

## **AGORAFOBIA SIMPLE Y AGORAFOBIA COMPLEJA: ESTUDIO DE TRES CASOS**

Arturo Bados, Marta Burgaya, Esther Labrador y Cristina Pujol<sup>1</sup>  
*Universidad de Barcelona (España)*

### **Introducción**

Goldstein y Chambless (1978; véase también Goldstein, 1982) han distinguido dos tipos de agorafobia: compleja y simple. Para ellos, la mayoría de los agorafóbicos cae en la primera categoría, la cual presenta las siguientes características:

- a) Los pacientes tienen poca confianza en sí mismos —ya sea debido a ansiedad, falta de habilidades o ambas cosas— y son poco asertivos y altamente dependientes.
- b) La ansiedad intensa y los ataques de pánico son el resultado de un conflicto aparentemente irresoluble, generalmente de tipo interpersonal. Los pacientes pueden encontrarse en una relación desgraciada de dominación por parte del cónyuge o alguno de los padres. Por un lado desean dejar o cambiar la relación, pero por otro tienen miedo de hacerlo, de modo que, debido a la falta de confianza en sí mismos y a su poca asertividad, quedan atrapados en dicho conflicto.
- c) Los pacientes tienden a atribuir erróneamente su ansiedad y sus ataques de pánico a situaciones físicas y/o a alguna enfermedad en vez de identificar correctamente la fuentes pertinentes (conflicto).
- d) El miedo al miedo es el elemento fóbico central y tiene dos componentes: miedo a las sensaciones corporales asociadas con la ansiedad y cogniciones de que la ansiedad tendrá consecuencias catastróficas. Los pacientes no temen tanto las situaciones externas, sino los ataques de pánico y las consecuencias que implican para ellos.

Los pacientes evitan las situaciones donde han ocurrido previamente los ataques de pánico y esta evitación se generaliza a aquellas situaciones que tienen para ellos características similares (p.ej., situaciones en las que se sienten atrapados). Final-

---

<sup>1</sup> *Correspondencia:* Arturo Bados López, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos, Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona, Campus Vall d'Hebron. Paseo Vall d'Hebron, 171. 08035 Barcelona. E-mail: abados@psi.ub.es

mente, el establecimiento de la agorafobia aumenta la dependencia de los pacientes, respecto a los que le rodean y su sensación de impotencia, todo lo cual a su vez incrementa la ansiedad crónica.

En la agorafobia simple los pacientes no muestran las características de personalidad o el ambiente conflictivo descritos en la agorafobia compleja. El miedo al miedo es también básico, pero los ataques de pánico se desarrollan como resultado de trastornos físicos o de experiencias adversas con fármacos o drogas. Una vez resueltos estos problemas o pasadas estas experiencias, el miedo a los ataques de pánico y las conductas de evitación responden fácilmente al tratamiento, el cual es más sencillo y breve que en el caso de la agorafobia compleja.

Falta evidencia empírica de lo afirmado por Goldstein y Chambless (1978). Los estudios sobre los eventos estresantes asociados al origen de la agorafobia indican que aunque los conflictos interpersonales son frecuentes, otros agentes estresantes son también informados por los pacientes. No obstante, la evidencia clínica indica que dentro de la categoría diagnóstica de agorafobia se integran pacientes muy diversos, que varían ampliamente entre sí en los aspectos de su trastorno agorafóbico, en los determinantes del mismo, en los problemas asociados y en sus características personales. Esto hace que, a pesar de ciertas similitudes, nos encontremos con casos muy distintos que requieren o requerirían ciertos componentes básicos del tratamiento comunes para todos, pero también otros específicos para cada uno de ellos. La finalidad del presente artículo es precisamente ilustrar todas estas cuestiones a través de la presentación de tres casos diagnosticados de trastorno de pánico con agorafobia.

### **Primer caso: Marc**

Marc tenía 25 años, estaba casado y vivía con su esposa en una población cercana a Barcelona. Era músico y trabajaba en tres grupos distintos, lo que hacía que en algunas épocas estuviese muy ocupado y en cambio en otras que el trabajo escaseara. Cuando acudió a terapia, su problema de trastorno de pánico con agorafobia estaba interfiriendo seriamente en su profesión, ya que el paciente temía muchas de las situaciones en las que se veía forzado a trabajar, como eran discotecas, salas de fiestas, escenarios y aglomeraciones. Además, tenía previstos distintos conciertos que le producían gran nivel de ansiedad y no se veía capaz de realizar.

#### *Evaluación*

Se extendió a lo largo de tres sesiones e incluyó una diversidad de instrumentos, la mayoría de los cuales pueden consultarse en Bados (2000): a) Entrevista con el paciente y con su mujer. b) Autorregistros de ansiedad y pánico para identificar por una parte las características de los episodios de ansiedad y ataques de pánico, las circunstancias en que se daban y los pensamientos asociados, y, por otra, el nivel medio de ansiedad durante el día, el miedo a tener un ataque de pánico y la medicación tomada. c) Una prueba de hiperventilación para evaluar las sensaciones experimentadas y su similitud con las del pánico, y, si fuera el caso, para poder intro-

ducir la sobrerrespiración en la hipótesis explicativa sobre el problema. d) La siguiente batería de cuestionarios:

- Inventario de Movilidad para la Agorafobia (*The Mobility Inventory for Agoraphobia*; Chambless *et al.*, 1985). Mide la conducta de evitación agorafóbica autoinformada, tanto al ir solo como acompañado, y la frecuencia de los ataques de pánico.
- Cuestionario de Cogniciones Agorafóbicas y Cuestionario de Sensaciones Corporales (*The Agoraphobic Cognitions Questionnaire and the Body Sensations Questionnaire*; Chambless, Caputo, Bright y Gallagher, 1984). Evalúan dos aspectos importantes del miedo al miedo: la frecuencia con que se tienen pensamientos catastróficos acerca de los resultados de la ansiedad y el grado en que se tiene miedo a diversas sensaciones corporales asociadas con la ansiedad.
- Cuestionario de Ataques de Pánico (*Panic Attack Questionnaire*; basado en Michelson, Mavissakalian y Marchione, 1988). Proporciona medidas como la intensidad global de los ataques de pánico y la intensidad media de los síntomas de pánico durante las tres últimas semanas, y la frecuencia de los ataques espontáneos y provocados tenidos en la última y las tres últimas semanas.
- Inventario de Depresión de Beck (*Beck Depression Inventory*; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979). Evalúa el estado deprimido del paciente durante la última semana y da primacía a los síntomas cognitivos de la depresión.
- Inventario de Ansiedad de Beck (*Beck Anxiety Inventory*, Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988). Es un cuestionario específico sobre ansiedad diseñado para minimizar la presencia de aquellos síntomas relacionados con la depresión. Se le ha criticado por sobrerrepresentar los síntomas físicos de ansiedad y pánico, por lo que se ha dicho que no mide realmente ansiedad en general.
- Inventario de Preocupación del Estado de Pensilvania (*Penn State Worry Questionnaire*; Meyer, Miller, Metzger y Borkovek, 1990). Mide la frecuencia con que una persona se preocupa en general (rasgo de preocupabilidad).

El primer ataque que sufrió el paciente se dio dos años atrás, en una época en la que era consumidor habitual de hachís y esporádicamente de cocaína. A raíz del primer ataque el paciente dejó la cocaína y fue disminuyendo progresivamente el consumo de hachís. El segundo ataque lo sufrió un año más tarde, cuando volvía en avión de un concierto, en una época de mucho estrés. El paciente acababa de casarse, y los preparativos de la boda le coincidieron con muchos conciertos y con el abandono del consumo de hachís. A partir de este momento los ataques, tanto espontáneos como asociados a estímulos, empezaron a darse con bastante frecuencia y Marc empezó a temer o evitar las situaciones en las que aparecían o creía que podían aparecer.

Las sensaciones que acompañaban a sus ataques de pánico eran dificultad para respirar, opresión en el pecho, palpitaciones, ritmo cardíaco acelerado, temblores, mareo, náuseas y sudor. Los pensamientos asociados eran: «tendré un ataque al corazón», «voy a morirme», «me desmayaré», «haré el ridículo», «me descontrolaré (dando golpes a las cosas)», «voy a volverme loco».

Las situaciones ansiógenas estaban muy relacionadas con las giras musicales que hacía. Abarcaban los hoteles en los que dormía, la cama, los aviones y el coche. Otras situaciones eran las reuniones sociales e ir al cine; estas situaciones, sin embargo, no las evitaba. En cambio algunas que sí evitaba eran ir a ver conciertos en los que no podía estar sentado (con lo cual no podía disfrutar de una de sus mayores aficiones), estar en aglomeraciones, ir a grandes almacenes y entrar en discotecas en las que tenía previsto tocar en poco tiempo (pero sin verse capaz de hacerlo).

Algunas de las conductas de seguridad que llevaba a cabo para poderse exponer a las situaciones que temía eran tomarse la medicación (estaba medicado con alprazolam por su médico de cabecera), llevar encima el ansiolítico (y en caso de ataque de pánico, tomárselo), tomar valeriana, tomar tilas, ir acompañado y localizar salidas y sitios en los que poderse sentar.

Aparte de los síntomas agorafóbicos, Marc informó también de distintas fuentes de preocupación que le producían un elevado y continuo estado de ansiedad. Su profesión ya era en sí una fuente de estrés teniendo en cuenta, además, que tocaba en tres grupos distintos. Ligada a esta variabilidad de trabajo, iba unida la inestabilidad económica, que era otra de las preocupaciones constantes en su vida. La tercera fuente de estrés que sufría el paciente provenía de los problemas relacionales que existían entre los miembros de los grupos de trabajo. El paciente se implicaba enormemente en las discusiones y problemas que surgían dentro de los grupos y esto le acababa afectando en gran medida.

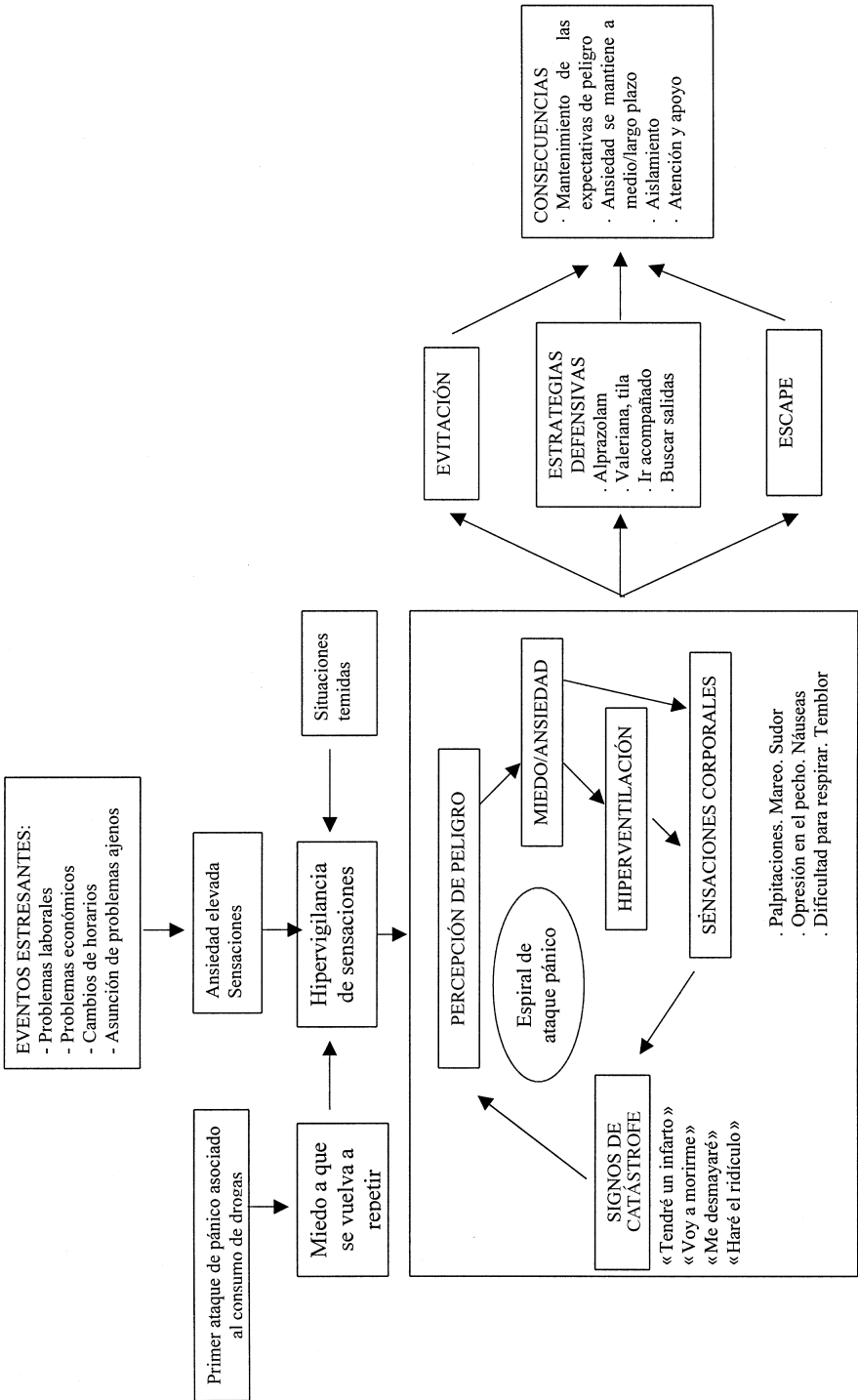
Una hipótesis explicativa de los problemas del paciente puede verse en la figura 1. Se consideraron como variables fundamentales para la intervención la activación somática, las interpretaciones catastróficas y las conductas de evitación, escape y defensivas. Se hipotetizó que, aparte de aprender a aplicar la relajación, Marc poseía recursos personales suficientes para manejar las situaciones estresantes siempre que se le ayudara un poco a reenfocar las situaciones y a pensar en soluciones alternativas.

### *Tratamiento*

Hubo en total doce sesiones de tratamiento a lo largo de 4 meses, una de ellas con su mujer. El objetivo de esta sesión fue informar a esta última de la problemática de Marc, darle una explicación de la misma y exponerle de qué forma podía ayudar a su marido; por ejemplo, animándole a practicar, reforzándole y recordándole las técnicas aprendidas que podía aplicar en caso necesario. El tratamiento se inició acordando con el paciente un modelo explicativo de sus problemas en el que se plasmaron gráficamente los diversos síntomas y factores implicados y su interacción. Además, se dio información sobre la naturaleza y objetivos de la ansiedad y sobre las causas de los ataques de pánico (estrés, hipervigilancia de sensaciones, interpretaciones catastróficas). Como apoyo, se entregó el documento *Fisiología y psicología del miedo y la ansiedad* [tomado de Craske y Barlow (1993, págs. 25-28)].

Igualmente se le entregó un manual de autoayuda (Bados, 2000), cuyo contenido fue comentándose en las sesiones. Este manual es una traducción y adaptación

*Agorafobia simple y agorafobia compleja: estudio de tres casos*



**Figura 1.** Hipótesis explicativa para el caso de Marc

del elaborado por Mathews, Gelder y Johnston (1981) en el que se han eliminado todas las referencias a la posible utilidad de los tranquilizantes como medio de afrontar situaciones particularmente difíciles. El manual explica la naturaleza, génesis y mantenimiento de la agorafobia y proporciona instrucciones específicas para practicar la exposición gradual en vivo a las situaciones temidas y para hacer frente a la ansiedad y al pánico.

Al final de la 1ª sesión, se inició la explicación y práctica de algunas técnicas encaminadas a controlar la excesiva activación somática tales como el entrenamiento en respiración controlada (respiración lenta, regular, diafragmática y no demasiado profunda) y técnicas de inervación vagal dirigidas a estimular el nervio vago, lo cual permite reducir rápidamente ciertas sensaciones corporales, especialmente el ritmo cardíaco. Estas técnicas, que pueden verse detalladas en Bados (2000), fueron aplicadas posteriormente por el paciente durante la exposición en vivo, aunque la última la fue abandonando poco a poco ya que no le funcionaba tan bien.

En la 2ª sesión se introdujo el entrenamiento en relajación aplicada (Bados, 2000) para facilitar que Marc pudiera mantener la ansiedad en niveles razonables y hacer frente a algunas de las situaciones estresantes anteriormente mencionadas (conflictos relacionales entre los componentes de los grupos, implicación elevada en problemas ajenos, trabajo inestable, preocupación económica). Además, como apoyo para manejar estas situaciones se emplearon en sesiones posteriores la reestructuración cognitiva y la resolución de problemas; esto se hizo mínimamente y de forma no sistemática, ya que a partir de una pequeña ayuda Marc parecía captar rápidamente modos de enfocar y resolver las situaciones.

La reestructuración cognitiva fue introducida en la 3ª sesión con el objetivo principal de trabajar los pensamientos catastróficos asociados a los ataques de pánico, pero también para ayudar a Marc a reevaluar las situaciones estresantes. Al principio, se empleó el método socrático (p.ej., evidencia a favor y en contra de los pensamientos, explicaciones alternativas) y posteriormente experimentos conductuales integrados con la autoexposición en vivo. Como resultado de la reestructuración verbal, se enseñó al paciente a elaborar y aplicar autoinstrucciones, que le fueron útiles tanto para iniciar la práctica de la autoexposición en vivo como para disminuir la ansiedad en situaciones de estrés.

Como ejemplo de reestructuración del pensamiento «me voy a descontrolar», Marc llegó a reestructurarlo del siguiente modo: «He tenido bastantes ataques de pánico y la verdad es que nunca me he descontrolado. En realidad puedo pensar y tomar decisiones cuando estoy teniendo el ataque de pánico. El simple hecho de escapar de la situación demuestra que no estoy descontrolado, que puedo pensar lo que quiero hacer y hacerlo. De hecho puedo escapar por mí mismo de la situación. Esto me demuestra que yo tengo el control de lo que hago». El pensamiento alternativo sintetizador fue «la probabilidad de que pierda el control es casi nula ya que puedo pensar por mí mismo y tomar decisiones». Esta y otras autoinstrucciones facilitaron posteriormente que Marc se expusiera a las situaciones temidas.

Asimismo, y debido a que gran parte de los ataques que padecía Marc se daban en la cama, se le dio en la tercera sesión información sobre las pautas más importantes a seguir para tener una mejor calidad de sueño: dormir en unas buenas con-

diciones ambientales (intensidad luminosa, ventilación de la habitación, temperatura, características del colchón, mantas y almohada), no hacer ninguna actividad excitante ni ejercicio un par de horas antes de acostarse, no tomar bebidas o comidas excitantes (cocacola, café, chocolate), no dormir durante el día, no realizar otras actividades en la cama (leer, mirar la televisión) y no pensar en cosas que fueran fuente de preocupación. Lo que se procuró fue que las condiciones al acostarse fueran las óptimas con tal de evitar posibles factores que pudieran estar influyendo en la aparición de los ataques de pánico.

A partir de la 5ª sesión se inició una exposición gradual en vivo a las situaciones temidas, durante la cual el cliente aplicaba las estrategias de afrontamiento aprendidas. Al principio Marc era acompañado por su mujer. Luego, se incrementó la distancia entre el paciente y su esposa y/o el tiempo que debían permanecer separados. Progresivamente, a medida que el paciente iba reduciendo sus niveles de ansiedad, empezó a hacer exposiciones completamente solo. Entre las situaciones trabajadas pueden citarse permanecer en un bar por la tarde-noche durante 90 minutos, ir al cine y sentarse en medio de una fila, recorrer todas las plantas de grandes almacenes, permanecer en bares, salas o escenarios en los que tenía que trabajar, acudir a conciertos que tenía programados, viajar en transportes públicos, dormir en hoteles, viajar en avión y hacer viajes largos en coche y furgonetas. En las exposiciones se controlaron posibles conductas defensivas del paciente tales como ponerse cerca de las salidas y llevar medicación.

A partir de la 6ª sesión se introdujo, tanto en sesión como fuera, la exposición interoceptiva (Bados, 1995, 2000). Marc tenía que realizar ejercicios que daban lugar a la aparición de las sensaciones temidas con el objetivo de disminuir el miedo a las mismas y potenciar el aprendizaje de su control. Algunos de los ejercicios realizados fueron mover la cabeza rápidamente de izquierda a derecha durante 30 segundos, respiración forzada (inhalar profundamente, mantener tensos los músculos de la parte superior del pecho, soltar el mínimo aire posible, volver a tomar el máximo aire que se pueda y así sucesivamente), mirar fijamente un punto en la pared, y concentrarse y leer en voz alta series apareadas de palabras en las que la primera palabra era una sensación corporal y la segunda una catástrofe (p.ej., opresión en el pecho - ataque al corazón). Al igual que la autoexposición en vivo, la exposición interoceptiva siguió hasta el final del tratamiento. En la última sesión se discutió como manejar los posibles contratiempos y recaídas.

### *Resultados y discusión*

En el caso del Marc la información sobre la ansiedad y los ataques de pánico fue fundamental. La comprensión por parte del paciente de su problemática hizo que los ataques de pánico desaparecieran por completo a partir de la cuarta sesión de tratamiento y que la ansiedad se redujera drásticamente. En cuanto a la medicación, uno de los objetivos del paciente era poder dejar de tomarla y poderse enfrentar a las situaciones ansiógenas por sí mismo. Al poco tiempo del tratamiento, Marc dejó de llevar la medicación encima como medida de seguridad, aunque continuó tomando la dosis prescrita por su médico. Tras las primeras sesiones de exposición

**Cuadro 1**  
Resultados de las distintas evaluaciones en el caso de Marc

CUESTIONARIOS	Amplitud Teórica	Punto de corte	Pretratamiento	Tratamiento (sesión 8)	Posttratamiento (sesión 12)	Seguimiento 6 meses	Seguimiento 12 meses
Cuestionario de Ataques de Pánico							
— Intensidad ataques 3 últimas semanas	0-8	0	5	0	0	4	0
— Intensidad síntomas de pánico 3 últimas semanas	0-8	0	3,76	0	0	3,2	0
— Ataques espontáneos última semana	0-	0	3	0	0	0	0
— Ataques espontáneos 3 últimas semanas	0-	0	8	0	0	0	0
— Ataques provocados última semana	0-	0	1	0	0	0	0
— Ataques provocados 3 últimas semanas	0-	0	3	0	0	1	0
Inventario de Movilidad (evitación yendo solo)	1-5	≥ 2,32	2,50	1,04	1,1	1	1,19
Cuestionario de Sensaciones Corporales	1-5	≥ 2,40	3,47	1,29	1,1	1,35	1
Cuestionario de Cogniciones Agorafóbicas	1-5	≥ 1,90	2,72	1,28	1	1,28	1,14
Inventario de Depresión de Beck	0-63	≥ 10	10	3	0	3	6
Inventario de Ansiedad de Beck	0-63	≥ 15	36	7	4	8	4
Inventario de Preocupaciones	16-80	≥ 57	69	54	47	56	61
Medicación			Sí	Sí	No	No	No



en vivo, viendo el paciente que los niveles de ansiedad disminuían rápidamente, empezó a reducir la medicación (supervisado por su médico) y antes de finalizar el tratamiento dejó de tomarla por completo.

En el cuadro 1 puede verse que tras ocho sesiones de tratamiento, todas las puntuaciones en las medidas utilizadas se situaron por debajo del punto de corte que determina si es más probable que la puntuación pertenezca a una población funcional o disfuncional; para calcular este punto de corte se siguió el criterio «c» de Jacobson y Truax (1991) excepto en las medidas de pánico en las que se fijó arbitrariamente en cero. Tras cuatro sesiones más de tratamiento, los resultados en los cuestionarios siguieron prácticamente iguales o algo mejor y, como se dijo antes, Marc dejó de tomar la medicación. Además, había aprendido a afrontar mejor las situaciones estresantes; así, pasó implicarse muchísimo menos en los problemas que surgían entre los miembros de los grupos.

Se realizaron tres sesiones de seguimiento. En la primera, a los 3 meses de finalizar el tratamiento, los resultados siguieron siendo los mismos que al finalizar la terapia. Marc siguió exponiéndose a todas las situaciones sin experimentar apenas ansiedad y manejando bien las condiciones de estrés. En el seguimiento a los 6 meses, el paciente contó haber sufrido hacía 2 semanas un ataque de pánico en una situación de mucho estrés: su padre estaba muy enfermo e ingresado y él se encontraba encerrado en una casa con un grupo musical durante una semana y trabajando muchas horas al día para lograr grabar un disco. En realidad, Marc vio el ataque como un contratiempo y aplicó las técnicas que había aprendido. A partir de aquí el paciente decidió revisar un poco toda la parte teórica del tratamiento y reforzar las técnicas aprendidas. En cuanto a los resultados en los cuestionarios, se puede ver que las puntuaciones ascienden ligeramente debido al contratiempo sufrido, aunque sigue manteniéndose la gran mejora lograda.

En el seguimiento a 1 año hacía sólo un mes que Marc había logrado afrontar serios contratiempos. Tras fracasar el último disco grabado, el grupo no tuvo trabajo durante el verano, con lo que Marc se quedó sin hacer lo que más le gustaba. Comenzó a abandonarse totalmente, a no hacer nada, a reanudar la vida nocturna y a fumar tabaco y hachís. Aparte de encontrarse totalmente hundido, volvieron a aparecer las sensaciones ansiógenas. Afortunadamente, su mujer intervino y tras 2 semanas logró que se activara: regularización de horarios, no quedarse tumbado en el sofá, apuntarse a un gimnasio. Marc se dio cuenta de cómo acabarían las cosas y dejó también de fumar hachís, releyó el material de tratamiento, aplicó respiración y relajación para controlar las sensaciones y empezó a buscar trabajo a través de diversos medios. Los cuestionarios del seguimiento a 1 año confirman el mantenimiento de los resultados, salvo un cierto repunte del nivel de preocupación, fácilmente comprensible dadas las circunstancias.

Consideramos que gran parte del éxito conseguido fue debido a la plena confianza que demostró tener Marc en la terapia, a su implicación total en el tratamiento —al cual dio prioridad sobre cualquier otro asunto— y a la gran colaboración por parte de su mujer. Sin el apoyo de esta en el periodo del último seguimiento, no está claro si Marc hubiera podido manejar la situación tan estresante que se le presentó.

## Segundo caso: Teresa

Teresa era una mujer de 45 años, separada desde hacía más de diez años y que vivía sola. Antes de divorciarse, su marido —un hombre con una personalidad muy fuerte y autoritaria— era quien tomaba las decisiones y ella estaba sometida a una fuerte dependencia, aunque, según parece sólo respecto a él. Tenía una hija que murió en un accidente 1 año antes de iniciar la terapia. Tras este hecho empezó a pensar que no había sido una buena madre y que se había centrado demasiado en sus propios problemas, por lo cual se sentía culpable y muy sola. Estaba bajo tratamiento psiquiátrico por depresión y tomaba antidepresivos y ansiolíticos (amitriptilina + medazepam 35 mg/día; sertralina 50 mg/día; alprazolam 2 mg/día).

Trabajaba como secretaria de dirección en un despacho en un ambiente muy estresante, al cual consideraba la causa de sus ataques de pánico. Solicitó ayuda cuando llevaba 3 meses de baja laboral debida a su depresión y agorafobia y no quería volver al despacho donde trabajaba.

### *Evaluación*

Fue la misma que en el caso de Marc con las excepciones de que se omitieron el Cuestionario de Ataques de Pánico (se empleó el ítem de frecuencia de ataques de pánico del Inventario de Movilidad), el Inventario de Ansiedad de Beck y el Cuestionario de Preocupaciones y se pasó el Inventario de Asertividad (*Assertion Inventory*; Gambrell y Richey, 1975). Este último evalúa el grado de inquietud o ansiedad respecto a responder asertivamente y la probabilidad de llevar a cabo la conducta asertiva caso de encontrarse en la situación.

Teresa había empezado a tener ataques de pánico 7 años atrás, coincidiendo con la terminación de su relación más duradera con un hombre (después de haberse separado de su marido) y con problemas con su hija adolescente por consumo de drogas. Posteriormente, los ataques habían dejado de presentarse en aquellas épocas en que salía con algún hombre. Hacía 3 años, los ataques habían aumentado en frecuencia e intensidad, lo que Teresa atribuía al estrés laboral; el trato personal con su jefe creaba situaciones de mucha presión y un ambiente muy deteriorado. Fue en ese momento cuando inició una terapia psicoanalítica que no fue eficaz en su caso y hacía 3 meses que estaba de baja laboral.

El miedo a los ataques de pánico y a otras consecuencias hacía que Teresa llevara tiempo evitando determinadas situaciones como eran ir sola por la calle, conducir sola, utilizar transportes públicos, salir con amigos y volver al trabajo. La paciente pensaba que en estas situaciones podía hacer el ridículo (poniéndose a gritar), desmayarse y dañar a alguien si fuese conduciendo y no fuera capaz de esperar a que el semáforo se pusiese en verde, ya que se impacientaba muchísimo cuando tenía que esperar parada. Igualmente temía hacerse daño a sí misma ya que creía que si tenía un ataque de pánico por la calle, podría abalanzarse sobre los coches pidiendo auxilio. En el andén del metro tenía miedo a tirarse a la vía para huir.

Teresa había desarrollado una serie de conductas defensivas que realizaba cuando tenía que exponerse a las situaciones temidas: mirar por la ventana cuánta gente

*Agorafobia simple y agorafobia compleja: estudio de tres casos*

