

Caso Clínico de Agorafobia

M^a. Amparo García Giner

S.T.D.C.

RESUMEN

El presente artículo analiza el caso de una mujer adulta que acude a consulta psicológica presentando un Trastorno por Angustia de Agorafobia (DSM-III-R) de carácter moderado-grave

Analizadas sus características clínicas, mostraremos los instrumentos de evaluación utilizados y la terapia cognitiva-conductual realizada con el paciente, actualmente en remisión total.

INTRODUCCION

El trastorno por Angustia se enmarca dentro de los Trastornos por Ansiedad, cuyos rasgos característicos son síntomas de ansiedad y conductas de evitación. La sintomatología esencial es la presencia de crisis de angustia recurrentes e inesperadas para el sujeto y caracterizadas por sensaciones de ahogo, mareos, palpitaciones, temblores, despersonalización, miedo a volverse loco...

En el trastorno por angustia con Agorafobia estas crisis de angustia se producen por el miedo intenso a encontrarse en lugares o situaciones de los cuales es difícil hallar una salida, escapar o pedir ayuda. Como resultado el sujeto comienza a restringir sus salidas fuera de casa en solitario para evitar las crisis.

DATOS CLINICOS

M.S., paciente femenina de 32 años de edad, casada y con dos hijos de 15 y 12 años, acude a consulta en septiembre de 1995 aquejada de episodios diarios de intensa ansiedad que se producen cuando sale fuera de casa sin compañía. Estos episodios comenzaron en Diciembre de 1994, momento en el cual fue operada de un tumor de mama benigno y en el que una íntima amiga fallece por cáncer. A partir de este co-

mienza a desarrollar sentimientos de temor a enfermar de cáncer y a morir.

Abandona su trabajo de administrativa y empieza a restringir sus salidas fuera de casa, ya que siempre que éstas se producen siente fuertes sensaciones de ansiedad y malestar general que le impulsan a regresar al hogar, donde se siente segura.

En dos ocasiones debe ser acompañada por conocidos a su casa debido a sufrir sendos desmayos.

Cuando acude a consulta, las únicas salidas que realiza fuera de casa son para comprar en las tiendas muy próximas y para llevar a su hijo al colegio, también cercano, permaneciendo el menor tiempo posible en estos lugares. Los fines de semana es capaz de alejarse paseando del barrio si es acompañada por su esposo, única persona con la que se siente segura.

ANALISIS FUNCIONAL

1. Síntomas físicos:

a) Temblores, mareos, aumento del ritmo cardíaco y presión sanguínea sudoración hiperventilación...

b) Intensidad: 5-8/10.

c) Duración: 7-40 minutos.

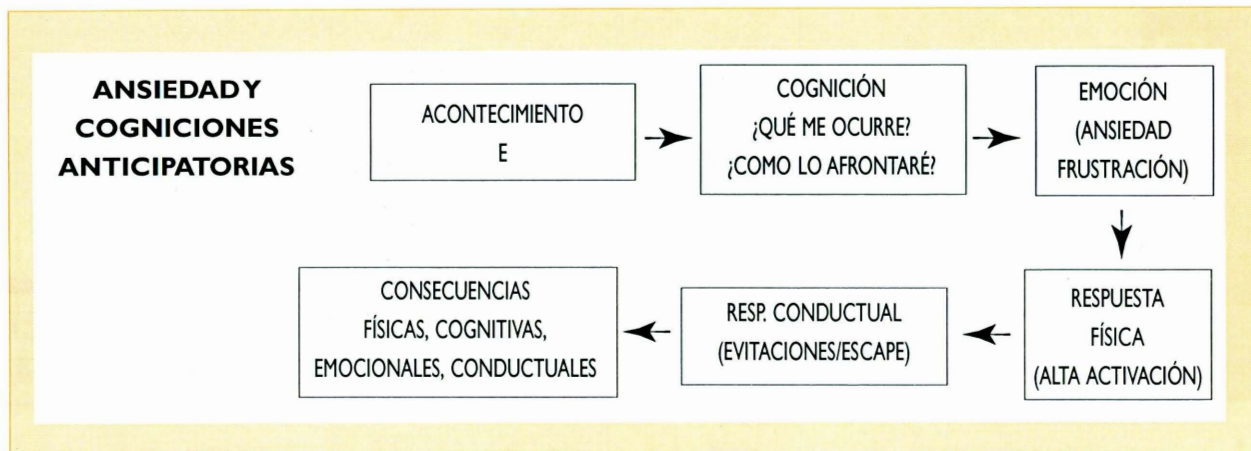
2. Síntomas cognitivos:

*-Sentimientos de tensión y nerviosismo.

-Pensamientos irracionales, derrotistas, de inutilidad, miedo a perder el control y a volverse loca.

-Ensayo cognitivo y ansiedad anticipatoria por rumiación de la situación temida y de la conducta de escape.

3. Síntomas motores: Conductas de escape o evitación de la situación temida.



4. Estímulos:

a) Físicos: Conducir hasta el trabajo, ir a comprar; andar por la calle, lugares donde debe esperar; medios de transporte y actos sociales concurridos.

b) Emocionales: ansiedad por no poder afrontarlo, frustraciones y baja autoestima.

c) Cognitivos: anticipación de la situación; recordar cuando era capaz de realizar su trabajo sin problemas y presión familiar y económica.

d) Secuencia:

EVALUACION

- Historia clínica completa.
- Entrevista.
- Autorregistro de situaciones de ansiedad:

| Día | Lugar | Situación |
|-----|-----------------|---------------|
| | Acompañado/solo | U.S.A. (0/10) |
| | Pensamientos | |

- Medidas fisiológicas.
- STAI.
- Cuestionario de Depresión de Beck.
- Cuestionario de Temores de Wolpe.

TRATAMIENTO

Tras las tres primeras sesiones de evaluación se procedió a darle al paciente toda la información obtenida y se le explicó el porqué y el cómo se produce su trastorno.

Tras establecer los objetivos se procedió al tratamiento activo:

OBJETIVOS

- Control de la ansiedad.
- Control de las crisis de pánico.
- Control de los pensamientos anticipatorios e ideas irracionales.
- Enfrentamiento de las situaciones temidas.

TECNICAS UTILIZADAS

- Entrenamiento en relajación y respiración diafragmática.
- Hiperventilación: producir crisis en la sesión, enseñándole al paciente cómo controlarlas, práctica diaria, introduciendo gradualmente la respiración controlada en las situaciones temidas.
- Reestructuración cognitiva. Terapia Racional Emotiva de Ellis.
- Desensibilización sistemática en vivo.

EL tratamiento duró 15 sesiones tras las cuales se dedicaron dos últimas a confeccionar con el paciente un programa de actividades agradables y reforzantes (ya iniciado anteriormente), así como instrucción en Técnicas de búsqueda de empleo para reiniciar su actividad laboral.

El seguimiento se efectuó al mes, tres y seis meses.

SITUACIÓN ACTUAL

M.S. se halla en período de remisión total tras seis meses en los que no ha vuelto a sufrir ninguna crisis y en los cuales ha reanudado sus actividades familiares y laborales anteriores a la aparición del trastorno.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

D.S.M. III-R. - «Manual de Terapia Racional Emotiva».

ALBERT ELLIS-RUSSELL GRIEGER. Ed. D.D.B. - «Miedos, Fobias y Rituales» Tomo I. Los mecanismos de la ansiedad.

ISAAC MARKS. Ed. Martínez Roca. - «Miedos, Fobias y Rituales». Tomo II. Clínica y tratamiento

ISAAC MARKS. Ed. Martínez Roca. - «Trastornos de Angustia»

J. LUIS AYUSO. Ed. Martínez Roca. - «Técnicas de terapia de Conducta». Aurora Gavino. Ed. Martínez Roca.