

**POSGRADO OFICIAL EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD**  
**-UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID-**



# **PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN CLÍNICA PARA LOS PROBLEMAS DE PÁNICO Y AGORAFOBIA**

**Ana Calero Elvira<sup>1</sup> y Arturo Bados López<sup>2</sup>**

**Fecha de finalización: 2 de junio de 2010**

- 1. Universidad Autónoma de Madrid. Facultad de Psicología. Departamento de Psicología Biológica y de la Salud.**
- 2. Universitat de Barcelona. Facultat de Psicologia. Departament de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològics.**

## - ÍNDICE -

<b>Prólogo</b>	Pág. 3
<b>1. Planteamiento teórico general</b>	Pág. 4
1.1 ¿Qué se entiende por problemas de pánico y agorafobia?	Pág. 4
1.2 Los problemas de pánico y agorafobia según el DSM-IV-TR	Pág. 4
1.2.1 Definición de ataque de pánico y de agorafobia	Pág. 5
1.2.2 Criterios para el trastorno de angustia y de agorafobia	Pág. 6
1.3 Prevalencia y curso de los problemas de pánico y agorafobia	Pág. 6
1.4 ¿Cómo se explica el inicio y el mantenimiento de este tipo de problemas?	Pág. 8
<b>2. Evaluación en los problemas de pánico y agorafobia</b>	Pág. 13
2.1 ¿Qué áreas es importante evaluar?	Pág. 13
2.2. ¿Qué instrumentos se pueden utilizar para la evaluación?	Pág. 14
<b>3. Tratamiento de los problemas de pánico y agorafobia</b>	Pág. 15
3.1 Objetivos de intervención: ¿qué se quiere conseguir?	Pág. 15
3.2 Técnicas de intervención: ¿cuál es el tratamiento de elección?	Pág. 16
3.3 Árbol de decisiones clínicas: ¿qué aplicar en cada caso?	Pág. 19
<b>4. Plan de seguimiento en los problemas de pánico y agorafobia</b>	Pág. 21
<b>5. Bibliografía comentada</b>	Pág. 23
<b>6. Referencias</b>	Pág. 25

## **Prólogo**

El objetivo de este protocolo de intervención clínica es presentar de manera clara y concisa cómo se puede abordar el problema de pánico y agorafobia en cuanto a su evaluación e intervención desde una perspectiva cognitivo-conductual de manera que pueda guiar la actuación terapéutica de los alumnos en prácticas del *Postgrado Oficial en Psicología de la Salud* de la Universidad Autónoma de Madrid.

No pretende ser ésta una guía exhaustiva donde se recojan todos los pormenores de la intervención clínica en estos casos, puesto que ya se han publicado excelentes manuales de tratamiento con estas características (que se citan en el último apartado y a los que el lector interesado podrá recurrir en caso necesario), sino un esquema básico que proporcione una orientación rápida dirigida a la intervención.

## **1. Planteamiento teórico general**

### **1.1 ¿Qué se entiende por problemas de pánico y agorafobia?**

De manera resumida, se puede decir que tiene lugar un problema de pánico cuando una persona ha experimentado uno o más ataques de pánico (periodo discreto de intenso miedo, aprensión, terror o malestar acompañado frecuentemente de una sensación de peligro inminente y de un impulso a escapar y durante el cual tienen lugar ciertas sensaciones físicas características; Bados, 2006) y a partir de ese momento se produce un cambio significativo de comportamiento acompañado normalmente de una preocupación intensa y persistente relacionada con posibles nuevos ataques y un miedo a las potenciales consecuencias catastróficas de los mismos.

La agorafobia, por su parte, hace referencia a la ansiedad que experimenta la persona cuando está en situaciones de las que es difícil escapar o en las que no contará con ayuda en caso de tener un ataque de pánico o síntomas similares a los del pánico (mareo, caída, despersonalización, desrealización, pérdida del control de esfínteres, vómito, molestias cardíacas). La persona tiende a evitar estas situaciones y, si las afronta, lo hace con mucho malestar o necesita estar acompañada por alguien.

Los problemas de pánico y agorafobia se pueden dar por separado o juntos. En esta guía se planteará el abordaje de la totalidad de los comportamientos problemáticos por lo que, en caso de darse solamente algunos de ellos, habría que consultar solamente la parte correspondiente del protocolo.

### **1.2 Los problemas de pánico y agorafobia según el DSM-IV-TR**

Los problemas que son objeto de este protocolo de intervención clínica se encuentran recogidos bajo tres epígrafes diferentes dentro de la clasificación de los trastornos de ansiedad que contempla la cuarta edición revisada del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2000): el *trastorno de angustia sin agorafobia*, el *trastorno de angustia con agorafobia* y la *agorafobia sin historia de trastorno de angustia*. Estos tres tipos de

problemas se pueden diferenciar entre sí por la existencia o no de una historia de crisis de angustia y/o de agorafobia, por lo que comenzaremos haciendo un breve repaso de los criterios considerados para el diagnóstico de ambos aspectos en el citado manual.

### **1.2.1 Definición de ataque de pánico y de agorafobia**

Se habla de crisis de angustia o ataque de pánico (de ahora en adelante utilizaremos esta segunda expresión) cuando tiene lugar en la persona la aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro (o más) de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos: palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca; sudoración; temblores o sacudidas; sensación de ahogo o falta de aliento; sensación de atragantarse; opresión o malestar torácico; náuseas o molestias abdominales; inestabilidad, mareo o desmayo; desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (sensaciones de extrañeza o distanciamiento de uno mismo); miedo a perder el control o volverse loco; miedo a morir; parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo); escalofríos o sofocaciones.

Por su parte, los criterios para el diagnóstico de agorafobia son los siguientes:

- (a) Aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso) o donde, en el caso de aparecer un ataque de pánico o bien síntomas similares, puede no disponerse de ayuda. Los temores agorafóbicos suelen estar relacionados con un conjunto de situaciones características, entre las que se incluyen estar solo fuera de casa, ir a supermercados o grandes superficies, mezclarse con la gente o hacer cola, pasar por un puente o viajar en autobús, tren o coche.
- (b) Estas situaciones se evitan, se aguantan con gran malestar o ansiedad por temor a que aparezca un ataque de pánico o síntomas similares, o se hace indispensable la presencia de un conocido para soportarlas.

- (c) Esta ansiedad o comportamiento de evitación no puede explicarse mejor por otro problema psicológico como, por ejemplo, fobia social (evitación de situaciones sociales por miedo a ruborizarse), fobia específica (evitación de situaciones aisladas como los ascensores), trastorno obsesivo-compulsivo (evitación de todo lo que pueda ensuciar), etc.

### **1.2.2. Criterios para el trastorno de angustia y de agorafobia**

Teniendo en cuenta lo anterior, según el DSM-IV-TR la característica principal del trastorno de angustia es la presencia de ataques de pánico recurrentes e inesperados, seguidos de la aparición, durante un periodo como mínimo de un mes, de a) preocupación persistente por la posibilidad de padecer nuevos ataques de pánico, b) preocupación por las posibles implicaciones o consecuencias de los ataques, o c) un cambio comportamental significativo relacionado con estos ataques. En función de si se reúnen o no los criterios de la agorafobia, el diagnóstico completo será trastorno de angustia con agorafobia o trastorno de angustia sin agorafobia.

Por último, en el citado manual se indica que las características esenciales de la agorafobia sin historia de trastorno de angustia son similares a las del trastorno de angustia con agorafobia, excepto en que no existen ataques de pánico completos, sino temor a la aparición de síntomas similares al pánico (cualquiera de los 13 ya descritos) o crisis con sintomatología limitada incapacitantes o extremadamente embarazosas (por ejemplo, pérdida del control del esfínter urinario o vomitar en público).

Para conocer los últimos avances en cuanto al diagnóstico DSM de estos problemas, pulse en el siguiente [enlace](#).

## **1.3 Prevalencia y curso de los problemas de pánico y agorafobia**

De acuerdo con Bados (2006), los problemas de pánico y agorafobia son de los más frecuentes en la práctica clínica; concretamente, son los problemas de ansiedad por los que más se consulta y constituyen alrededor del 50-60% de los casos de fobia atendidos en la clínica (Bados, 2009). Se pueden encontrar diferencias marcadas entre

los datos de prevalencia presentados en distintos estudios, aunque en la mayoría de ellos se informa de tasas elevadas. Así, por ejemplo, en un estudio reciente en Cataluña (Serrano-Blanco et al., 2010) con población de atención médica primaria se encontró que el 7% de los pacientes había presentado en los últimos 12 meses un problema de pánico y el 3,48% un problema de agorafobia, siendo ligeramente superior la prevalencia durante la vida en ambos casos (8,81% y 3,97% respectivamente). En general, si se analizan datos de población de atención primaria, se encuentran cifras de prevalencia más altas que en población comunitaria, como se puede ver en los siguientes estudios realizados con muestras amplias y siguiendo los criterios del DSM-IV: Andrews y Scale (2002) encontraron en población australiana una prevalencia anual del trastorno de pánico con y sin agorafobia del 0,6% y del 1,3%, respectivamente, y una prevalencia anual de agorafobia del 2,2%; en la National Comorbidity Survey Replication (Kessler, Berglund et al., 2005), con muestra estadounidense, se informó de una prevalencia anual de trastorno de pánico con o sin agorafobia del 2,7% y de agorafobia sin trastorno de pánico del 0,8%; en un estudio realizado en seis países europeos, entre ellos España, se encontraron cifras más bajas, en concreto, una prevalencia anual del trastorno de pánico de 0,8% y de agorafobia de 0,4% (ESE-MeD/MHEDEA 2000 Investigators, 2004). Los datos de prevalencia durante la vida fueron más altos en todos los casos: en el estudio de Kessler, Berglund et al. (2005) la prevalencia del trastorno de pánico con agorafobia fue de 4,7% y la del trastorno de agorafobia sin historia de pánico de 1,4%; en el estudio europeo (ESE-MeD/MHEDEA 2000 Investigators, 2004), por su parte, la prevalencia durante la vida del trastorno de pánico fue de 2,1% y la del trastorno de agorafobia fue de 0,9%.

Por otra parte, los problemas de pánico y/o agorafobia son mucho más frecuentes en las mujeres que en los hombres. Concretamente, en población clínica en torno a las dos terceras partes de las personas con agorafobia son mujeres (Bados, 2009). En población de atención médica primaria también se encuentran diferencias importantes, como se puede ver, por ejemplo, en el estudio de Serrano-Blanco y colaboradores (2010): la prevalencia de pánico en el último año en hombres fue de 3,89% y en mujeres de 8,79%; la prevalencia de agorafobia en el último año en hombres fue de 1,81% y en mujeres de 4,46%. Además, la prevalencia de agorafobia es mucho menor en adolescentes que en adultos y en niños es muy poco frecuente (Bados, 2009).

Según Bados (2006, 2009), en adultos la mediana de la edad de comienzo para los problemas de pánico sin agorafobia es de 24 años y la edad media de comienzo de los problemas agorafóbicos es de 28 años. Los problemas de pánico suelen comenzar con ansiedad intensa o ataques de pánico o bien con momentos de ansiedad poco intensa que va aumentando de intensidad. Los problemas de agorafobia pueden comenzar sin ataques de pánico, pueden preceder a los ataques de pánico o pueden seguirlos (de manera inmediata o después de meses o años), lo que es más frecuente, al menos en la práctica clínica. Todos estos problemas pueden variar marcadamente desde su inicio y pueden darse remisiones, normalmente parciales, y recaídas con duración variable. No suele darse una recuperación total de los problemas sin tratamiento adecuado.

#### **1.4 ¿Cómo se explica el inicio y el mantenimiento de este tipo de problemas?**

Una vez realizada la descripción general de los problemas que son objeto de esta guía clínica y la referencia a los criterios diagnósticos según el DSM para facilitar la comunicación entre profesionales, nos centraremos en analizar la agorafobia y los problemas de pánico desde una perspectiva analítico-funcional, es decir, haciendo referencia a las cadenas de comportamiento que explicarían su génesis y mantenimiento según los principios del aprendizaje.

Las conductas problema que típicamente forman parte de los casos clínicos de pánico y/o agorafobia son (véase una descripción más detallada de algunos de los puntos de este listado en Bados, 2000, 2006):

- Ataques de pánico (reacciones de ansiedad o miedo extremos con las características previamente señaladas).
- Ansiedad o miedo ante las reacciones físicas que se dan en determinadas situaciones temidas y pensamientos catastróficos acerca de las posibles consecuencias físicas, psicológicas o sociales de estas sensaciones de ansiedad. Estos dos tipos de conductas se conocen como *miedo al miedo*.
- Muy relacionado con lo anterior, ansiedad anticipatoria ante la posibilidad de experimentar ataques de pánico o elevada ansiedad relacionada con las posibles consecuencias.



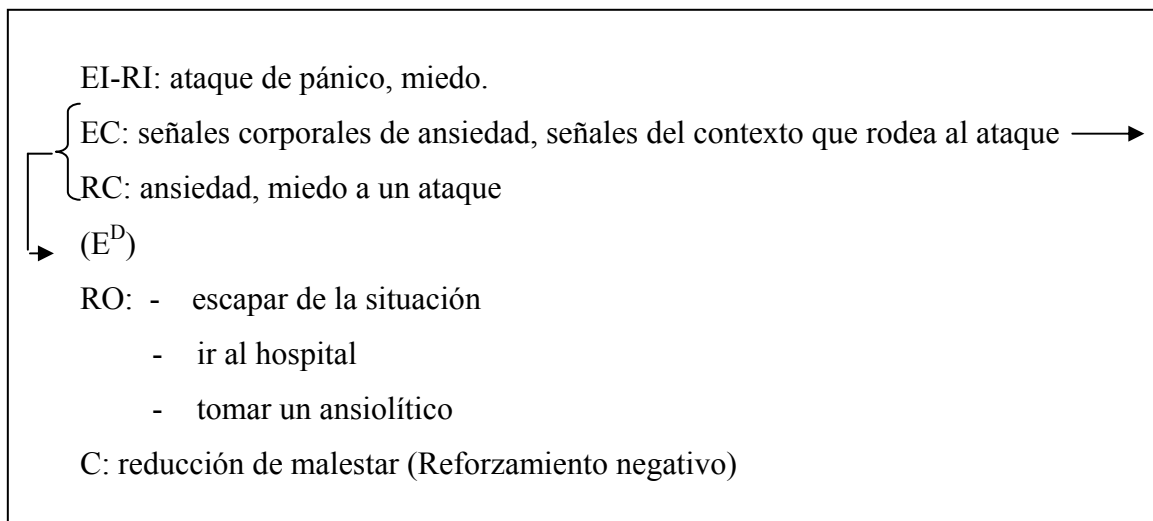
- Hipervigilancia ante las sensaciones corporales de ansiedad.
- Evitación y/o escape de situaciones temidas.
- Conductas de seguridad ante las reacciones de ansiedad (por ejemplo, llevar ciertos objetos tranquilizadores, tomar medicación, etc.) y comprobación del propio estado de salud.

Cabe resaltar que la propia perspectiva analítico-funcional subraya la necesidad de realizar un estudio individualizado de cada caso, si bien podemos señalar los siguientes factores como los típicamente implicados en problemas de pánico y agorafobia:

→ En cuanto al inicio del problema:

Suele ocurrir que, a partir de una experiencia de pánico de la persona, determinadas señales corporales de ansiedad o señales del contexto que estuvieron presentes en aquella situación se convierten en estímulos que provocan respuestas de miedo o ansiedad en esa persona a partir de ese momento. Por ejemplo, la persona se pondría nerviosa al notar los latidos de su propio corazón o al montar en un autobús (en caso de que tuviera una experiencia aversiva en tal lugar). En el caso de las señales corporales, este proceso se conoce como *condicionamiento interoceptivo*. Además, la persona suele reaccionar de distintas formas para intentar reducir el malestar provocado por esa situación (por ejemplo, escapando de la situación, yendo al hospital para comprobar su estado de salud o tomando un medicamento ansiolítico que pueda calmarla) y, dado el éxito de estos comportamientos para conseguir calmar a la persona, normalmente los volverá a repetir en situaciones de ansiedad, quedando éstos reforzados. Puede verse un esquema de tales cadenas de comportamiento a continuación:

*Esquema 1: inicio de los problemas de agorafobia y pánico<sup>1</sup>*



Cuando se da agorafobia sin historia de problema de pánico, se pueden sustituir en estas cadenas las respuestas de pánico por respuestas de ansiedad no tan extrema en el condicionamiento inicial.

Para tener una visión más completa, convendría revisar los listados que se han publicado acerca de los factores de vulnerabilidad implicados en la génesis de este tipo de problemas. Por ejemplo, Bados (2000, 2009) ha considerado ciertos factores de vulnerabilidad biológica, vulnerabilidad psicológica generalizada y vulnerabilidad psicológica específica que interactúan entre sí. En el siguiente [enlace](#) puede ver un listado de estos factores.

→ En cuanto al mantenimiento del problema:

Se pueden dar nuevas situaciones de pánico o elevada ansiedad y, por tanto, de nuevo la persona asocia a ello ciertas señales corporales o estímulos del contexto, que provocan respuestas de miedo y ansiedad. Estas respuestas muchas veces se extienden (se generalizan) a estímulos similares a aquellos con los que tuvo lugar la experiencia aversiva, por ejemplo, el metro en lugar del autobús; e incluso la propia imaginación de estas situaciones o estímulos da lugar a respuestas condicionadas. En ocasiones no se vuelven a repetir los ataques de pánico o las situaciones de elevada ansiedad, pero es

<sup>1</sup> EI= estímulo incondicionado; RI= respuesta incondicionada; EC= estímulo condicionado; RC= respuesta condicionada; E<sup>D</sup>= estímulo discriminativo; RO= respuesta operante; C= consecuencias. Un excelente manual para aprender a hacer análisis funcional de la conducta es el de Segura, M., Sánchez, P. y Barbado, P. (1995). *Análisis funcional de la conducta. Un modelo explicativo* (2ª ed.). Granada: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Granada.

frecuente que la persona imagine que sí tienen lugar y, por tanto, se estén produciendo *ensayos de condicionamiento encubierto*. Se presenta de forma esquemática lo anterior:

*Esquema 2: nuevos ensayos de condicionamiento, a veces encubierto*

EI-RI: ataque de pánico (real o imaginado), miedo.  
EC: señales corporales de ansiedad, señales del contexto que rodea al ataque, imaginación de los estímulos, otros estímulos similares (generalización) →  
RC: ansiedad, miedo a un ataque

Es frecuente que la persona empiece a estar muy pendiente de cualquier cambio en su cuerpo, por lo que detecta señales corporales que interpreta como peligrosas, lo cual aumenta la ansiedad y la propia percepción de las señales corporales. Ello podría dar lugar a un nuevo ataque de pánico. Se representa esta cadena a continuación:

*Esquema 3: aumento de ansiedad por hipervigilancia*

Hipervigilancia  
↓  
EC: sensaciones corporales de ansiedad → RC: ansiedad, miedo a un ataque  
↓  
EC: sensaciones corporales de ansiedad-RC (etc.)

En este momento normalmente se siguen dando respuestas de escape de la situación y se comienzan a evitar las situaciones temidas ante la anticipación del miedo, comportamientos que se refuerzan por los beneficios a corto plazo que suponen para la persona (reducción de su malestar). Cabe destacar que la anticipación de consecuencias temidas (tanto el propio ataque como otras consecuencias que se cree derivan del mismo) se da en la mayoría de los casos tras la ocurrencia del primer ataque de pánico. La anticipación de estas consecuencias puede no estar implicada en el origen del trastorno, pero sí en su mantenimiento.

*Esquema 4: mantenimiento de respuestas de escape o evitación*

E<sup>D</sup>: se presenta una situación temida o se piensa en ella (EC), sentir ansiedad o miedo, anticipar las consecuencias catastróficas (RC)  
RO: salir de la situación de manera anticipada, no ir a un lugar, etc.  
C: disminución del malestar (Reforzamiento negativo)

Muchas veces también se comienzan a realizar otras conductas de seguridad (por ejemplo, llevar un ansiolítico encima por si acaso o un amuleto, recurrir a ellos si está en la situación temida) y se continúa con la comprobación del estado físico tras un ataque de pánico (visitas al médico), que reducen temporalmente la ansiedad de la persona, así que estos comportamientos se ven reforzados. Es importante resaltar que las conductas de escape/evitación y estas otras conductas de seguridad contribuyen a mantener la ansiedad y el problema a pesar de sus efectos a corto plazo de reducción del malestar.

*Esquema 5: conductas de seguridad y comprobación del estado físico*

E<sup>D</sup>: encontrarse en la situación temida o pensar en ella (EC), ponerse nervioso o sentir miedo, anticipar las consecuencias catastróficas (RC)  
RO: coger un amuleto/tocarlo o coger una pastilla/tomársela  
C: disminución de la ansiedad (Reforzamiento negativo)

E<sup>D</sup>: ha tenido lugar un ataque de pánico, miedos acerca de las causas del mismo y las consecuencias catastróficas en la salud  
RO: ir al médico, obtener información sobre el estado de salud  
C: disminución de la ansiedad (Reforzamiento negativo)

Por último, cabe resaltar que los citados pensamientos catastróficos acerca de las consecuencias de un posible ataque de pánico tienen, además de una función de estímulo discriminativo de conductas de escape, evitación, comprobación del estado

físico u otras conductas de seguridad, una función de estímulo condicionado de respuestas de malestar.

## **2. Evaluación en los problemas de pánico y agorafobia**

### **2.1 ¿Qué áreas es importante evaluar?**

A continuación se presenta un listado de las áreas específicas que es necesario considerar para una evaluación completa de estos problemas clínicos (para una información más detallada véase Bados, 2006; Moreno y Martín, 2008):

- Frecuencia, intensidad, duración y tipo de los ataques de pánico que tienen lugar; sensaciones físicas que experimenta la persona en momentos de elevada ansiedad o pánico. Es importante descartar que el cliente presente enfermedades médicas que estén relacionadas con los ataques de pánico y evaluar el consumo de sustancias que pueden inducir ataques de pánico por consumo o abstinencia.
- Conductas de hipervigilancia de las sensaciones corporales relacionadas con ansiedad.
- Miedo a las sensaciones físicas de ansiedad y creencias acerca de las posibles consecuencias catastróficas de las mismas.
- Preocupación sobre cuándo tendrá lugar un siguiente ataque de pánico o sobre las posibles consecuencias negativas del mismo.
- Visualización de imágenes en las que la persona se ve a sí misma experimentando un ataque de pánico en cierta situación futura o repite una escena en la que tuvo lugar un ataque (ensayos encubiertos).
- Evitación de situaciones relacionadas con ansiedad (ejemplo, metro, autobús, centros comerciales, etc.) y de situaciones que pueden producir sensaciones físicas temidas (ejemplo, tener relaciones sexuales, correr para coger el transporte público, tomar café o té, etc.).
- Conductas de seguridad y de distracción ante la posibilidad de pánico, incluyendo las conductas de escape activas y el consumo de fármacos, y conductas de comprobación del propio estado de salud y petición de ayuda a familiares/conocidos tras los ataques.

- Consecuencias del problema en diversas áreas de la vida de la persona, como el área social, familiar o laboral.

Además de las anteriores áreas, es imprescindible evaluar si la persona presenta, además, algún otro problema psicológico actualmente o si lo ha presentado en el pasado.

## **2.2 ¿Qué instrumentos se pueden utilizar para la evaluación?**

Para una evaluación completa del problema se utilizará una combinación de los siguientes instrumentos:

- Entrevista
- Observación y auto-observación (con auto-registro). Cuando el psicólogo pueda hacerlo, observará directamente algunos aspectos de la conducta problema y, por otra parte, pedirá al cliente que observe y tome nota de su propio comportamiento. En cuanto a este último punto, se pedirá normalmente que trate de registrarlos de tal forma que se puedan identificar las secuencias de conducta de cara a realizar el análisis funcional. Es importante tener información de las conductas del cliente que tienen lugar durante al menos dos semanas completas.
- Autoinforme. Dentro de éstos, se pueden destacar por su amplia utilización clínica (para ampliar información al respecto, véase Bados, 2000, 2009):
  - o Inventario de Movilidad para la Agorafobia (Chambless y cols., 1985): para evaluar la evitación de situaciones y lugares.
  - o Cuestionario de Sensaciones Corporales (Chambless y cols., 1984): para evaluar el miedo a diversas sensaciones corporales.
  - o Cuestionario de Cogniciones Agorafóbicas (Chambless y cols., 1984): para evaluar los pensamientos catastróficos sobre las consecuencias de las sensaciones físicas de ansiedad.
  - o Índice de Susceptibilidad a la Ansiedad - 3 (Taylor et al., 2007; versión española de Sandín et al., 2007): para evaluar el miedo a los síntomas y consecuencias de la ansiedad, en concreto el miedo a los síntomas de tipo físico, a los síntomas de descontrol cognitivo y a las reacciones de

ansiedad públicamente observables. Es una alternativa a los dos cuestionarios anteriores.

- Cuestionario de Ataques de Pánico (Michelson, Mavissakalian y Marchione, 1988): evalúa información acerca de los ataques de pánico experimentados, en concreto, la intensidad de las distintas sensaciones físicas, el tipo y número de ataques de pánico que se producen, así como el miedo ante posibles ataques futuros.
- Escala de Interferencia (Echeburúa y cols., 1988): evalúa el grado de interferencia del problema en distintas áreas de la vida de la persona.
- Escala de Gravedad del Trastorno de Pánico - Versión de Autoinforme (Houck et al., 2002; traducción española en Caballo, 2005): para evaluar frecuencia de ataques de pánico, malestar causado por los ataques de pánico, ansiedad anticipatoria (preocupación por cuándo ocurrirá el próximo ataque de pánico), miedo/evitación agorafóbicos, miedo/evitación interoceptivos, deterioro/interferencia en el funcionamiento laboral y deterioro/interferencia en el funcionamiento social.

El psicólogo decidirá cuáles de entre todos los anteriores autoinformes (y otros disponibles) necesita para completar la información obtenida con los demás instrumentos.

### **3. Tratamiento de los problemas de pánico y agorafobia**

#### **3.1 Objetivos de intervención: ¿qué se quiere conseguir?**

Los objetivos finales de intervención que se plantearían para un caso en el que se dieran todas las conductas problema enumeradas en el apartado 1.4 serían los siguientes:

- Eliminar (o al menos reducir) los ataques de pánico (o la ansiedad excesiva), la preocupación por ataques de pánico futuros, la hipervigilancia de las propias sensaciones físicas y los pensamientos catastróficos al respecto.

- Aprender a tolerar la ansiedad “normal” que producen muchas situaciones de la vida.
- Que la persona vuelva a realizar todas sus actividades previas, eliminando las conductas de evitación, y dejando de realizar comprobaciones y de utilizar conductas de seguridad para su tranquilidad.

En los casos en que la agorafobia vaya acompañada de otros problemas que contribuyan a su mantenimiento –p.ej., fuentes de estrés, ansiedad social, conflicto interpersonal, dependencia emocional– habrá que tratar concurrente o posteriormente estos problemas.

### **3.2 Técnicas de intervención: ¿cuál es el tratamiento de elección?**

Se presenta a continuación el listado de técnicas de intervención de elección y la justificación de la inclusión de cada una de ellas en función de los objetivos de tratamiento:

- *Educación sobre la ansiedad*: a lo largo del tratamiento es importante dar información al cliente acerca de varios puntos, en concreto, sobre el valor de la ansiedad para la supervivencia, sobre las bases fisiológicas de las sensaciones experimentadas, sobre las circunstancias que pueden producir estas sensaciones (estrés, hiperventilación, hipervigilancia, etc.) y sobre las falsas atribuciones de estas sensaciones. Es fundamental proporcionar una información realista sobre las consecuencias de la ansiedad y de los ataques de pánico.
- *Exposición a situaciones temidas con prevención de respuesta*: con el objetivo de que estas señales externas dejen de provocar respuestas de ansiedad y miedo (RC) y dejen de funcionar como señales ( $E^D$ ) para la puesta en marcha de conductas de evitación, escape, uso de otras señales de seguridad, etc. Esta técnica consiste en el afrontamiento, preferiblemente gradual, por parte de la persona de las situaciones que le producen miedo o



ansiedad hasta sentirse tranquila en ellas y sin recurrir a las conductas típicas de evitación, escape, comprobaciones o uso de otras señales de seguridad.

Una conducta de seguridad frecuente es el uso de medicación. Si éste es el caso, habrá que mantenerla hasta que el cliente aprenda los recursos suficientes para manejar la ansiedad de forma satisfactoria y, a partir de este momento, se le recomendará que abandone progresivamente los fármacos, siempre bajo la supervisión del médico correspondiente.

- *Exposición interoceptiva con prevención de respuesta (exposición a sensaciones temidas)*: con el objetivo de que estas señales corporales dejen de provocar respuestas de ansiedad y miedo (RC) y dejen de funcionar como señales ( $E^D$ ) para la puesta en marcha de conductas de evitación, escape, uso de otras señales de seguridad, etc. El procedimiento es el mismo que en el punto anterior con la peculiaridad de que en este caso la persona se enfrenta a las propias sensaciones corporales temidas, bien provocadas con ejercicios específicos o mediante la realización de actividades cotidianas que dan lugar a ellas.
- *Respiración controlada*: para ayudar a controlar la sobrerrespiración que suele producirse en situaciones de elevada ansiedad y las sensaciones desagradables asociadas (que son, a su vez, disparadoras de respuestas de malestar y se encuentran en el inicio de las cadenas operantes señaladas). Además, se emplea para reducir la elevada activación fisiológica y afrontar las tareas de exposición. Mediante esta técnica la persona aprende a respirar de manera abdominal y a llevar un ritmo de respiración regular y pausado.
- *Relajación muscular progresiva*: esta técnica se utilizaría también con el objetivo de reducir la elevada activación fisiológica y afrontar las tareas de exposición, si bien en este caso la relajación se conseguiría principalmente a través de la tensión-distensión muscular. La relajación muscular no suele utilizarse salvo en los casos en que hay una elevada ansiedad generalizada.

Con el objetivo de reducir la activación fisiológica y prevenir que una elevada ansiedad desencadene en ataque de pánico, el terapeuta cuenta con un recurso más, las *técnicas de inervación vagal*. Éstas son estrategias para estimular el nervio vago, lo que deriva directamente en una reducción de determinadas sensaciones corporales, especialmente el ritmo cardíaco. Algunas de ellas serían hacer una espiración fuerte con la boca y la nariz cerradas o masajear la arteria carótida. Estas técnicas no suelen utilizarse, pero conviene que el terapeuta también las conozca.

- *Parada de pensamiento* junto con *autoinstrucciones* y *distracción*: técnicas que se pueden utilizar como recurso temporal para manejar la ansiedad y el pánico. Están dirigidas a detener los pensamientos negativos, que podrían ser aceptados como simples pensamientos no realistas y/o ser sustituidos por pensamientos alternativos creíbles. También ayudan al afrontamiento de las situaciones temidas con instrucciones adecuadas y se utilizan para controlar la hipervigilancia de las sensaciones corporales (los pensamientos negativos desempeñan fundamentalmente en estos casos funciones de estímulo condicionado que produce respuestas de malestar, también forman parte de las repuestas condicionadas y se encuentran en el inicio de las cadenas operantes de evitación, escape, comprobación, etc.).
- *Reestructuración cognitiva*: la reestructuración cognitiva pretende cuestionar las cogniciones/verbalizaciones inadecuadas o desadaptativas, de modo que sean sustituidas por otras que generen emociones y conductas más adaptativas para la persona (ver las funciones de los pensamientos señaladas en el punto anterior). El elemento terapéutico central de la reestructuración cognitiva es el debate de las cogniciones inadecuadas con el cliente, el cual se complementa con la práctica de estos debates por su parte fuera de consulta y, especialmente, con la realización de experimentos conductuales para comprobar si es cierto lo que se piensa.

Conviene señalar que, si bien las estrategias de afrontamiento (p.ej., respiración, reestructuración cognitiva) pueden ser útiles cuando se emplean para manejar la ansiedad y favorecer las actividades de exposición, también pueden convertirse en

algunos casos en conductas de seguridad. Esto ocurre cuando se utilizan para intentar eliminar o controlar a toda costa la ansiedad porque, si no se controla, se cree que ocurrirán las consecuencias catastróficas temidas. En estos casos, debe abandonarse su empleo para poder comprobar que, incluso sin aplicarlas, las sensaciones no tienen efectos nocivos. De todos modos, el empleo de estrategias defensivas puede no ser perjudicial siempre que se haga de forma ocasional o en las primeras fases del tratamiento para manejar la ansiedad o el pánico y afrontar las situaciones temidas. Existen estudios que indican que el empleo temporal de conductas defensivas no interfiere en la exposición cuando facilitan una sensación de control, la conducta de aproximación y la invalidación de las creencias erróneas

Finalmente, puede ser importante implicar a otra/s persona/s allegada/s (p.ej., el cónyuge) en la aplicación del tratamiento y/o la resolución de problemas relativos a cuestiones agorafóbicas. Dichas personas pueden ofrecer su ayuda y apoyo en la aplicación del programa de intervención y evitar ciertas pautas de interacción tales como no comprender y hacer caso omiso de los problemas agorafóbicos, reaccionar con enfado ante los mismos, obligar al cliente a intentar tareas difíciles por medio de amenazas o ridículo, reforzar positiva y/o negativamente los problemas agorafóbicos (p.ej., con atención positiva o asumiendo responsabilidades del otro) y exagerar la importancia de los síntomas. Además, contar con la participación de dichas personas puede evitar interferencias por parte de éstas en el tratamiento.

Para ampliar información sobre las técnicas de intervención aquí mencionadas, se recomienda consultar el siguiente [enlace](#).

### **3.3 Árbol de decisiones clínicas: ¿qué aplicar en cada caso?**

Las técnicas de intervención se aplicarán en función de los objetivos para cada caso, que se derivarán directamente del análisis funcional. Las que habría que entrenar en cada uno de los siguientes supuestos serían:

**Si hay ataques de pánico y miedo al miedo:**

Para controlar las respuestas de pánico mientras sigan teniendo lugar:

- Respiración controlada
- Parada de pensamiento, autoinstrucciones y distracción
- Previamente: educación sobre la ansiedad y reestructuración cognitiva acerca de las consecuencias catastróficas de los ataques.

En caso de pensamientos catastróficos

Cuando se detecten sensaciones corporales de activación, para no llegar a ataque de pánico:

- Respiración controlada (¿relajación muscular?, ¿técnicas de inervación vagal?)
- Reestructuración cognitiva
- Parada de pensamiento, autoinstrucciones y distracción
- Previamente: educación sobre la ansiedad.

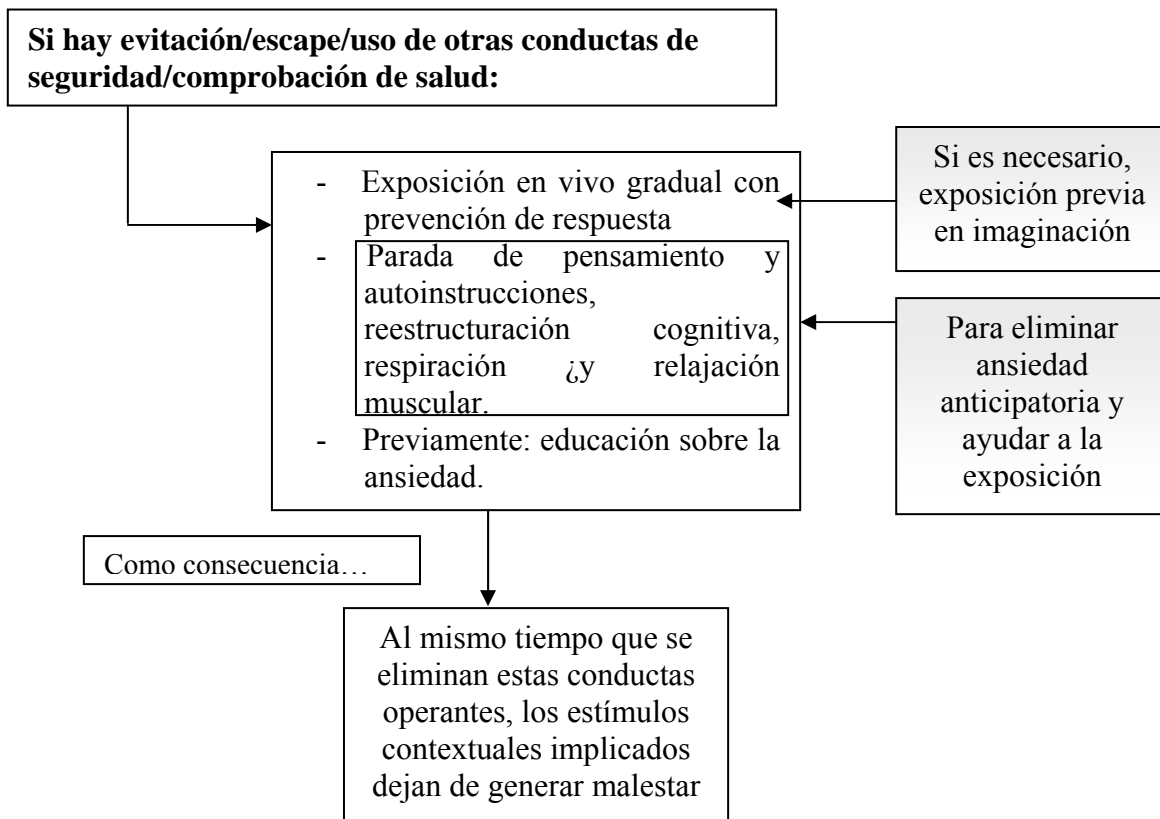
En caso de pensamientos catastróficos

Cuando hay hipervigilancia de sensaciones corporales

Para que las sensaciones corporales dejen de provocar ansiedad y miedo:

- Exposición interoceptiva con prevención de respuesta
- Parada de pensamiento y autoinstrucciones, reestructuración, respiración controlada ¿y relajación muscular?
- Previamente: educación sobre la ansiedad.

Para ayudar a la exposición



#### 4. Plan de seguimiento en los problemas de pánico y agorafobia

Una vez que se han entrenado todas las técnicas de intervención y cuando el terapeuta observa que se han conseguido la mayor parte de los objetivos terapéuticos establecidos, se comienzan a espaciar la sesiones, en primer lugar a una cada dos semanas y después a una cada mes. En ellas se comprobará que los objetivos que quedaban pendientes se han alcanzado y, por otra parte, se preparará la finalización del tratamiento mediante lo que se conoce como *prevención de recaídas*.

Se pasará a esta parte de la intervención cuando:

- Se hayan reducido notablemente o se hayan eliminado los ataques de pánico (o la ansiedad excesiva).
- Se haya reducido notablemente o se haya eliminado la preocupación que producen los ataques de pánico o la ansiedad excesiva en la persona y el miedo a

que ocurran en determinadas situaciones, así como la hipervigilancia de las sensaciones físicas y los pensamientos catastróficos relacionados con ellas.

- La persona haya vuelto a realizar todas o la mayor parte de sus actividades previas, sin escapar de ellas o evitarlas y sin realizar comprobaciones o utilizar otras conductas de seguridad para estar más tranquila.

Para obtener esta información se utilizará principalmente la entrevista clínica y, si se considera necesario, se aplicarán los instrumentos de autoinforme mencionados en el apartado 2 y se compararán los resultados actuales con los de la evaluación pre-tratamiento.

En las últimas sesiones de intervención, es decir, en las sesiones de prevención de recaídas, se preparará al cliente para posibles dificultades que se puedan presentar en el futuro. Para ello será fundamental tratar diferentes temas:

- Repasar con él el tratamiento que se ha llevado a cabo, enumerando las estrategias terapéuticas aprendidas y comparando el estado inicial de sus conductas problema con el estado actual. Para ello es recomendable mostrar al cliente la información recogida mediante los instrumentos de evaluación utilizados en los distintos momentos del tratamiento.
- Explicar que pueden aparecer algunos contratiempos y analizar la diferencia entre contratiempo (dificultad en el manejo de una situación que se había conseguido manejar) y recaída (vuelta a los niveles iniciales previos al tratamiento).
- Pensar con el cliente cuáles podrían ser las situaciones de mayor riesgo de recaídas para después hacer un listado de las estrategias terapéuticas aprendidas que podría aplicar en cada una de las situaciones. Es recomendable que la persona se lleve por escrito esta información para poder revisarla en el futuro.

- Insistir en que continúe la práctica de las estrategias para mantener y mejorar las habilidades aprendidas, incluso poniéndose objetivos de afrontamiento cada vez más ambiciosos que no se hayan abordado en terapia hasta el momento.

Una vez finalizadas las sesiones de tratamiento, se concertarán con el cliente sesiones de seguimiento, que sería recomendable tener a los tres meses, a los seis meses y al año de finalizado el tratamiento. Estas sesiones serán presenciales o telefónicas dependiendo de la disponibilidad del cliente para asistir a consulta. En ellas será fundamental que el terapeuta, por medio de la entrevista clínica, compruebe que la persona ha manejado apropiadamente las dificultades que se le han presentado en ese tiempo y que los objetivos terapéuticos se mantienen, como mínimo, en el nivel alcanzado previamente. En caso necesario, se programarán sesiones de intervención complementarias en momentos puntuales en los que la persona lo necesite.

## **5. Bibliografía comentada**

A continuación se enumeran y comentan algunas de las referencias que se recomienda consultar para ampliar la información contenida en esta guía.

### ***Manuales básicos:***

- Bados, A. (2000). *Agorafobia y ataques de pánico*. Madrid: Pirámide.

Es una guía indispensable para entender y tratar los problemas de agorafobia y ataques de pánico. El autor realiza un recorrido por los aspectos básicos de la conceptualización conductual del problema y orienta la práctica clínica a través de la descripción detallada de cada una de las sesiones realizadas en un programa grupal con demostrada efectividad. Se anexan numerosos materiales que se pueden emplear con clientes a modo de ayuda para la intervención.

- Moreno, P. J. y Martín, J. C. (2008). *Tratamiento psicológico del trastorno de pánico y de la agorafobia: manual para terapeutas*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Dentro de la extensa variedad de publicaciones sobre este problema psicológico, este manual destaca por realizar una presentación clara y sintética de la problemática, así como de la evaluación y el tratamiento de elección. Una vez realizada esta introducción, los autores se detienen en la explicación individual de cada uno de los componentes de intervención señalados, a diferencia de la presentación sesión a sesión realizada por Bados (2000).

- Bados, A. (2006). *Tratando...pánico y agorafobia*. Madrid: Pirámide.

A diferencia de las anteriores propuestas, ésta se caracteriza por centrarse principalmente en todas las cuestiones prácticas que interesan al terapeuta que se enfrenta a un caso con estas características. Así, ofrece soluciones a distintos problemas que podrían aparecer, siempre después de una breve y clara descripción del problema.

- Roca, E. y Roca, B. (1999). *Cómo tratar con éxito el pánico (con o sin agorafobia)* (2ª ed.). Valencia: Ediciones ACDE.

Este manual comienza presentando una síntesis de los puntos más importantes del conocimiento acerca de los problemas de pánico y agorafobia, si bien el punto fuerte es la descripción detallada del tratamiento (terapia cognitiva focal) paso a paso, que se apoya en numerosos materiales de autoayuda.

### ***Libros de casos:***

- Froján, M. X. (Coord.) (1998). *Consultoría conductual: Terapia psicológica breve*. Madrid: Pirámide.

Es una excelente recopilación de casos clínicos entre los que se incluye alguno de pánico/agorafobia. Para cada problemática se comienza con una breve descripción teórica, se presenta la información del caso que se expondrá, se explica el análisis funcional y las técnicas de intervención utilizadas, lo cual va acompañado en todo momento de la justificación de las decisiones clínicas que tuvieron lugar.



### ***Manuales de autoayuda:***

- Roca, E. (2005). *Cómo superar el pánico (con o sin agorafobia): programa de autoayuda*. Valencia: ACDE.

Se han publicado numerosos manuales de autoayuda para personas con problemas de pánico y agorafobia y se recomienda éste por la claridad expositiva de la autora, la sencillez del lenguaje utilizado, dirigido a todos los públicos, la presentación de ilustraciones que hacen más amena y gráfica la comprensión de los contenidos y la aportación de materiales que ayudan al lector a aplicar la auto-ayuda paso a paso sin demasiada dificultad.

### ***Otros protocolos de intervención:***

- Grupo de Trabajo de la *Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria*. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS N° 2006/10.

Aborda varios tipos de problemas de ansiedad y hace referencia específica a los problemas de pánico y agorafobia. Es una guía de intervención clínica para personal sanitario en atención primaria, por lo que sobre todo contiene indicaciones para la intervención médica, aunque hace algunas referencias a la intervención psicológica. En este sentido, reúne evidencia sobre los tratamientos psicológicos de elección para estos problemas.

## **6. Referencias**

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revision: DSM-IV-TR*. Washington DC: American Psychiatric Association.

Andrews, G. y Slade, T. (2002). Agoraphobia without a history of panic disorder may be part of the panic disorder syndrome. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190, 624-630.

- Bados, A. (2000). *Agorafobia y ataques de pánico*. Madrid: Pirámide.
- Bados, A. (2006). *Tratando...pánico y agorafobia*. Madrid: Pirámide.
- Bados, A. (2009). *Agorafobia y pánico: Naturaleza, evaluación y tratamiento (2009)*.  
Publicación electrónica. <http://hdl.handle.net/2445/6261>
- Caballo, V. E. (Dir.) (2005). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos: estrategias de evaluación, problemas infantiles y trastornos de ansiedad*. Madrid: Pirámide.
- Chambless, D. L., Caputo, C., Bright, P. y Gallagher, R. (1984). Assessment of fear of fear in agoraphobics: The Body Sensations Questionnaire and the Agoraphobic Cognitions Questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 1090-1097.
- Chambless, D. L., Caputo, G. C., Jasin, S. E., Gracely, E. J. y Williams, C. (1985). The Mobility Inventory for Agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 35-44.
- Echeburúa, E., de Corral, P., García, E., Arrese, J. L., Borda, M., Echeverría, L., Elizondo, M., Ezpeleta, J. F. y Sauca, D. (1988). *Interacciones entre la terapia de conducta (auto-exposición) y las benzodiacepinas en el tratamiento de la agorafobia sin crisis de angustia*. Universidad del País Vasco, Proyecto de investigación.
- ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: Results from the ESEMeD European Study of Epidemiology of Mental Disorders (EEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109 (suppl. 420), 21-27.
- Froján, M. X. (Coord.) (1998). *Consultoría conductual: Terapia psicológica breve*. Madrid: Pirámide.
- Grupo de Trabajo de la *Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria*. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS N° 2006/10.
- Houck, P.R., Spiegel, D.A., Shear, M.K. y Rucci, P. (2002). Reliability of the self-report version of the Panic Disorder Severity Scale. *Depression and Anxiety*, 15, 183-185.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R. y Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders

in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.

- Michelson, L., Mavissakian, M. y Marchione, K. (1988). Cognitive, behavioral, and psychophysiological treatments of agoraphobia: A comparative outcome investigation. *Behavior Therapy*, 19, 97-120.
- Moreno, P. J. y Martín, J. C. (2008). *Tratamiento psicológico del trastorno de pánico y de la agorafobia: manual para terapeutas*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Roca, E. (2005). *Cómo superar el pánico (con o sin agorafobia): programa de autoayuda*. Valencia: ACDE.
- Roca, E. y Roca, B. (1999). *Cómo tratar con éxito el pánico (con o sin agorafobia)* (2ª ed.). Valencia: Ediciones ACDE.
- Sandín, B., Valiente, R.M., Chorot, P. y Santed, M.A. (2007). ASI-3: Nueva escala para la evaluación de la sensibilidad a la ansiedad. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 12, 91-104.
- Segura, M., Sánchez, P. y Barbado, P. (1995). *Análisis funcional de la conducta. Un modelo explicativo* (2ª ed.). Granada: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Granada.
- Serrano-Blanco, A., Palao, D. J., Luciano, J. V., Pinto-Meza, A., Luján, L., Fernández, A., ... y Haro, J. M. (2010). Prevalence of mental disorders in primary care: results from the diagnosis and treatment of mental disorders in primary care study (DASMAP). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45, 201-210.
- Taylor, S., Zvolensky, M. J., Cox, B.J., Deacon, B., Heimberg, R. G., Ledley, D. R., Abramowitz, J. S., Holaway, R. M., Sandin, B., Stewart, S. H., Coles, M., Eng, W., Daly, E. S., Arrindell, W. A., Bouvard, M. y Jurado Cardenas, S. (2007). Robust dimensions of anxiety sensitivity: Development and initial validation of the Anxiety Sensitivity Index-3 (ASI-3). *Psychological Assessment*, 19, 176-188.