéuticamente, ver cómo los miembros más antiguos progresan gracias a su trabajo puede modelar la autoeficacia, y reducir la indefensión que la mayoría de los pacientes tienen cuando vienen a terapia y también en muchos momentos de la misma. También ayuda a reducir el abandono ver cómo otros resuelven el problema cuando trabajan adecuadamente.

c) Ayuda mutua. Es la que los miembros se proporcionan entre ellos, de diferentes maneras. Una muy interesante, que no se da tanto en el tratamiento individual debido a la menor disponibilidad del terapeuta, es en las exposiciones en vivo asistidas por miembros del grupo. En este caso, algunos miembros del grupo suelen tener más disponibilidad para ello que el terapeuta. Éste es un aspecto que bien llevado a cabo puede marcar una gran diferencia con el tratamiento exclusivamente individual. Asimismo, la persona que proporciona la ayuda se beneficia terapéuticamente.

También ayuda a contrarrestar los efectos de la falta de figuras de apoyo o de problemas con estas figuras.

Es una modalidad que se puede hacer sola o combinada con tratamiento individual o con psicofármacos.

4.3. Intervención en figuras de apoyo

Esta intervención es muy importante, y más que modalidad se diría que es un complemento del tratamiento que hay que incluir. Son figuras de seguridad o de apoyo, pero también muchas veces son figuras determinantes del problema y enormemente mantenedoras del mismo. ¿Cómo es posible esto? Es muy frecuente que los pacientes se sientan muy presionados por las personas de las que dependen. Presionados para que se pongan bien, para que hagan determinadas cosas, y en otros casos, también criticados, humillados, despreciados, abandonados, coaccionados, manipulados. Es decir, la persona que padece este problema es alguien muy vulnerable que necesita apoyo, pero un apoyo adecuado, y en este sentido nos podemos encontrar con:

- a) Falta de figuras de apoyo.
- b) Figuras de apoyo sobreprotectoras.
- c) Figuras de apoyo hipercríticas y castigadoras, y casi siempre carentes de información válida sobre este problema.

Las figuras de apoyo también sufren las consecuencias del problema del paciente, con lo cual es muy frecuente que terminen "quemándose" y no sabiendo qué hacer ni cómo hacerlo, y necesiten asistencia y pautas ya no sólo para ayudar al paciente, sino también para convivir con él, y en algunos casos para ayudarse a sí mismos. Estas figuras pueden ser diversas: pareja, familia, amigos, grupo, vecinos, compañeros de trabajo, etc. Por su interés se abordarán seguidamente las figuras de la pareja y la familia, que además en muchos casos son los que tienen que llevar a los pacientes a terapia, acompañarles en casa, ya que no se pueden quedar solos, etc.

4.3.1. Pareja y familia

Los dos aspectos de influencia de la pareja más frecuentes que se deben considerar en el tratamiento de alguien que sufre agorafobia son los siguientes:

- a) Función de ayuda del miembro no agorafóbico. Es muy importante que el miembro no agorafóbico conozca el problema, lo comprenda, y sepa lo que tiene que hacer para ayudar y lo que no tiene que hacer para mantener el problema, y pueda y esté dispuesto a hacerlo. Esta intervención marca la diferencia en el tratamiento. No se trata de una mera información sino de una intervención, que en bastantes casos puede necesitar sesiones individuales con el otro miembro de la pareja.
- b) Función sistémica de la pareja en el mantenimiento del problema. La pareja es muy importante, ya que hay que tener en cuenta que se configura un sistema que muchas veces es acomodaticio para los dos miembros y que, aunque no lo parezca, puede tener beneficios

secundarios para el miembro no agorafóbico. Si esto es así, cabe esperar que, en la medida que el miembro agorafóbico mejore, ese sistema se altere o se rompa y, en muchos casos, en el miembro no agorafóbico afloran los miedos a perder a la pareja, la confusión de no conocerla, de sentir que es otra persona diferente y por tanto, en un intento de mantener el sistema anterior, no deja mejorar al paciente.

El paciente, por su parte, es frecuente que se sienta culpable cuando mejora, y que interprete como deslealtad tener su propia autonomía, y en este sentido hay que intervenir en muchas ocasiones reajustando la pareja. Por eso el terapeuta también deberá saber cómo intervenir en pareja. En el caso de la familia estaríamos ante un proceso similar.

4.4. Tratamiento de la comorbilidad

Es imprescindible tratar conjuntamente la comorbilidad. El trastorno de pánico y agorafobia es con mucha frecuencia la punta del iceberg de otros problemas que actúan recíprocamente; es decir, causan agorafobia y la agorafobia los mantiene o empeora.

Así, sólo por citar algunos: trastornos de personalidad por dependencia, trastorno de personalidad por evitación, trastorno obsesivo, déficits asertivos, déficits en manejo del estrés, momentos críticos de sobrecarga donde todo se junta, problemas de pareja, de familia, laborales, depresión, caída de la autoestima, inhabilidad social, aislamiento, consumo de alcohol..., la lista podría continuar.

Pues bien, todo esto hay que tratarlo conjuntamente y recíprocamente, por eso también se incluye como una modalidad que supone una combinación de tratamientos psicológicos, y también en ocasiones farmacológicos, ya que si la comorbilidad existiese y solamente se tratase la agorafobia, lo más probable es que el problema de la agorafobia mejoraría sólo hasta un punto en el cual se estancaría, y con el tiempo probablemente tenderían a producirse recaídas o empeoramientos. Si sólo se tratase la comorbilidad, podría ocurrir que la agorafobia impidiese realizar el tratamiento de la comorbilidad, y en el

caso poco probable de que pudiese tratarse eficazmente la comorbilidad, el problema agorafóbico frecuentemente quedaría pendiente. Es decir, se habría independizado de la comorbilidad y seguiría manteniéndose si no se trata.

Sirva para entenderlo el ejemplo de una persona que sufre depresión y comienza a beber para aliviar su sufrimiento y así llega un momento en el que tiene la depresión y además se ha vuelto alcohólica. Si solamente se tratase la depresión como causa del alcoholismo, ya que ésa fue la causa de que bebiera, y que la depresión mejorase o se resolviera, el alcoholismo seguiría existiendo si no se trata específicamente. Pero si sólo tratásemos el alcoholismo, probablemente mientras exista la depresión la persona necesitaría beber y puede que lo hiciese. La depresión impediría tratar el alcoholismo. De modo que habría que tratar el alcoholismo conjuntamente para así tratar la depresión y la depresión para así tratar el alcoholismo. Como vemos, ambos problemas están actuando recíprocamente y el tratamiento eficaz tiene que ser recíproco.

Es importante señalar que el tratamiento del trastorno de pánico y agorafobia que se expone en este libro es un tratamiento específico para este trastorno y por tanto no se exponen los tratamientos de la comorbilidad, pero para poder intervenir con eficacia el terapeuta deberá poder tratar la comorbilidad.

5

Evaluación

Imaginemos que sufrimos, lo cual nos impulsa a abandonar ese lugar para encontrar otro donde nos sintamos bien. Para ello tendríamos que realizar un viaje hasta dicho lugar. Para realizar con éxito este viaje son precisas algunas condiciones: en primer lugar, sería necesario tener la suficiente motivación para hacerlo. Pero contar sólo con la motivación no es suficiente, también tendríamos que poder estimar: dónde queremos llegar, cuál es el camino que vamos a recorrer, qué obstáculos se nos pueden presentar, qué recursos o competencias necesitamos para recorrerlo y, finalmente, saber si realmente hemos llegado a donde queríamos.

La evaluación es el proceso que, en el tratamiento de la agorafobia y trastorno de pánico, nos permitirá saber: adónde queremos llegar, lo que nos impide llegar, lo que nos ayuda a llegar, saber si estamos siguiendo el camino correcto para llegar a donde queremos ir y, si no es así, saber qué es lo que tenemos que corregir para volver a situarnos en el camino correcto. Y finalmente, saber si hemos llegado y si, al llegar, podemos decir que estamos donde queríamos estar y hasta qué punto ha quedado consolidado. Es muy diferente un tratamiento que no cuente con este mapa o planificación de uno que sí lo tenga.

La evaluación se realiza de manera continuada durante todo el tratamiento, es decir, comienza cuando recibimos al paciente por primera vez y termina cuando ya le damos el alta. Es un proceso continuo, simultáneo al tratamiento y que interactúa recíprocamente con éste. No obstante, a pesar de ser continuo, se pueden observar las siguientes fases:

1. Evaluación en el pretratamiento.

2.Evaluación durante el tratamiento.

3.Evaluación final.

Para obtener los datos necesarios para poder elaborar este mapa o planificación, así como para evaluar la marcha del proceso terapéutico y la efectividad del mismo, disponemos de una serie de instrumentos que son:

- Entrevistas, inventarios generales, cuestionarios específicos para la agorafobia y el trastorno de pánico, y cuestionarios de otros problemas relacionados de comorbilidad, como pueden ser los de depresión, asertividad, inventarios de ansiedad, de problemas de pareja, etc.
- Autorregistros para recoger las observaciones de los pacientes sobre las manifestaciones de su problema y registros para la observación de otras personas.
- Pruebas psicofisiológicas como el EMG o la respuesta electrodermal.
- Role-playing.

5.1. Variables a evaluar

Son las variables que configuran el trastorno de pánico y agorafobia y que se exponen en el capítulo correspondiente a los aspectos descriptivos y funcionales. En cada caso dichas variables van a tener una distribución diferente la cual configurará el perfil particular y el tratamiento correspondiente. La identificación y evaluación de dichas variables se realizará tanto respecto a la génesis del problema como al mantenimiento del mismo.

Las variables a evaluar son las siguientes.

En la génesis:

1.Factores predisposicionales (o de vulnerabilidad).

Biológicos, vulnerabilidad psicofisiológica. Interesa estimar el perfil estructural de respuestas psicofisiológicas y el perfil funcional de las mismas: habituación, extinción y parámetros de intensidad y duración de las respuestas.

Los medios de obtención de los datos para estimar el perfil, podrían ser: entrevistas, autorregistros y registros psicofisiológicos.

2. Factores de personalidad.

Como ya se ha indicado, en el trastorno de pánico y agorafobia los factores de personalidad suelen estar implicados entre el 25% y el 75% de los casos. Los medios de obtención de datos podrían ser: entrevistas estructuradas e inventarios de personalidad.

3. Factores desencadenantes.

Interesan, principalmente, el primer episodio de pánico que la persona sufrió en su vida y el desarrollo y la evolución del trastorno a partir de este primer episodio.

Hay que considerar que entre el primer episodio y el momento actual puede haber pasado un tiempo considerable, a veces varios años. Este tiempo es diferente en cada persona, y durante el mismo es frecuente que se alternen períodos donde la persona está, incluso, asintomática, y puede luego recaer. En este sentido es fundamental evaluar estos períodos, así como los factores que determinaron las mejorías y los que desencadenaron las recaídas.

En estos factores desencadenantes tendremos que estar muy atentos y evaluar dos tipos de factores, así como la correlación de los mismos: por un lado estarían los factores de comorbilidad y, por otro, los factores correspondientes a la sobrecarga soportada por el paciente, principalmente referida al último año anterior al primer episodio de pánico. Esta sobrecarga puede ser debida a acontecimientos estresantes,

solos o agrupados, que no han podido ser adecuadamente manejados, también puede deberse a conflictos, no digeridos o no resueltos, situaciones inconclusas, etc., que se van acumulando y que los pacientes ni los puede resolver, ni los puede aceptar plenamente, ni los puede soltar.

La evaluación de los factores expuestos se realizará principalmente mediante entrevistas, cuestionarios de personalidad, y ya, de hecho, se solapa con la evaluación de los factores predisposicionales, y autoobservación de esquemas cognitivos.

Es importante señalar que esta evaluación deberá hacerse paralelamente a la evaluación específica del trastorno de pánico y agorafobia, la cual también nos va a dar indicadores de estos factores de comorbilidad y sobrecarga.

Hay que señalar también que es preciso esperar a que los datos sobre estos factores vayan dando la cara en el tiempo y no necesariamente en la evaluación del pretratamiento, ni en los primeros momentos del tratamiento. Por tanto, es necesario destacar que su posible existencia y aparición es algo que en todo momento deberá tenerse en cuenta durante el tratamiento y a veces después del mismo.

Resumiendo: en la evaluación de los factores desencadenantes hay que considerar:

- a) El primer episodio de pánico padecido en su vida, señalando la fecha aproximada.
- b) La estimación hipotética de la vulnerabilidad, comorbilidad y sobrecarga, así como la correlación de estos tres factores. En el caso de la sobrecarga, hay que considerarla no sólo como algo pasivo que le ocurre al paciente, sino evaluar también la sobrecarga que el paciente puede generar por sus déficits de gestión de la misma o por sus factores predisposicionales.

Evolución del cuadro a partir el primer episodio:

Nos interesan, fundamentalmente, las alternancias entre episodios de pánico, recaídas, empeoramientos, mejoramientos, etc., así como los factores determinantes de los mismos, incluyendo terapias, fármacos familia, etc. Continuar estimando la vulnerabilidad, comorbilidad y sobrecarga hasta el momento actual, indicando fechas, para que se tengan datos temporales de la evolución. Y así llegaremos en nuestra evaluación hasta los factores de mantenimiento que seguidamente se mencionan.

4. Factores de mantenimiento.

a) Estímulos discriminativos. Funcionan como señales de advertencia. Interesan principalmente aquellas señales externas que al paciente le hacen suponer que ante la ocurrencia de las mismas "debe ponerse a salvo" antes de que pudiera sobrevenir un episodio de angustia, ya que en el caso de producirse no le daría tiempo a "ponerse a salvo". Es decir, se trataría de contactar con los estímulos de seguridad antes de la ocurrencia de la posible aparición del episodio de pánico anticipado. Por tanto, este tipo de estímulos o señales tienen la función de indicarle al paciente una distancia o interferencia peligrosa, según su entender, con los estímulos de seguridad. Por ejemplo, pueden ser determinados lugares, calles, etc.

Es preciso señalar que hay una diferencia entre los estímulos discriminativos y los estímulos llamados condicionados, y es que los discriminativos no suelen producir una respuesta de ansiedad tan intensa o dramática como los condicionados, y que además los discriminativos no se identifican como peligrosos sino como señales de advertencia, por tanto producen ansiedad pero no de la misma manera que los condicionados. Los estímulos discriminativos están más relacionados con las conductas de evitación, mientras los condicionados lo están con las de huida.

También conviene agrupar en este apartado aquellos estímulos

interfirientes con la exposición terapéutica. Por ejemplo, es muy frecuente que haya personas que eviten determinadas exposiciones por vergüenza.

- b)Estímulos condicionados. Pueden ser externos e internos (interoceptivos). Los estímulos condicionados externos son muy similares a los estímulos discriminativos en cuanto que ante las señales de distancia o interferencia con los estímulos de seguridad se dispara la ansiedad, pero estos estímulos desencadenan de manera automática una respuesta considerablemente alta de ansiedad o un episodio de pánico, lo cual no suele ocurrir con los estímulos discriminativos. Hay que señalar que pueden incluir estímulos sociales, determinadas personas o situaciones sociales.

Por su parte, los estímulos internos o interoceptivos son las respuestas viscerales que desencadenan un aumento de las mismas de manera condicionada. Es un fenómeno interesante a la hora de pensar en el tratamiento, en el sentido de que una respuesta visceral sirve para activar la misma produciendo una espiral conocida como la espiral del pánico.

- c)Variables cognitivas mediacionales. Pertenecientes a la aparición y naturaleza de los desencadenantes:

- 1.Atención selectiva a sensaciones.
- 2.Expectativas o anticipaciones de la cadena de sucesos o sensaciones internas hasta llegar al temido episodio de pánico.
- 3.Errores interpretativos sobre la naturaleza de las sensaciones experimentadas: "son muy peligrosas", "se van a extralimitar".

Pertenecientes a la valoración de los propios recursos de afrontamiento:

- 1.Errores interpretativos sobre las propias capacidades de

afrontamiento: "no podré soportarlo".

2.Cálculos evitativos o de escape.

- d)Respuestas psicofisiológicas. Perfil psicofisiológico estructural. Indagaremos el tipo de respuestas psicofisiológicas que predominan en el caso particular. Hay que señalar que las respuestas, incluso ante los mismos estímulos, pueden ser diferentes de unas personas a otras.

Para completar la evaluación de las respuestas psicofisiológicas tendrán que evaluarse sus parámetros de intensidad y duración, así estimaremos el nivel de habituación de las respuestas del paciente; este aspecto es fundamental para poder realizar exposiciones eficientes.

- e)Estrategias de seguridad. Nos interesa evaluar:

1.Conductas de aproximación o proximidad a los estímulos de seguridad.

2.Conductas de evitación, indentificando aquello que evita.

- j)Efectos de las estrategias de seguridad. Nos interesan los efectos inmediatos, principalmente de refuerzo negativo, y los efectos a medio y largo plazo, principalmente de castigo.

5.2. La evaluación del proceso terapéutico

5.2.1. La evaluación del pretratamiento

Corresponde a la fase inicial del tratamiento, la cual se caracteriza por la realización de la evaluación inicial. Esta evaluación no se considera definitiva, sólo es una evaluación que nos va a permitir realizar una hipótesis de trabajo inicial y particular sobre la génesis y el mantenimiento del problema, así como de la posible concurrencia de otros problemas o factores de comorbilidad. Dicha hipótesis puede variar en cuanto a ser mas o menos completa y definitiva, ya que hay casos en que aparece con facilidad mientras

que en otros parece ocultarse y lleva más tiempo poder establecerla. Pero en todo caso, aunque fuera muy simple, es necesaria para poder iniciar el tratamiento.

En esta fase, además de realizar la hipótesis de trabajo inicial o de arranque, se formularán las metas terapéuticas y la línea-base de las mismas. La línea base no es otra cosa que la medida o el nivel de las metas terapéuticas en el momento de partida, antes de iniciar el tratamiento. Nótese que no se dice la medida o el nivel del problema, sino que se plantea en términos positivos. Esto es muy importante de cara al tratamiento y en cuanto a la filosofía terapéutica. En el caso de la agorafobia, la línea-base se establecerá sobre las conductas de aproximación a las metas y no sobre las de evitación. Para ello el paciente deberá reflexionar y sentir dónde quiere llegar, lo que es importante en su vida, sus valores, etc., y suele ser necesario un cierto trabajo de ayuda sobre ello hasta que queden formuladas y establecidas las metas terapéuticas iniciales, y señalamos iniciales porque puede ocurrir que más adelante se vayan cambiando y hay que considerar dicha posibilidad.

En la medida que el paciente vaya aceptando las metas terapéuticas, indagaremos dónde se encuentra actualmente en relación con dichas metas. Es decir, desde su lugar de seguridad o desde sus estímulos de seguridad, hasta dónde es capaz de llegar, por sí mismo, en la dirección de lo que desea en su vida y no en lo que teme.

En el establecimiento de la línea-base no nos sirve la mera verbalización del paciente de hasta dónde es capaz de llegar, porque es muy probable que no se corresponda lo que dice con lo que realmente puede hacer en este momento inicial, o sencillamente ni siquiera se lo haya planteado en estos términos. Esto exige una asistencia del profesional, así como una motivación especial que veremos en el apartado correspondiente, en este capítulo. La línea-base debe ser estable en el tiempo mientras no haya ningún tipo de intervención terapéutica.

En resumen, la fase de pretratamiento pretende realizar una hipótesis de

trabajo inicial sobre la génesis y el mantenimiento del problema, así como el establecimiento de las metas terapéuticas iniciales y la línea-base de las mismas. Para obtener los datos necesarios en esta fase se suelen utilizar la entrevista, cuestionarios e inventarios, autorregistros y la prueba conductual de la línea-base positiva. Seguidamente se exponen dichos procedimientos.

A) La entrevista inicial

La entrevista no puede faltar en la evaluación y se considera como el instrumento de evaluación más utilizado en la clínica psicológica. Además de ser un excelente medio de obtención de datos nos permite ver al paciente, observar su conducta no verbal y paraverbal, y establecer una adecuada relación terapéutica. Para que la entrevista sea de utilidad en la evaluación, son necesarios unos mínimos criterios de aplicación, así como la suficiente competencia profesional en la misma.

En este epígrafe se describe una estructura de entrevista aplicada a la evaluación inicial del trastorno de pánico y agorafobia teniendo como base la orientación cognitivo-conductual.

Estructura de la entrevista inicial:

- Datos biográficos

Nombre y apellidos, fecha y lugar de nacimiento, edad, estado civil, número de hijos y edades de los mismos, con quién vive, profesión, dirección, teléfono, correo electrónico, nivel de estudios...

- Motivo de consulta (síntesis del motivo de consulta según la descripción del paciente)

Propósito: dejar que el paciente se "desahogue" y hable de su problema libremente. Es un buen momento para transmitir empatía. En este primer momento deberán predominar las preguntas abiertas, los reflejos, las paráfrasis y los resúmenes, así como los gestos de asentimiento, dejando las

preguntas cerradas para más adelante (ver el capítulo de la comunicación terapéutica). En este primer momento es importante permitir que el paciente hable libremente de lo que le trae a consulta, con las mínimas interrupciones por parte del terapeuta.

- Atribución del problema

Propósito: conocer la explicación que el paciente tiene de lo que le pasa. En el caso del trastorno de pánico o agorafobia, lo más frecuente es que los pacientes no sepan lo que les pasa, pero traten de rellenar este vacío informativo sopesando causas catastróficas o dramáticas, como una enfermedad muy grave del sistema nervioso o del corazón, etc., que en cualquier momento podría producirles un descontrol dramático o incluso la muerte inminente. Es importante conocer las explicaciones que tienen sobre su problema, para luego intervenir en ellas en la fase psicoeducativa.

- Historia del problema

Propósito: indagar la evolución del cuadro cronológicamente, desde el momento en el que el paciente empieza a notar que no está bien hasta el momento actual. Es muy importante no limitarse al cuadro de agorafobia o trastorno de pánico e indagar la posible comorbilidad, ya que puede ocurrir que esta exista y haya producido como consecuencia el primer episodio de pánico.

Aunque nos vamos a centrar en los factores actuales de mantenimiento del problema, la génesis es importante por dos motivos. En primer lugar para que el paciente tenga una explicación de cómo ha llegado al presente estado, y en segundo lugar, para identificar los posibles factores de génesis del problema que, siendo distintos de la agorafobia, todavía pudieran estar presentes y, por tanto, influyendo actualmente en el mantenimiento del problema de agorafobia o pánico.

También es importante, sobre todo cuando se sospecha algún trastorno de personalidad o bien la influencia de la misma en el problema, indagar la

historia o biografía de la persona desde su infancia. Es decir, hacer una biografía, a la luz del problema. Para la elaboración de esta biografía, llamada también historial, se sugiere recabar información sobre las siguientes áreas: historial relacionado con el problema presentado (agorafobia y trastorno de pánico) y también con el historial de comorbilidad. En este sentido hablaríamos del historial psiquiátrico o de otras enfermedades o trastornos psicológicos, o dificultades psicológicas habidas en su historia, historial académico, historial profesional, historial médico, historial evolutivo y social (afiliaciones, intereses, valores, sucesos significativos cronológicos, situación social actual...), historial familiar, de pareja.

Toda esta información se puede obtener también con los cuestionarios generales, como el multimodal de Lázarus (1976).

En la historia del problema indagaremos sobre las siguientes cuestiones:

- a)¿Cómo empezó? Nos interesa indagar tanto en el inicio, es decir, cómo empezó el paciente a notar que tenía trastorno de pánico o agorafobia, cómo en los factores predisposicionales. ¿Cómo era su vida entonces, en sus diversas áreas (salud, familia, trabajo, pareja, social, económica, emocional, espiritual).
- b)Evolución a partir del primer episodio.
- c)Evaluación del año anterior al inicio. ¿Cómo fue su vida en las áreas citadas anteriormente el año anterior a empezar a sentirse mal? (repasar de nuevo las áreas). ¿Se siguen manteniendo los factores del año anterior?
- d)Cambios vitales no asimilados y asuntos pendientes.

•Figuras y escenarios de seguridad

Propósito: conocer los estímulos de seguridad: personas, objetos, lugares, etc., para poder así realizar la línea-base, y poder ir haciendo un despegue gradual y progresivo de los mismos al tiempo que hace un acercamiento a los

estímulos que desea. Éste es el tipo de exposición positiva o de aproximación a lo que quiere y que implica, simultáneamente, poder distanciarse de lo que le da seguridad.

Igualmente identificaremos lo contrario: los estímulos que le producen inseguridad: personas, objetos, lugares, actividades...

- Enfermedades que padece actualmente

Propósito: poder realizar el diagnóstico diferencial. Es muy importante descartar enfermedades o disfunciones orgánicas, las cuales necesitarían el tratamiento médico pertinente.

Así se indagará el tipo de enfermedad, duración y tratamiento, no dejando sin preguntar por las siguientes: diabetes, hipoglucemia, problemas tiroideos, endocrinos, de oídos, hipertensión, prolapso de válvula mitral, epilepsia, cervicales, neurológicos, otros que no se hayan dicho y estén presentes.

- Tratamientos psicológicos o médico psiquiátricos anteriores

Propósito: conocer el tipo de tratamientos que se han realizado y por qué no han dado el resultado deseado.

Así se indagarán los tratamientos recibidos, con fechas, duración, resultados, motivo de finalización.

- ¿Qué especialistas ha visitado?

- a)Médico general.

- b)Cardiólogo.

- c)Neurólogo.

- d)Otorrino.

e) Digestivo.

j) Psiquiatra.

g) Psicólogo.

h) Otros.

• Para cada especialista:

a) Fecha aproximada.

b) ¿Qué le dijo?

c) ¿Qué tratamiento le aplicó? (incluir fármacos y dosis).

d) ¿Durante cuánto tiempo?

e) Resultados.

j) Adherencia al tratamiento

g) Si abandono, causas.

¿Qué otras cosas ha hecho para intentar solucionar este problema? (¿por sí mismo, naturistas, curanderos, familiares, amigos...?) ¿Qué resultados?

¿A qué cree que se debe la falta de resultados en cada caso?

¿Qué tratamientos está siguiendo actualmente?

¿Tiene o ha tenido algún familiar o amigo problemas similares?

a) ¿Quién y cuándo?

b) ¿Qué problemas exactamente?

c) ¿Qué se hizo para solucionarlos?

d)¿Qué resultados se obtuvieron?

¿Ha tenido o tiene otro tipo de problemas o trastornos psicológicos o psiquiátricos?

a)¿Cuáles?

b)¿Cuándo?

c)¿Qué tratamiento siguió o está siguiendo y cuáles son los resultados?

d)Medicamentos que toma actualmente y para qué (nombre o tipo, motivo y dosis).

¿Ha estado ingresado alguna vez por problemas o trastornos psicológicos o psiquiátricos?, ¿cuál fue el motivo?

•Motivación, objetivos y expectativas

¿Ha sido suya la idea de buscar este tratamiento para su problema? Si no es el caso, ¿de quién fue la idea?, ¿a quién le perturba el problema y en qué grado?

¿Qué le ha llevado a buscar ayuda ahora y no antes?

De 0 a 10, ¿cómo calificaría su interés en solucionar su problema?

¿Cuál es el tiempo máximo que está dispuesto a dedicar cada día a trabajar para resolver este problema?

¿Qué desea conseguir al tratar su problema?

¿En qué medida confía en conseguir estos objetivos al ponerse en tratamiento?

¿Qué tratamiento le gustaría recibir?

- Recursos y limitaciones

¿Qué opinan las personas allegadas respecto a que siga un tratamiento como éste?

¿Quiénes están dispuestos a ayudarle y de qué modo? ¿Hay alguna persona que podría interferir en la solución del problema?

Cite aspectos buenos que cree que tiene o que los demás creen que tiene. ¿Qué recursos personales posee que pueden serle útiles para resolver su problema? (constancia, estrategias de relajación, saber ver la cosas de manera realista, confianza en las propias capacidades, etc.).

- Problemas asociados

Ansiedad fuera de las situaciones temidas.

Preocupaciones raras, anormales o infrecuentes en la población.

Otros miedos importantes aparte de los comentados (animales, oscuridad, sangre, heridas, enfermedades...).

¿Ha tenido alguna vez sensaciones de irrealidad respecto a sí mismo o respecto a las cosas que le rodeaban? Explorar.

Depresión (explorar estado de ánimo, energía, apetito, pérdida de interés o placer, libido, sentimiento de culpa, visión de sí mismo, del mundo y del futuro, pensamientos de suicidio).

Dificultades sociales (explorar: ansiedad ante determinadas situaciones sociales, miedo a lo que otros puedan pensar de usted, problemas para defender sus opiniones o para hacerse valer...).

Problemas de pareja o sexuales.

Problemas familiares, con los hijos.

Conductas compulsivas (explorar).

Pensamientos que le obsesionan y que le es difícil o imposible quitarse de la cabeza. ¿Cuáles?

Alcohol, otras drogas o fármacos. ¿Qué cantidades?

Problemas en el trabajo.

- Análisis descriptivo

Propósito: identificar las variables que, en cada caso particular, configuran el trastorno de pánico o la agorafobia.

Es aconsejable realizarlo con un mínimo de tres episodios que el paciente recuerde bien. El contenido de dicho análisis serán las respuestas del paciente en sus modalidades: psicofisiológicas, cognitivas y motóricas, con sus respectivos parámetros de intensidad, duración y frecuencia, así como las diversas situaciones donde se producen dichas respuestas.

- Análisis funcional

Propósito: conocer la relación funcional que existe entre las variables que configuran el cuadro de agorafobia para el caso particular, tanto en la génesis como en el mantenimiento.

En el análisis funcional se parte del supuesto de que la conducta problema es el producto de determinadas variables precedentes o antecedentes o determinadas variables que la suceden o consecuencias. En la entrevista identificaremos los antecedentes y las consecuencias de cada caso particular que mantienen el problema actualmente.

Es recomendable realizarlo con un mínimo de tres episodios que refiera el paciente. Se le preguntará por la secuencia que transcurre entre las variables internas y externas desde que empieza a sentirse mal hasta que se reduce el malestar significativamente. Ejemplo.

"Acuérdate de la última vez que te paso..., ¿te sentiste mal? O si recuerdas mejor otra vez, sitúate en ella. ¿Dónde estabas?, ¿con quién estabas? Congela la imagen como si estuviera ocurriendo ahora y hasta que te venga algún tipo de pensamientos o imágenes parecidas a las que pudiste tener en esa situación... ¿Qué pensamientos e imágenes tienes?, ¿qué sensaciones físicas recuerdas?"

Y así vamos estableciendo la secuencia.

"¿Qué hiciste entonces?... Cuantas más cosas recuerdes de las que pudiste haber hecho, mejor... ¿Qué te gustaría haber hecho que no pudiste hacer?..."

Así continuamos avanzando e indagando qué contenidos cognitivos fisiológicos motores y ambientales se produjeron desde que empezó hasta que terminó el episodio.

En este sentido se facilitan una serie de preguntas a modo orientativo:

- ¿Qué situaciones le producen miedo, ansiedad o inquietud?
- En las situaciones anteriores (antes y durante las mismas), ¿qué sensaciones experimenta y qué nivel de intensidad y molestia?
- ¿Qué pensamientos o imágenes tiene sobre lo que podría llegar a ocurrirle y grado de creencia en ello?
- ¿Qué situaciones temidas evita hacer solo y, de ellas, cuáles son las que más evita?
- ¿Qué situaciones temidas evita hacer acompañado de una persona de confianza?
- Si se quedase atrapado en una de las situaciones que suele evitar, ¿Qué cree que le ocurriría?
- ¿Cuáles de las situaciones temidas es capaz de afrontar?

- ¿Qué hace para evitar aquello que solo usted sabe que está evitando?
- Medida en la que restringe o evita los desplazamientos fuera del punto de seguridad yendo solo. ¿Qué distancia se aleja solo de esos puntos?
- ¿Cómo se siente cuando está solo en los puntos de seguridad? ¿Qué hace?
- ¿Cuál ha sido la vez en que el problema fue peor?
- ¿Cuál ha sido la vez en que el problema tuvo la menor intensidad?
- ¿Pensamientos o imaginaciones cuando experimenta alguna sensación corporal inesperada (por ejemplo, pinchazo en el corazón, acaloramiento, mareo...)?
- ¿En qué medida está pendiente de sus sensaciones corporales?

También se considera pertinente evaluar los episodios de pánico por separado de las conductas agorafóbicas. Hay que tener en cuenta que un ataque de pánico no es un estado más o menos constante de ansiedad, sino la ocurrencia de un estado de ansiedad muy intensa que tiene un comienzo repentino y una duración limitada en el tiempo. Por ejemplo, estar ligeramente preocupado por algo o encontrarse un día especialmente nervioso la mayor parte del tiempo no se considera un ataque de pánico, en cambio, sí que se habla de ataque de pánico si en un momento dado el nivel de ansiedad sube de repente hasta un nivel intenso, por la causa que sea, y se mantiene así un cierto tiempo. Es preciso preguntar, caso de darse estos episodios referidos, cuáles de los siguientes síntomas experimenta durante uno de esos episodios:

- Dificultades para respirar o sensación de ahogo.
- Sensación de mareo, inestabilidad o desmayo.
- Palpitaciones o ritmo cardíaco acelerado (taquicardia).

- Temblores o sacudidas.
- Sudoración.
- Sensación de atragantamiento.
- Náuseas o malestar abdominal.
- Sensación de irrealidad respecto a las cosas o respecto a uno mismo.
- Sensación de hormigueo, entumecimiento o adormecimiento de alguna parte del cuerpo.
- Ráfagas de calor o escalofríos.
- Dolor o malestar en el pecho.
- Miedo a morir.
- Miedo a perder el control o a volverse loco.
- Otros (especificar).
- ¿Cuántos ataques de pánico ha tenido en la última semana?
- ¿Cuántos ataques de pánico ha tenido en el último mes?
- Descripción del último ataque de pánico (¿qué hacía?, sensaciones, pensamientos, severidad, duración).
- Pensamientos o imaginaciones antes de los ataques de pánico.
- Pensamientos o imaginaciones durante los ataques de pánico.
- Conductas habituales ante los ataques de pánico.
- Medios que utiliza para manejar el pánico.

- ¿Cuánto le preocupa poder tener otro ataque de pánico?
- Frecuencia de esta preocupación: diaria, semanal, mensual...
- ¿Puede darse cuenta de cuándo van a ocurrir o de cuándo es más fácil que ocurran los ataques de pánico?
- ¿En qué situaciones o circunstancias aparecen los ataques de pánico?
- ¿A qué causas cree que son debidos los ataques de pánico actuales?, ¿y los miedos y evitación de situaciones?
- ¿Ha tenido alguna vez ataques de pánico "caídos del cielo", es decir, que le hayan ocurrido sin causa aparente o en situaciones en las que no esperaba que ocurrieran?
- De cada 10 ataques de pánico actuales, ¿cuántos diría que son espontáneos o "caídos del cielo", es decir, sin causa aparente?
- ¿Tiene o ha tenido ataques de pánico mientras duerme?, ¿época?, ¿frecuencia?
- Circunstancias o factores que hacen que disminuyan e incluso que desaparezcan.
- A pesar de que usted lo pasa realmente muy mal, ¿puede pensar en alguna cosa positiva que se derive de su problema?
- Consumo de fármacos, café, alcohol y drogas: tipo, frecuencia, cantidad.

•Consecuencias sociales

- Pareja, familia, amigos, trabajo, otros. Alcance.
- ¿Cómo reaccionan (qué dicen y qué hacen) las personas allegadas cuando expresa sus miedos?

- ¿Cómo reaccionan las personas allegadas cuando evita o escapa de las situaciones temidas?
- ¿Cómo reaccionan cuando las afronta?
- ¿Cómo reaccionan cuando tiene un ataque de pánico?
- ¿Cómo le afectan esas reacciones?
- ¿Qué piensan de su problema las personas que son importantes para usted?
- ¿Cómo repercute este problema en su vida?
- Pareja.
- Hijos.
- Otras personas.
- Trabajo.
- Tiempo libre.
- Cuidado de la casa.
- Otros.
- Consecuencias estimadas de este problema (si no se resuelve) a largo plazo para el interesado y para otras personas.

Cierre de la entrevista y devolución del resumen de la misma con el propósito de generar expectativas realistas positivas y la oportunidad de contrastar y ampliar datos y administración de cuestionarios y pruebas complementarias.

B) Autorregistros y cuestionarios

•Autorregistros

Los registros de la propia conducta, o autorregistros, tienen el propósito de aumentar la conciencia del paciente sobre los aspectos topográficos y funcionales de su problema, así como recoger información sobre dichos aspectos y comunicársela al terapeuta. En este sentido partimos del su puesto de que el terapeuta no sabe lo que le ocurre al paciente. Sólo lo sabe el paciente, y el terapeuta le ayuda a organizar y comunicar dicha información.

Es importante contrastar y ampliar los datos de la entrevista con los datos procedentes de la autoobservación del paciente en su contexto natural, y en el momento en el que se producen los problemas que refiere. En este sentido se sugieren dos tipos de registros:

- a)Registros descriptivos. Tienen el propósito de identificar la experiencia que presenta el paciente de la manifestación de su problema. Registrará: los contextos en los que ocurre (cuándo, dónde, personas presentes, etc.), las respuestas psicofisiológicas que percibe en forma de sensaciones, las conductas motóricas (lo que hace para protegerse, lo que deja de hacer para protegerse, cómo lo hace, etc.), las variables cognitivas que se estimen, y toda esta observación, en la medida de lo posible con la indicación de los parámetros de intensidad y frecuencia de dichas variables.
- b)Registros funcionales. En los registros funcionales el paciente observa la secuencia temporal del problema desde que empieza hasta que termina. Es decir, sus antecedentes, la conducta problema y las consecuencias que le siguen a dicha conducta, así como el parámetro de duración de dicha secuencia, es decir, desde que empieza a sentirse mal hasta que finaliza el malestar.

No hay que suponer que el paciente realizará el autorregistro sólo porque se le sugiera. En este sentido es importante y marca la diferencia entrenar al paciente en la autoobservación y recogida de información de la misma.

Sugerencias para el entrenamiento en autoobservación y autorregistro.

Explicar al paciente los motivos del registro, es decir, el para qué del registro.

Darle instrucciones concretas y detalladas sobre los siguientes aspectos:

- a) Qué observar (respuestas cognitivas, fisiológicas, motóricas).
- b) Cuándo observar (cuando note que empieza a sentirse mal, o a manifestarse el problema de ansiedad).
- c) Cuánto observar (empezar por poco e incrementar la cantidad de información necesaria).

El entrenamiento en autoobservación hay que adaptarlo a cada caso y persona particular, ya que lo que funciona con una persona, puede no funcionar con otra.

En cuanto a la prescripción del autorregistro, conviene antes de prescribirlos asegurarse de que el paciente está motivado para hacerlo, y no suponer que lo realizará solo con prescribírselo. El cumplimiento de este punto evitará la frustración tanto del paciente como del terapeuta, y manteniendo algo muy importante, como es la motivación de ambos. Por ejemplo, hay pacientes que tienen problemas de tiempo, de bajadas en el estado de ánimo, de escribir, de ortografía, no tienen el hábito de registrar... Es interesante en este sentido destacar, según Bemis (1980) y Hollon y Kendall (1981: 350-351), lo siguiente:

"Los clientes depresivos frecuentemente manifiestan sentirse sobrecargados por algo que parece ser una tarea difícil de llevar a cabo o no consiguen iniciar o mantener la observación porque no esperan que pueda servir de ayuda. Los clientes ansiosos normalmente no prestan atención a las cogniciones porque hacerlo parece aumentar su angustia. Los clientes anoréxicos rara vez manifiestan algún efecto per se, normalmente producen una serie de

descripciones inferenciales cuando se les pide que registren sus sentimientos. Si se les pide que evalúen la validez de sus pensamientos, tienden a responder con prescripciones moralistas similares a las 'reminiscencias de las decisiones de Año Nuevo' (Bemis, 1980). Los clientes obsesivos, como puede suponerse, rara vez dejan algún pensamiento sin registrar, normalmente trabajan mucho para hacerlo bien. Implicar cada vez más al paciente mediante el análisis y discusión de los autorregistros, devolviéndole explicaciones y así motivándole a que se implique cada vez más en la autoobservación."

•Cuestionarios

Se citan algunos cuestionarios específicos utilizados en la clínica dejando la descripción y el análisis de su fiabilidad a la consulta de los mismos en las fuentes originales. Están tomados del libro del profesor Bados López Agorafobia 1 (Editorial Paidós, 1995).

-Cuestionario de pánico del instituto Nacional de Salud Mental (National Institute of Mental Health Panic Questionnaire. Scupi, Maser y Uhde, 1992).

-Cuestionario de miedos (Fear Questionnaire. Marks y Mathews, 1979).

-Inventario de Movilidad para la Agorafobia (The Mobility Inventory for Agoraphobia. Chambless y cols., 1985).

Escalade Agorafobia (The Agoraphobia Scale. Ost, 1990).

Cuestionario de Cogniciones Agorafóbicas y Cuestionario de Sensaciones Corporales (The Agoraphobic Cognitions Questionnaire and the Body Sensations Questionnaire. Chambless y cols., 1984).

-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. Clum y

cols., 1990).

-Índice de susceptibilidad a la ansiedad (Anxiety Sensitivity Index. Reiss y cols., 1986).

-Inventario de agorafobia (Echeburúa y cols., 1992).

C) El diagnóstico diferencial

Éste es uno de los aspectos principales que se han de considerar en la evaluación inicial, ya que hay cuadros orgánicos que pueden confundir el diagnóstico del trastorno de pánico o agorafobia. Por eso es fundamental realizar un diagnóstico diferencial. Es importante tener unos criterios que sirvan para descartar otro tipo de problemas orgánicos que necesiten otro tratamiento diferente. Conviene tener en cuenta que hay patologías orgánicas que cursan con síntomas similares a los de la ansiedad y más concretamente a los del trastorno de pánico, y también patologías que generan o estimulan estados de ansiedad y más concretamente sintomatología sugestiva de agorafobia o trastorno de pánico. Algunos de estos trastornos son: trastornos endocrinos, como hipoglucemia, hipertiroidismo, hiperparatiroidismo...; trastornos cardiovasculares, como prolapso de la válvula mitral, arritmias, fallo cardíaco congestivo, hipertensión, infarto de miocardio; trastornos respiratorios, como enfermedad pulmonar obstructiva crónica; trastornos neurológicos, como epilepsia; trastornos vestibulares; consumo de sustancias por intoxicación o por abstinencia, incluyendo el alcohol. Para más información: Barlow, D. H., 2002: *Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic* (New York, Guilford Press); Taylor, S., 2000: *Understanding and treating panic disorder: Cognitive Behavioural Approaches* (Chichester, UK, Wiley). También hay que considerar en este apartado la aparición de crisis de pánico en personas mayores de 45 años y la presencia de síntomas, durante las crisis, como pérdida de conciencia, vértigo, descontrol de esfínteres, cefaleas, amnesia...

5.2.2. La hipótesis inicial

Una vez recogida la información necesaria mediante los instrumentos sugeridos, principalmente entrevista y autoinformes, y también informes de otras personas significativas, el terapeuta la relaciona y, basándose en los modelos explicativos (ver capítulo de aspectos descriptivos y funcionales), establece la hipótesis inicial del caso particular sobre la génesis del problema (incluyendo las variables predisposicionales y los desencadenantes) y sobre los factores de mantenimiento.

Junto con la hipótesis inicial también se presentará al paciente la propuesta de tratamiento para ser discutida y ajustada hasta lograr su entendimiento y acuerdo.

5.2.3. La evaluación durante el tratamiento

La evaluación es un proceso que se realiza de forma continua durante todo el tratamiento, y no sólo inicialmente. En estos dos momentos tiene finalidades diferentes.

Cuando se inicia el tratamiento resulta útil considerar dos tipos de aspectos generados por el tratamiento: los datos y los efectos o resultados.

El tratamiento produce datos que contrastan la hipótesis inicial:

- a)Avalándola.
- b)Contradiciendo sus datos.
- c)Ampliándola.

Los supuestos b y c son indicadores de modificación de hipótesis inicial.

Habrá que hacer el análisis funcional de esos datos que van surgiendo, y ponerlos en la historia clínica y en la hoja de sesión compartiéndolo con el paciente.

En cuanto a los efectos o resultados del tratamiento, es muy importante

realizar una evaluación compartiéndola con el paciente (feedback de resultados). Así se irá midiendo la línea-base mediante el autorregistro pertinente. Para ello pueden utilizarse los mismos cuestionarios, pasándolos en diferentes momentos del tratamiento. El feedback que se obtiene de esta manera es de capital importancia en la clínica en general, y en el problema de la agorafobia y el trastorno de pánico. Hay que considerar que es un tratamiento arduo y que la frecuencia de abandonos es muy grande, sobre todo en la fase de exposición. Además de que el miedo "tiene muchas madrigueras", es muy fácil que el paciente establezca comparaciones con "el resto del mundo", que hace con facilidad lo que él apenas puede hacer y con mucho esfuerzo y miedo.

También los resultados son muy lentos, como un hijo que crece pero como lo vemos todos los días no nos enteramos, y además son dos pasos adelante y uno para atrás. Cada vez que el paciente supera una submeta, tiene que enfrentarse a la incertidumbre de la siguiente y, en ese punto, hay que esperar un incremento de la ansiedad, lo cual presenta siempre un momento crítico en la terapia. Los avances vienen precedidos de momentos críticos, y si no disponemos de una buena evaluación del tratamiento, nos podemos perder y perder al paciente. En estos momentos críticos, la conclusión del paciente y también de la familia, pareja, etc., es que "no avanza", "el tratamiento no sirve"... Esto nos lo vamos a encontrar prácticamente en todos los casos y hay que esperarlo, y una manera de manejarlo es realizando una evaluación continua del tratamiento en la que el paciente esté muy implicado. Se sugiere llevar algún tipo de gráfico sencillo, por ejemplo en la línea vertical poner la meta y en la horizontal primero la línea-base y luego el tiempo de tratamiento. En este sentido es importante pasar a registrar y observar sólo lo positivo, la meta, ya que tenemos evidencias de que registrar o seguir registrando lo negativo podría incrementarlo.

5.2.4. La evaluación del postratamiento

Es la evaluación que nos dice que hemos llegado al lugar, a la meta propuesta. Llegará un momento en el que la evaluación del tratamiento nos indique que hemos llegado. En esta fase se hará hincapié en los aspectos

psicoeducativos, en la atribución de autoeficacia, de cara a sentirse más protegido en el futuro, en la calidad de vida lograda. En definitiva, en las enseñanzas adquiridas a partir de la propia experiencia durante el tratamiento. ¿Qué se ha conseguido? ¿Qué se ha aprendido? En este sentido, revisar la hipótesis y el motivo de consulta y comentar el camino recorrido valiéndose de la línea-base y de la historia clínica comentada. Finalmente sólo queda ya el cierre y la despedida.

5.2.5. La evaluación del seguimiento

El hecho de haber alcanzado las metas terapéuticas no significa que éstas se mantengan en el tiempo. Supongamos que un paciente ha adquirido las estrategias necesarias, las ha aplicado y ha alcanzado las metas terapéuticas. Ahora tenemos que evaluar que dichas metas se mantienen en el tiempo. ¿Cuánto tiempo? La medida de un año es lo mínimo, ya que es un intervalo de tiempo en el que se van a presentar momentos y sucesos que luego se van a repetir probablemente de manera estable y que, aunque un año no nos sirva para predecir muchísimas cosas que pueden ocurrir, sí nos ayuda a predecir lo más repetible. Ejemplos son aniversarios, vacaciones, cambios de estación, etc. Por otra parte, también es un intervalo suficientemente amplio. Así pues, si en un año los resultados terapéuticos se mantienen y todo sigue igual, podemos suponer que el tratamiento ha sido efectivo.

Durante el seguimiento, las sesiones podrían ser mensuales por dos motivos: uno para anticiparnos y detectar tempranamente cualquier cosa que sugiriese una intervención temprana, y también para dar tiempo al paciente a que le pasen cosas y que las resuelva sin el apoyo, o con menos apoyo, del terapeuta. Naturalmente, el paciente podrá adelantar la sesión si lo necesitase.

El paciente deberá seguir llevando un autorregistro, y deberá responsabilizarse e implicarse, asumiendo que aunque se le vea mensualmente, tiene que seguir teniendo un papel activo y responsable en su propio bienestar. Cada mes, además de la entrevista, se le pueden pasar los cuestionarios que se pasaron y comparar.

No obstante, puede ocurrir que durante el seguimiento el paciente recaiga. Hay que señalar que las recaídas no tienen el mismo efecto en la fase primera del tratamiento que en la del seguimiento, ya que en esta última pueden ser más devastadoras.

También resulta importante realizar una evaluación de la satisfacción del paciente. En este sentido un cuestionario, además de preguntárselo abiertamente o de darle unas preguntas abiertas para que las escriba, puede ser útil tanto al terapeuta como autocrítica como para el paciente.

6

Competencias del paciente: adquisición y aplicación

El propósito del capítulo es presentar determinadas competencias que el paciente tendrá que aprender y aplicar para la resolución de su problema de agorafobia o trastorno de pánico. Estas competencias cuentan con el suficiente aval científico y han probado su eficacia en el tratamiento del referido problema. Aplicadas en conjunto pueden ser suficientes en el tratamiento del trastorno de pánico y agorafobia.

Se presentan dichas competencias señalando sus principales objetivos y fundamentos, así como, a modo de ejemplo, muestras de transcripciones de su aplicación.

Las competencias que se exponen son procedimientos psicológicos que el paciente aprende y aplica para alcanzar y mantener las metas terapéuticas. Por tanto, estas competencias se emplearán en función de las metas terapéuticas. En el tratamiento del trastorno de pánico y agorafobia podemos proponer las siguientes clases de metas terapéuticas:

- a) Metas psicofisiológicas: extinción o habituación de respuestas psicofisiológicas condicionadas interoceptiva y exteroceptivamente.
- b) Metas conductuales: realización de conductas que le supongan al paciente autonomía y calidad de vida.
- c) Metas cognitivas: basadas en la valoración primaria o procesamiento de la información y en la valoración secundaria o afrontamiento.

6.1. Competencias del paciente

6.1.1. Entrenamiento autógeno

Los objetivos terapéuticos del entrenamiento autógeno son, principalmente:

- Reducir la activación fisiológica o arousal mediante la activación de la rama parasimpática del sistema nervioso autónomo.
- Facilitar las exposiciones ralentizando el impulso o drive a escapar durante las mismas.
- Facilitar el reprocesamiento tanto de la información interpretada como amenazante como de las competencias terapéuticas y recursos de afrontamiento, así como su aplicación.
- Facilitar la inhibición recíproca de las respuestas psicofisiológicas condicionadas.

Los objetivos expuestos anteriormente se basan en la estimulación, mediante la concentración pasiva, de la zona trofotrópica del cerebro (núcleos ventrales del hipotálamo), induciendo así un estado de conciencia conocido como estado autógeno que conlleva procesos psicofisiológicos y subjetivos incompatibles con los de la ansiedad.

La estimulación propioceptiva aferente alcanza la porción posterior del hipotálamo, estimulando la formación reticular ascendente y disminuyendo la activación retículo-cortical.

También encontramos fundamentación aplicable al estado autogénico en la Teoría atencional de Sokolov y Lacey.

Sokolov (1963) desarrolló el concepto de respuesta de orientación descrito por Pavlov en 1927, relacionando la respuesta de orientación con la respuesta de defensa. Según Sokolov, el reflejo de orientación consiste en un conjunto de respuestas fisiológicas ante estímulos nuevos o de intensidad moderada,

mientras que la respuesta de defensa, por su parte, es evocada ante estimulación intensa o aversiva. Posteriormente, Lacey y colaboradores (1967) y Graham y Clifton (1966) señalaron diferencias en la tasa cardiaca en las respuestas de orientación y en las defensivas. En las defensivas, cambios fásicos acelerativos, y en las de orientación, cambios fásicos decelerativos.

Lacey considera que la respuesta de orientación corresponde a procesos de aceptación de la estimulación ambiental, mientras que la respuesta defensiva corresponde al de rechazo de dicha estimulación.

En cuanto al procedimiento terapéutico, en la fase psicoeducativa el terapeuta presenta al paciente en lenguaje cercano y con metáforas, unas breves nociones del concepto y funcionamiento del sistema de alarma y el sistema nervioso autónomo con la función de sus dos ramas simpática y parasimpática hasta llegar al entendimiento y el acuerdo con el paciente.

Una vez llegado al entendimiento y acuerdo, se presenta el propósito del entrenamiento al caso particular del paciente: para ayudar al parasimpático en los estados de ansiedad, etc., y seguidamente se presentan los elementos del entrenamiento: efecto de la concentración en las sensaciones propioceptivas de contacto, peso, calor, respiración.

El paciente deberá colocarse en una postura en la que el máximo de partes de su cuerpo puedan quedar apoyadas confortablemente para así poder abandonarse al proceso.

Terapeuta: "Ahora vas a sentarte lo más cómodamente que puedas, de manera que todas las partes de tu cuerpo estén apoyadas confortablemente".

Y nos aseguramos de que sea así, observándole y preguntándole. Si no está suficientemente cómodo le ayudamos y esperamos hasta que se sienta cómodo en la posición.

Seguidamente le vamos dando instrucciones sobre lo que tiene que hacer, siempre adaptadas a cada caso, ya que no hay dos pacientes idénticos y lo que

a unos les ayuda a otros les puede empeorar. Caso de rechazar las instrucciones, habrá que considerar la reformulación de las mismas y proceder progresivamente, o bien reemplazarlas por otras instrucciones que acepte.

Las instrucciones, de manera muy general, son las siguientes:

Terapeuta: "Cierra los ojos y dirige tu atención a la respiración..., capta el momento de la inhalación y el momento de la exhalación..., y coincidiendo con las exhalaciones capta los puntos de contacto de tu mano y brazo derecho con el brazo del sillón (o la superficie de apoyo que sea)... mano, antebrazo, codo, parte posterior del brazo (si fuera el caso). No tiene por qué ser un contacto muy intenso, sino simplemente contacto, puede ser incluso muy liviano".

Se dejan pasar uno o dos minutos y entonces se le dice que vamos a establecer un código de respuestas muy sencillo.

Terapeuta: "Cuando yo te haga preguntas tú me contestarás `sí' levantando ligeramente el dedo de tu mano derecha, y si es que `no', no levantarás el dedo. ¿De acuerdo?, ¿notas algo el contacto?".

En este momento es muy adecuado introducir el concepto de concentración pasiva y aceptación de las distracciones diciéndole que hay que contar con ellas y aceptarlas. Se explicará que las distracciones pueden ser, pensamientos, imágenes o emociones y tensiones, y estas distracciones pueden ser dolorosas, molestas, atemorizantes o, por el contrario, agradables. Se dirá que aceptarlas y permitir las es una parte fundamental del entrenamiento.

De modo que hay que esperarlas, permitir las y volver a concentrarse las veces que sea necesario, sin valorar este volver como un fracaso en el entrenamiento.

Seguidamente se le enseñará a utilizar adecuadamente las frases autogénicas. Por ejemplo:

Terapeuta: "La primera vez que se utiliza una frase sólo es para ayudarse a estar atentos para captar esa sensación, no para crearla. Por ejemplo, está atento al contacto de tu mano con el sillón, y cuando eso ya sea una experiencia, antes no, te dirás, 'noto el contacto de mi mano con el sillón', o 'noto el contacto de mi mano y brazo derecho con el sillón', lo cual intensificará más la atención a esa sensación y será una experiencia que se irá incrementando".

Cuando el paciente esté suficientemente entrenado en la competencia en este nivel, se irá procediendo progresivamente, de la misma manera con las sensaciones de peso, calor y respiración.

Debido a la amplitud del tema y a la imposibilidad de abordarlo en este texto con la debida extensión, remito al lector a la bibliografía, en la cual encontrará textos donde se aborda con mayor extensión y profundidad.

Una vez que el paciente ha aprendido la competencia en la consulta, tendrá que aplicarla en su entorno.

6.1.2. Autoobservación y autorregistro

En la autoobservación y el autorregistro se pueden establecer dos tipos de objetivos terapéuticos:

1. Centrados sobre la evaluación del problema.
2. Centrados sobre la evaluación de resultados terapéuticos.

Así, las variables a observar diferirán dependiendo de los objetivos terapéuticos.

Los objetivos centrados en la evaluación del problema son:

- a) Obtener el autoconocimiento suficiente por parte del paciente, sobre determinados aspectos relacionados con su problema.

b) Obtener información sobre el problema.

c) Contrastar los datos referidos en las entrevistas.

Los objetivos centrados en la evaluación de resultados terapéuticos son:

a) Fomentar una filosofía de refuerzo positivo vs. de refuerzo negativo. Se trata, en este sentido, de dirigir la atención a lo que queremos vs. dirigirla a evitar lo que no queremos.

b) Establecer la línea-base y la evolución del tratamiento.

c) Aumentar la conducta tendente a las metas terapéuticas y la autoeficacia de las competencias. Según el modelo de autorregulación de Kanfer, la autoobservación lleva a la autoevaluación y luego al autorrefuerzo. Por tanto, si se practica la autoobservación positiva, está llevaría al autorrefuerzo y por tanto al incremento de dichas conductas o competencias. Asimismo, tendría que producir un aumento en la autoeficacia. Autorregulación y autoeficacia son fundamentales en el tratamiento de la agorafobia.

Es fundamental dejar muy claro y acordar con el paciente los siguientes aspectos: para qué observar, qué observar, cuándo observar, cómo observar y cuándo y cómo registrar las observaciones. En este sentido es muy útil darle estas explicaciones con un modelo de autorregistro delante.

Es preciso que se concreten bien todos los aspectos que hay que observar con el fin de ayudar al paciente a realizar un procesamiento terapéutico. No hay que esperar que el paciente los procese sin haberle preparado adecuadamente. Sin esa preparación es muy probable que no lo haga, ya que una de las cosas que sabemos es que en los trastornos de ansiedad y en la agorafobia o el trastorno de pánico se da un procesamiento selectivo y erróneo en el cual se ignora la autoeficacia.

El aprendizaje de esta competencia se puede considerar como uno de los factores determinantes del éxito terapéutico.

La autoobservación centrada en el problema habría que realizarla predominantemente en la fase de pretratamiento, ya que, además de no producir resultados terapéuticos de autoeficacia y autorrefuerzo, puede generar un empeoramiento o aumento de lo que precisamente no queremos, es decir, de las respuestas de ansiedad.

La autoobservación centrada en la aplicación de las competencias y los resultados terapéuticos habría que realizarla cuando iniciamos el tratamiento y durante el mismo, ya que es fundamental para el procesamiento de la autoeficacia.

En la fase psicoeducativa, el terapeuta presenta al paciente los elementos o componentes de la competencia y solicita su entendimiento y acuerdo.

Ejemplo clínico:

a) Para qué observar:

Terapeuta: "Por mi parte, necesito que me des información de determinados aspectos de lo que te pasa, y tú también necesitas ser consciente de lo que eres capaz de hacer cuando lo haces y luego recordarlo para que veamos los avances y vayas logrando seguridad. Es importante anotarlo en el momento en el que ocurre, y eso que parece tan sencillo de aplicar no siempre lo es, por tanto lo consideramos como una competencia que necesita un aprendizaje. No todo el mundo es capaz de hacerlo sólo porque se lo digan".

Paciente: "Entonces qué tengo que hacer".

b) Qué observar (en este caso, la observación es de las capacidades):

Terapeuta: "Tienes que observar y captar tu capacidad de ir sola desde tu casa al parque del Retiro. Lo que se traduce en observar que has ido, independientemente de las sensaciones desagradables que hayas sentido, y de los pensamientos negativos que hayas tenido. También observarás cualquier incidencia".

c) Cuándo observar:

Terapeuta: "Siempre que efectúes este recorrido indicado".

d) Cómo registrarlo:

Terapeuta (enseñándole el formulario): "Cuando vayas a hacer el recorrido indicado llevarás contigo, de manera que puedas acceder a ellas cómoda y fácilmente, una de estas hojas que te doy y un bolígrafo y anotarás: día y fecha, hora, y las anticipaciones de lo que crees que te va a pasar si haces el recorrido. Las anticipaciones que nos interesan son sobre los siguientes aspectos: lo que te puede pasar, las sensaciones que crees que vas a notar, su grado de extralimitación posible y su grado de peligrosidad, así como el grado de insoportabilidad). Estima la intensidad de estos aspectos de las anticipaciones en una escala de cero a diez, donde cero es nada y diez es lo máximo esperable). Y luego registrarás en qué medida realizaste el recorrido, es decir, hasta dónde y en qué medida ocurrieron las anticipaciones".

e) Cuándo registrarlo:

Terapeuta: "¿Crees que lo vas a poder registrar cuando termines de hacer el recorrido?".

Paciente (con expresión de escepticismo): "Yo, sinceramente, creo que necesito otro tipo de cosas para ponerme bien, yo creo que con esto sólo no me voy a poner bien. No sé... trucos, he leído en internet que hay cosas para... no sé, usted es el profesional...".

Vemos que el paciente no acepta el aprendizaje de la competencia. Se ha elegido esta resistencia por lo frecuente que es, ya que no siempre los pacientes aceptan las propuestas terapéuticas. Unas veces explícitamente, como en este caso, y otras veces implícitamente. En las implícitas, el terapeuta supone el acuerdo pero luego es muy probable que la terapia no progrese debido al efecto de esa resistencia.

Por tanto, siempre hay que obtener el acuerdo por parte del paciente antes de avanzar.

Seguidamente se expone la intervención realizada en esta situación:

Terapeuta: "Esta competencia le ha sido muy útil a muchos pacientes que les pasaba lo mismo que a ti y además tiene mucha experimentación detrás que la acredita. De cualquier modo, tendrás que suponer que las propuestas que te hago tienen algún fundamento y probarlas por ti mismo durante un tiempo para que veamos los resultados, si no funcionase yo sería el primero en cambiarla por otra. No proceder así y prejuzgar las propuestas terapéuticas sin haberlas probado impediría el tratamiento. ¿Estás de acuerdo?".

Paciente: "Sí, entiendo lo que dices y estoy de acuerdo, claro, lo que pasa es que uno mira por internet y lee que hay trucos y piensa que todo sería así mucho más fácil para mí".

Terapeuta: "En internet hay información fiable y no fiable. Los profesionales distinguimos enseguida la información fiable de la no fiable, pero es entendible que el no profesional no pueda distinguirlas y termine guiándose por las que más llamen su atención. Lo que te puedo decir es que de esta manera he tratado a muchos pacientes con éxito y estoy al día de los tratamientos eficaces, que son los que elijo. Si yo tuviera un truco o algo mejor que esto que te ofrezco, ya lo habría hecho".

Seguidamente el paciente imagina la exposición y va rellenando el formulario, con mayor o menor acierto, mientras el terapeuta va, mediante feedback, corrigiéndole y reforzándole hasta que logra asegurarse de que ha aprendido la competencia.

Una vez aprendida la competencia, el terapeuta pasará a prescribir la exposición con la autoobservación y el autorregistro de la misma.

6.1.3. Hipnosis

Objetivos terapéuticos:

- Potenciar la terapia cognitivo-conductual.
- Potenciar las expectativas de autoeficacia en las exposiciones (antes, durante y después).
- Aceptar las intervenciones.
- Eliminar resistencias.
- Facilitar el reprocesamiento terapéutico.

La divulgación que se ha hecho de la hipnosis se puede considerar errónea, ya que se ha relacionado con el espectáculo y la magia ignorando el trabajo realizado por algunas de las más relevantes personalidades de la psicología, como S.Freud, W.James, C.Hull y J.Wolpe, así como los, aproximadamente, cuarenta años de investigación experimental realizada sobre los fundamentos psicofisiológicos y psicológicos de la hipnosis. Según Peter j. Hawkins:

(...) la hipnosis clínica es un estado psicológico en el que la facultad crítica de la persona o su mente lógica está suspendida o disminuida, posibilitando un incremento de la probabilidad de aceptación de intervenciones terapéuticas. La hipnosis no es un tipo de terapia, sino un procedimiento que puede usarse para facilitar la terapia. También supone poner en funcionamiento los recursos o capacidades que ya están en la persona."

Según Irving Kirsh, de la Universidad de Connecticut, la hipnosis potencia los efectos de la terapia cognitivo-conductual. En los estudios que realizó, los pacientes que recibieron hipnosis combinada con terapia cognitivo-conductual mejoraron más que el 80% de los clientes que sólo habían recibido terapia cognitivo-conductual.

En cuanto al tratamiento de la agorafobia (Southworth y Kirsh, 1988),

comprobaron la función de la hipnosis en las expectativas (cita tomada de Southworth y Kirsh, 1988: "The role of expectancy in exposure-generalized fear reduction in agoraphobia". Behaviour Research and Therapy, 26: 113-120):

Pedimos a dos grupos de pacientes agorafóbicos que pasearan fuera de sus casas hasta que comenzaran a estar ansiosos. En ese momento debían volver. Se les instruyó para que hicieran esto durante cinco días a la semana durante dos semanas. A un grupo se le dijo que el propósito de esto era bajar su ansiedad y que el tratamiento no comenzaría hasta dos semanas más tarde. Los pacientes del primer grupo mostraron una mejoría en el informe de ansiedad y un aumento en el tiempo que permanecían paseando fuera de sus casas. Por el contrario, los pacientes que no sabían que el propósito era disminuir la ansiedad mostraron poca o ninguna mejoría.

Lo anterior sugiere que cuando se necesite modificar las expectativas de los pacientes puede considerarse a la hipnosis como una estrategia que ha mostrado su eficacia.

Es importante despejar los mitos sobre la hipnosis, ya que así se reduce su resistencia, permitiendo a los pacientes beneficiarse de la misma.

La hipnosis en realidad puede considerarse como autohipnosis, ya que la capacidad para alcanzar el estado de hipnosis es algo natural que de hecho sucede a las personas en muchos momentos. Es importante que el paciente esté de acuerdo con la utilización de la hipnosis, ya que de no ser así, no se podría realizar. Cuando el paciente se implica, se produce una "búsqueda inconsciente" para despertar su potencial curativo y encontrar soluciones a sus problemas pendientes o resolver los impedimentos y bloqueos de su potencial. Se asume que, aunque inconsciente, el paciente tiene todo un potencial de recursos para superar su problema, en este caso de agorafobia y pánico.

Se trata de un procedimiento que suspende la mente crítica y lógica. En

nuestro caso diríamos que suspende la mente que produce agorafobia y pánico, la cual dice que "no puedes" para pasar a procesar el "puedo".

Por ejemplo, una persona que padece trastorno de pánico o agorafobia normalmente cree que tiene algo que puede ser peligroso, que va a perder el control, que su ansiedad se va a extralimitar y que no lo va a poder soportar, etc., y estas creencias le impiden experimentar las conductas que le lleven a creer otras como que no es peligroso, que puede mantener el control, que puede soportarlo, que si se expone la ansiedad se terminará extinguiendo, que podrá realizar la vida deseada, etc. En estado de trance podría recibir información terapéutica que aceptaría mejor que en un estado donde no hubiera trance y cuya resistencia de las ideas "agorafóbicas" se lo impediría.

Es recomendable hacer una presentación adecuada del procedimiento al paciente. El siguiente extracto de Kirsh es un ejemplo de cómo puede presentarse a los clientes una introducción cognitivo-conductual de la hipnosis clínica:

Mucha gente piensa que la hipnosis es un estado alterado de conciencia, en el cual la persona va entrando en trance y perdiendo el control sobre su propio comportamiento. Realmente, la hipnosis no es nada de eso. La mayoría de la gente describe la hipnosis como un estado normal de focalización de la atención. Cuando estás hipnotizado puedes permanecer despierto y con pleno control sobre tu propio comportamiento, y, acabada la hipnosis, puedes recordar cada cosa que ha sucedido cuando estabas hipnotizado.

Como ya se ha venido indicando, la fase psicoeducativa constará, igualmente que las otras competencias, del propósito referido al problema de la agorafobia y pánico, y de la descripción de los elementos de competencia a adquirir.

Conviene crear con el paciente sugerencias idiosincrásicas, correspondientes a: recursos de afrontamiento: autoeficacia, capacidad de soportarlo, confianza en los propios recursos naturales: "mi cuerpo funciona

por sí mismo, puedo confiar en mi organismo, etc.", naturaleza de la experiencia y su nivel de peligro, extralimitación de la misma. Seguidamente se presenta un ejemplo orientativo

Terapeuta: "La hipnosis no es algo que te hacen a ti. Por el contrario, es algo que te haces a ti mismo. De hecho, algunas veces se dice que la hipnosis es realmente autohipnosis. Mi trabajo no consiste en hipnotizarte, consiste en enseñarte a hipnotizarte".

"El propósito de usar la hipnosis es el de facilitarte la experiencia de la sugerencias. Cuando yo te sugiero algo, dentro o fuera de la hipnosis, mi sugerencia no está haciendo que la experiencia suceda. Tú tienes que decidir si quieres aceptar la sugerencia, y si lo haces, harás que la sugerencia suceda. Si no te gusta la sugerencia que te he dado, puedes ignorarla como si estuvieses fuera de la hipnosis, o puedes cambiarla interiormente por una sugerencia que te gustaría experimentar. Pero si quieres experimentar la sugerencia, la hipnosis puede hacértelo más fácil."

Otro ejemplo de la fase de adquisición y ensayo.

Terapeuta: "Una vez que te he explicado qué es la hipnosis, quiero que tú aprendas a entrar en este estado para ayudarte a ti mismo, para ello ahora vas a practicar hasta que yo vea que eres capaz de hacerlo por ti mismo".

El paciente va entrando en el estado autogénico, competencia que ya ha adquirido, y entonces empieza a darse las sugerencias que previamente se habían acordado. El terapeuta pide comentarios al paciente sobre la experiencia de la práctica y va corrigiendo y moldeando la misma mediante la combinación de feedback, reconocimiento de la capacidad, y refuerzo positivo. También el terapeuta prescribirá la práctica, hasta que aprenda la competencia, en momentos en los que tenga cierta tranquilidad con la advertencia de que todavía no la aplique para evitar frustraciones producidas por una aplicación prematura.

Lo anterior se irá complementando y combinando con la autoobservación de la línea-base.

En el caso de la hipnosis, la aplicación no se hará de forma directa, sino solamente mediante la autoobservación de la ocurrencia de las sugerencias realizadas.

6.1.4. Afirmaciones de autoeficacia

Objetivos terapéuticos:

- Lograr que el paciente tome conciencia y aprenda que es capaz de realizar las exposiciones que anticipaba que no podía realizar.
- Que tome conciencia y aprenda que su organismo puede soportar las sensaciones aversivas.

En palabras del propio Bandura (1977):

Una expectativa de eficacia es la convicción de que uno puede llevar a cabo exitosamente la conducta necesaria para producir los resultados.

En general, los individuos que consideran que los resultados obtenidos están determinados por su propia conducta suelen ser más activos que aquellos que perciben los acontecimientos de una forma fatalista.

En la aplicación al proceso terapéutico, Bandura postula:

(...) las expectativas de autoeficacia percibida, generadas en el individuo en el transcurso de la intervención terapéutica, son las que darían cuenta de los cambios de conducta producidos al finalizar el tratamiento.

Dos aspectos determinantes de la autoeficacia son: la concreción de las metas y el procesamiento de la información.

En cuanto a la concreción de metas, según Bandura:

Las autopercepciones de autoeficacia no operan en el vacío. Para regular el esfuerzo de una forma adecuada, el individuo ha de tener cierta idea del nivel de rendimiento que ha de conseguir y como mínimo saber algo sobre la actividad que está desarrollando, de otro modo no podría conocer la cantidad de esfuerzo que ha de poner en marcha, durante cuánto tiempo ha de hacerlo y cuándo ha de modificar convenientemente sus estrategias. Cuando los objetivos están claros y el nivel de rendimiento es discernible, con claridad, las autopercepciones de eficacia actúan como determinantes del nivel de rendimiento que se intenta conseguir (Bandura y Cervone, 1988). Sin embargo, cuando el individuo no persigue ningún fin en particular o no puede observar su rendimiento, carece de las bases que le permitan traducir su percepción de eficacia en un esfuerzo de magnitud adecuada. El problema de la ambigüedad del rendimiento aparece cuando los aspectos del propio rendimiento no se pueden observar personalmente (Carroll y Bandura, 1982) o cuando el nivel de logro está determinado socialmente por criterios mal definidos, de forma que hay que depender de los demás para saber si la actuación es correcta o no. En este último caso, si falta este feedback para tareas.

Procesamiento de la información. Un elemento muy importante de la autoeficacia es el procesamiento de la información. En el caso de los pacientes fóbicos, cuando adquieren y aplican sus competencias terapéuticas y mediante las exposiciones desconfirman sus creencias erróneas sobre la agorafobia, se produce un notable aumento en la percepción de autoeficacia. Sin embargo, estas percepciones son provisionales ya que en el momento en que ocurre algo que le intimida o que le hace pensar que su control no es total, la autoeficacia percibida desciende a pesar del nivel de ejecución previo que haya podido alcanzar. Sin embargo a medida que va aumentando su capacidad para predecir y dominar las amenazas potenciales, va desarrollando una sólida confianza en sí mismo que le ayudará a dominar nuevos retos.

En cuanto a la atención y el recuerdo selectivo de los aspectos negativos o

ineficaces, el fallo radica en la atención dispensada y en el proceso de memorización más que en las inferencias realizadas sobre la causa del éxito o del fracaso. La información relevante para la evaluación de la autoeficacia únicamente resulta útil si se realiza una evaluación cognitiva de la misma. Por esta razón, incluso la consecución de un alto nivel de rendimiento no mejora necesariamente la autoeficacia percibida".

Seguidamente se ejemplifica con una transcripción de un caso:

Terapeuta: "Vamos a modificar una parte importante de tu problema. Son dos creencias que tienes, una, la de que no puedes hacerlo, y la otra, la de que tu organismo no podría soportar las sensaciones de ansiedad. Las llamamos creencias porque para ti no hay ninguna duda de ellas, y por tanto impiden que hagas cosas que podrían demostrar que no son ciertas. Desde el punto de vista de la terapia tenemos las creencias contrarias, es decir, que eres capaz de hacerlo y por tanto, realizando progresivamente las exposiciones necesarias, conseguirás demostrarte que eres capaz, y que tu organismo puede soportar las sensaciones desagradables que sientes cuando tienes ansiedad, lo cual con el tiempo producirá la extinción de la ansiedad".

Se realizarán en la consulta ensayos del registro de autoeficacia empleando la visualización de la exposición y con el siguiente modelo de autorregistro: día y fecha, anticipaciones de "no poder..." y grado en el que se espera que se cumplan dichas anticipaciones, conducta de exposición, y la capacidad real de hacerlo y de soportarlo sin hacer ninguna estrategia evitativa.

Una vez adquirida la competencia, se pasará a su prescripción y revisión.

6.1.5. Visualización de metas

Es importante que el contenido de la visualización sean metas gratificantes, ya que generan motivación para realizar el tratamiento. La motivación es fundamental, ya que si ésta no es suficiente, es muy difícil que el paciente

siga el tratamiento. Las metas a visualizar deben ser algo que el paciente quiere, en lugar de simplemente eliminar la ansiedad, aunque eso sea importante también, y deberá visualizarse a sí mismo disfrutando ya de lo que quiere conseguir hasta que sienta, al menos parte, la sensación de haberlo conseguido.

No obstante hay un problema, pero sólo aparente, y es que cuando el paciente empieza a visualizar lo que quiere, enseguida aparecen mensajes opuestos de la parte evitativa, pero también esto se puede aprovechar terapéuticamente para generar pensamientos que lo contrarresten y luego generar autoinstrucciones acordes.

Sobre la base de lo expuesto, los objetivos terapéuticos serían conseguir que la persona tenga motivos para seguir el tratamiento. También que conecte con lo que quiere, ya que cuando transcurre un tiempo considerable con agorafobia, la mayoría de las personas ya no saben lo que quieren, y sólo se centran en la seguridad de lo conocido y en estar cerca de los estímulos de seguridad, no concibiendo lo que les hace felices.

Seguidamente se ejemplifica mediante una muestra de transcripción:

Terapeuta: "Vas a cerrar los ojos y vas a imaginar por unos momentos que puedes hacer lo que quieras sin ansiedad. Ya sé que tienes ansiedad, pero vamos a imaginar, sólo por unos momentos, que eres la espectadora de una película en la que tú eres la protagonista, y esta protagonista puede hacer todo lo que quiera sin ningún tipo de impedimentos de ansiedad, ni sensaciones desagradables, y además está segura de que no le va a pasar nada malo, haga lo que haga. Imagínalo en el presente, como si estuviera ocurriendo ahora, como si vieras ahora la película, y además tienes que describírmela de modo que yo pueda verla con el máximo de detalle a partir de tu propia descripción".

Paciente (al cabo de un minuto o dos empieza a decir): "Estoy en una ciudad que me encantaría, que es Oslo".

Terapeuta (corrigiéndola): "Habla en segunda persona, cambia el estoy por el está".

Paciente (diciendo su nombre, añade): "... está en Oslo...".

Terapeuta (ayudándola a recrear sensorialmente): "¿Qué expresión tiene (nombre propio)?".

Paciente: "Está muy alegre. En su cara se ve que está haciendo lo que quiere hacer".

Terapeuta: "Tú que la conoces muy bien, ¿cómo sería su respiración?".

Paciente: "Tranquila, confiada".

Terapeuta: "Nárrame lo que está haciendo en Oslo. Invéntalo según lo que creas que le apetece. Recuerda que puede hacer todo lo que quiera".

Paciente: "Ya, pero es que ahora vienen pensamientos de no vas a poder hacer eso, es imposible para ti".

Terapeuta: "Por ahora, ignora esos pensamientos, aunque vengan, acepta que vienen, y vuelve a la consigna de que (nombre propio) puede ahora hacer lo que quiera".

6.1.6. Exposición en imaginación con autoinstrucciones de afrontamiento

A pesar de que el paciente en algún momento tendrá que realizar exposiciones en vivo, hay ocasiones en las que no es posible graduar demasiado la exposición en vivo, por la naturaleza del suceso; un ejemplo es viajar en avión. La persona necesitaría exposiciones graduadas más cortas que los viajes, y eso no es posible. Por otra parte, tampoco podría realizar dichos viajes con la frecuencia que la exposición en vivo exige. También hay que señalar que, aunque pudiese exponerse en vivo con la necesaria frecuencia, como por ejemplo puede ser viajar en metro, el paciente podría

necesitar una preparación previa, unos ensayos previos al inicio de la exposición en vivo, o incluso también como complemento entre los ensayos de exposición en vivo. Los aspectos señalados nos llevan a considerar la exposición en imaginación como una exposición alternativa a la exposición en vivo, o bien complementaria.

La experiencia confirma que la exposición en vivo es más eficaz cuando el paciente está en el estado autogénico o, al menos, en un estado de cierta tranquilidad o relajación. Se trata de visualizar con el máximo detalle, como si el paciente fuera el espectador de una película en la que también es el propio protagonista y por tanto le conoce mejor que nadie.

Es importante que dicha visualización suscite algún tipo de sentimiento en el paciente hacia sí mismo y no sea algo frío o distante. Sentimientos relacionados con la empatía y compasión y no con lástima hacia sí mismo. Es importante seleccionar y acordar la visualización con el paciente. Se sugiere dedicarle el suficiente tiempo a que visualice, en un "como si", lo que sería su vida si pudiese hacer eso que el paciente quiere (su meta) sin ningún tipo de impedimento, con plena seguridad. Hay que esperar que la visualización haga aflorar los impedimentos de conseguir las metas gratificantes. En este sentido, seguiremos repitiendo pacientemente los ensayos hasta que pueda, por un minuto o dos, no hace falta más, tener un cierto sentimiento de haber alcanzado la meta.

Preguntas que ayudan a orientar la exposición en las diferentes modalidades sensoriales son: "Si esto fuera así..., ¿qué ves?", "¿Cómo ves al protagonista, que eres tú?", "¿Cómo respirarías?, siéntelo", "¿A qué prestarías atención?", "¿Qué cosas harías?", "¿Cómo sentirías tu cuerpo?, siéntelo ahora así", etc. Es conveniente anotar sus respuestas, por ejemplo en una ficha.

Luego le vamos preguntando: "¿Qué ha hecho el protagonista inmediatamente antes para alcanzar la meta?" (nombrarla), y cuando lo refiera seguiremos indagando en orden descendente y anotándolo en fichas hasta llegar al momento actual.

Es importante estar atento a las objeciones, pegas, impedimentos, etc., que hay que esperarlos, e ir ayudándole con paciencia a volver a la visualización, recordándole que es un "como si", que ya sabemos que hay impedimentos y que los iremos abordando.

Una vez visualizada y Jerarquizada, en orden descendente, la secuencia desde la meta gratificante hasta la línea-base, se ordenarán las fichas que hemos jerarquizado y se irá realizando la exposición en sentido ascendente a la meta, gradualmente desde la línea-base.

En este momento se realizará el trabajo cognitivo con los impedimentos, las objeciones, resistencias, miedos, interpretaciones. El trabajo cognitivo, en este sentido, se hará a dos niveles. Uno es el de la plena aceptación, que veremos en la competencia del mindfulness, y el otro en el de convertir las creencias en hipótesis y el coste que le ha producido durante su vida.

Una vez que el paciente ve sus impedimentos de manera más realista, es el momento de introducir también las autoinstrucciones de exposición, las cuales generaremos con él, ya que este procedimiento es integrativo en el sentido de que, cuando enseñamos una técnica o competencia, estamos aplicando otras. Es como una orquesta cuya interpretación está ejecutada, coordinada y apoyada por diversos instrumentos.

También es importante alternar la exposición en imaginación con la exposición en vivo, ya que, de no hacerlo así, puede que al paciente le termine pareciendo una especie de intervención teórica sin ninguna aplicación. Por tanto, la exposición en imaginación conlleva aplicar las metas visualizadas exitosamente.

Resumiendo: una vez anclada la visualización de las metas gratificantes se continuaría con la exposición en imaginación. En la visualización de metas gratificantes se busca la motivación y la puesta en contacto del paciente con lo que quiere, ya que ha estado mucho tiempo desconectado de lo que quiere, mientras que en la exposición en imaginación con autoinstrucciones de afrontamiento lo que se persigue es que el paciente aprenda a gestionar

mediante autoinstrucciones los momentos o dificultades que, en la visualización de metas gratificantes, empezaron a emerger.

Descripción y aplicación mediante un ejemplo:

Terapeuta: "Piensas que no vas a conseguir lo que quieres, que te van a venir sensaciones, que te va a dar un ataque de pánico, etc. ¿Y si no lo intentas, qué crees que pasaría?"

Paciente: "Pues que nunca lo conseguiría y además siempre tendría miedo y éste iría en aumento".

Terapeuta: "Por tanto, el problema lo tienes tanto si evitas como si no lo haces. Lo vas a pasar mal de las dos maneras, pero evitar hacer lo que quieres es como una puerta giratoria en la que parece que sales, pero en realidad te metes en el problema y lo mantienes, mientras que si vas a por lo que quieres, aunque tengas que atravesar y afrontar la dificultad, terminarás consiguiéndolo".

"Para afrontar y atravesar las dificultades hay maneras de ayudarse, son las autoinstrucciones, o lo que es igual, hablarse a uno mismo, como si llevaras un guía al lado. En realidad es como si hubiera dos guías, uno que ayuda y otro, el más automático y aprendido, el que lo empeora, aunque no lo parece en el momento. Así que es importante que desarrollemos la función del guía útil. Las funciones del guía útil son tres: una es la de ir manteniendo muy claro el objetivo (autoinstrucciones para mantener el objetivo), otra es la de ir alcanzándolo gradualmente (autoinstrucciones para avanzar) y la otra es la de animarse por lo conseguido y por volver a levantarse ante las caídas."

Paciente: "Suenan muy bien".

Terapeuta: "Vamos a ir generando el guía útil. Vamos a visualizar las metas gratificantes, pero ahora siendo más conscientes que antes de los pensamientos negativos que aparecen, como los que señalaste de: 'nunca lo conseguiré', 'no es para mí...', 'no podré soportar las

sensaciones', `me descontrolaré', `¿y si me da un ataque de pánico?-.

La verbalización de los impedimentos nos dará el material para desarrollar y formular las autoinstrucciones de afrontamiento, de modo que a cada afirmación negativa le encontraremos su afirmación positiva, ya que consideramos que las afirmaciones negativas, en realidad, contienen afirmaciones positivas, y no son más que el negativo de la positiva que hay que encontrar. Transcripción de un ejemplo de la fase de ensayo:

Paciente (visualizando la meta de viajar en avión): "Nunca conseguiré viajar en avión".

Terapeuta (considerando la afirmación como el negativo de la afirmación positiva): "Hasta ahora, cuando has deseado ir en avión a algún sitio que te gusta en vez de contactar con tu deseo y creer que podrías viajar, has creído que nunca podrías viajar. ¿Tiene sentido para ti cambiar esa afirmación por la de: `nunca he intentado viajar en avión porque me da miedo?', es diferente a `nunca podré viajar en avión'. ¿Cuál de las dos te parece que es más cierta?"

Paciente: "Quizá sea la segunda, pero yo me creo más la primera".

Terapeuta: "Mantienes la segunda creencia porque su formulación no te ayuda a iniciar el camino de empezar a intentar viajar en avión. Probemos con la siguiente formulación: `Puedo intentar empezar a dar los pasos que estén a mi alcance para viajar en avión—.

Terapeuta y paciente, de esta manera, por ensayo y error, van encontrando y acordando autoinstrucciones significativas para el paciente, es decir, hasta que éste indica que le ayudan, lo cual se nota también por la expresión del paciente. Es preciso tener paciencia, ya que la autoinstrucción efectiva termina llegando. El terapeuta las va anotando en fichas y se repite la visualización de la meta gratificarte utilizando las autoinstrucciones generadas.

Una vez consolidada la adquisición, como ya se viene indicando, se

procede a la aplicación y revisión de la misma con procedimientos similares a los indicados anteriormente en otras competencias.

6.1.7. Procesamiento positivo

Sabemos que en los trastornos agorafóbicos y de pánico existe un déficit de procesamiento positivo y de autoeficacia. Es como si las creencias agorafóbicas funcionasen, creyéndolas como una realidad "tan real" que es incuestionable, y por tanto tal convicción hace que se procesen, atendiendo, reteniendo y recordando selectivamente sólo aquellos datos que confirman la creencia y no procesando o ignorando aquellos datos que la desconfirman.

Pero también, incluso, aquellos datos que pudieran desconfirmar la creencia son objeto de un procesamiento distorsionado a favor de la creencia, y, de una manera activa, el paciente busca aquellos datos que avalan o certifican la creencia casi obsesivamente hasta que parece que la creencia queda otra vez confirmada.

En el trastorno de pánico y agorafobia se da, por parte de los pacientes, un procesamiento de la información selectivo y orientado hacia los elementos peligrosos de su experiencia, ignorando otro tipo de información, incluso contradictoria, de la peligrosidad de la experiencia. El siguiente ejemplo puede ser ilustrativo. En una exposición asistida por el terapeuta, después de que el paciente predijese que se iba a caer si cruzaba la calle, después de cruzarla, cuando el terapeuta le pregunta esperanzado "¿te has caído?" el paciente le dice, con expresión de fracaso en la exposición, "me duele la tripa", o "he tenido taquicardia", o "esto no ha salido, me he mareado", no procesando que su pronóstico no se ha cumplido.

Por tanto es parte ineludible del tratamiento dirigir y enseñar a los pacientes a reprocesar terapéuticamente su experiencia hasta que aprendan a aplicarlo por ellos mismos. Por tanto, los objetivos terapéuticos son conseguir que el paciente realice por sí mismo el procesamiento de los elementos terapéuticos, fundamentalmente de autoeficacia, y de la no ocurrencia de sus anticipaciones o predicciones.

Primero podríamos trabajar haciendo que tome conciencia de los pensamientos automáticos y su relación con lo que le pasa. En segundo lugar, entrenarle en el autorregistro de dichos pensamientos automáticos viendo la relación con lo que le pasa. En tercer lugar, demostrarle los errores en el procesamiento (papel de las creencias señalando las principales en relación con el problema de la agorafobia y el trastorno de pánico). En cuarto lugar, demostrarle que puede aprender a procesar de un modo más real formulando las creencias como hipótesis. En quinto lugar, entrenarle, ensayar la adquisición. En sexto lugar, prescribir y supervisar la aplicación.

Seguidamente se muestra, mediante un ejemplo, la descripción y aplicación de esta competencia:

Terapeuta: "Mira, te voy a explicar algo importante. Tú crees que esto que te pasa es peligroso. Pero también que, en el caso de que no fuese peligroso, se podría llegar a desbordar y no podrías soportarlo. ¿De acuerdo?".

Paciente: "Sí, así es".

Terapeuta: "Y por mucho que yo te diga, aunque tenga una autoridad profesional, y también por más que otras personas te lo digan, e incluso a pesar de que tú hayas experimentado que muchas de las consecuencias que has anticipado no han ocurrido, sigues creyendo esto. ¿Sabes por qué?".

Paciente: "No muy bien".

Terapeuta: "Porque sólo atiendes a las experiencias y sensaciones que podrían confirmar tus temores, mientras que te pasan inadvertidas las experiencias que los desconfirmarían, y por tanto sólo te queda la experiencia que confirma tus anticipaciones".

Paciente: "Es curioso, yo no me doy cuenta de esto".

Terapeuta: "Por eso yo te voy a enseñar a atender también la

experiencia que pudiera desconfirmar tus miedos anticipatorios".

El terapeuta le da un autorregistro donde pone los siguientes pasos:

1. Qué crees que te ocurriría caso de hacer..... o de sentir..... (concretarlo).
2. Aprovechar la ocurrencia de la sensación, o de la exposición concretada.
3. Evidencias que confirman la anticipación. Y evidencias que la desconfirman.

Esto habrá que hacerlo con el paciente en la consulta, por ejemplo con sucesos recientes que recuerde, con lo que le ha pasado en la semana, etc. Hasta que aprenda dicha competencia.

Es esencial que el paciente procese las evidencias que desconfirman sus anticipaciones, y en este sentido hay que contar con las resistencias de los pacientes que tienen agorafobia o trastorno de pánico para realizar este procesamiento. El terapeuta deberá insistir y llevar al paciente mediante un interrogatorio socrático a realizar el procesamiento terapéutico hasta que éste pueda realizarlo por sí mismo.

Luego se procederá según se viene indicando a la aplicación de dicho procesamiento fuera de la consulta. Para ello se continuará con el autorregistro que se hacía en la consulta, revisándolo como se viene indicando ya con otras competencias.

6.1.8. Autoexposición en vivo con posibilidad de escape

Al hablar de exposición en vivo me parece importante diferenciar dos tipos de exposición, sin y con prevención de respuesta de escape. ¿Qué es la prevención de respuesta de escape? Pues es, sencillamente hablando, una vez realizada la exposición, el hecho de impedir o no el escape o la huida.

La efectividad real de la exposición se alcanza cuando no hay manera de

escapar; sin embargo, en la práctica suele ocurrir en casi todos los casos que cuando se le plantea algo así al paciente, éste suele mostrar mucho rechazo, incrementándose notablemente las conductas de evitación de la exposición, hasta el punto que, en bastantes casos, la misma supone un duro conflicto que el paciente resuelve, frecuentemente, dejando la terapia. Por tanto, hay que valorar y sopesar la efectividad de la técnica con los efectos referidos.

Por ello, un paso previo a la exposición con prevención de respuesta de escape sería la exposición sin prevención de respuesta de escape, donde el paciente se expone pero se le deja una salida. En este caso estaríamos interviniendo sobre la conducta de evitación, pero no podemos decir que estemos interviniendo en la conducta de escape, con lo cual la exposición puede no ser totalmente efectiva, pero, como se indica, es un paso previo para reducir la evitación, y más adelante plantearíamos gradualmente exposiciones con prevención de respuesta.

La exposición en vivo repetida funciona terapéuticamente de las siguientes maneras:

1. Produciendo una habituación de las respuestas fisiológicas a los estímulos que elicitán dichas respuestas.
2. Desconfirmando supuestos dramáticos o expectativas catastróficas condicionadas, es decir, asociadas y derivadas de dicha exposición con respecto a la activación fisiológica y a la percepción interoceptiva de la misma.
3. Aumentando la tasa de gratificaciones (o reforzadores positivos) en la vida del paciente, y ayudándole a reconectarse con lo que quiere, ya que hasta ahora es muy probable que haya sabido lo que no quiere pero tenga "anestesiado" lo que quiere, lo cual introduce un elemento motivador muy importante en su autoestima y en su estado de ánimo.

Ejemplo clínico:

Terapeuta: "A partir de ahora vamos a realizar o poner en práctica

algunas de las visualización que has hecho" (Nombrar la visualización que previamente se ha realizado).

Paciente: "Ya, pero no es lo mismo imaginar que conduzco en dirección al colegio de mi hija hasta la primera rotonda, que conducir de verdad hasta allí, eso es otra cosa. ¿Y si me da un ataque de pánico?".

Vemos aquí un problema que con casi toda seguridad se nos va a presentar. Recordemos que la exposición en imaginación es un paso previo para la exposición en vivo, que es la condición necesaria para conseguir los logros terapéuticos reales. Por tanto, a la hora de plantear la exposición en vivo hay que contar con este tipo de resistencias.

Terapeuta (empatizando): "Si efectivamente no es lo mismo, me alegro de que me hagas esta observación. Aunque la visualización te ha ayudado a exponerte, todavía veías la posibilidad de evitar dicha exposición, pero ahora ya no ves esa posibilidad. ¿Es así?".

Paciente: "Sí, así es y me da miedo. No confío en que lo pueda hacer".

Aquí el terapeuta tiene las siguientes opciones combinándolas con la visualización hasta que el paciente libremente decida exponerse en vivo:

- a) Repetir la visualización de la exposición, ahora que se ve ésta con más realismo.
- b) Recordar la psicoeducación, de que no es peligroso y además realizar un inventario de costes y beneficios inmediatos y a medio plazo.
- c) Visualizar la meta de sentirse como si lo hubiera alcanzado e ir retrocediendo; es decir, repetir a) y combinar b) y a), empezando por b).

También ayuda alguna metáfora, como la de las puertas: "Estás metida en

un problema y tienes dos puertas para salir, una es una puerta giratoria y en la otra hay un dóberman con un tipo malencarado que te lo pone difícil, pero en ésta hay salida aunque lo pases mal, mientras que en la otra nunca hay salida".

De lo dicho se desprende que tenemos que tener cuidado con las exposiciones en vivo con prevención de respuesta, ya que a pesar de que la exposición terapéutica de verdad, la que resuelve el problema de verdad, es aquella en la cual el paciente se expone plenamente y sin escapar al estímulo condicionado más temido, al último de la cadena de "lo peor que le puede pasar", comprobando así que ni es el estímulo incondicionado, ni va seguido de éste, hay que tener en cuenta que al principio este tipo de exposición es inviable por el momento y lo único que vamos a hacer es incrementar tanto la amenaza que estemos reforzando las conductas de evitación y de escape, de modo que tenemos que permitir por el momento que haya una salida.

En aquellos casos difíciles hay que considerar iniciar la exposición en vivo de manera asistida por el terapeuta, un coterapeuta o un familiar entrenado.

6.1.9. Mindfulness

Aquí ya damos un paso más, ya que nos podíamos quedar en la exposición con escape, pero ahora lo que vamos a hacer es una exposición cognitiva, con toma de conciencia y una aceptación plena de toda la experiencia interoceptiva relacionada con la ansiedad y el pánico. Conllevaría la exposición interoceptiva.

Es fundamental que el paciente esté en una posición de plena inmovilidad, pero no de rigidez, en el sentido de que si se mueve y se tensa deberá aceptarlo. Se trata de aceptar plenamente, con el cuerpo, sin moverse ni tensarse, todo lo que venga. Se puede proponer y provocar de esta manera primero la exposición a un estímulo interoceptivo evitado por el paciente, por ejemplo, levantarse bruscamente, dar vueltas en la silla, andar con los ojos cerrados, agacharse y levantarse bruscamente, correr en el propio terreno

hasta incrementar la tasa cardiaca, hiperventilarse, recordar experiencias evitadas, etc., y entonces prevenir la respuesta de moverse o tensarse para mitigar las sensaciones, y en su lugar aceptarlas plenamente y no hacer nada para que se mitiguen o desaparezcan.

Es muy importante asegurarse de que el paciente no tiene ningún problema médico que se agrave con este procedimiento (cardiovascular, coronario). También hay que considerar la edad del paciente y su estado físico, para evitar que esta práctica le suponga un riesgo. De ser así habría que proceder con extrema cautela y siempre hasta un punto soportable para el paciente en el cual nos asegurásemos de que no corre ningún riesgo.

Este procedimiento supone un entrenamiento, saber hacer y una considerable experiencia por parte del terapeuta, ya que, de no ser así, se corre el riesgo de no realizar la exposición correctamente y de que se aumente la ansiedad en vez de extinguirla.

6.1.10. Autoexposición en vivo sin escape y concentración positiva

Se puede considerar el procedimiento más terapéutico de todos, porque aquí el paciente se expone, contacta con el último estímulo condicionado de la cadena evitativa, y además no escapa. Produce la habituación a los estímulos condicionados, pero además es la única manera que tiene el paciente de comprobar que el estímulo condicionado no es el estímulo incondicionado y tampoco va seguido del estímulo incondicionado temido. Para resumirlo coloquialmente, "el ladrido no es el mordisco". Es lo único que produce la auténtica extinción.

En este momento se entrena al paciente en concentrarse en lo que está haciendo, o en lo que quiere hacer, de modo que se suelte de concentrarse, como lo ha venido haciendo hasta ahora, en cómo evitar o escapar.

Hay que distinguir, aunque tal distinción sea sutil, la concentración orientada a lo que el paciente quiere, de la concentración utilizada para no sentir ansiedad. Se trata del primer tipo de concentración, ya que el segundo

correspondería funcionalmente a la evitación. Esta concentración implica la renuncia al control, y por tanto la aceptación de las sensaciones evitadas.

Se trata de que el paciente, al concentrarse en lo que quiere, se quede sin la defensa cognitiva de tener que atender a las señales de ansiedad y cómo evitarlas, y por otra parte pueda alcanzar sus metas. Ejemplo:

Terapeuta: "Ya nos hemos preparado para llegar al punto más difícil pero también al más terapéutico. Te puedes quedar como hasta ahora o seguir hasta el final. Se trata de que te expongas a lo que 'Dios quiera', sin atender a las vías de evitación y de escape, ni escapar, pase lo que pase, pienses lo que pienses. Hasta que la tormenta pase y veas con claridad que pasa la tormenta y lo que hay más allá de la tormenta".

7

Casos clínicos

En este capítulo se exponen una serie de transcripciones de diferentes casos clínicos con el propósito de que el lector pueda "acercarse" a la aplicación de lo que se ha expuesto en el libro, tanto en lo que se refiere a la comunicación terapéutica como al proceso terapéutico y a las competencias del paciente.

Las transcripciones que se exponen en este capítulo no representan, ni lo pretenden, todo lo que es el proceso terapéutico, para ello necesitaríamos un texto específico dedicado sólo a casos clínicos.

Transcripción 1

Esta transcripción muestra una intervención en la comorbilidad de una paciente que tiene agorafobia. El punto central de la misma es el de la intervención sobre el temor al rechazo de los demás. Debido a este temor vive para agradar a los demás hasta el punto de estresarse, agotarse y renunciar a sus propias necesidades, que considera menos valiosas que las de los demás.

Las intervenciones terapéuticas mostradas en la transcripción se consideran "no directivas", y conllevan clarificaciones y reflejos, todo ello en un clima de respeto, empatía y acompañamiento no verbal en silencio para favorecer el contacto de la paciente con sus verdaderos recursos. Una vez que esto se empieza a lograr, el terapeuta intenta catalizar el proceso de autorregulación, que ya se ha iniciado mediante una ayuda hipnótica.

Terapeuta: "¿Qué tal esta semana C.?"

Paciente: "Hoy muy mal. Llevaba unos días bien y hoy fatal. No he dormido nada esta noche porque me he quedado preparando el examen. Esta mañana me ha dado un pequeño ataque de ansiedad. Al

final me he presentado pero lo he hecho muy mal".

Terapeuta (transmisión de empatía mediante un reflejo): "Estás cansada y desanimada".

Paciente (lo anterior ayuda a que la paciente se sienta acompañada y continúe hablando de su experiencia): "Destrozada, estoy muy mal, pero mi alivio ha sido que he podido al ataque aunque no me haya salido bien el examen".

Terapeuta (afirma la capacidad de la paciente y le ayuda en su procesamiento): "Has sido capaz de poderle al ataque de ansiedad, ¿te das cuenta?".

Paciente: "Sí, pero me ha visto una amiga y me ha dado vergüenza... hace mucho que no me daban los ataques y esta mañana me han dado".

Terapeuta (repite el procesamiento de afirmación de la capacidad, con las mismas palabras anteriores, como enfatizándolas): "A pesar de que te han dado has sido capaz de poderle al ataque de ansiedad, ¿te das cuenta?".

Paciente (después de un largo silencio): "Me preocupa no llegar al mercado laboral, soy una inútil".

Terapeuta (ayuda a la concreción e introduce un posible cuestionamiento socrático a la afirmación "soy una inútil", mediante una clarificación): "¿Qué es ser una inútil para ti?".

Paciente: "No servir para nada".

Terapeuta: "¿Y tú no sirves para nada?".

Paciente: "No, tampoco es eso, me he pasado trabajando mucho y hoy no me ha lucido. Mis compañeros lo han hecho mejor".

Terapeuta (sólo interviene no verbalmente, aumentando el contacto ocular y la postura dirigida, y permitiendo el silencio).

Paciente: "Todo el mundo tenía muchas expectativas cuando empecé la carrera, yo quería estudiar música, pero no, la niña tenía que estudiar derecho... soy una fracasada".

Terapeuta: "¿Qué expectativas tenían?".

Paciente: "Mis padres querían que estudiase Derecho, pero empecé con los ataques de pánico y lo dejé. La cosa está muy mal ahora. He hecho pagar a mis padres una universidad privada carísima y encima no sé si me gusta, pero no hay trabajo. Cuando acabe trabajaría en unas prácticas y me pagarían una `mierda'. Me agobia depender de mis padres y tengo miedo a no poder volar del nido".

Terapeuta (hace una confrontación para facilitar la integración del conflicto entre estas dos fuerzas): "Tienes miedo a no poder volar del nido y al mismo tiempo quieres poder volar del nido".

Paciente: "Sí" (silencio prolongado). "No sé, no sé qué es lo mío, me veo, en un futuro, mayor y sin saber qué hacer".

Terapeuta (para ayudarle a tomar conciencia de lo que le gustaría hacer propondré una visualización): "Vas a cerrar los ojos y a dejarte sentir... Dime lo que te gustaría hacer aunque no tenga nada que ver con las profesiones".

Paciente: "Tocar el piano y componer, sobre todo; me gusta mucho componer música. El trato con la gente también me gusta, aunque a veces me pone nerviosa... nunca había tenido un ataque durante un examen. Me he levantado con pesadillas, he dormido los últimos cinco minutos antes de que sonase la alarma para despertarme y encima me van a dar la nota de un examen que me salió fatal".

Terapeuta (piensa: "Me está diciendo varias cosas, pero el común denominador que me llega es el sentimiento de fracaso. ¿Cómo

podría ayudarla ahora? Me parece que si no digo nada y sólo la escucho puede llegar a salir por sí misma de esta especie de remolino negativo en el que está, y si fuese así, creo que eso la pondría en contacto con sus verdaderos recursos y podría tener un buen efecto") (acompañamiento en silencio).

Paciente: "A veces pienso: `¡qué poca iniciativa tienes!'. No confío en mí, nunca me ha salido algo bien en la vida. Todo, amigos, novios, mi madre, la carrera. Antes salía con una gente que ahora me ha dejado de gustar. Los amigos con los que salía antes, aunque esté mal decirlo, son de muy bajo nivel".

Terapeuta (continúa manteniéndose en silencio y pensando: "¿Cuál será el aspecto más troncal de todo lo que está diciendo?").

Paciente: "Sí. Por ejemplo, mi amiga tiene mucha educación... lo único que necesita es que le dé mimos porque si no es muy agresiva, y lo que necesita es que la mime. La escucho, que es lo que le hace falta".

Terapeuta (clarificación): "¿Tú crees que le tienes que dar lo que necesita?".

Paciente: "Sí, para que la convivencia sea mejor".

Terapeuta (clarificación): "¿Te da miedo una mala convivencia con ella?".

Paciente: "Mas que miedo, lo que me ocurre es que me siento culpable porque tenía que haber hecho más, para mi compañera, para mis amigos, para mis padres y encima me dan ataques" (ahora la conducta no verbal es muy coherente con el mensaje: cambia su postura y se endereza, se energiza y me mira).

Terapeuta (pensando: "Me ha llegado ahora todo lo anterior, lo he sentido, también siento la respuesta que le voy a dar") (sintonizando mi postura con la de ella): "¿Podrías considerar que nadie puede

volver y cambiar su pasado?".

Paciente: "Sí..., el pasado es el pasado. La ansiedad me cansa muchísimo, siempre estoy cansada, soy como una amapola, muy frágil, siempre estoy mala".

Terapeuta ("percibo que ha tenido un insight y ha soltado la lucha consigo misma. Parece un momento en el que está receptiva para la aceptación de sí misma. La propondré entrar en un trance semihipnótico para que pueda aceptar su experiencia y su propia necesidad de descanso y confianza en su autorregulación"): "Ahora déjate llevar por lo que te voy a ir diciendo... en primer lugar, acepta el cansancio..., déjate sentir..., siente el peso de tu cuerpo, de tus párpados, como si ese peso acabara arrastrando a tu mandíbula, a tu cuello, manos, brazos..., quédate suelta, blanda y empieza a sentirte más tranquila, tu respiración también es más tranquila, como si fuera ocurriendo ese descanso..., como si fueras aceptando el descanso en este preciso momento. Los músculos de la espalda se van aflojando..., vas notando el peso de los brazos..., cabeza..., y poco a poco te vas despreocupando, vas entrando en un estado muy agradable de aceptación de tu descanso..., como si tú dejaras hacer al cansancio, como si ese cansancio fuera tu maestro, como si te refugiaras en tu cansancio y confiaras en él...

Date cuenta de cómo empiezas a notar poco a poco más paz, como si los objetivos quedasen aplazados..., está bien que esto sea así porque esa es la otra cara de los objetivos..., cuando vemos una planta, no vemos la semilla, ni el riego de la semilla, sólo vemos la hoja y tú eres esa semilla.

Date cuenta de que esa aceptación es algo dinámico que va a ir saliendo sin querer, simplemente tú deberás observarlo pasivamente..., tus recursos se irán desplegando, no necesitas estar atenta...

Ahora seguimos aflojando..., relajando..., en este momento de paz

todo está bien como está, no hay que cambiar nada. Estamos permitiendo que las cosas sean como son. Poco a poco saldrán por sí solas..., no hay que hacer nada..., sólo descansar (un minuto de silencio). Ahora poco a poco vamos a ir moviéndonos para aclarar un poco cómo te sientes. Cuando quieras abre los ojos".

Paciente (con una expresión más distendida): "He estado bien".

Terapeuta: "De eso se trata".

Paciente (sonriendo): "¿Y no hay nada para relajarme yo?".

Terapeuta (afirmando la experiencia sentida): "Me parece muy bien que lo preguntes. Puedes traer una cinta y grabarlo, pero cuando te den esos ataques, si quieres ya puedes aceptar lo que está pasando. Levantarse es más importante que evitar caerse".

Paciente: "Si no te caes es que no has intentado muchas cosas. Tengo una grabadora, así que muy bien".

Terapeuta: "Intentar y no abochornarse si no sale".

Paciente: "Ya, eso es a lo que tengo miedo. Hay un amigo que me dice: `no te caigas, y si te caes, que se te note lo menos posible—".

Terapeuta: "Yo no sé hasta qué punto esas personas nos ayudan en nuestro crecimiento personal. Puedes probar a hacerte amiga tuya..., cuando empiezas a hacer esto aparecen buenos compañeros en el camino".

Paciente: "Ya, a mí me han machacado mucho. Yo me protejo de forma excesiva".

Terapeuta: "Así no dejas entrar tampoco lo bueno".

Paciente: "Ya, claro, claro".

Transcripción 2

Esta transcripción muestra la intervención psicoeducativa y las resistencias que suelen presentar los pacientes para entender la información terapéutica.

Terapeuta: "¿Qué cambios has tenido esta semana?".

Paciente: `No mucho esta semana, pero estoy dispuesto a salir más y a hacer cosas... tuve que ir a hacer un recado, fui a una tienda, note ansiedad pero me dije a mí mismo `tranquilo, que se te va a pasar', después se me acabó olvidando. Ya sé que no tengo que huir. Después de la última sesión lo he entendido mejor".

Terapeuta (pregunta para comprobar la información terapéutica del paciente y también para ayudarle a procesar su autoeficacia): "¿Por qué dices que no tienes que huir?".

Paciente: `No sé, por no huir..., por asumir que no es peligroso y por el tema de relajarte".

Terapeuta (de manera encubierta: "Tengo la impresión de que tiene bastante claros los efectos de la exposición y de la evitación y huida, pero quizá todavía son insuficientes. Aprovecharé para incidir más en la psicoeducación"): "Considera el siguiente ejemplo, una persona está esperando su turno en la cola de la ventanilla de un banco, y está sintiendo ansiedad, pero ocurre que dos personas que estaban situadas delante se van, y además le llega el turno muy rápido. ¿Cómo te parece que seguiría sintiendo la ansiedad?".

Paciente: "Que se pondría bien de su ansiedad, porque no huye".

Terapeuta ("parece que no entiende bien el proceso de extinción de ansiedad que se produce en la exposición. Continuaré con la psicoeducación hasta que lo entienda"): "Así es, la persona no huye, pero la exposición necesita su tiempo para que la ansiedad se extinga, y en este caso la exposición, por causas ajenas a la persona, se termina antes de que se extinga la ansiedad, con lo cual no desaparece la

ansiedad aunque haya habido exposición".

Terapeuta: "Te voy a poner otro ejemplo. Una persona sube en un ascensor, y llega enseguida a su planta antes de que le baje la ansiedad. ¿Es una exposición terapéutica?".

Paciente: "No entiendo por qué no es terapéutica".

Terapeuta: "Vamos a seguir viéndolo con otro ejemplo. A mí me produce ansiedad tocar esto (manipulando un pendrive) entonces mi ansiedad se dispara al tocarlo, pero si lo sigo tocando, llega un momento que mi ansiedad baja, nunca se extralimita, ¿entendido?"

Ahora voy a hacer lo mismo, pero vamos a suponer que, por la situación, esto se acaba antes de que yo me habitúe; por ejemplo, dejo de tocar el pendrive porque me llaman por teléfono. En este caso la ansiedad bajaría porque he dejado de tocar el pendrive y no porque me haya habituado a tocarlo, ¿entendido?"

Hay muchas exposiciones que no son terapéuticas. Para que las exposiciones sean terapéuticas se tiene que permanecer con el estímulo que produce la ansiedad hasta que se comprueba que la ansiedad desaparece, y además así es como compruebo que no se extralimita".

Paciente (atento, asiente...).

Terapeuta: "Una vez que la ansiedad ha bajado en la exposición, si al día siguiente me expusiera otra vez, la ansiedad no se quedaría en el punto de la última exposición, sino que hay que esperar que suba un poco".

Paciente (interrumpiendo la explicación): "Eso es lo que me explicaste".

Terapeuta: "Hasta que llegue un momento en el que ya, de entrada, al tocarlo no me produzca nada de ansiedad. La ansiedad debe ser

tolerable, porque si no fuese tolerable no podríamos permanecer en la situación que nos produce ansiedad y sintiendo la ansiedad el tiempo suficiente para que la exposición funcione. Para saber que la ansiedad es tolerable tenemos que probarlo, porque la mente tiende a decir que nada es tolerable, por eso tienes que intentar hacerlo".

Paciente: "Pero no tengo que huir".

Terapeuta: "Si la ansiedad es tan fuerte que no la toleras, retrocede un poco, hasta que te sitúes en un nivel de ansiedad tolerable y ahí te quedas y realizas la exposición".

Paciente: "El miedo no es tanto a alejarse de casa, como el miedo a las sensaciones si lo hago. Hoy, por ejemplo, me he levantado extraño, mareado, con una sensación en el pecho. Puede ser que haya estado alterado por la noche, pero me he vestido, he desayunado y luego me he ido, porque sabía que se me iba a pasar".

Terapeuta: "¿En la tienda te bajó la ansiedad?".

Paciente: "Creo que se mantuvo, entré y me noté sudor y mareo, empecé a hablar con la dependienta, el mareo iba a ratos, aparecía y desaparecía. Se me fue y después cuando salí me sentí un poco más tranquilo".

Terapeuta: "¿Y esa exposición es terapéutica?".

Paciente: "No. Ahora ya lo entiendo. Es que hasta que lo he entendido me ha costado".

Terapeuta: "¿Recuerdas haber hecho alguna exposición que haya sido terapéutica?".

Paciente: "Acompañado no vale, ¿no? Porque he ido con mi padre, pero con él me siento más seguro. Únicamente he ido solo a la tienda, porque a lo demás he ido con él".

Terapeuta: "¿Qué tendrías que hacer para que las exposiciones fueran terapéuticas?".

Paciente: "Ir a más situaciones solo...".

Terapeuta: "Así es. Imagínate que vas tú solo andando. ¿Hasta dónde crees que llegarías?".

Paciente: "No muy lejos. Hasta Moncloa, pero es que luego tengo todo el camino de vuelta...".

Terapeuta: "Vale, llegas al punto de ansiedad tolerable, te quedas ahí, y si te quedas hasta que la ansiedad baja, entonces el camino de vuelta lo ves de otra manera, sin ansiedad".

Paciente: "¡Ah, o sea, que el tema es permanecer!".

Terapeuta: "Es fundamental permanecer hasta que estés a gusto, porque si no lo haces así no funciona".

Paciente: "Que es lo que hacía siempre, porque el único sitio donde me encuentro bien es en mi casa".

Terapeuta: "Entonces para hacerlo bien hay que hacerlo poquito a poco, recuerda llegar hasta que la ansiedad sea tolerable y quedarte ahí hasta que ya no la notes".

Paciente: "Este verano me encontraba bien, de repente me decían que me fuera a no sé dónde y yo me iba, creo que he tenido como fases, porque ahora eso no lo hago, he tenido el punto de ansiedad más lejos que me permitía hacer cosas, pero he vuelto atrás".

Terapeuta: "Por eso hay que exponerse como te digo".

Paciente: "Poco a poco lo voy entendiendo".

Transcripción 3

Terapeuta: "¿Sabes por qué tienes este problema que llaman agorafobia?"

Paciente: "No muy bien, lo he descubierto por mis medios, es algo así como un aprendizaje y una mala programación de mi cabeza".

Terapeuta: "Hay un antes y un después de un ataque de pánico. Después del primer ataque de pánico suele quedar una programación para evitar que te vuelva a ocurrir otra vez una experiencia tan desagradable. ¿Qué evitas tú?"

Paciente: "Desplazarme solo".

Terapeuta: "Así tratas de evitar que se te produzcan ataques de pánico. Después de tener un ataque de pánico lo más corriente es que uno se quede traumatizado y trate por todos los medios de evitar esos ataques; y para ello haga anticipaciones..."

Paciente (interrumpiendo): "Sí, así es, me imagino en el lugar antes de ir".

Terapeuta: "Las anticipaciones sirven para prepararte para la evitación y la huida, pero en el caso de la agorafobia dichas anticipaciones no ayudan porque están compuestas por interpretaciones erróneas acerca de lo que te puede pasar. Es decir, son interpretaciones engañosas acerca del peligro. Hay tres tipos de interpretaciones erróneas que nos interesan principalmente y que tienes que conocer:

- Las interpretaciones erróneas de peligro: 'esto que noto es peligroso'. Así sientes que tu vida corre peligro, o te parece que te puedes volver loco, que te puedes descontrolar, etc. Son erróneas porque no son verdad aunque lo parezca, y se sufre mucho.

- Las interpretaciones erróneas de extralimitación: 'estas sensaciones se van a salir de su cauce y van a llegar a un punto

muy peligroso'.

-Las interpretaciones de insoportabilidad: `no voy a ser capaz de soportarlas ni de controlarme—.

Paciente: "Sí; por ejemplo, cuando tengo que ir a algún sitio, pienso a veces: `¿y si me da por el camino'?"

Terapeuta ("debería comprobar si ha comprendido lo que le he dicho, me parece que tal vez el mensaje ha sido largo"): "Es muy importante para el éxito del tratamiento tener claro lo que son las anticipaciones y las interpretaciones erróneas, por ello debemos asegurarnos de que yo te lo estoy explicando de una manera que tú lo entiendas. Dedicaremos el tiempo que haga falta para entenderlo correctamente. Así pues, dime, ¿qué has entendido de las anticipaciones erróneas?"

Paciente: "Pues que cuando se tiene miedo se anticipan peligros".

Terapeuta: "¿Y en el caso de la agorafobia, cuáles son esas anticipaciones?"

Paciente: "Pues me parece que dijiste que... (dudando). La verdad, no me acuerdo muy bien".

Terapeuta ("efectivamente parece que el contenido de mi explicación fue excesivamente largo", quizá deba dárselo por escrito y discutirlo en otra sesión; no obstante, continuaré hoy dándole una explicación de la función de la conducta de evitación").

Terapeuta: "Este tipo de anticipaciones pretende que evites hacer aquello que las anticipaciones te dicen que va a suceder. Las evitaciones tienen unos efectos y muchas veces no nos damos cuenta. ¿Cuáles son? Imagínate que te hacen creer que en esa habitación de al lado hay un animal peligroso cuando en realidad no lo hay, pero como tú crees que sí, evitas pasar a esa habitación. Y, al no pasar a la habitación, ¿qué ocurre con la creencia de que hay un animal

peligroso? Pues que no lo compruebas y por tanto lo sigues creyendo. ¿Lo ves claro?".

Paciente: "Pues yo lo seguiría creyendo".

Terapeuta: "Y seguir creyéndolo haría que siguieras evitándolo, y seguir evitándolo haría que siguieras creyendo que existe un peligro, y así se crea un círculo vicioso como en el que tú estás. Y este círculo vicioso hace que el problema se mantenga".

Terapeuta ("para consolidar lo anterior, voy a tratar de llevar la explicación a su experiencia de evitación): "Decías que a un kilómetro de tu casa no puedes ir andando".

Paciente: "Sí, evito ir andando, a no ser que vaya acompañado, siempre me he movido acompañado. Acompañado estoy bien y puedo ir a los sitios, pero solo no, se sufre mucho".

Terapeuta: "Es necesario que comprendas esto: si te alejas de casa tú solo, la ansiedad aparecerá, y cuando la ansiedad sea todavía tolerable para ti, debes quedarte donde has llegado, sin avanzar más, hasta que la ansiedad disminuya y desaparezca, porque si te quedas la ansiedad va a bajar. Si te vas antes de que la ansiedad baje, vas a reforzar las anticipaciones más aún y no vas a tener la experiencia de que la ansiedad baje".

Paciente: "Digamos que tengo que mantenerme en la situación que me da miedo".

Terapeuta: "Sí, pero la ansiedad tiene que ser tolerable; si no la aguantas, no hacemos nada".

Paciente: "A veces he sentido que no podía más de la ansiedad que tenía, me da miedo sentir que se me va la vida con esas sensaciones".

Terapeuta ("creo que todavía no comprende el concepto de ansiedad tolerable, insistiré"): La clave es mantenerse sin escapar en

un nivel de ansiedad tolerable. ¿Qué significa para ti ansiedad tolerable?".

Paciente: "Que puedo soportarla".

Terapeuta: "Correcto, va quedando claro".

Paciente: "Sí, sí...,".

Terapeuta ("ahora que parece que ya lo comprende y está de acuerdo; pasará a proponer una tarea"): "¿Te parece que podría ayudarte a ir saliendo de tu círculo vicioso intentar alejarte desde un lugar donde te sientas seguro hasta otro donde empieces a sentir una ansiedad tolerable?".

Paciente: "Sí, eso tiene mucho sentido".

Terapeuta ("además de intentar la exposición, es necesario que la repita las mínimas veces para que tenga efectos de extinción de la ansiedad"): "Bien. ¿Cuántos días te parece que necesitarías para intentarlo un mínimo de cinco veces?".

Paciente: "Pues no lo sé, porque ando muy pillado de tiempo".

Terapeuta ("parece que no capta la importancia de la exposición, tendré que hacer algo para ello y para que la priorice"): "Es necesario repetir la exposición con una frecuencia determinada, o dicho de otra manera, para que las exposiciones funcionen deben tener un ritmo. Imagina que yo te digo la palabra hipopótamo, de la siguiente manera: pronuncio la sílaba `hi', al cabo de una hora la sílaba `po', y así entre la pronunciación de cada sílaba pongo una distancia de una hora. ¿He pronunciado todas las sílabas? Sí. ¿Las has entendido? No. ¿Por qué? Porque no las he pronunciado con el ritmo necesario.

Algo parecido ocurre con las exposiciones. Yo estimo que deberías probar con cinco exposiciones, al menos, en esta semana. ¿Qué te parece?".

Paciente: "Eso supone que hay que trabajar bastante".

Terapeuta: "¿je compensaría si funcionase?".

Paciente: "El otro día me fui solo andando hasta la óptica. Sentí un poco de miedo, pero no sentí que estuviese descontrolado".

Terapeuta: "Repasemos".

Paciente: "Hasta que no baje la ansiedad no sigo".

Terapeuta: "Así es, notarás que no tienes ansiedad cuando no sientas la necesidad de escapar".

Paciente: "Sí. Cuando fui a la tienda sentí miedo, luego me paré y vi que la ansiedad bajó".

Terapeuta: "Tienes que pasarlo un poquito mal para que se vaya desprogramando".

Paciente: "¿Esto lleva tiempo?".

Terapeuta: "Depende del interés y del trabajo constante de cada persona. La experiencia es muy variada: hay algunos que en tres sesiones lo dejan, otros no... Es como todo, si vas tres veces al gimnasio o a clases de inglés no te servirá para nada, hay que tener constancia. Por lo menos necesitarás unos meses. Pero has de tener cuidado a la hora de compararte con los demás, porque eso te desanimará".

Paciente: "Sí, yo veo, por ejemplo, a mi hermano, que va por donde quiere, y me desanimo. ¿No hay ningún truco? ¿Alguna cosilla para que no te entre miedo?".

Terapeuta: "Tienes que pensar que no es peligroso, pero por mucho que yo te lo diga, la sensación es automática y te tienes que exponer. Hacen falta muchas experiencias con un ritmo determinado

para la rehabilitación".

Paciente: "Normalmente, ¿esto se le quita a la gente?".

Terapeuta: "Sí, siempre que se trabaje en ello".

Paciente: "Entonces claro que trabajaré. Es que mi padre me dice que son bobadas y eso me desanima. Cree que pierdo el tiempo en tonterías".

Terapeuta: "Dentro de su desconocimiento es normal que piense así".

Paciente: "Y otro día que le quería comentar que me fui a un pueblo en coche, me quedé en el sitio, bajó la ansiedad y me fui tranquilamente".

Transcripción 4

Se expone la síntesis del motivo de consulta según las palabras de la paciente y seguidamente se expone una transcripción.

Paciente de treinta y cinco años que refiere tener agorafobia, ya que su médico así le diagnosticó lo que le ocurre. Desde hace un año dice tener mucho estrés y no poder estar en lugares cerrados con mucha gente.

También refiere que viene a consulta por que en un viaje en tren se empezó a encontrar muy mal físicamente. Esto ocurre hace un año y dos meses, también comenta que su madre lo atribuye a la muerte de su padre, que ocurrió en ese tiempo.

La paciente dice que no sabe por qué le ocurre esto.

Refiere que el primer episodio de pánico fue en el tren, de repente, hace un año y dos meses, y lo describe como una sensación física muy aguda en la que notaba mareo y sensación de desmayo, y no sabía lo que es taba ocurriendo, ya que simplemente estaba sentada en el asiento del tren. Estaba

con su marido y no hizo nada por escapar de esa sensación.

Refiere que su vida por aquel entonces era normal y que todo iba bien. Dice que su padre falleció poco antes de su "primer ataque de pánico".

A partir del primer episodio refiere haber ido a peor, hasta el punto que en el momento que acude a consulta siente que ya no puede más. Dice que "este pánico a veces es mejor y otras peor", pero que se siguen manteniendo los factores del año anterior.

Sólo se siente segura con su marido, ya que con sus amigos tampoco se siente segura del todo. Los lugares que le proporcionan esta seguridad son su casa y la casa de su madre, que vive en Madrid. Se siente insegura con gente que no conoce y en espacios cerrados y grandes.

Refiere que los ataques de pánico siempre le ocurren cuando está parada, si está en movimiento no se producen. No puede hacer cola en ningún sitio, los centros comerciales le hacen sentir esta sensación de pánico y siempre debe ir acompañada si se va lejos. Dice que esto le sucede últimamente todos los días y que como ve que ahora no puede hacer las mismas cosas que hacía antes se pone nerviosa.

Dice tener "otro mundo en la cabeza" y que cuando se para a pensar en lo que le puede ocurrir siente pánico de nuevo.

Afirma que su marido entiende su problema pero que opina que es "una tontería". Sale de vez en cuando con sus amigos pero no le apetece tanto como antes. Tiene la necesidad de tener todo bajo control y por esta razón dice ponerse muy nerviosa.

Seguidamente se expone la transcripción, en la que se abordan los siguientes asuntos:

La depresión o el ánimo deprimido, ya que es una consecuencia muy frecuente del trastorno de pánico y de la agorafobia. Se transcribe en este sentido la evaluación del estado de ánimo, y la intervención en el aumento de

actividad. También se expone una exposición interoceptiva.

Terapeuta: "¿Qué tal esta semana?".

Paciente: "Esta semana un poco mal, no sé por qué. Salir ya salgo, pero tengo mucha tristeza mezclada con pánico, aunque sólo en casa".

Terapeuta (dice que tiene tristeza, me parece importante evaluar este aspecto): "¿Cuándo empezaste a sentirte así?".

Paciente: "Antes de venir aquí. Tengo días que me siento bien, pero cuando me siento mal...".

Terapeuta: "¿Cuánto hace de esto?".

Paciente: "Tres días".

Terapeuta: "¿Lo relacionas con algo que te haya ocurrido?".

Paciente: "Que nada me hace feliz, esta sensación que tengo dentro no me deja ser feliz".

Terapeuta: "¿Es más parecido a la tristeza que al miedo?".

Paciente: "Sí, tengo mucha tristeza. Aún no he superado lo de la gente. Prefiero estar en movimiento..., esta vida no es normal".

Terapeuta (encubiertamente: "No comprendo bien el mensaje, habla de la tristeza, de la gente, de estar en movimiento y de que la vida no es normal. No sé qué relación puede haber entre ello, pero por su expresión lo que más me llega es la frase de 'esta vida no es normal', trataré de hacer una clarificación"): "¿Cómo era antes tu vida?".

Paciente: "Antes podía hacer cosas" (silencio prolongado).

Terapeuta (encubiertamente: "parece que la pregunta no es demasiado productiva, intentaré concretar su experiencia"):

"Permíteme que vuelva a insistir, ¿qué sientes?".

Paciente: "Tengo mucha tristeza, alguna vez pánico..., hay algo que no me da paz".

Terapeuta: "¿Qué te parece que es eso que no te da paz?".

Paciente: "Pues que no llego a superar lo que tengo, me voy a trabajar, hago vida normal pero me entra esa sensación. Veo que mi marido es feliz y a mí nada me hace feliz".

Terapeuta: "¿Qué notas exactamente cuando te sientes así?".

Paciente: "Como una sensación en la barriga, un sentimiento que no me deja vivir".

Terapeuta: "¿Lo relacionas con algo?".

Paciente: "Con pánico".

Terapeuta: "¿En qué momentos estás peor?".

Paciente: "Con gente, pero cuando estoy sola es más fuerte la tristeza. Todo el día estoy pensando en lo mismo. Siento miles de sensaciones que ni yo puedo explicar. Tengo muchas ideas".

Terapeuta: "Cuéntame esas ideas".

Paciente: "Primero, que tengo que ir a un sitio y pienso que no puedo ir, etc., pero luego lo hago, porque siempre he ido donde he querido. Después, en la vida que llevo, y eso que he pensado en brujería o que mi cuerpo produce cosas que son demasiado para mí. Tengo también sensaciones en la cabeza y nervios en el estómago".

Terapeuta: "¿Eso te asusta?".

Paciente: "No lo aguanto".

Terapeuta: "¿Qué piensas cuando lo sientes?".

Paciente (con expresión de enfado): "Que no lo aguanto".

Terapeuta: "Je enfadas?".

Paciente: "Sí".

Terapeuta: "¿Dura mucho?".

Paciente: "Se va pero regresa rápido".

Terapeuta: "¿Siempre te ocurre cuando estás sola?".

Paciente: "Sí, ayer tuve que estar dos horas en el coche con mi marido, y como no puedo hablar con él, me puse a pensar".

Terapeuta: "¿Qué pensaste?".

Paciente: "Que ya no es tanto el miedo a salir. Pero lloro mucho".

Terapeuta: "¿Además del problema de la ansiedad también está el de tener el ánimo deprimido?".

Paciente: "Pero es que si tomo pastillas no me sientan bien, me asustan".

Terapeuta: "Tranquila, tampoco tienes que tener una depresión. Se parece más a un estado de ánimo deprimido".

Paciente: "Son nervios en los intestinos. ¿Cómo se quita eso? Tengo deseos pero no me afectan".

Terapeuta: "¿Cuáles son esos deseos?".

Paciente: "Tener un niño, trabajar...".

Terapeuta: "¿Je afecta no tener niños?".

Paciente: "Sí" (con expresión desesperada). "Pero me atormentan las sensaciones. Es como una quemadura en el estómago."

Terapeuta ("siento coherencia entre su expresión no verbal y su información de la sensación, por tanto puede ser buen momento para darle una explicación"): "Cuando no aceptamos las sensaciones desagradables y peleamos para que se vayan, no se van. No hay que hacer nada; hay que sentir las, permitir las, dejarlas estar. Es algo así como un acompañamiento de las sensaciones. (Encubiertamente: "Por su expresión deduzco que puede estar notando ahora alguna de estas sensaciones y aprovecho para ayudarla con una exposición interoceptiva".) "¿Qué sientes ahora?"

Paciente: "Esa sensación. Ahora la estoy notando".

Terapeuta: "Vamos a aprovechar la sensación que sientes ahora para practicar la aceptación. No intentes que se vaya, deja que vaya a más si tiene que ir a más, deja que se mueva si se mueve, que vaya adelante, etc."

Paciente: "Se mueve".

Terapeuta: "¿Cómo?, ¿sube, baja?, ¿qué hace?"

Paciente: "No, no, pero no baja. Son nervios en el estómago".

Terapeuta: "Hazla tuya, déjala estar ahí, simplemente dejándola y sintiéndola. ¿Puedes permitirlo aunque sólo sea durante un minuto?... Se trata de no hacer nada, simplemente dejarla y ver que está ahí, no hacer nada ni con los brazos, ni con las manos..., con la mínima tensión que puedas tener, dejándolo estar".

Paciente (con expresión de sorpresa): "Se me ha ido".

Terapeuta: "¡Qué bien!".

Paciente: "Pero si me viene veinte veces al día. ¿Qué hago?"

Terapeuta: "¿Ahora se ha ido, verdad? ¿Qué hemos hecho?".

Paciente: "Hablar".

Terapeuta: "Hablar pero sin hacer nada, sin pensar que se tiene que ir. ¿Qué piensas ahora?".

Paciente: "Que no lo aguanto".

Terapeuta: "Estas pendiente de que no se va. Hay que dejarlo estar, aceptarlo".

Paciente: "¿Y eso tengo que decírmelo siempre?".

Terapeuta: "Decírtelo y hacerlo".

Paciente: "Pero mi cuerpo no lo va a aceptar".

Terapeuta: "Lo tiene que aceptar tu mente, porque cuando tenemos una sensación física que no aguantamos, si la aceptamos, se va. Te lo digo también por propia experiencia".

Paciente: "Yo se lo digo a mi madre, que es como una pesadilla, y ella me dice que me tome pastillas, pero me hacen temblar, me bajan la tensión. Ayer estuvimos en casa de unos amigos y tuve sensaciones de pánico mientras veía la televisión. Al final empecé a hablar con ellos y se me pasó.

Tengo que limpiar y no tengo ni ganas. Me digo a mí misma: 'voy a salir', y salgo, pero luego voy a casa y me agobio. Cuando empiezo a limpiar me agobio, aunque luego voy mejor. Es peor tener días de fiesta".

Terapeuta (encubiertamente: "Pasa con mucha rapidez de unos asuntos a otros, y da la impresión que no profundiza lo suficiente; dudo entre volver al tema de la ansiedad o reforzar y afirmar su capacidad de hacer cosas y procesar que eso la ayuda a estar mejor;

opto por esto último"): "Por eso te digo que hagas cosas, porque necesitas hacerlas para estar mejor. Pero recuerda que también hay que aceptar las sensaciones".

Paciente: "¿Y cómo puedo evitar la tristeza?".

Terapeuta: "Tú misma lo has dicho, cuando haces cosas te sientes mejor. Todas esas cosas parecen un mundo, pero poco a poco...".

Paciente (interrumpiendo pasa al asunto de las sensaciones): "Pero yo aún pienso en ir sola a visitar a mi amiga y pienso `¿y si me pasa?'. Todo esto porque hay gente".

Terapeuta: "¿Y qué crees que te va a pasar?".

Paciente: "Lo de las sensaciones".

Terapeuta: "Espero que cada vez vayas acostumbrándote más a aceptar y permitir las sensaciones".

Paciente (apretando los puños y con tono de determinación): "Yo haría de todo con tal de no sentir esto".

Terapeuta (encubiertamente: "Parece que se esfuerza pero no persiste"): "Pues por el momento haz lo que puedas. No consiste en forzarte, pero tampoco en estar inactiva, tendrías que empezar a aceptar tu propio ritmo".

Paciente: "Me pongo feliz cuando salgo yo sola a comprar algo. Hace unos días, en la cola del supermercado estuve un poco mal, aguante y luego estuve mejor".

Terapeuta (afirmando su capacidad): "Ves cómo funciona... Además, también es necesario que en casa te mantengas ocupada y después te sentirás mejor. Haz las cosas que tengas que hacer aunque te encuentres mal. Te ayudará mucho saber que las puedes hacer. Que sientas que puedes superar actividades es fundamental".

Paciente: "Es verdad, el sábado cuando empecé me sentía mal pero después me olvide de ello".

Terapeuta (aprovechando el reconocimiento de su autoeficacia): "Podemos hacer un registro en el que me especifiques las ganas que tenías de hacer las actividades antes de ponerte a hacerlas y las ganas que tienes después. ¿Qué te parece?".

Paciente: "Me parece muy buena idea, me gusta hacer ese tipo de registros".

Terapeuta: "Pues estupendo y adelante, para la próxima sesión espero ver el registro".

Paciente: "Otra cosa que me pasa es que me comparo con los demás que son más felices, y lo paso mal".

Terapeuta: "Yo opino que si queremos ser felices no debemos hacer comparaciones ni con el pasado, ni con los demás. No sólo para tu problema, sino para todo en la vida, por ejemplo, se puede pensar que antes se tenía más dinero y eso puede crear sufrimiento".

Transcripción 5

En esta transcripción se muestran los siguientes aspectos: la frustración del terapeuta y la del paciente ante la dificultad de las exposiciones, lo cual hace que el terapeuta pierda empatía y se distancie de la paciente por pretender acelerar el proceso y no respetar el ritmo de la paciente. Luego corregirá este error mediante una confrontación. También se muestra el reprocesamiento de autoeficacia, y una exposición en imaginación con prevención de respuesta.

Paciente: "Por más que voy sola al trabajo no consigo estar tranquila durante el trayecto". Fui andando, la calle estaba desierta y me venían pensamientos negativos como 'y si...', me puse nerviosa y llamé a mi madre, lo que me produjo mucho alivio".

Terapeuta (encubiertamente: "¿Por qué habrá llamado a su

madre?, seguro que por la ansiedad, pero ¿no será también que no tiene suficientemente claro que tiene que exponerse y cómo hacerlo? Llevo ya bastantes sesiones repitiéndole las consignas de la exposición y no intenta realizarlas. Me empiezo a sentir frustrado con esta paciente, y temo que a ella le ocurra lo mismo conmigo") (sintiéndose activado emocionalmente y con cierta contención): "Ya, pero tienes que aceptar las sensaciones porque aún no lo entiendes. Si, por ejemplo, yo tengo en mi consulta a un niño que me está revolucionando y lo acepto, esas sensaciones dejarán de molestarme".

Paciente (con expresión airada): "Lo entiendo, pero no es tan fácil como tú lo ves".

Terapeuta (encubiertamente: "Siento que he perdido empatía y me he distanciado, me acercaré mediante una confrontación"): "Por una parte, sé que es muy difícil, yo también lo pasé y te entiendo perfectamente, y por otra parte, recuerdo las veces que te has quejado de que no avanzas lo suficiente y temo que si sólo te comprendo y no te empujo, nos quedemos atascados, aunque, ciertamente, si te empujo demasiado también puede ocurrir ese atasco. Opino que debemos acordar cómo manejar esta situación".

Paciente: "Estoy de acuerdo. Hay que avanzar aunque sea duro".

Terapeuta: "¿A pesar de que puedes llegar a sentir que no te comprendo lo suficiente?".

Paciente: "Sí."

Paciente: "Yo creo que no voy desprogramando nada. Siempre que me expongo lo paso muy mal y busco ayudas. Si veo a un señor por la calle, pienso: 'si me pasa algo él me ayudará'. Creo que lo hago mal; encima al día siguiente todo fue a peor porque recuerdo lo mal que lo pasé".

Terapeuta (le ayuda a reprocesar a partir del error cognitivo de abstracción selectiva): "Claro, es que hay que recordarlo todo. Hay

que recordar que no ocurrió lo que anticipaste, también que conseguiste tu objetivo".

Paciente: "Entonces. ¿Qué tengo que decirme?".

Terapeuta: "Nada, sólo preguntarte si lo has podido soportar y darte cuenta de ello y también de que, pese a todo, no ha ocurrido lo que te parecía que iba a ocurrir".

Paciente: "Ya, si yo lo entiendo, pero es que me expongo, lo paso mal, acabo escapando y me quedo sólo con lo malo. Y si me da y me ven...

Terapeuta: "¿Qué crees que pasaría?".

Paciente: "No quiero que me vean".

Terapeuta ("ahora está exponiendo el problema de la valoración social): "¿Qué crees que pasaría si te vieses así?".

Paciente: "No quiero, no es lo mismo mi pueblo que Madrid, aquí nos conocemos", pueden pensar que estoy mal de la cabeza. Es cierto que he mejorado. Llevo unos quince años casi sin salir de casa y desde que estoy contigo voy mejor, pero a veces estoy mal de ánimo".

Terapeuta (encubiertamente: "No responde a la pregunta que la he hecho y refiere que se siente desanimada. Exploraré a qué se debe su estado de ánimo"): "¿En qué momentos te sientes mal de ánimo?".

Siguiente sesión del mismo caso.

Terapeuta: "¿Qué tal esta semana?".

Paciente: "Bien..., pero el sábado estaba sola en casa todo el día y estuve relativamente a gusto. El lunes, un poco obligada, fui de excursión. Al principio me encontraba mal pero luego lo superé y bien, aunque de vuelta a casa, a unos 25 km me empecé a poner muy

nerviosa".

Terapeuta: "¿Qué pensabas?".

Paciente: "¿Si me da aquí....?".

Terapeuta: "¿Qué pasó con la anticipación?".

Paciente: "Parecía que no se iba a pasar nunca, pero me fui dando cuenta de que no me daba y se me pasó".

Terapeuta (interviene en el reprocesamiento de autoeficacia de la exposición): "¿Lo tomas como un éxito o como un fracaso?".

Paciente: "Como un fracaso, porque al llegar a casa me quedé sola y lo pasé muy mal por lo mal que lo pasé".

Terapeuta: "¿Puedes reconocerte que has sido capaz de soportar la ansiedad y que luego ha bajado?".

Paciente: "Si yo ahora entiendo todo, pero yo quiero evitar el momento aunque sé que tengo que exponerme".

Terapeuta (empleo de la intención paradójica como alternativa a la instrucción directa de exponerse): "Imagina que yo te digo que a partir de ahora evites todo lo que puedas; de hecho, hazlo..., no te expongas, no hagas nada esta semana, ¿estás dispuesta?".

Paciente: "No, porque sé que es peor".

Terapeuta: "¿Qué pasaría si yo te digo que incluso puedo pedírtelo si te veo muy mal?".

Paciente: "No haría eso porque sería volver al principio. Si yo decido hacer algo que me has propuesto y no lo hago me siento mal. Ahora, si alguien me propone algo que no entraba en mis planes, no voy y ya está. Mi marido me produce mucha inseguridad desde siempre".

Terapeuta (encubiertamente: "Parece que ahora está de acuerdo en la necesidad de exponerse, puede ser el momento de continuar interviniendo más directamente, en exposición en imaginación con prevención de respuesta de huida"): "Imagina que estás sola. ¿Qué crees que te va a pasar?".

Paciente: "Empiezo a sentirme mal".

Terapeuta: "¿Qué sensaciones tienes?".

Paciente: "Calor, me suben las pulsaciones, respiro mal, etc.".

Terapeuta: "Imagina que está pasando ahora".

Paciente: "Me iría a otro sitio e intentaría hacer cosas para ver si se va".

Terapeuta: "Y si aparece un síntoma diferente y no se pasa".

Paciente: "Buscaría ayuda".

Terapeuta: "¿Cuál?".

Paciente: "Pues supongo que llamar a los vecinos".

Terapeuta: "Imagina que no hay vecinos".

Paciente: "Llamaría a mis hermanos".

Terapeuta: "Suponte que no vienen, en ese caso tendrías que quedarte sola con tus síntomas".

Paciente: "Llamaría al 112".

Terapeuta: "Supón que tampoco viene".

Paciente: "Me tendría que intentar calmar. Decirme esto no es

nada, son sólo sensaciones, esto se pasa".

Terapeuta: "¿Y cómo crees que te sentirías?".

Paciente: "Mal, tanto si llamo a alguien, como si no".

Terapeuta (utilizando la intención paradójica): "Imagina que llamas y acude todo el mundo y te calman. ¿Cómo te sentirías?".

Paciente: "Al principio bien, pero más tarde me sentiría mal porque lo tengo que hacer sola".

Terapeuta (encubiertamente: "Está de acuerdo con exponerse y hacerlo sola, por tanto ahora puede ser buen momento para presentarle las consecuencias de calmarse sola frente a las de que la calmen los demás"): "Imagina la dependencia de que te calmen los demás frente a la libertad de calmarte por ti misma. ¿Quieres eso otros diez años?".

Paciente: "No".

Terapeuta: "¿Lo sientes así?".

Paciente: "Sí, pero me pongo tan nerviosa que no quiero ni hablar ni pensar en eso".

Terapeuta: "Me dijiste que te ayudara a exponerte".

Paciente: "Ya, pero es que ahora no estoy en ese momento".

Terapeuta (encubiertamente: "Está intentando escapar de la exposición, no la puedo dejar escapar porque empeoraría"): "Imagina que sí".

Paciente: "Es que no quiero hablar de eso".

Terapeuta (previniendo la respuesta de escape): "Imagina que pasa".

Paciente: "Es como si mi corazón se desatara. Pienso que puede ser un ataque al corazón".

Terapeuta (previniendo el escape): "Y si así fuese?".

Paciente: "Supongo que me muero".

Terapeuta (previniendo el escape hasta las últimas consecuencias): "¿Qué sería lo peor de morirse?".

(Silencio...)

Terapeuta: "¿Qué te pasa, de qué te das cuenta?".

Paciente: "Nada, si mi miedo es a estar sola, morirme sola...".

Terapeuta: "¿Qué crees que pasaría si te mueres sola?".

Paciente: "Tengo miedo a estar sola igual, sólo que aquí tengo a mi familia. Es por si me da...".

Terapeuta: "Imagina que te da estando sola".

Paciente: "Es como un círculo vicioso".

Terapeuta: "Por eso seguimos dando vueltas".

Paciente: "Yo pienso: 'bueno, pues me muero' (que no me quiero morir) y estoy sola... Sólo me veo en un sitio oscuro y sola".

Terapeuta: "Imagínate ahí, en el sitio oscuro y sola".

Paciente: "No sabría qué hacer. Me pondría muy nerviosa y me darían las mismas sensaciones que tengo aquí".

Terapeuta: "¿Cuáles?".

Paciente: "Tendría un dolor en el estómago, tendría nervios, el

corazón alterado, me costaría respirar, lloraría.. .y me calmaría porque siempre se me pasa".

Terapeuta: "Imagínate sola en un sitio oscuro pero estando tranquila. Sería como el despertar de una pesadilla. ¿Te das cuenta de que estas metida en un sitio inexistente?.....

Paciente: "Tienes razón, tienes razón".

Terapeuta: "Los ingredientes de la angustia son las propias evitaciones, tanto físicas o mentales". (Ahora ya de manera muy distendida y casi bromeando.) "Esta semana evita todo lo que puedas, no te quedes sola ni un momento".

Paciente: "¿Me lo dices en serio?".

Terapeuta: "Si te lo dijese en serio, ¿estarías de acuerdo en tu interior?".

Paciente (riendo): "¡No!".

Terapeuta: "¿Nos hemos entendido?".

Paciente: "Sí, perfectamente".

Anexo 1

Entrevista psicoeducativa

Se expone el esquema de la entrevista psicoeducativa ejemplificándolo con la transcripción de un caso, con el propósito de transmitir al lector un estilo de comunicación terapéutica basado en el empirismo colaborativo, el cual ha resultado muy útil en esta intervención. No obstante, el lector deberá considerar que cada caso es diferente y adaptable al esquema expuesto.

1. Instrucciones previas

Terapeuta: "Hasta ahora te he preguntado y hemos estado hablando sobre lo que te pasa y cómo has llegado a esto. Ahora es necesario que entiendas:

- a)Cómo has llegado a esto.
- b)Porque esto se mantiene y no puedes salir de ello ni resolverlo.
- c)Cómo lo vamos a resolver.

Voy a decirte yo cómo veo lo que te pasa, y tú me dices tanto lo que entiendes y te queda claro, como lo que no entiendes, aquello de lo que tienes la mínima duda. Es necesario que te quede claro, por lo cual no dudes en hacerme todas las preguntas que necesites. Recuerda que todas las preguntas son pertinentes y es importante que me las hagas, ya que yo necesito que las hagas.

También es importante que lo que vayas entendiendo lo recuerdes durante todo el tratamiento, para ello te sugiero que tomes notas o lo grabes" (lo más frecuente es que el paciente acepte lo anterior y exprese su interés por ello).

2. Información sobre el trastorno de pánico y la agorafobia

Terapeuta: "Hay un suceso crítico. Es cuando tuviste el ataque de pánico mientras trabajabas". (Deja tiempo para que el paciente hable...)

Paciente: "Sí, fue horrible. Es la experiencia peor de mi vida. Estaba convencido de que me moría en ese momento...".

Terapeuta: "Me dijiste que eso te pasó de repente, sin saber por qué".

Paciente: "Sí, y eso es lo que más me sigue preocupando, que me vuelva a pasar de repente y me muera, o algo así".

Terapeuta (evaluando las explicaciones catastróficas que hace el paciente): "Supongo que se te habrán pasado por la cabeza muchas explicaciones posibles de qué es lo que te pasa. ¿Háblame de todo lo que supones que puede ser esto?".

Paciente: "Uf... Seguro que es algo muy grave. Lo que más me preocupa es que pueda ser algo relacionado con mi corazón, una enfermedad mortal, o algo así... O que me ponga tan alterado que no lo soporte y me muera o me vuelva loco. O que tanto estrés y tan permanente me termine matando o enfermando gravemente. He leído además que el estrés mata".

Terapeuta: "Te entiendo, y es muy comprensible que pienses así. Cuando piensas en esas explicaciones, ¿cómo te sientes?".

Paciente: "Fatal. Me deprimó. Me llenó de miedos y lo paso fatal. ¡Si pudiese quitarme estos pensamientos!".

Terapeuta: "Todos tenemos un sistema de alarma que nos protege de los peligros cuando éstos son inminentes y muy peligrosos. Recuerda: inminentes y muy peligrosos. Ante un peligro grande e inminente hay que actuar inmediatamente, de modo que el organismo

necesita ponerse en un estado de máxima emergencia, y la naturaleza nos ha provisto de un sistema de protección para esos momentos, que llamaremos amigablemente la alarma". (Nótese que empleamos términos sencillos, coloquiales, positivos y no médicos o dramáticos, con el objeto de deconstruir el concepto de enfermedad.)

"De modo que cuando percibimos un suceso como muy peligroso e inmediato, la alarma se dispara y se pone en funcionamiento para protegernos. No tiene otra finalidad que la de protegernos. ¿Cómo nos protege la alarma? Avisándonos y preparándonos para luchar o huir. En nuestro caso para huir. Las dos funciones de aviso y preparación se dan conjuntamente, pero interesa más que entiendas la función de preparación.

Vamos a hacer un alto porque no sé si me he explicado bien o si te estoy dando mucha información seguida. Dime qué vas entendiendo hasta ahora."

(El paciente repite lo que ha entendido, y el terapeuta le va confirmando lo que ha quedado claro, y precisando aquello que no ha quedado claro, y recordándole lo que se le pasó. Continúa así hasta llegar al entendimiento y acuerdo. Seguidamente, una vez llegado al acuerdo en lo que se lleva hasta ahora devuelto, continúa con la función de preparación de la alarma.)

Terapeuta: "¿Cómo te prepara la alarma para protegerte? Imagina que ahora mismo se produjese un incendio grande que nos cogiera por sorpresa. Para ponemos a salvo necesitaríamos huir inmediatamente, antes de que las llamas nos alcanzasen. Y para ello necesitaríamos mucho más oxígeno, más fuerza, más rapidez. Pues bien, la alarma nos protege mediante esta preparación. Poniéndonos en ese estado de preparación inmediata y automáticamente. Así, en esos momentos aumentaría el oxígeno, la respiración se haría mucho más rápida, el cuerpo se llenaría de química, el corazón bombearía más sangre y más rápidamente, los músculos se tensarían. ¿Esto se entiende? ¿Tienes preguntas? ¿Estás de acuerdo?".

Paciente: "sí, está todo muy claro".

Terapeuta: "Pero ahora imagínate alguien que está trabajando en una oficina, como tú estabas cuando tuviste el primer ataque de pánico, y se le dispara la alarma, y siente su respiración acelerada, el corazón que late fuerte y rápido, sus músculos que se tensan, y un impulso irresistible de escapar de allí, de ese lugar y situación. Pero, al mismo tiempo, no hay ningún peligro externo, no es como en el caso del incendio, de modo que mira a su alrededor y ve a sus compañeros trabajando tranquilamente. ¿Qué te parece que pensaría en esa situación?"

Paciente: "Que se está muriendo o volviendo loco, o que algo grave le está pasando".

Terapeuta: "¿Y crees que se asustaría?"

Paciente: "Claro, se asustaría aún más, de no saber qué es esto que le pasa".

Terapeuta: "Y entonces, el peligro que en principio no sabe cuál era, porque le vino repentinamente, pasó a ser algo interno. Es decir, ahora el peligro son esas sensaciones que no entendía y que le parecían extremadamente peligrosas e incontrolables, ¿no?"

Paciente: "Sí, es así..."

Terapeuta: "Ya sabemos algo más de lo que hace disparar y funcionar la alarma. Dos tipos de peligros, el externo que le llamamos miedo, y el interno que le llamamos ansiedad o angustia".

3. ¿Cómo se ha llegado a padecer el trastorno de pánico y la agorafobia?

Terapeuta: "La pregunta que mucha gente me ha hecho llegado a este punto es la siguiente: en el caso del incendio, entiendo que la alarma se dispare, pero ¿en una situación en la que no hay ningún peligro, como cuando tú estabas trabajando el día que tuviste el primer ataque

de ansiedad? ¿Cómo fue que se disparó? ¿Qué paso para que se disparase?". (Guarda silencio para que el paciente reflexione sobre lo dicho y elabore alguna respuesta.)

Paciente: "No lo sé... La verdad es que no lo entiendo..., por más vueltas que le he dado en mi cabeza... no lo entiendo".

Terapeuta: "Bien, vamos a retroceder un año antes de que tuvieras este ataque de pánico...". (Empleando sólo la información suministrada por el paciente.) "Me has dicho que durante ese año terminaste la mili, y rompiste la relación con tu novia, de una manera muy desagradable y culpabilizadora. Una ruptura que ella no aceptó, amenazándote con suicidarse y culpabilizándote, ella y su familia de todo ello. Al mismo tiempo, comenzaste una relación con otra chica a la que le ocultabas lo que estabas padeciendo con la ruptura que estabas realizando en el mismo momento. De modo que te sentías muy culpable y sólo con toda esa tormenta de emociones y sentimientos negativos, sin posibilidad de comentarlo con nadie y desahogarte.

La nueva chica pertenecía a un ambiente totalmente diferente al tuyo, y no fuiste bien acogido por su familia, siendo objeto de numerosas burlas y críticas. Por otra parte, tus padres también se oponían a esa relación. Fue un año en el que la vida estable que habías tenido cambió y te sentiste alterado emocionalmente y sufriste diversas somatizaciones como taquicardias, sensación de debilidad...

Enseguida planteaste a tu novia casarte. Lo planteaste muy impulsivamente, sin apenas reflexión y sin tenerlo claro. Me has dicho, según tus palabras, 'para que no se te escapase'. De modo que empezaste a preparar la boda de manera compulsiva. También empezaste a hacer más horas en tu trabajo para tener más dinero para la boda y así dejaste de lado las aficiones que hasta ahora habías realizado. Todo a pesar de que tu novia pasaba por momentos de duda, pero tú te encargabas rápidamente de convencerla y sacarla de sus dudas, para que no se te escapase la oportunidad.

Y precisamente dos meses antes de la boda, cuando ya tenías la fecha y los invitados y todo el compromiso montado, te empezaste a sentir `raro', `mal', `aprensivo', `hipocondriaco'. No sabías lo que te pasaba, echabas de menos aspectos de tu vida y ambiente anteriores que, recordemos, eran muy diferentes.

Siempre te costó decir `no', salirte de compromisos, que aunque propuestos por ti, no los sentías en tu interior como propios, poner los límites a la invasión de tus necesidades por parte de los demás. Como me decías: `Es como si hubieras crecido sin sentir que tenías necesidades propias'. `Mis necesidades, las únicas que identificaba como mías, han resultado ser las de los demás'.

Sencillamente, no reconociste que te sentías atrapado. No asumías lo que tenías y tampoco podías dejarlo, con lo cual era como si fueras llenando una bolsa con cosas. Y ahora tenemos otro concepto, que es el de la bolsa. Imagina que tienes una bolsa que es de plástico y por tanto tiene dos tipos de límites, uno es el de su capacidad y otro es el de su resistencia. En esa bolsa vas metiendo todo lo que te ponen, o te viene, y lo vas metiendo sin crítica, sin decir que no, apresuradamente. ¿Qué terminará pasando?"

Paciente: "Que la bolsa se terminará rompiendo... ya entiendo. Y a mí se me rompió el día en el que me dio aquel horrible ataque de pánico".

Terapeuta: "Sí. La bolsa, cuando está muy llena y no nos damos cuenta de que ya no cabe nada más, se puede romper cuando menos lo esperamos, sorprendiéndonos. Cualquier cosita que entre puede desbordarla o romperla. Si te acuerdas, dijiste que te ibas encontrando mal, hasta que un día, de repente..."

Paciente (interrumpiendo): "Se rompió la bolsa".

Terapeuta: "Cuando se nos rompe una bolsa en la que hemos metido objetos que valoramos y queremos guardar, y sentimos que se nos pierden o rompen, ¿cómo nos sentimos?"

Paciente: "Es una sensación repentina de ruptura interior, de extrañeza total, de angustia, de temor. Es inexplicable".

Terapeuta: "Y la alarma, ¿qué hace entonces?".

Paciente: "Se pone en marcha".

Terapeuta: "Pero, además, tu alarma nunca se había puesto en marcha de esa manera. Era algo desconocido para ti. Además no había ningún incendio".

Paciente (cambiando su expresión por otra más solemne y grave): "Ahora entiendo todo. Cómo me pasó". (Llora.)

Terapeuta (acompañándole, le deja un tiempo con su insight).

4. ¿Cómo se está manteniendo el trastorno de pánico y la agorafobia?

Terapeuta: "A partir del momento en que sufriste el ataque de pánico se produjo un 'antes y un después' en tu vida, ya que, a partir de entonces empezaste a evitar, por todos los medios, que te volviese a ocurrir lo mismo. Así empezaste a estar muy cerca de ayudas, ya que creías que podría ocurrir de repente, morir de repente. Cerca de hospitales, médicos, taxis que te pudieran llevar a un hospital. Y el mínimo intento de alejamiento de estos estímulos de seguridad disparaba la alarma, con lo cual te aferrabas más aun a la evitación.

Pero no sólo pretendías estar cerca de las ayudas por si acaso te diera ese ataque, sino también buscabas ponerte en situaciones donde no se te disparase el ataque, y para ti eran los ambientes tranquilos, sin estrés, ya que el más leve signo o sensación de estrés también disparaba la alarma y su espiral.

Como también dudabas de la resistencia de tu corazón, procurabas cualquier esfuerzo físico, y dejaste de hacer ejercicio, actividad sexual, emociones..., y en estos casos, también la mínima sensación

de activación física, igualmente, disparaba la alarma.

Y así hay más, pero para qué seguir, tú ya sabes a todo lo que me refiero, ¿verdad?".

Paciente (llorando): "Sí".

5. ¿Cómo aumenta y se generaliza?

Terapeuta: "Pero ninguna evitación era suficiente para estar absolutamente a salvo de los ataques de pánico, y casi continuamente, siempre que tenías que hacer la mínima cosa, la pregunta que siempre ponías por delante de todo, era: `y si me da aquí...', `y si me da al hacer esto'. Y la respuesta invariablemente era: `pues claro que te puede dar, nunca se está a salvo del todo, es mejor que no lo hagas por si te da'. Y claro, entonces no lo hacías, lo evitabas, pero volvías a preguntar lo mismo ante la siguiente actividad, y la respuesta volvía a ser la misma. ¿Y entonces que pasaba? ¿Cuál era la consecuencia de este proceso?".

Paciente: "Iba empequeñeciendo mi vida cada vez más, sin darme cuenta, y mi inseguridad también aumentaba cada vez más".

Terapeuta: "De modo que vivías sólo para evitar que te diera un ataque de pánico. ¿En qué medida entiendes ahora lo que te pasa y cómo has llegado a esto? ¿Te sigue pareciendo que es una enfermedad?".

Paciente: "No. Me parece que soy un estúpido al que se le ha ido toda su vida de las manos".

Terapeuta: "En principio, he de decirte que esto le pasa a mucha gente y que va en aumento, de modo que en ese sentido (irónicamente) la estupidez es cada vez más frecuente. También te digo que nos puede pasar a todos. Nadie está absolutamente libre de que le pueda pasar al go así, se sea listo o se sea estúpido. Pero, si me permites, yo con lo que más estoy de acuerdo es con que tenemos una

historia de la cual una buena parte no la hemos podido decidir, nos fue impuesta. Desde nuestra biología, hasta nuestros padres y las primeras experiencias que vivimos y que muchas veces crean una susceptibilidad para llenar la bolsa, haciendo que continuemos llenando la bolsa sin ser conscientes de lo que estamos haciendo hasta que esta bolsa, un día, se rompe y entonces sufrimos mucho, pero también tenemos la oportunidad auténtica de empezar a aprender muchas cosas que nos liberen y nos hagan más felices. Es un problema que hay que resolver, pero no es una enfermedad que te vaya a producir la muerte o la locura, aunque hasta ahora te haya parecido, y lo hayas interpretado y vivido como una enfermedad.

También tengo que decirte que la alarma llega un momento que se pone en funcionamiento automáticamente a la menor señal. Es como la alarma de una casa que se pusiera en funcionamiento cada vez que se cierra una puerta o se cae algo al suelo, o se pisa algo más fuerte".

6. Consecuencias y costes

El terapeuta puede continuar indagando el coste que la conducta de evitación le ha supuesto al paciente. Pueden servirle las tres preguntas siguientes:

- a)¿Qué precio has pagado?
- b)¿Qué precio estás pagando?
- c)¿Qué precio estás dispuesto a seguir pagando?

Qué puedes hacer (que ya sepas o que tengas que aprender) y que no tienes que seguir haciendo.

Terapeuta: "Pues bien, a partir de ahora, viene lo bueno. Todo lo que hemos comentado anteriormente ha sido para que entendieras qué hay que hacer para salir de esto.

Considera el siguiente ejemplo. Si tú estás montando a caballo y te caes, es natural que sientas miedo a volver a montar. Pero si quieres

que el miedo se te quite. ¿Qué tienes que hacer, volver a montar o no montar?".

Paciente: "Volver a montar. Está claro".

Terapeuta: "Y cuanto más tardes en volver a montar, ¿qué va a pasar?".

Paciente: "Que el miedo va a aumentar".

Terapeuta: "Con la alarma pasa lo mismo. No le sirve que le digamos que el caballo no es peligroso. Sino que le demos repetidas veces la experiencia de montar. Entonces se producirá la extinción del miedo. Es decir, la alarma ya no pitará ni se preparará. Pero esto hay que prepararlo bien, ya que si no se hace bien, puede empeorar el cuadro, o no resolverlo, que es casi lo mismo".

7. ¿Cómo es el tratamiento?

Presentar el programa, discutirlo y acordarlo. Por el momento presentarlo muy esquemáticamente, ya que en el tratamiento, al presentar las competencias del paciente, se hará la intervención psicoeducativa pertinente.

Terapeuta: "Primero te enseñare a tranquilizarte físicamente, luego te enseñare a que reinterpretes tu alarma, ya que ahora, después de esta explicación, será más fácil hacerlo. Luego irás `montando el caballo' gradualmente, a tu propio ritmo, irás aplicando las competencias aprendidas para extinguir la ansiedad y el miedo y para poder llevar la vida que quieres y tienes derecho".

8. Asignación de tareas

Escuchar la grabación de la sesión y reflexionar sobre la misma esta semana y anotar cualquier duda, pregunta, aportación, desacuerdo.

9. Contrato

Se aconseja hacerlo por escrito, y sobre aspectos formales: frecuencia de las sesiones, honorarios y formas de pago, anulaciones, intervenciones con familiares, intervenciones de crisis, sesiones de más duración de lo habitual, etc.

Tipo de técnicas a utilizar, intervenciones asistidas, colaboraciones con psiquiatras, médicos, uso de fármacos. Abandono de terapia, etc. Responsabilidades y compromisos de terapeuta y paciente.

Cómo y cuándo evaluaremos los resultados, y la ejecución y la implicación del paciente y terapeuta. Cómo y cuándo decidiremos si replanteamos el tratamiento, lo finalizamos, derivamos o seguimos, etc.

Anexo 2

Cuestionarios

1. Inventario de Movilidad para la Agorafobia (Chambless y cols. 1985)

Nombre:..... Fecha:.....

Por favor, indique el grado en el cual evita los siguientes lugares o situaciones debido a inquietud o ansiedad. Valore su grado de evitación cuando usted está con un compañero de confianza y cuando está solo. Haga esta valoración empleando los números de la siguiente escala:

1. Nunca evito.
2. Raramente evito.
3. Evito cerca de la mitad de las veces.
4. Evito la mayor parte de las veces.
5. Siempre evito.

(Si lo cree necesario, puede utilizar números que estén a mitad de camino entre los enumerados en la escala. Por ejemplo: 3,5 o 4,5).

Escriba su puntuación en los espacios en blanco para cada situación o lugar bajo ambas condiciones: acompañado y solo. Deje en blanco aquellas situaciones que no sean de aplicación en su caso.

<i>Lugares</i>	<i>Acompañado</i>	<i>Solo</i>
Teatros	_____	_____
Supermercados	_____	_____
Aulas	_____	_____
Grandes almacenes	_____	_____
Restaurantes	_____	_____
Museos	_____	_____
Ascensores	_____	_____
Auditorios o estadios	_____	_____
Aparcamientos	_____	_____
Lugares altos	_____	_____
Diga cómo de altos	_____	_____
Lugares cerrados (por ejemplo: túneles)	_____	_____
<i>Espacios abiertos</i>		
<i>a)</i> Exteriores (por ejemplo: campos, calles anchas, patios)	_____	_____
<i>b)</i> Interiores (por ejemplo: habitaciones grandes, vestíbulos)	_____	_____
<i>Viajar en:</i>		
Autobuses	_____	_____
Trenes	_____	_____
Metros	_____	_____
Aviones	_____	_____
Barcos	_____	_____
Conducir o viajar en coche		
<i>a)</i> En cualquier momento	_____	_____
<i>b)</i> En autopistas o vías rápidas	_____	_____
<i>Situaciones:</i>		
Hacer colas	_____	_____
Cruzar puentes	_____	_____
Fiestas o reuniones sociales	_____	_____
Andar por la calle	_____	_____
Quedarse en casa solo	_____	_____
Estar lejos de casa	_____	_____
Otras (especifique):	_____	_____

Definimos un ataque de pánico como:

- 1.Un alto nivel de ansiedad acompañado de
- 2.fuertes reacciones corporales (palpitaciones del corazón, sudoración, temblores musculares, vértigo, náuseas) junto con
- 3.una pérdida temporal de la capacidad de planificar, pensar o razonar, y
- 4.un deseo intenso de escapar o huir de la situación (observe que esto es diferente de sólo una elevada ansiedad o miedo).

Por favor, indique el número total de ataques de pánico que usted ha tenido en los últimos siete días.

2. Cuestionario de Cogniciones Agorafóbicas (Chambless y cols. 1984)

Nombre:..... Fecha:.....

Aquí debajo aparecen algunos pensamientos o ideas que pueden pasar por su cabeza cuando tiene miedo o está ansioso. Por favor, indique con qué frecuencia tiene cada pensamiento cuando usted está inquieto o ansioso. Para ello, emplee los números de la siguiente escala:

- 1.Nunca tengo este pensamiento.
- 2.Raramente tengo este pensamiento.
- 3.La mitad de las veces tengo este pensamiento.
- 4.Frecuentemente tengo este pensamiento.
- 5.Siempre tengo este pensamiento.

- | | |
|--|-------|
| a) Voy a vomitar | _____ |
| b) Voy a desmayarme | _____ |
| c) Debo de tener un tumor cerebral | _____ |
| d) Tendré un ataque al corazón | _____ |
| e) No podré respirar y me ahogaré | _____ |
| f) Voy a hacer el ridículo | _____ |
| g) Voy a quedarme ciego | _____ |
| h) No seré capaz de controlarme | _____ |
| i) Haré daño a alguien | _____ |
| | |
| j) Voy a tener una apoplejía (hemorragia cerebral) | _____ |
| k) Voy a volverme loco | _____ |
| l) Voy a gritar o chillar | _____ |
| m) Voy a balbucear o a hablar de un modo raro | _____ |
| n) Quedaré paralizado por el miedo | _____ |

3. Cuestionario de Sensaciones Corporales (Chambless y cols. 1984)

Nombre:..... Fecha:.....

Aquí debajo aparece una lista de sensaciones corporales específicas, que pueden ocurrir cuando usted siente miedo o se encuentra en una situación temida. Por favor, indique cuánto miedo o temor le produce cada una de estas sensaciones corporales. Emplee para ello los números de la siguiente escala y no olvide contestar todos los ítems:

- 1.No atemorizado o inquieto por esta sensación.
- 2.Algo atemorizado por esta sensación.
- 3.Moderadamente atemorizado por esta sensación.
- 4.Muy atemorizado por esta sensación.
- 5.Extremadamente atemorizado por esta sensación.

- a) Palpitaciones del corazón _____
- b) Opresión o tensión en el pecho _____
- c) Entumecimiento o adormecimiento
de brazos o piernas _____
- d) Entumecimiento o adormecimiento
de otra parte del cuerpo _____
- e) Hormigueo en las puntas de los dedos _____
- f) Dificultad para respirar _____
- g) Mareos o vértigos _____
- h) Visión borrosa o deformada _____
- i) Náuseas _____
- j) Tensión o malestar en el estómago _____
- k) Sentir un nudo en el estómago _____
- l) Sentir un nudo en la garganta _____
- m) Piernas vacilantes o poco firmes
(flojera en las piernas) _____
- n) Sudoración _____
- o) Garganta seca _____
- p) Sentirse desorientado y confuso _____
- q) Sentirse desconectado del propio cuerpo,
sólo parcialmente presente _____

Bibliografía y lecturas recomendadas

Bibliografía

- 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.
- Andrews, G.; Slade, T., y Isaakidis, C. (2002): "Deconstructing current comorbidity: Data from the Australian National Survey of Mental Health and WellBeing". *British Journal of Psychiatry*, 179, 306-314.
- Bados, A (2000): *Agorafobia y ataques de pánico: Un programa psicológico de intervención paso a paso*. 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 1: Adultos* (247-270). Madrid, Pirámide.
- Bandura, A. (1991): "Self-efficacy conception of anxiety". En R.Schwartz y R. A. Wicklund (eds.), *Anxiety and self-focused attention*, 89-110. Londres, Harwood Academic.
- Barlow, D. H. (1988a): *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. Nueva York, Guildford Press.
- Barlow, D. H. (1988b): "Treatment outcome evaluation methodology with Anxiety disorders: Strengths and Key issues". *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 11, 121-132.

- Barlow, D. H. (2002). Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic (2.a ed.), New York, Guildford Press.
- 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.
- Bemis, K. (1980). Personal communication. En P.C.Kendall y S. D.
- Hollon (eds.), Assessment strategies for cognitive-behavioral interventions. New York, Academic Press.
- Brammer, L.M.; Shostrom, E. L., y Abrego, P. J. (1989): Therapeutic psychology: Eundamentals of counseling and psychotherapy (5.' ed.). Englewood Cliffs, N.J.Prentice-Hall.
- 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.
- Carkhuff, R. R. (1987): The art of helping (6.l ed.). Amherts, M. A., Human Resource development press.
- Chambless, D.L.; Caputo, G.C.; Jasin, S.E.; Gracely, F. J., y Williams, C. (1985): "The mobility inventory for agoraphobia". Behaviour Research and Therapy, 23, 35-44.
- Cormier, W. H., y Cormier, L. S. (1994): Estrategias de entrevista para terapeutas. Ed. Desclée de Brouwer.
- D'Augelli, A.; D'Augelli, J., y Danish, S. (1981): Helping others. Pacific Grove, C. A., Brooks/Cole.
- Echeburúa, E., y De Corral, P. (1993): "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. Madrid. Pirámide.

Egan, G. (1990): The skilled helper: model, skills, and methods for effective helping (4.a ed.). Pacific Grove, CA, Brooks/Cole.

Eisenberg, S., y Delaney, D. J. (1977): The counseling process (2.a ed.). Chicago, Rand McNally.

Ellison, J.M.; Harris, R.G.; McCarter, G. (2004): "Tratamiento combinado de los trastornos de ansiedad". En: Tratado de los trastornos de ansiedad, 113121. Ars Médica.

Gazda, G.H.; Asbury, F.S.; Balzer, F.J.; Childers, W. C., y Walters, R. P. (1984): Human relations development: A manual for educators (3.' ed.). Boston, Allyn & Bacon.

González de Rivera, J. L. (1999): Psicoterapia autógena. Cursos de postgrado en Psicopatología y salud. UNED. Editorial Kinit, Madrid.

Gorman, J. M. (1987). "Panic disorders". En D.F.Klein (comp.) Anxiety, 36-90. Basilea, Kager.

Graham, F. K., y Clifton, R. K. (1996): "I-leart rate change as a component of the orienting response", Psychological bulletin, 65, 305-320.

Grant, B.F.; Stinson, F.S.; Dawson, D.A.; Chou, P.; Dufour, M.C.; Compton, W., et al. (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.

Greeson, J., y Brantley, J. (2011): "Mindfulness y trastornos de ansiedad: desarrollando una relación sabia con la experiencia de miedo". En Manual clínico de mindfulness. Ed. Desclée de Brouwer.

Hackney, H., y Cormier, L. S. (1988): Counseling Strategies and

interventions. Englewood Cliffs, N.J. Prentice-Hall.

Hawkins, P. J. (2006): Hipnosis y estrés: guía para profesionales. Desclée de Brouwer.

Hollon, S. D., y Kendall, P. C. (1981): "In vivo assessment techniques for Cognitive-behavioral processes". En P.C.Kendall y S.D.Hollon (eds.). Assesment strategies for cognitive-behavioral interventions, 319-362. New York, Academic Press.

Ivey, A. E. (1988): Intentional interviewing and counseling. Pacific Grove, C. A. Brooks/Cole.

Jiménez Burillo, F. (1981). Psicología Social. UNED, pág. 11.

Katerndahl, D. A., y Realini, J. P. (1997): "Comorbid psychiatric disorders in subjects with panic attacks". Journal of nervous and mental disease, 185, 669-674.

Klein D. F. (1964): "Importance of psychiatric diagnoses in prediction of clinical drug effects". Archives of General Psychiatry, 16, 118-126.

Johnson, J.G.; Cohen, P.; Kasen, S., y Brook, J. S. (2006): "Personality disorders evident by early adulthood and risk for anxiety disorders during middle childhood". Journal of Anxiety Disorders, 20, 408-426.

Kanfer, F. H. (1980): "Self-management methods". En Kanfer y A.P.Goldstein (eds.), Helping people change (2.a ed.), 334-389. New York, Pergamon Press.

Lacey, J. 1. (1967): "Somatic response patterning and stress: some revisions of activation theory". En M.H.Appley y R.Trumbull (eds.). Psychological Stress. Appleton, New York.

Lázarus, R. S., y Folkman, S. (1984): Stress, appraisal, and coping. New York, Springer.

- Le Doux, J. E. (1994): "Emoción, memoria y cerebro". Investigación y Ciencia, 215, 38-45.
- Ley, R. (1992): "The many faces of pain. Psychological and physiological differences among three types of panic attacks". Behaviour Research and Therapy, 30, 347-357.
- Long, L., y Proffit, P. (1981): Understanding/responding a communication manual for nurses. Monterey, C. A., Wadsworth Health Sciences.
- McCarthy, P. (1982): "Differential effects of counselor self-referent responses and counselor status". Journal of Counseling Psychology, 29, 125-131.
- Meichembaum, D. H. (1985): Stress-inoculation training. New York, Pergamon Press.
- Marks, I. M. (1987): Fears, phobias, and rituals: panic, anxiety and their disorders. New York, Oxford University Press.
- Pérez Pareja, F. J., y Borrás Sansaloni, C. Técnicas de exposición y autoexposición. Ed. Síntesis.
- Raush, H. L., y Bordin, E. S. (1957): "Warmth in personality development and in psychotherapy". Psychiatry, 20, 351-363.
- Roca Villanueva, E. (2005): Cómo superar el pánico (con o sin agorafobia). ACDE Psicología.
- Rodríguez Goñi, J. (2011): Gestión del estrés y la adversidad, a través del Mindfulness. Ed. Mandala.
- Rogers, C. R. (1972): El proceso de convertirse en persona. Paidós.
- Rogers, M.P.; White, K.; Warshaw, M.G.; Yonkers, K.A.; Rodríguez-Villa, F.; Chang, G., et al. (1994): "Prevalence of medical illness in patients with

anxiety disorders". International Journal of Psychiatry in Medicine, 24, 8396.

Rokeach, M. (1973): The Nature of human values. New York, The Free Press.

Roy-Byrne, P.P.; Stang, P.; Wittchen, H.U.; Ustun, B.; Walters, E. E., y Kessler, R. C. (2000): "Lifetime panic-depression comorbidity in the National Comorbidity Survey: association with symptoms, impairment, Course and helpseeking". British Journal of Psychiatry, 176, 229-235.

Schultz, J. H. (1987): El entrenamiento autógeno: autorrelajación concentrativa. Ed. Científico-Médica.

Sokolov, E. N. (1963): Perception and the conditioned reflex. New York, Pergamon.

Stewart, W.F.; Linet, M. S., y Celentano, D. D. (1989): "Migraine Headaches andpanic attacks". Psychosomatic medicine, 51, 559-569.

Taylor, S. (2000): Understanding and treating panic disorder: cognitive behavioral approaches. Chichester, UK, Wiley.

Turock, A. (1980): "Inmediacy in counseling: Recognizing clients unspoken messages". Personnel and Guidance ,ournal, 59, 168-172.

Lecturas recomendadas

Bados A. (2006): Tratando pánico y agorafobia. Ed. Pirámide.

Bravo Ortiz, M. F.: Psicofarmacología para psicólogos. Ed. Síntesis.

Cormier, W. H., y Cormier L. S. (1994): Estrategias de entrevista para terapeutas. Ed. Desclée de Brouwer.

Ellison, J.M.; Harris, R.G.; McCarter, G., (2004): "Tratamiento combinado

de los trastornos de ansiedad". Ars Médica, 113-121.

Pérez Pareja, F.; Javier y Borrás Sansaloni, C. Técnicas de exposición y autoexposición. Ed. Síntesis.

Roca Villanueva, E. (2005): Cómo superar el pánico (con o sin agorafobia). Ed. ACDE.

Rogers C. R. (1972): El proceso de convertirse en persona. Paidós.

Steven C. Hayes (2011): Sal de tu mente, entra en tu vida. Desclée de Brouwer.

Wilson, K.; Wilson, G., y Luciano, M. C. (2002): Terapia de aceptación y compromiso. Ed. Pirámide.

Índice

Prólogo	8
Introducción	14
1. Aspectos descriptivos y funcionales	17
1.1.1. DSM 1V-TR	18
1.1.2. CIE 10	21
1.1.3. Precisiones descriptivas	23
1.1.4. Epidemiología	27
1.1.5. Comorbilidad	28
1.2. Aspectos funcionales	30
1.2.2. Factores de mantenimiento	33
2. El proceso terapéutico	39
2.1. El macroproceso	41
2. 1.1. Psicoeducación de la génesis y el mantenimiento	42
2.1.2. Establecimiento de metas terapéuticas	45
2.1.3. Adquisición de competencias terapéuticas	51
2.2. El microproceso	52
2.3. El programa de tratamiento integrado en el proceso terapéutico	63
J . La comunicación terapéutica	66
3.1. ¿Qué es la comunicación terapéutica?	68
3.1.1. Valores y actitudes terapéuticas	70
3.1.2. Habilidades terapéuticas	78
3.2. Estilos comunicativos de los pacientes	101
4. Modalidades de tratamiento	105
4.1.1. Tratamiento combinado	107

4.2. Tratamiento en grupo	115
4.3. Intervención en figuras de apoyo	117
4.4. Tratamiento de la comorbilidad	118
5. Evaluación	120
5.1. Variables a evaluar	122
5.2. La evaluación del proceso terapéutico	126
5.2.2. La hipótesis inicial	145
5.2.4. La evaluación del postratamiento	146
5.2.5. La evaluación del seguimiento	148
6. Competencias del paciente: adquisición y aplicación	149
6.1. Competencias del paciente	150
6.1.2. Autoobservación y autorregistro	154
6.1.3. Hipnosis	158
6.1.4. Afirmaciones de autoeficacia	162
6.1.5. Visualización de metas	165
6.1.6. Exposición en imaginación con autoinstrucciones de afrontamiento	166
6.1.7. Procesamiento positivo	171
6.1.8. Autoexposición en vivo con posibilidad de escape	174
6.1.9. Mindfulness	176
6.1.10. Autoexposición en vivo sin escape y concentración positiva	177
7. Casos ,	179
Anexo 1. Entrevista psicoeducativa	210
2. Información sobre el trastorno de pánico y la agorafobia	212
3. ¿Cómo se ha llegado a padecer el trastorno de pánico y la agorafobia?	214

4. ¿Cómo se está manteniendo el trastorno de pánico y la agorafobia?	216
5. ¿Cómo aumenta y se generaliza?	217