

La agorafobia

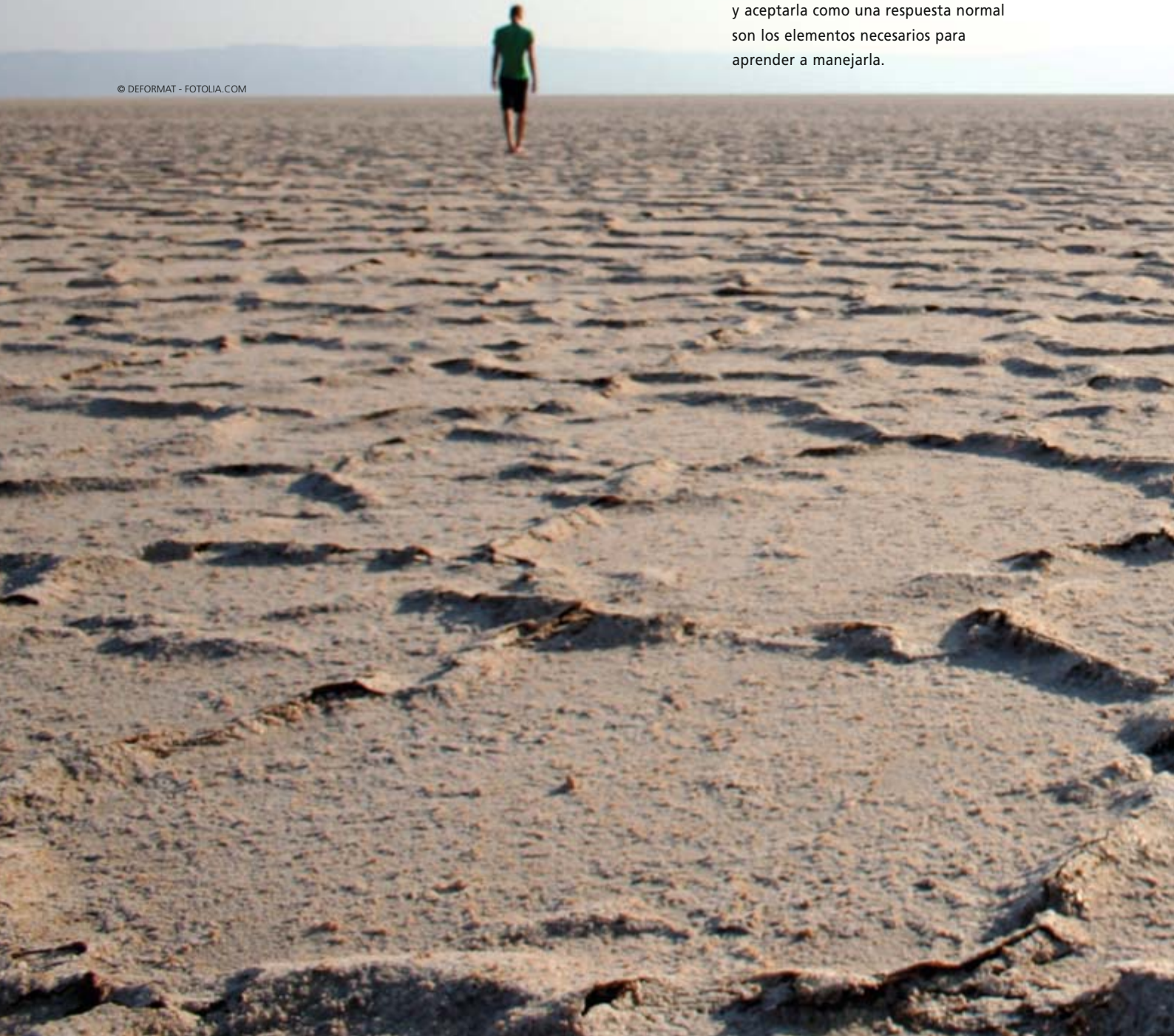
Uno de los trastornos de ansiedad más frecuentes es el miedo a los lugares donde no se puede recibir ayuda, por temor a sufrir una crisis de pánico.

El paciente limita su movilidad a sitios considerados seguros

JOSE PEDRO ESPADA SANCHEZ

1. CONOCER LA ANSIEDAD
y aceptarla como una respuesta normal
son los elementos necesarios para
aprender a manejarla.

© DEFORMAT - FOTOLIA.COM



“**M**i mujer lleva más de medio año sin apenas salir de casa. Antes hacía una vida normal, trabajaba en la empresa familiar, estaba pendiente de nuestros hijos, quedábamos a cenar con amigos... Ahora no quiere ir a ningún sitio. Cuando le insisto mucho para que salga un rato, se pone muy nerviosa y no es capaz. Parece que sólo se sienta segura en casa. Estamos desesperados.” En la primera entrevista, Vicente, un fabricante de 46 años, relataba así el caso de su esposa, que fue diagnosticada de agorafobia. Tras unos meses de terapia mejoró bastante. Es uno de los casos que se diagnostican y se tratan diariamente en las clínicas psicológicas.

El Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR), editado por la Asociación Americana de Psiquiatría y convertido en canónico del diagnóstico clínico, define la agorafobia como el miedo a estar en luga-

res o situaciones de los que puede ser difícil o embarazoso escapar, o en los que puede no disponerse de ayuda en el caso de sufrir un ataque de pánico. Un ataque de pánico (o crisis de ansiedad) se caracteriza por un aumento de la frecuencia y presión sanguínea (taquicardia), respiración agitada, sudor, sensación de ahogo, mareo, temblores y despersonalización.

Por miedo a sufrir un ataque, el individuo tiende a evitar situaciones en las que cree más probable la crisis, las soporta con ansiedad o bien necesita ir acompañado. Los temores suelen estar relacionados con situaciones características, que la persona intenta eliminar o reducir al máximo para evitar la angustia. Entre estas situaciones, se menciona el temor intenso a los espacios abiertos y a las multitudes, comercios concurridos, centros públicos en los que circula gran cantidad de personas, etcétera.

RESUMEN

La agorafobia se puede controlar

1 La agorafobia es un trastorno de ansiedad. Consiste en un miedo intenso a lugares concurridos o en los que se percibe dificultad para escapar o recibir ayuda.

2 Las personas que padecen el trastorno han tenido alguna experiencia negativa. La evitación actúa como un mecanismo de aprendizaje que mantiene el problema.

3 El tratamiento cognitivo-conductual ha mostrado una alta eficacia. Se basa en la exposición gradual a las situaciones que generan miedo.

4 La exposición “in vitro” a los síntomas temidos como taquicardia, mareo o sensación de ahogo, facilita la interpretación no catastrófica de los síntomas.

Autorregistro diario de un agorafóbico

Situación	Qué ocurrió	Pensamientos	Pensamientos alternativos
Día 30, 8 p.m. En el coche volviendo a casa.	Empecé a sentir mareos y hormigueo.	Puede que me ponga más nerviosa y a gritar.	Probablemente estoy mareada por el viaje. Abro la ventana y me despejo.
Día 2, 8,30 p.m. Hablar con un chico un rato al salir de la biblioteca.	Me asusté por si me ponía nerviosa y empecé a marearme.	Voy a tener que irme para que no se de cuenta.	Me centro en la conversación y me distraigo enseguida. Es poco probable que él note algo raro en mí.
Día 3, 8,15 a.m.	Estaba un poco nerviosa.	Espero no ponerme mal durante el camino.	Hoy estoy un poco más nerviosa, no pasa nada. Tengo que respirar tranquila y me relajaré.
Día 4, 2 a.m. En la discoteca llena de gente.	Noté un nudo en la garganta, hormigueos y mareo.	Si me mareo y quiero salir, hay mucha gente que me impide el paso.	Aquí hace mucho calor y por eso me siento rara. Debo aguantar.
Día 7, 9 p.m. Viendo un reportaje en televisión.	De pronto noté dolor de cabeza y un nudo en la garganta, hormigueo.	Pensé que iba a ir a más, que tendría que tomarme una pastilla y no sabía si podría controlarlo.	Voy a pensar en otra cosa. En unos minutos se me habrá pasado.

El temor del peligro es diez mil veces más aterrador que el peligro mismo. Cuando éste aparece ante nuestros ojos, descubrimos que el peso de la ansiedad superaba en mucho a las consecuencias de esa misma ansiedad.

Daniel Defoe.
Robinson Crusoe.

La agorafobia es miedo al miedo. Los agorafóbicos temen las situaciones que puedan generarles sensaciones de ansiedad, miedo a la propia activación fisiológica y a los pensamientos sobre las consecuencias de experimentarlas, como la idea de morir. Entre los miedos agorafóbicos, reseñemos el miedo a experimentar una crisis, desmayarse, tener un infarto, perder el control, volverse loco, hacer el ridículo o ahogarse.

La mayoría de los agorafóbicos que acuden a tratamiento (entre el 80-100%) informa haber tenido ataques de pánico. La agorafobia sin historia de trastorno de pánico no presenta, en cambio, antecedentes de ataques de pánico recurrentes; aquí la evitación agorafóbica se basa en el miedo a la incapacitación o vergüenza

producidas por síntomas repentinos similares a los del pánico.

La característica principal de una crisis de angustia estriba en la aparición aislada y temporal de miedo o malestar de carácter intenso, en ausencia de peligro real, que se acompaña de al menos cuatro de un total de trece síntomas somáticos o cognitivos. Las crisis se inician de forma brusca y alcanzan su máxima expresión con rapidez (en 10 minutos o menos), acompañándose a menudo de una sensación de peligro o de muerte inminente y de una urgente necesidad de escapar.

Entre los precedentes teóricos se citan el “vértigo histérico”, acuñado ya en el siglo XVIII, el “corazón de soldado” descrito en la primera



2. LOS ATAQUES DE PANICO presentan síntomas que con frecuencia son interpretados como un problema físico.

© LISA F. YOUNG - FOTOLIA.COM

guerra mundial, el cuadro que Westphal denominó “agorafobia”, o el caso Catalina descrito por Freud. Desde 1960 las crisis de angustia o ataques de pánico se vienen considerando una entidad específica distinta de otros trastornos de ansiedad.

Se calcula que la prevalencia vital de la agorafobia en adultos es del 5 %, mayor en mujeres que en varones. La edad media del comienzo de la agorafobia es 28 años, aunque el trastorno puede darse también durante la infancia y adolescencia. Entre los trastornos fóbicos, la agorafobia es posiblemente el más incapacitante.

Su origen

¿Cómo comienza el problema? Así describía Jorge, de 19 años, su primera crisis: “Debían de ser las tres de la mañana. Me desperté sobresaltado con una extraña sensación. El corazón parecía que se iba a salir del pecho. Latía fuerte y rápido. Me asusté. Me costaba respirar y sudaba. Según pasaban los minutos, la cosa iba a más. Mis padres me llevaron a urgencias porque nos temíamos que fuera un infarto. Allí me hicieron un reconocimiento y el diagnóstico fue que había sufrido una crisis de pánico”.

En ocasiones, los ataques, inesperados, se atribuyen en un primer momento a una causa física. Jorge tardó un tiempo en aceptar que su problema fuera psicológico. Aunque había experimentado ansiedad en otras ocasiones, nunca había sido tan intensa ni con esos síntomas físicos tan marcados. Después de la mala experiencia pasó dos meses sin salir de casa. Pensaba que, si le había ocurrido una vez, podría repetirse en cualquier momento, y así fue. Cuando acudió a consulta seguía cuidando mucho adónde iba. Limitó sus actividades. Por ejemplo, no asistía a sus clases en la universidad por miedo a sufrir una nueva crisis. Había dejado de conducir por la misma razón. Cuando salía de casa procuraba hacerlo siempre acompañado. Alguna vez había intentado seguir con su vida normal, pero lo había pasado muy mal y no había logrado tranquilizarse.

Entre los factores desencadenantes del primer ataque de pánico, destacan dos: un estrés psicológico y un conjunto de reacciones fisiológicas. El estrés viene instado por problemas laborales, de relación afectiva o familiares. Las reacciones fisiológicas no son peligrosas, aunque sí desagradables y desconocidas para el sujeto, como la hipoglucemia, bajadas bruscas de presión arterial, intoxicación cafeínica, consumo de drogas o de otra índole.

En algunos casos, las crisis aparecen en un momento tranquilo, meses después de una etapa estresante. Otras veces no existe un antecedente claro. Se han detectado variables predisposicionales, aunque puede darse el trastorno en cualquier sujeto. Se distingue entre vulnerabilidad biológica, propia de personas con un sistema nervioso autónomo muy reactivo, y vulnerabilidad psicológica, característica de quienes se preocupan por la salud al haber convivido con una enfermedad propia o de un familiar.

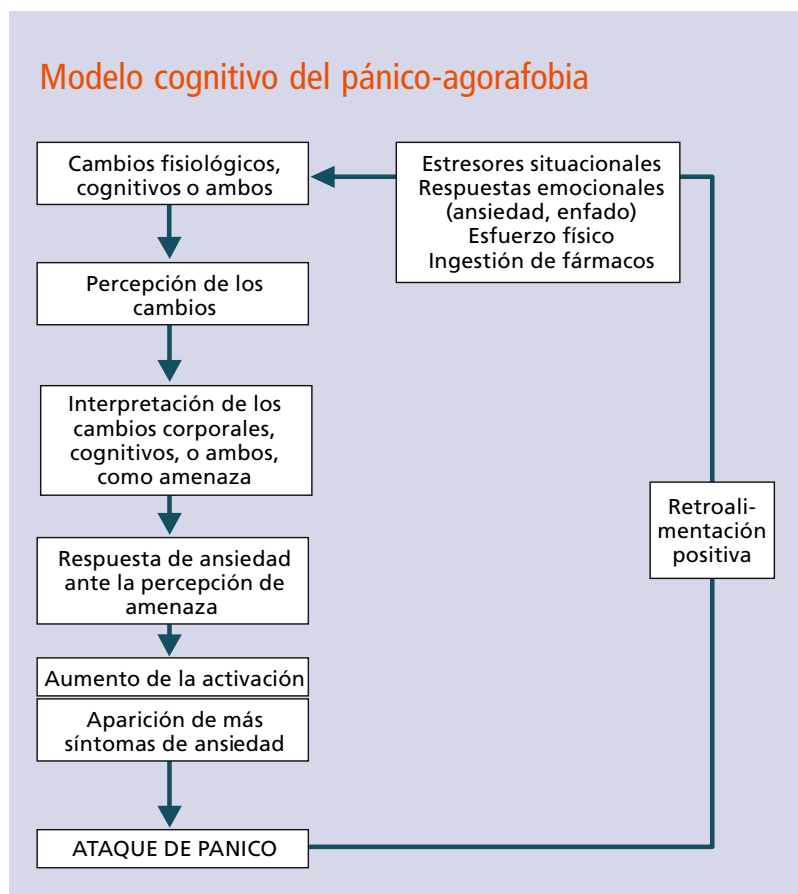
Persistencia del problema

Maya, de 24 años de edad, asistía a clases de relaciones laborales en la universidad. En la última clase de la mañana, empezó a encontrarse mal. Ese día había desayunado poco. Notó cómo se le nublaba la vista y se sentía cada vez más débil. Lo siguiente que recuerda es despertar en medio de la clase con un pañuelo húmedo en su frente. El siguiente día que acudió a clase, quiso sentarse cerca de la puerta por si se encontraba mal y necesitaba salir. Aguantó media hora, pero decidió marcharse por lo nerviosa que se sentía. Cuando acudió a consulta llevaba meses sin ir a clase,

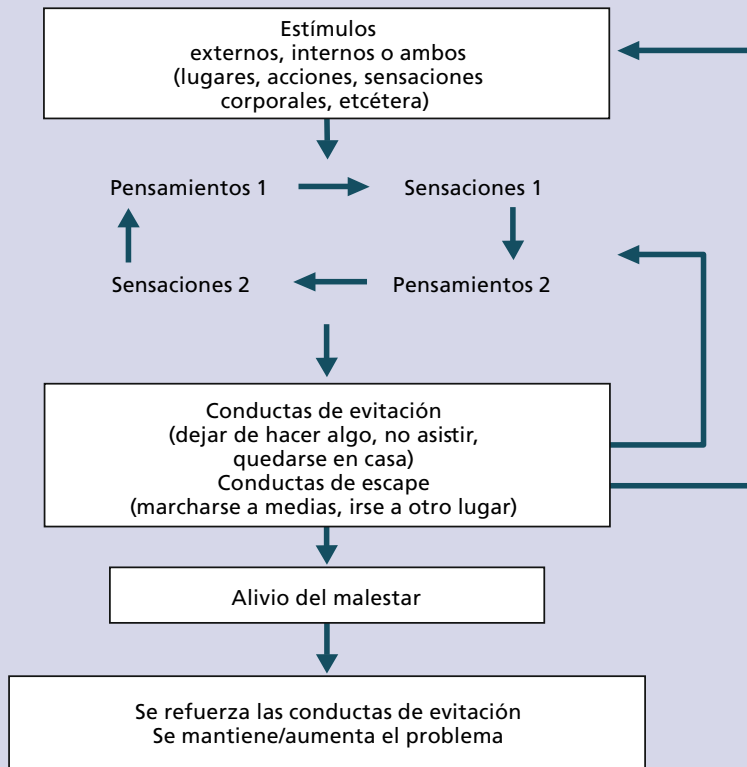


© ISTOCKPHOTO / DIANE DIEDERICH

3. LA AGORAFOBIA puede llegar a ser un trastorno incapacitante, que impide llevar una vida normal.



Mantenimiento de la agorafobia



nunca salía sola de casa y había generalizado su temor a restaurantes, cines y teatros.

Los modelos etiológicos de la agorafobia son de corte cognitivo-comportamental. Durante el ataque de pánico se produce un aprendizaje mediante condicionamiento clásico. La persona asocia el malestar fisiológico con sensaciones internas fisiológicas inocuas. A partir del primer ataque, cada vez que se percibe un pequeño cambio en el organismo, como resultado del condicionamiento, la persona se pone ansiosa. El siguiente paso es la consolidación y generalización del aprendizaje. Desde la primera asociación, por similitud se aprende a tener miedo ante otras situaciones parecidas.

Si la persona sufre un ataque de pánico en una determinada situación, además de asentar más firmemente la asociación a las sensaciones internas, puede condicionar a la situación exterior, apareciendo el miedo y la evitación agorafóbica. El aprendizaje que mantiene el problema se consolida cada vez que la persona evita enfrentarse a las situaciones que le producen miedo, o escapa de ellas cuando no soporta el malestar. De este modo, la conducta de escape, la evitación o ambas se refuerzan mediante el

alivio de la ansiedad; aumenta así la probabilidad de que el sujeto opte por la estrategia de huida ante una situación similar.

Cómo se evalúa la agorafobia

Cuando una persona acude a una clínica psicológica, se procede de entrada a la evaluación del caso. Dicha evaluación incluye varios métodos (entrevistas, autoinformes, tests, autoobservación) y fuentes de información (el paciente y sus familiares). Suele emplearse el *Inventario de Agorafobia* de Echeburúa y De Corral, un cuestionario autoaplicado, que consta de 72 preguntas en dos partes; la primera mide la frecuencia o intensidad con que se experimentan tres tipos de respuestas diferentes (motoras, psicofisiológicas subjetivas y cognitivas) ante situaciones o lugares temidos. Se evalúa cada situación según dos modalidades: solo o en compañía. La segunda parte valora los factores que contribuyen a modificar la ansiedad que provocan dichas situaciones o lugares.

Los síntomas físicos de la ansiedad suelen evaluarse con el *Inventario de ansiedad de Beck* o autoinformes similares. Esta prueba explora los aspectos físicos relacionados con la ansiedad y facilita la discriminación entre ansiedad y depresión. Se aplica también el *Cuestionario de ansiedad estado-rasgo*, de Spielberger, Gorsuch y Lushene.

Basada en los síntomas de crisis de angustia, la *Escala de Síntomas de Ataque de Pánico* pondera la gravedad total de la crisis de angustia; se trata de un instrumento autoadministrado de 14 preguntas. El paciente debe indicar la gravedad de los síntomas de crisis de angustia, mediante una escala de 4 puntos (inexistente, intensidad leve, moderada y grave); la puntuación de cada entrada tiene un rango de 0 a 3; se obtiene un valor total, suma de las puntuaciones de todas las entradas. Cuando se dispone de suficiente información sobre el problema, el siguiente paso consiste en elaborar una hipótesis que explique su origen y persistencia.

El tratamiento de la agorafobia

La mayoría de los tratamientos son de tipo multicomponente, que comprende técnicas educativas (psicoeducación), entrenamiento en control de la ansiedad (respiración y relajación), técnicas cognitivas (análisis de pensamientos catastrofistas y entrenamiento en autoinstrucciones) y exposición en vivo.

La Asociación Norteamericana de Psicología destaca dos programas de tratamiento, que

comparten bastantes aspectos. El primero es el programa de tratamiento de Barlow, que abarca un componente educativo, con énfasis en la exposición del paciente a los estímulos internos temidos (sensaciones corporales), técnicas de análisis cognitiva de las creencias erróneas sobre las amenazas asociadas al pánico, entrenamiento en técnicas de control de la ansiedad (relajación y respiración lenta) y tareas para casa.

El segundo es el programa de terapia cognitiva de Clark, que resalta la interpretación catastrófica que hace el paciente sobre sus sensaciones corporales durante los ataques de pánico. Incluye un módulo educativo, un componente cognitivo en el que se entrena al paciente a identificar y desafiar las interpretaciones catastróficas, experimentos conductuales en los que se expone a los estímulos internos y externos temidos, y que sirven además para poner a prueba sus creencias sobre las sensaciones somáticas, y tareas para casa.

El tratamiento psicológico de la agorafobia se propone que el paciente conozca el funcionamiento de la respuesta de ansiedad, aceptándola como una emoción normal y ayudándole a interpretar sus crisis. Se le enseña a detectar niveles elevados de ansiedad y aplicar el control de la activación, primero en situaciones de tranquilidad y luego en momentos de estrés. Se busca, en definitiva, recuperar la movilidad y autonomía que poseía antes del inicio de las crisis.

El tratamiento psicológico se apoya en técnicas de control físico (relajación y respiración profunda) y técnicas de control cognitivo (terapia cognitiva para el control de los pensamientos catastróficos, con criterios de racionalidad, análisis verbal y búsqueda de alternativas) para afrontar el pánico mediante técnicas de exposición interoceptiva y exposición en vivo.

Hay que exponerse a aquello que teme, comprobar que sus pensamientos automáticos no se cumplen y familiarizarse con ese estado fisiológico hasta que no produzca miedo o ansiedad. Para proceder a la exposición en vivo, debemos elaborar primero un listado de situaciones temidas, graduadas de menor a mayor intensidad, enfrentándose una a una a dichas situaciones y permaneciendo ante las mismas hasta que el nivel de ansiedad haya descendido o se reduzca a cero. ¿En qué consiste el tratamiento cognitivo conductual de la agorafobia?

Primera fase

El tratamiento comienza con la fase educativa. Terapeuta y paciente ponen en común la información recabada durante la fase de evaluación. Se pretende que el paciente conozca qué supone tener agorafobia, por qué padece el trastorno y qué hacer para solucionarlo. Terapeuta y paciente analizan la hipótesis de origen y mantenimiento del problema. El examen funcional del caso sirve para conocer las variables implicadas y la relación entre ellas. Conviene que la ansiedad se conciba como una emoción normal, e incluso positiva, que ayuda a vivir y es adaptativa.

Sólo cuando su intensidad es demasiado elevada, se mantiene demasiado tiempo o aparece ante situaciones no amenazantes, puede perder su carácter adaptativo. Debe, pues, dilucidarse si la ansiedad es positiva o negativa. Y perder el miedo a la ansiedad; aunque reacción algo molesta, no es ni incontrolable ni insoportable. Ante los primeros síntomas, el miedo a ponerse nervioso insta interpretaciones negativas que acentúan los síntomas y provocan la aparición de otros.

En el curso de la etapa educativa han de explicarse los fundamentos del tratamiento,



© STEPHEN COBURN - FOTOLIA.COM

Uno de los principales componentes de la terapia psicológica para la agorafobia consiste en la interacción con las situaciones que provocan miedo.



4. LAS PERSONAS QUE PADECEN AGORAFOBIA reducen al máximo su movilidad. En los casos más graves pueden llegar a permanecer largas temporadas sin salir de casa.

© ISTOCKPHOTO



© ISTOCKPHOTO / SUMMER DERRICK

5. LAS CONDUCTAS DE EVITACION,

como no asistir a reuniones sociales, o no salir a la calle por miedo a una crisis, surgen como una estrategia protectora, pero contribuyen a largo plazo al mantenimiento del problema.

comprender que igual que se ha condicionado la respuesta de ansiedad, puede descondicionarse mediante nuevos aprendizajes.

Alex, de 19 años, marchó a la capital para estudiar Ingeniería de Caminos. Durante unos meses se esforzó en adaptarse al alto nivel de exigencia de la carrera. Cierta tarde empezó a notar “cosas raras”. Los objetos ante él parecían extraños. Era una sensación muy extraña. La visión era normal, pero las cosas no parecían del todo reales. Tuvo que sentarse hasta que se le pasó. Desde ese día no dejaba de preguntarse si los objetos eran reales o no. Cuando se daba cuenta de lo que hacía, pensaba que era absurdo y se angustiaba por pensar esas cosas. Perdió el curso. En la fase educativa del tratamiento de Alex, fue necesario demostrarle que la ansiedad a veces tiene ese tipo de síntomas. El estrés por adaptarse a una situación nueva y difícil le había hecho experimentar la desrealización. Ofreciéndole datos sobre el síntoma y las diferencias respecto a las alucinaciones y delirios, dejó de preocuparse sobre el riesgo de volverse loco y comenzó a comprender las respuestas de ansiedad.

Como experimento, realizamos una prueba de hiperventilación. Después se concentró en los cambios corporales y comprobó cómo una pauta respiratoria inadecuada, típica de la respuesta de ansiedad, puede provocar reacciones somáticas muy extrañas, todas ellas atribuibles a la ansiedad. Antes de pasar a otros componentes del tratamiento, se resuelven las dudas sobre el modelo explicativo del trastorno y sobre las bases de la terapia. Alguno de los miedos más comunes en la agorafobia que se tratan en esta fase son:

- Miedo a sufrir un ataque al corazón. Las palpitaciones y el aumento del ritmo cardíaco del que sufre un ataque de pánico puede inducirle a pensar en una muerte inmediata por infarto. En realidad, la taquicardia y las

palpitaciones son respuestas de activación normales ante la percepción de una amenaza, que al cabo de un tiempo vuelven a sus parámetros normales.

- Miedo a ahogarse o asfixiarse. Una de las respuestas de activación del organismo es el aumento de la frecuencia respiratoria. El cuerpo se prepara para consumir más oxígeno, luchando contra la amenaza o huyendo. En ausencia de una u otra estrategia, se produce una situación de hiperventilación. Como resultado, se reduce en exceso la concentración de dióxido de carbono en sangre y baja la actividad del centro del reflejo respiratorio en el cerebro, que ordena disminuir la frecuencia respiratoria. De esa forma aparece la sensación paradójica de falta de aire.
- Miedo a volverse loco. Algunos síntomas de las crisis de pánico, en particular la desrealización y la despersonalización, pueden hacer que quien las experimenta piense que son síntomas peligrosos (alucinaciones).
- Miedo a perder el control. Quien sufre un ataque de pánico, teme perder el control de su conducta y gritar, gesticular o realizar otras acciones que llamen la atención o se reputen ridículas. En realidad, el comportamiento durante una crisis se dirige a buscar un escape de la situación.

Segunda fase

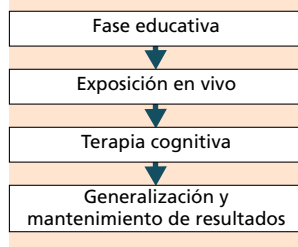
El segundo paso del tratamiento consiste en aprender a controlar la activación. Se indican diversas técnicas y ejercicios de relajación, cuyo propósito es alcanzar un estado fisiológico antagónico a la ansiedad, activándose la rama parasimpática del sistema nervioso central. Además de la relajación, la percepción del sujeto de su propio grado de activación contribuye a la sensación general de ansiedad.

La relajación muscular progresiva, una de las medidas habituales, comprende ejercicios de tensión y distensión de 16 grupos musculares, 8 grupos musculares, 4 grupos musculares y relajación mental (2 minutos). Puede dominarse en poco tiempo y es muy eficaz en la reducción de la activación física del sujeto. Existen ejercicios de respiración en diferentes posiciones corporales. Se recomienda la práctica varias veces al día. En el momento de la crisis se aplica para evitar la hiperventilación.

Fase tercera

El tercer paso del tratamiento persigue que la persona afronte gradualmente las situaciones

Tratamiento psicológico de la agorafobia



temidas. Con la exposición, se busca descondicionar los estímulos asociados a la respuesta de ansiedad. Cada vez que se evita la situación temida (salir a la calle, entrar a un lugar determinado), la ansiedad se reduce mediante un procedimiento de aprendizaje de reforzamiento negativo. Hay que provocar, pues, el fenómeno opuesto, lograr que se extinga la ansiedad sin escapar o evitar la situación temida. El sujeto ha de afrontar la situación a pesar de su ansiedad, comprobando que no sucede aquello que teme (sobrestimación de la probabilidad de ocurrencia) y que, en caso de que ocurra, no es tan catastrófico e insoportable como creía (sobrestimación de las consecuencias).

En coherencia con los síntomas, se realizan ejercicios de exposición a dos tipos de estímulos: internos (sensaciones corporales) y externos (situaciones temidas). La exposición interoceptiva consiste en provocar las sensaciones corporales que el sujeto teme. Mediante ejercicios sencillos, se expone a lo que teme, comprueba que sus interpretaciones no son correctas y se familiariza con ese estado fisiológico hasta que le pierde el miedo. Hay ejercicios para cada tipo de temor. La exposición interoceptiva se consigue provocando los cambios corporales que más teme el sujeto y exponiéndose gradualmente a esas sensaciones.

Cierto paciente temía la "llegada" de la taquicardia. Incluso había dejado de practicar deporte porque los latidos del corazón le recordaban a las palpitaciones de las crisis. Las tareas de exposición consistieron en subir escaleras hasta que el ritmo cardíaco aumentara. Luego debía sentarse para concentrarse en los latidos. En las primeras exposiciones el malestar por notar los latidos era muy elevado; tras varios ensayos, la ansiedad decayó.

En la exposición en vivo se elabora, de forma conjunta con el paciente, un listado jerárquico de situaciones temidas. La mayoría tiene que ver con lugares donde haya aparecido alguna crisis o en los que el sujeto prevé un mayor riesgo.

Otras personas están más preocupadas por el impacto social de su problema. Por eso en la exposición se incluyen situaciones sociales, como cenar con amigos. En los primeros elementos de la jerarquía de exposición las cenas serían en un lugar seguro (en casa), con poca gente y de confianza. Progresivamente se va aumentando el número de invitados y el grado de intimidad con ellos, para terminar por realizar esos encuentros en todo tipo de lugares y con cualquier persona.

En el caso de Elena, de 32 años, para ordenar las situaciones se tuvo en cuenta incluir diferentes espacios, medios de transporte, situaciones sociales y la presencia de elementos de seguridad, como el teléfono móvil o los fármacos. Cada situación era valorada según una escala de 0 a 100 unidades subjetivas de ansiedad. Posteriormente fueron ordenadas según la ansiedad que generaban. Los primeros ensayos se realizaron con la presencia del terapeuta. Se le programó luego una visita conjunta a un centro comercial en horario de máxima afluencia. Elena informó de que esa situación le producía malestar y solicitó afrontar ella sola la situación. En el centro comercial su ansiedad inicial era de 100. Tras descender a 40 (30 minutos más tarde), le propusimos realizar un recorrido por el centro comercial por separado. Aceptó afrontar la situación, valorando su nivel de ansiedad inicial en 90.

La exposición con el terapeuta puede complementarse con la autoexposición. Cada día Elena se exponía por su cuenta a las situaciones acordadas, comprobando la curva de ansiedad e introduciendo las estrategias cognitivas y de relajación-respiración. En todo caso se recomienda no abandonar la situación hasta que la ansiedad haya descendido a la mitad del valor máximo alcanzado o se haya reducido a cero.

Cuarta fase

El cuarto paso concierne a la terapia cognitiva. Se centra en detectar los pensamientos que afectan negativamente al problema. Según las teorías que subrayan los aspectos cognitivos en los

La reestructuración cognitiva

persigue que la persona modifique sus expectativas sobre la probabilidad de padecer una crisis de ansiedad y desdramatice las consecuencias.

6. LOS LUGARES

MUY CONCURRIDOS

suelen estar entre las situaciones más temidas por los agorafóbicos.



© ISTOCKPHOTO / CHRIS SCHMIDT



© STEPHEN COBURN - FOTOLIA.COM

Con ayuda psicológica es posible afrontar el miedo a salir de casa.

trastornos psicopatológicos, las personas cometemos errores o sesgos al procesar la información, que provocan malestar. El objetivo sería, pues, modificar la interpretación del suceso.

Uno de los errores más frecuentes es el pensamiento polarizado o dicotómico, que lo reduce todo a blanco o negro. El agorafóbico, aplica ese sesgo a la valoración de su estado emocional: bien/mal, tranquilo/ansioso, etcétera. Cree que su estado pasa de tranquilo a nervioso sin solución de continuidad, cuando la ansiedad implica un conjunto de parámetros (tasa cardíaca, frecuencia respiratoria y tensión muscular) que aumentan de forma gradual. Al corregir el sesgo del pensamiento dicotómico, llega a la conclusión de que la ansiedad pasa primero de cero a 10, luego a 20, después a 30, etc. No pasa de 0 a 100 como a veces cree percibir. Por eso, su objetivo no es tanto controlar no ponerse nervioso, una meta imposible, sino mantener su activación en unos niveles tolerables.

Otro sesgo frecuente es la interpretación de síntomas como indicador de algo negativo. La terapia cognitiva consiste en buscar pruebas que develen su temor y ensayar interpretaciones alternativas fundadas.

A la terapia cognitiva compete identificar las interpretaciones catastrofistas sobre los síntomas de la ansiedad o las predicciones negativas sobre las consecuencias, y modificarlos por otros pensamientos más racionales. Para ello, partiendo de los registros diarios de pensamientos, el paciente y su psicólogo realizan juntos un listado con las preocupaciones principales. En el caso de Víctor, un empleado de banco de 35 años, ante una situación que temía sus pensamientos eran “me voy a desmayar” o “lo pasaré muy mal”. Enseñamos a Víctor a buscar argumentos a favor y en contra de dichos pensamientos sobre las crisis y sobre su conducta.

Prevención de recaídas

La última fase del tratamiento se dedica al mantenimiento de los logros y la prevención de recaídas. Es el momento idóneo para que la persona en tratamiento valore su evolución y refuerce el trabajo realizado. Normalmente, una señal de que el tratamiento ha sido un éxito es que la persona haya automatizado su comportamiento, sin estar ya pendiente de la situación ni de la ansiedad derivada. En ocasiones puede persistir un recuerdo, pero nunca tan negativo e intenso como para evocar una respuesta de ansiedad elevada.

No es lo mismo una recaída esporádica que una vuelta al punto inicial. Una persona que haya superado el problema y que al cabo del tiempo vuelve a experimentar una crisis, puede cometer el error de pensar que ha empeorado y que el problema ha vuelto. La ansiedad es sinónimo de grado de activación, y es una emoción que forma parte del ser humano. Si la persona vuelve a experimentar una crisis, no debe asustarse. Ha de valorarla como un desliz en el que no se ha podido controlar la ansiedad o que se ha bajado la guardia. Debe servir de oportunidad para analizar qué aspectos de la situación se han dado para favorecer su aplicación. Algunas de las situaciones que más fácilmente provocan recaídas son los estados fisiológicos negativos (sueño, fatiga, consumo de sustancias o cambios en los horarios) y situaciones estresantes (exámenes, divorcio, enfermedad) o inesperadas (enfrentarse a una situación de riesgo sin haberse preparado). También debe analizarse en qué ha podido fallar la persona controlando la ansiedad.

Algunas técnicas que se aplican en esta fase son el ensayo escrito, mediante el cual cada persona resume qué es el pánico-agorafobia, cómo se mantiene, por qué empezó a sufrirlo, cómo controlarlo, etcétera. Se recomienda leer el ensayo cada día. También se realiza un listado de posibles situaciones problemáticas futuras (hacer un viaje largo, hablar en público, cambiar de trabajo, padecer una enfermedad). El paciente escribe las sensaciones que cree que aparecerán en cada una de ellas y las cogniciones sobre ellas. Se practica el análisis cognitivo, sometiendo a prueba los pensamientos y buscando alternativas y ejercicios de exposición.

Por último, se potencian otras áreas de satisfacción, dado que la persona ha organizado su vida en función del problema y se ha visto privada de muchas actividades. Se recomienda retomar y ampliar aficiones y actividades (con la pareja y amigos, de ocio, profesionales, etc.) eliminadas por el trastorno, con el fin de eliminar el aislamiento y la dependencia.

José Pedro Espada es doctor en psicología y profesor titular del Área de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico en la Universidad Miguel Hernández. Se ha formado en psicología clínica y de la salud en diversas universidades norteamericanas. Autor de numerosos artículos especializados ha escrito también varios libros, entre ellos, Terapia psicológica, Terapia psicológica con niños y adolescentes e Intervención psicológica y educativa con niños y adolescentes.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTARIA

BECK ANXIETY INVENTORY – BAI; Beck, Brown, Epstein y Steer, 1988.

TRASTORNO DE PANICO: EVALUACION Y TRATAMIENTO. C. Botella y R. Ballester. Martínez Roca; Barcelona, 1997.

AGORAFOBIA Y ATAQUES DE PANICO. A. Bados. Pirámide; Madrid, 2000.

TERAPIA PSICOLOGICA. J. P. Espada, J. Olivares y F. X. Méndez. Pirámide; Madrid, 2008.