

La ansiedad secundaria en un paciente con trastorno de pánico

Joaquín PASTOR MORALES
Servicio Andaluz de Salud

Resumen

Desde la Teoría Racional Emotiva de Albert Ellis se distingue entre ansiedad primaria y secundaria, habiéndose, en no pocos casos, ignorado este hecho en los tratamientos psicológicos (como en la exposición, donde se pretende la habituación a la ansiedad primaria). Este artículo pretende analizar la diferencia entre los dos tipos de ansiedad en un paciente, tratado en un dispositivo público de salud mental, con trastorno de pánico y las consecuencias de esta diferenciación en la utilización de técnicas terapéuticas.

Palabras clave: ansiedad primaria, ansiedad secundaria, Terapia Racional Emotiva, modificación de conducta, trastorno de pánico.

Abstract

Albert Ellis' rational emotive theory differs between primary and secondary anxiety but this differentiation has been ignored in the psychological treatments (for example in the exposition, which try the habituation to the primary anxiety). This paper tries to analyze the difference between both types of anxiety in a patient, attended in a public device of mental health, diagnosed of panic disorder and the consequences that stem from this differentiation in the employment of therapeutics techniques.

Key words: Primary Anxiety, Secondary Anxiety, Emotive Rational Therapy, Behaviour Modification, Panic Disorder.

El postulado básico de la Terapia Racional Emotiva (TRE) de Albert Ellis es que si los pacientes logran cambiar alguna de sus imposiciones, o todas ellas, hacia meras preferencias, pero con consistencia (preferir real y firmemente antes que exigir), podrán cambiarse a sí mismos de forma notoria y profunda (Ellis, 1996).

De este modo, el terapeuta tendría que conseguir que el paciente pusiera atención a sus autoverbalizaciones, las analizara y las sustituyera por autoverbalizaciones que le provocaran menos problemas (Ellis, 1962), dado que cada sentimiento doloroso experimentado es el resultado de un pensamiento negativo distorsionado (Beck, 1976; Beck,

Rush, Shaw y Emery, 1979; Beck y Freeman, 1990; Beck, 1991).

Albert Ellis (1996) ya advirtió que, con bastante frecuencia, sus clientes se preocupaban por su propia inquietud, preocupación que sería coherente desde la óptica de la TRE, la cual propugna que los clientes neuróticos tienden a odiarse a sí mismos cuando constatan sus fracasos y cuando descubren sus sentimientos perturbados respecto a esos fracasos. Esto sucede porque la perturbación emocional que se experimenta (en el punto C del ABC de la TRE), se convierte en un nuevo suceso activador para un nuevo grupo de pensamientos irracionales y de mayor contrariedad o perturbación emocional secundaria (Walen, DiGiuseppe y Wessler, 1980).

En el proceso de evaluación (Carrasco, 1993) no es infrecuente encontrar que los pacientes desarrollen síntomas secundarios ante la percepción de sus síntomas primarios, lo que conllevaría el solapamiento de ambos tipos de síntomas.

Los problemas secundarios contendrían las conclusiones extraídas en torno a las emociones perturbadoras primarias (problemas primarios), e incluirían el sentimiento de no poder soportarlo, el sentimiento de fracaso, la dramatización o la autocondena. La intervención sobre el componente actitudinal de la cognición (Beck, 2000) estaría especialmente indicada en estos casos. Desde esta óptica, diferenciar ambos tipos de problemas podría ser importante de cara a plantear la planificación de la intervención terapéutica.

En el ámbito de las teorías de los trastornos de ansiedad, nos encontramos con conceptos similares al de perturbación secundaria, como es el de *sensibilidad a la ansiedad* que introducen Reiss y McNally (1985) en su *modelo de expectativa a la*

ansiedad, concepto que haría referencia a las creencias sobre las consecuencias personales de experimentar esta emoción, y que se mostraría especialmente relevante en los trastornos asociados al ataque de pánico. Otros enfoques basados en la metacognición (Wells, 1999, 2000) consideran que los trastornos de ansiedad surgen como consecuencia de que los pacientes se comportan como si los pensamientos fueran reales, y por la falta de un comportamiento metacognitivo que haga reflexionar en torno a la creencia de la necesidad de controlar sus síntomas, creencia disfuncional que acaba generando en los pacientes preocupación por sus emociones.

Sin embargo, ni el DSM-IV-TR (APA, 2000) ni la CIE-10 (OMS, 1992) incluyen entre sus criterios para el ataque de pánico síntomas relacionados con la perturbación secundaria, salvo el miedo a morir o a perder el control y volverse loco.

Por otro lado, desde los modelos conductuales se propone la exposición como técnica que disminuye la respuesta de miedo ante un estímulo aversivo, lo que justificaría la necesidad de aplicar estos tratamientos a los trastornos de ansiedad. Además, durante la aplicación de esta técnica, la toma de medicación podría constituir una contraindicación al considerarse un comportamiento que quedaría reforzado negativamente y que no permitiría la habituación a la ansiedad.

La medicación no sería potenciadora de los efectos de la exposición ya que, por un lado, sólo los antidepresivos, en el caso de existir un estado de ánimo disfórico, estarían indicados en pacientes agorafóbicos durante las tareas de exposición (Echeburúa y Paz de Corral, 1993) y, por otro, fármacos como el *Alprazolam*, una benzodiazepina con propiedades antipánico, presentarían una acción terapéutica muy débil e inferior a la

autoexposición (Echeburúa, Corral, García y Borda, 1991).

Por su parte, Marks y O'Sullivan (1992) sostienen que los agorafóbicos se exponen más fácilmente a las situaciones temidas bajo la influencia de tranquilizantes pero recuerdan que, además de ser fármacos que dificultan la habituación, lo que se aprende bajo su influencia no permanece cuando desaparecen sus efectos.

Teniendo en cuenta la distinción entre problemas primarios y secundarios, cabría preguntarse a qué ansiedad, primaria o secundaria, se ha de habituar el paciente y, por otro lado, con qué emoción hemos de trabajar prioritariamente. También habría de tenerse en cuenta el modo de prescripción de las técnicas terapéuticas ya que, un paciente que haya de utilizarlas, podría incorporarlas de un modo rígido, interpretando que ha de utilizar una determinada técnica para erradicar su emoción primaria, lo cual podría ser contraproducente al estar reforzándole ideas impositivas irracionales y sentimientos de no poder soportarlo o de fracaso.

Esto podría ocurrir con las técnicas de relajación, donde es sabido que una reacción paradójica relativamente frecuente (Clark, 1989) es el aumento de ansiedad inducido por estas técnicas, dándose en pacientes que mantienen un control rígido de sí mismos. De este modo, el objetivo de relajarse podría incorporarse de un modo impositivo, lo que conllevaría la exigencia de la reducción de la activación fisiológica, lo cual constituiría, desde el paradigma de la terapia racional emotiva, una imposición generadora de emociones secundarias.

La intervención en el caso que se propone a continuación pretende disminuir de forma significativa las crisis de ansiedad centrándose de modo prioritario en las emociones secundarias.

Método

Sujeto

Se trata de un hombre, de 40 años de edad, que acude a consulta de un Equipo de Salud Mental derivado por su médico de atención primaria por crisis de ansiedad e hipertensivas, habiéndose descartado la patología orgánica y relacionándose las mismas con causas emocionales. El paciente trabaja en una empresa de electricidad, tiene estudios primarios, se ha separado recientemente y no tiene hijos. Vive solo en un apartamento y visita con frecuencia a su madre (3 ó 4 veces por semana) porque se siente especialmente responsable de su cuidado y bienestar pese a no ser hijo único, ya que tiene un hermano, seis años mayor que él, casado y con hijos, que no visita a la madre con la misma frecuencia. Este sentimiento de lealtad y de responsabilidad para con el bienestar de su madre se ha incrementado desde que ésta ha sufrido un *ictus* que el paciente presencié. El padre falleció hace 5 años de un tumor cerebral.

El motivo de consulta son las *crisis de ansiedad inesperadas* que viene padeciendo desde el *ictus* de su madre, hace dos años y medio. Se muestra *muy temeroso, con interpretaciones catastrofistas de esas crisis de ansiedad y se manifiesta hipervigilante ante la sintomatología corporal*, controlando las pulsaciones, la tensión arterial y, en algunos casos, la temperatura en el momento de padecer las crisis.

En la exploración de su personalidad previa, se puso de manifiesto que el paciente siempre había sido *hipocondríaco, ansioso, con características anancásticas de personalidad y nosofóbico*. No obstante, nunca había tenido crisis de ansiedad.

En el momento de iniciar el tratamiento psicológico, el paciente tomaba medicación

prescrita por la psiquiatra del Equipo de Salud Mental (*Prisdal* 20 mg, en pauta 1-0-0; *Orfidal*, en pauta 1-1-1; y *Alprazolam* 0,5, si lo precisa).

Formulación del caso

Nos encontramos ante un paciente cuyas crisis de ansiedad ocurren, en su mayoría, sin ser en apariencia desencadenadas por ningún estímulo externo. No obstante, algunas situaciones se asocian con una mayor probabilidad de padecer una crisis, como tener muchas tareas pendientes en el trabajo o hacer ejercicio físico, situaciones que, aunque frecuentes, en ocasiones logra evitar o de las cuales procura escapar. Por tanto, si bien no se observa un patrón de evitación importante, podría decirse que existe un riesgo, a considerar, de agorafobia por las evitaciones y escapes mencionados (figura 1).

Tampoco es infrecuente que el paciente tome medicación ante las crisis de ansiedad, si bien es cierto que se siente especialmente perturbado ante la toma de la misma (*“Cuando me tomo un Alprazolam es como si fuera una derrota para mí”*; *“No tengo por qué tomar pastillas”*, *“Tengo ansiedad y, pum, pastilla”*). Algo parecido ocurre con la práctica de las técnicas de relajación, ya que el paciente advierte que cuando se siente ansioso practica la relajación muscular (que ya conocía antes de experimentar las crisis) pero que, paradójicamente, le pone aún más nervioso. Cuando exploramos qué piensa acerca de esta técnica, el paciente manifiesta que la relajación le sirve para *controlar* los síntomas de ansiedad. Tras indagar un poco más en torno a esta creencia, concluimos que, desde la Terapia Racional Emotiva, esta afirmación se puede catalogar como disfuncional y perturbadora, al entenderse que el paciente se exige el control de las

crisis con la relajación, exigencia que deriva en sentimientos de culpa y de autocondena cuando no consigue el pretendido dominio. En definitiva, el paciente se exige el control de sus síntomas (*“Tengo que dominar esto de una vez”*) pero sin tener que recurrir a la toma de medicación.

También se ponen de manifiesto las cogniciones dramatizadoras del paciente en torno a sus síntomas de ansiedad, que interpreta como horribles e inaguantables (*“La ansiedad es como si me fuera a morir”*; *“No puedo aguantar las crisis”*), exigiéndose el control de los ataques e hipervigilando la más mínima sensación corporal que pudiera señalar el ini-

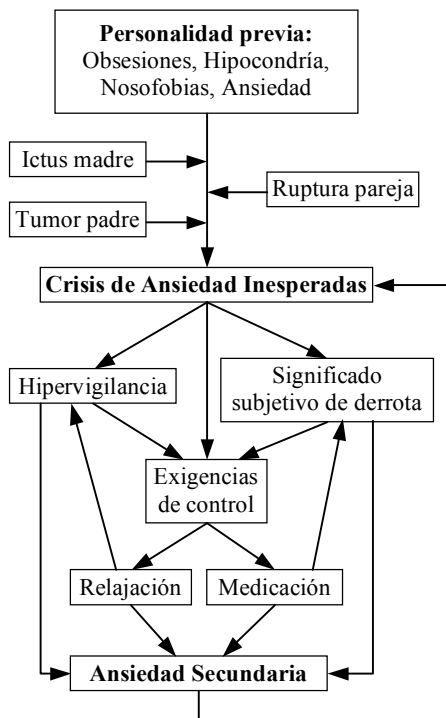


Figura 1. Adquisición y mantenimiento del trastorno del paciente.

cio de una nueva crisis o un desenlace fatal de la misma (“*Otra vez está esto aquí*”; “*Pienso que me va a subir para la cabeza y me va a pasar algo... algún tipo de infarto*”; “*Me siento temblón y me sube el calor para la cabeza*”). Si finalmente ocurre la crisis, se lamenta por no haber podido dominarla por sus propios medios (con relajación y sin medicación) y se siente culpable e indefenso, sentimientos que se acrecientan por la toma de medicación, que interpreta como una derrota personal.

Por tanto, las técnicas terapéuticas a utilizar con este paciente son las aceptadas desde la modificación de conducta para el tratamiento del ataque de pánico, pero teniendo en cuenta que el trabajo prioritario sería con las emociones secundarias.

Objetivos de la intervención

En este trabajo se plantea un único objetivo general que pretende disminuir de modo considerable las crisis de ansiedad del paciente, cuyas características de personalidad exigen, además, tener en cuenta otros aspectos para la consecución de este objetivo. Así, se trata de abordar también la perturbación emocional secundaria incrementando la tolerancia a los síntomas de ansiedad, modificando la valoración de las crisis y la de la necesidad de tomar la medicación psicofarmacológica prescrita. Del mismo modo, se procura que la incorporación de técnicas de control de ansiedad no equivalga a estrategias dirigidas a la amputación de la sintomatología ansiosa (mediante la confrontación directa u ofreciendo técnicas para erradicar una emoción), sino a recursos que permitan avanzar en la posibilidad de estar más relajado, trabajando siempre la actitud derivada del hecho probable de no conseguir este objetivo. En este sentido, la reflexión sobre la valoración

y la actitud mostrada ante los síntomas se procura como una estrategia prioritaria.

Medidas utilizadas

Se emplea un autorregistro semanal de frecuencias para la variable *número de crisis de ansiedad*, que constituye la única variable dependiente de este trabajo. También se emplea un autorregistro de frecuencias semanal para determinar si existían variaciones significativas en torno a la toma de *Alprazolam* y de *Orfidal*, fármacos que el paciente tomaba antes de iniciar el tratamiento psicológico. Con este autorregistro, se pretende establecer si la variación en el número de crisis esta relacionada con el mayor o menor *consumo de medicación ansiolítica*, controlando así esta variable, de modo que permita precisar si el tratamiento psicológico es efectivo independientemente de la medicación.

Procedimiento

Se aplica un diseño intrasujeto de cambio de fase simple (AB) para determinar la eficacia o no de la intervención psicológica, la cual vendría determinada por la reducción de las crisis de ansiedad de forma significativa.

La intervención se desarrolló a lo largo de cuatro meses (en total fueron siete sesiones de terapia distribuidas quincenalmente excepto en una ocasión en que fue visto a las cuatro semanas).

Fase de pre-tratamiento

Se determinó la línea base con ayuda de la historia del paciente, en la constaban los autorregistros de los episodios de crisis de ansiedad que había sufrido cada semana. Los dos meses anteriores al inicio del tratamiento

psicológico el paciente contabilizó 4,5 crisis de ansiedad a la semana.

Fase de intervención

Los componentes de la intervención fueron los siguientes:

1. *Adiestramiento en los principios de la Terapia Cognitiva en general y de la Terapia Racional Emotiva en particular*: se puso especial énfasis en la diferenciación entre emoción perturbadora primaria y secundaria.

2. *Utilización del sentido del humor*: A. Ellis entendía que el sentido del humor contribuía a la desdramatización de las reacciones emocionales. Teniendo en cuenta que el trabajo prioritario en este paciente fue con las emociones secundarias, se insistió especialmente en la intervención sobre el componente actitudinal de las cogniciones. Una intervención de este tipo puede ser la siguiente:

(T) *¿Crees que puedes morir por una crisis de ansiedad?*

(P) *Pienso que sí*

(T) *¿Cuántas veces se te ha subido la ansiedad para la cabeza?*

(P) *Yo creo que más de 1000 veces.*

(T) *O sea, que tu familia ha ido más de 1000 veces a tu entierro.*

En otros momentos, intentando cuestionar la eficacia del control de la crisis, también se interrogó al paciente acerca del motivo de *no dejar tranquila a la ansiedad*.

3. *Desdramatización*, se cuestionó que el paciente no hubiera de tener ansiedad:

¿Por qué no te permites tener ansiedad como todo el mundo?; ¿se va a acabar el

mundo por tener ansiedad?; ¿la ansiedad es horrible?; ¿Qué puede pasar si no consigues relajarte?; ¿para qué quieres estar tranquilo?

4. *Utilización de técnicas dirigidas al síntoma*.

a) Práctica de la relajación muscular progresiva (Jacobson, 1929), que el paciente ya conocía, en los momentos en que no tuviera crisis de ansiedad. Hay que resaltar las instrucciones que se le dieron al paciente con relación a las técnicas de relajación, y que pretendían corregir la idea de que éstas servían para el control de las crisis:

“Ya sabes utilizar las técnicas de relajación, sin embargo, hasta ahora las has utilizado para alcanzar el control de las crisis. Ese objetivo pretendido por tu parte puede, paradójicamente, generarte más ansiedad ya que piensas en términos absolutistas e imperativos al exigirte el control de la misma y eso, como sabes, es un pensamiento irracional que puede generar emociones perturbadoras. A partir de ahora, vas a seguir utilizando las técnicas de relajación, pero no para lograr controlar a la ansiedad, sino para intentar estar más tranquilo, aceptando la posibilidad de que no llegues al aspirado control. De igual modo, no vas a utilizar la relajación en los momentos en que tengas crisis de ansiedad, sino en aquéllos en los que estés tranquilo. La técnica de relajación te servirá a partir de ahora para disfrutar”.

Con estas indicaciones, se pretendía que la relajación sirviera para disminuir el estado de activación general del paciente y no como herramienta

- de refuerzo de la idea de que debía controlar la crisis.
- b) También se acordó que el paciente inhalaría CO₂ ante la crisis de ansiedad, con objeto de *intentar* detener los síntomas de hiperventilación, teniendo una actitud positiva ante la posibilidad de no controlar la crisis. Para ello, respiraría en una bolsa de papel, cubriendo con ella la nariz y la boca, volviendo a inhalar el CO₂ que exhala dentro de la bolsa.
- c) No evitar las situaciones generadoras de ansiedad (Exposición). No existía un patrón de evitación importante en este paciente, pero sí un riesgo de agorafobia que había que considerar. En este sentido, se le dio la instrucción de que no abandonara las situaciones generadoras de ansiedad sino que, el lugar de esto, se convirtiera en un observador de sus crisis y se diera la oportunidad de ver cómo ésta descendía. Estas instrucciones bastaron para que el paciente no abandonase el trabajo y que pusiera en marcha la práctica de ejercicio físico, que además fue ofertado como un medio para estar más relajado. El apoyo en autoinstrucciones escritas (Meichenbaum, 1987) durante la tarea de exposición fue otro de los recursos que se le proporcionó al paciente y que fueron acordadas entre éste y el terapeuta:
- Lo estoy haciendo bien.
 - Puedo soportar las sensaciones desagradables.
 - No voy a perder el tiempo con un pensamiento irracional.
 - Por mis experiencias pasadas, sé que no me pasará nada.
 - Mis pensamientos catastrofistas no son útiles.

5. Medicación.

La prescripción de benzodicepinas de acción antipánico, como el *Alprazolam*, para el tratamiento del trastorno de pánico es utilizada de modo que cuando un paciente con este problema tiene crisis de ansiedad recurre a este fármaco si lo precisa, ya que las benzodicepinas de acción corta constituyen el tratamiento psicofarmacológico de elección en la ansiedad aguda (Vega, 1989). Para la modificación de conducta, este acto podría interpretarse como un comportamiento de evitación y un refuerzo de la toma de medicación ansiolítica, ya que el paciente no tendría la oportunidad de exponerse a sus esquemas de amenaza (permitiendo su reestructuración) ni a la ansiedad (permitiendo la habituación a la misma), teniendo la desventaja añadida de la dependencia del paciente al fármaco y la atribución al mismo de la mejoría terapéutica (Echeburúa, 1993). En este paciente, sin embargo, la actitud de derrota cuando se toma *Alprazolam* y la incorporación de técnicas de control de la ansiedad de forma rígida (dramatizando y autocondenándose cuando no consigue controlar las crisis), hace necesario replantear esta cuestión, ya que la toma de *Alprazolam* conllevaría una exposición a la ansiedad secundaria del paciente (es decir, supondría una exposición a la idea de *tenía que haber controlado la crisis sin medicación*). Por consiguiente, se consideró oportuno el mantenimiento del fármaco, trabajando siempre el significado subjetivo y personal de derrota del paciente. Hay que señalar, no obstante, que la intervención ante las emociones secundarias derivadas de la toma de medicación fueron cognitivas y no de exposición. Es decir, aunque una alternativa podría haber sido

la exposición a las cogniciones catastrofistas, dramatizadoras y de autocondena, nuestra intervención se centró en el trabajo cognitivo de esas ideas.

Fase de seguimiento

Se contactó telefónicamente con el paciente 6 meses después de la intervención para conocer su situación en lo relativo a las crisis de ansiedad, la toma de medicación y la valoración que hacía de ambas.

Resultados

Línea base y aplicación del tratamiento psicológico

Para comprobar la existencia de tendencias en los datos de los autorregistros se efectuó un análisis mediante el estadístico C de Tryon (1982; 1984).

Los resultados que se obtuvieron mostraron que, durante la línea base, los datos

no presentaron tendencia significativa, con un índice C estandarizado de $Z_0 = 0,432$, lo que revela que en esta fase los datos no sufrieron modificaciones significativas para un nivel de confianza $\alpha=0,01$ ($Z_t = 2,170$). Al añadir los datos de la fase de tratamiento (correspondientes a las 16 semanas en las que se autorregistraron las crisis), se produjo una tendencia estadísticamente significativa a la baja, con un índice C estandarizado de $Z_0 = 3,882$, lo que indica que se produjeron modificaciones significativas para un nivel de confianza $\alpha=0,01$ ($Z_t = 2,270$). Por lo tanto, el tratamiento se mostró efectivo, llegando a desaparecer las crisis de ansiedad (figura 2).

Por otro lado, hay que recordar que en ningún momento el paciente abandonó la medicación ansiolítica. Utilizamos otro autorregistro de frecuencias para determinar la toma de medicación ansiolítica por semana (la medicación antidepresiva siempre fue la misma), y controlar que no existía ninguna relación entre la toma de la misma y la progresiva disminución de las crisis de ansie-

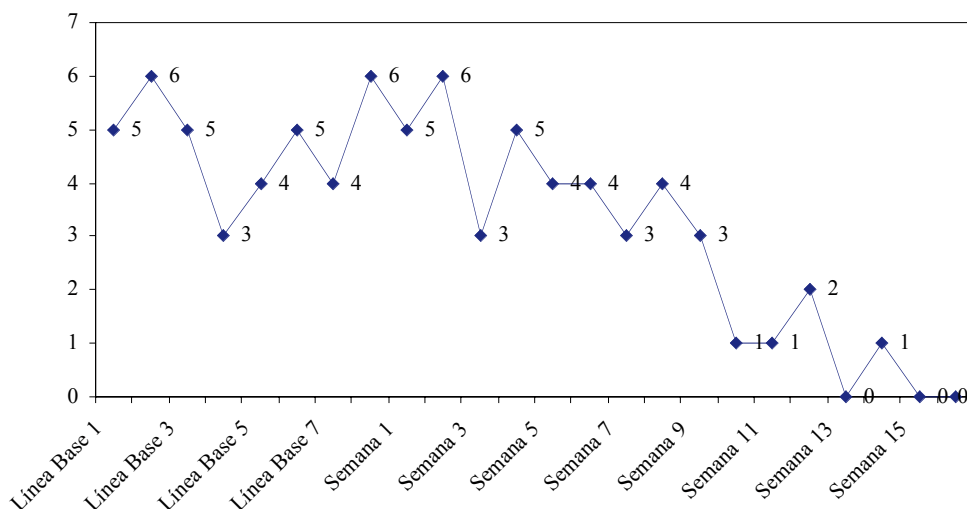


Figura 2. Crisis de ansiedad sufridas por el paciente en las fases de línea base y tratamiento.

dad. Los datos ofrecidos por el estadístico *C* de *Tryon* revelan variaciones significativas en el consumo de *Orfidal*, con un índice *C* estandarizado de $Z_o = 3.462$, lo que revela que se redujo de forma significativa el consumo de esta medicación para un nivel de confianza $\alpha=0,01$ ($Z_t = 2,240$) (figura 3).

Lo mismo ocurre con la toma de *Alprazolam*, donde se observan variaciones significativas en su consumo, con un índice *C* estandarizado de $Z_o = 3.458$, lo que muestra que se redujo significativamente la toma de este fármaco para un nivel de confianza $\alpha=0,01$ ($Z_t = 2.240$) (figura 4).

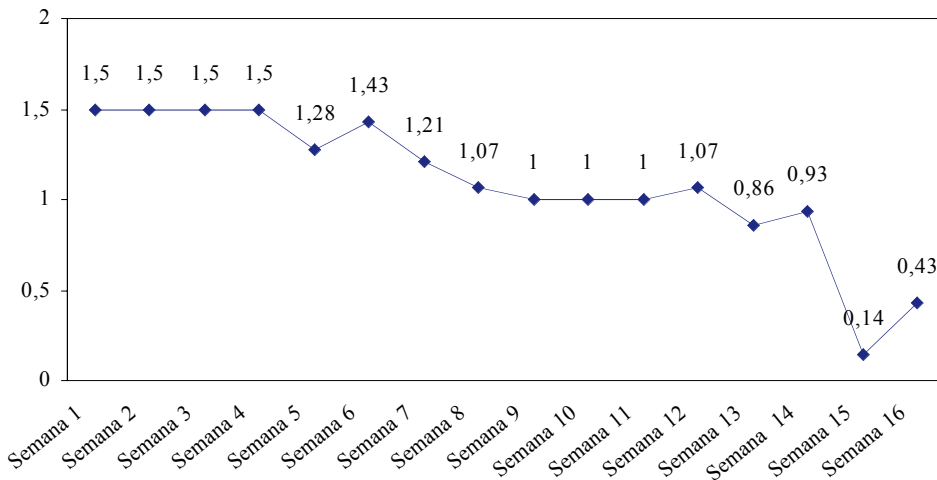


Figura 3. Miligramos de Orfidal ingeridos a lo largo de las semanas de tratamiento.

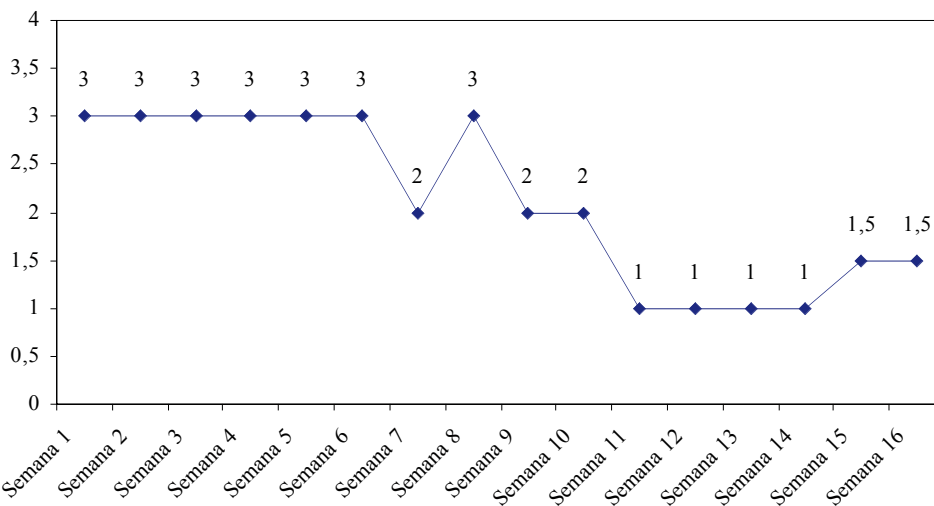


Figura 4. Comprimidos de Alprazolam ingeridos a lo largo de las semanas de tratamiento.

Fase de seguimiento

El paciente informó, vía telefónica, que persistía la mejoría con ausencia total de crisis de ansiedad y de medicación ansiolítica, de modo que sólo tomaba el antidepresivo prescrito. Tampoco existían valoraciones en forma de dramatización ni exigencias de control (“*Me he dado cuenta que ansiedad tiene todo el mundo*”) aunque mantenía cierta ansiedad flotante no valorada de forma catastrófica (“*Estoy bien aunque, a veces, es como si me llenara de tensión, de estrés... pero eso es normal. Lo que todo el mundo tenemos*”), que muy probablemente tengan relación con su personalidad premórbida.

Discusión

Los acontecimientos estresantes por los que ha pasado el paciente constituyen precipitantes claros en su sintomatología actual. Estos acontecimientos, junto a una personalidad previa nosofóbica, hipocondríaca y con rasgos obsesivos de personalidad, han posibilitado la aparición de las crisis de ansiedad. Éstas se han presentado de forma inesperada, no asociándose aparentemente a ningún estímulo ambiental específico. Ante estas crisis, y dada las características de personalidad del paciente, éste ha procurado por todos los modos posibles controlarlas, pero más que un mero intento o preferencia por la no aparición de las mismas, el paciente se ha exigido el control de las crisis, interpretando el no dominio de éstas como una derrota personal. Lo mismo ocurría con la toma de medicación ansiolítica (*Alprazolam*, 0,5 mg), ya que cuando el paciente tenía que tomarla (esto es, cuando no lograba el control de la crisis), se sentía derrotado e interpretaba la toma de medicación como una debilidad personal. Del mismo modo, la hipervigilancia de

sus sensaciones corporales constituía un factor importante de aparición y mantenimiento de las crisis de ansiedad.

Uno de los interrogantes que suscita la intervención descrita es si ha de actuarse sobre la ansiedad primaria o la secundaria. Desde la Teoría Racional Emotiva de A. Ellis, las crisis de ansiedad constituirían el componente primario del problema del paciente. El sentimiento de no poder soportar las crisis (“*No puedo aguantar las crisis*”), las afirmaciones debería (“*No tengo por qué tomar pastillas*”; “*Tengo que dominar esto de una vez*”), la dramatización (“*La ansiedad es como si me fuera a morir*”) y la autocondena (“*Cuando me tomo Alprazolam es como si fuera una derrota para mí*”; “*Tengo ansiedad y, pum, pastilla*”) constituirían el componente secundario. Está claro que los pacientes con ansiedad paroxística acuden a salud mental para ser aliviados de las mismas. No obstante, y aunque nuestro objetivo como terapeutas debe ser el mismo, hay que tener en cuenta que el sujeto de este estudio busca el modo de deshacerse de las crisis de ansiedad a toda costa, dado que interpreta las mismas como algo horrible que hay que eliminar. Si no consigue suprimirla, se condena por ello y se instala en el *no puedismo*. En definitiva, el paciente se exige el control de sus síntomas. En este caso, la opción fue intervenir prioritariamente sobre la ansiedad secundaria, entendiendo que la primaria (las crisis de ansiedad) se reduciría de igual modo, dado que estaba perpetuada o mantenida por la secundaria.

Otro de los aspectos cruciales que se presta a debate tras la intervención es si las técnicas de relajación, así como otras técnicas dirigidas a conseguir el control de los síntomas, le sirven a este paciente para disminuir su activación fisiológica. Teniendo en cuenta la hiperexigencia del paciente con respecto

al control de la ansiedad, una intervención dirigida al síntoma, como son las técnicas de relajación, generarían ansiedad secundaria. Ante la crisis, el paciente genera un pensamiento del tipo: *tengo que deshacerme de esto* y la conducta subsiguiente es *exigirse el control* (con la relajación), con lo que aumenta la ansiedad. A la vista de los resultados, habría de replantearse el modo de prescripción de estas técnicas.

También se ha puesto énfasis en el artículo en analizar si la toma de medicación ansiolítica (*Alprazolam*, 0,5 mg) supone una evitación de las crisis o una exposición a la ansiedad secundaria. La modificación de conducta entiende que la toma de medicación ansiolítica ante una crisis de ansiedad supone una evitación de la misma, de modo que este comportamiento quedaría reforzado al hacer desaparecer a la ansiedad. Sin embargo, dado que en este paciente se optó por el tratamiento de la emoción secundaria, y teniendo en cuenta las reacciones que tenía ante la toma de medicación, se entendió que la toma de la misma suponía una exposición a la ansiedad secundaria. No obstante, nuestra intervención se centró en el trabajo de las cogniciones que acompañaban a la toma de medicación, aunque entendemos que la exposición en imaginación a las cogniciones que generaban emociones secundarias habría sido una alternativa a tener en cuenta.

Por otro lado, aunque nuestro objetivo no fue en ningún momento disminuir la cantidad de medicación ansiolítica, nos encontramos que el paciente la fue reduciendo sin problemas a medida que se encontraba mejor. No obstante, sus cogniciones valorativas en torno a la toma de la misma se modificaron sustancialmente, interpretando de un modo más favorable la necesidad de tomarla.

El caso expuesto es un claro ejemplo de cómo las técnicas de afrontamiento de

la ansiedad, o la toma de medicación en un paciente controlador, puede hacer aumentar la ansiedad secundaria, la cual reforzaría, a su vez, al componente primario de la misma. En el artículo, se ha podido constatar cómo el paciente incorporaba la realización de técnicas de relajación como una exigencia del control de la crisis. Desde la Terapia Racional Emotiva, se catalogarían estas exigencias como ideas distorsionadas generadoras de ansiedad, de modo que el paciente quedaba instalado en el *no puedismo* y se autocondenaba cuando no conseguía el pretendido control de las crisis. Así pues, sería necesario ofertar las técnicas del control de ansiedad o la prescripción de medicación ansiolítica a todo paciente con estas características de personalidad, como herramientas que permitirían la reducción de la ansiedad, pero no como estrategias de control de la misma. De igual modo, el abordaje cognitivo sería necesario en pacientes con estos rasgos, con objeto de desdramatizar las crisis y de que logran catalogar las técnicas terapéuticas ofertadas, como herramientas que les permitirían aumentar la probabilidad de estar más relajados pero, en ningún caso, como medios para exigirse el control de las crisis.

La diferenciación entre ansiedad primaria y secundaria también permite entender cómo un paciente que toma medicación ansiolítica no necesariamente está evitando a la ansiedad. En este paciente, el grado de ansiedad secundaria mostrado ante la toma de medicación era muy elevado, con lo que el paciente estaría exponiéndose a la misma cuando tomara *Alprazolam*. Así pues, la prescripción de la realización de la técnica de exposición excluyendo la toma de medicación estaría reforzando negativamente, en este paciente, a la ansiedad secundaria que se deriva de la toma de la misma.

A raíz de estas observaciones, sería interesante incidir durante la entrevista clínica en la evaluación diferencial de las emociones primarias y secundarias de los pacientes, ya que esta distinción tendría repercusiones en la intervención terapéutica. En este sentido, sería importante diseñar técnicas de evaluación que distinguieran entre estas dos perturbaciones.

En futuros estudios, podría resultar de interés analizar si los pacientes con trastorno de pánico en los que predomine el componente secundario de ansiedad, se benefician de la exposición a la ansiedad secundaria, y en qué medida este posible beneficio se da en igual, menor o mayor medida que de la exposición a la ansiedad primaria.

Referencias

- Asociación Americana de Psiquiatría (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (4ª edición revisada) (DSM-IV-TR). Barcelona: Masson, 2002.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Nueva York: International Universities Press.
- Beck, A.T. (1991). Cognitive therapy: A 30-year therapy. *American Psychologist*, 46, 368-375.
- Beck, A.T. y Freeman, A. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. Nueva York: Guilford.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford.
- Beck, J.S. (2000). *Terapia cognitiva: Conceptos básicos y profundización*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Carrasco Galán, I. (1993). Terapias racionales y de reestructuración cognitiva. En F.J. Labrador, J.A. Cruzado y M. Muñoz (Eds.), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta* (págs. 667-709). Madrid: Pirámide.
- Clark, D.M. (1989). Anxiety states. Panic and generalized anxiety. En K. Hawton, P.M. Salkovskis, J. Kirk y D.M. Clark: *Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems. A practical guide*. Nueva York: Oxford University Press.
- Echeburúa, E. (1993). *Ansiedad crónica. Evaluación y tratamiento*. Salamanca: Eudema.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1993). Técnicas de exposición: variantes y aplicaciones. En F.J. Labrador, J.A. Cruzado y M. Muñoz (Eds.), *Manual práctico de modificación y terapia de conducta*. Madrid: Pirámide.
- Echeburúa, E., Corral, P., García, E. y Borda, M. (1991). La autoexposición y las benzodiazepinas en el tratamiento de la agorafobia sin historia de trastorno de pánico. *Análisis y Modificación de Conducta*, 17, 969-991.
- Ellis, A. (1962). *Reason and Emotion in Psychotherapy*. Nueva York: Lyle Stuart.
- Ellis, A. (1996). *Una terapia breve más profunda y duradera. Enfoque teórico de la terapia racional emotivo-conductual*. Barcelona: Paidós, 1999.
- Jacobson, E. (1929). *Progressive Relaxation*. Chicago: University of Chicago Press.
- Marks, I.M. y O'Sullivan, G. (1992). Psicofármacos y tratamientos psicológicos en la agorafobia/pánico y en los trastornos obsesivo-compulsivos. En E. Echeburúa (Ed.), *Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad*. Madrid: Pirámide.
- Meichenbaum, D. (1987). *Manual de inoculación del estrés*. Barcelona: Martínez Roca, 1985.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1992). *Clasificación Internacional de*

- las Enfermedades Mentales (10ª edición) (CIE-10)*. Madrid: OMS.
- Reiss, S. y McNally, R.J. (1985). Expectancy Model of Fear. En S. Reiss y R.R. Bootzin (Eds.), *Theoretical Issues in Behavior Therapy* (págs. 107-122). Nueva York: Academic Press.
- Tryon, W.W. (1982). A simplified time series analysis for evaluating treatment interventions. *Journal of Applied Behaviour Analysis*, 15, 423-429.
- Tryon, W.W. (1984). A simplified time series analysis for evaluating treatment interventions: A rejoinder to Blumberg. *Journal of Applied Behaviour Analysis*, 17, 543-544.
- Vega, M. (1989). Tratamiento psicofarmacológico de los trastornos de ansiedad. En A. Chinchilla (Ed.), *Tratamientos psicofarmacológicos en psiquiatría*. Barcelona: Lab. Sanofi-Winthrop.
- Walen, S.R., DiGiuseppe, R. y Wessler, R.L. (1980). *A Practitioner's Guide to Rational-Emotive Therapy*. Nueva York: Oxford.
- Wells, A. (1999). A Metacognitive Model and Therapy for Generalized Anxiety Disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 86-95.
- Wells, A. (2000). *Emocional Disorders and Metacognition: Innovate Cognitive Therapy*. Chichester, UK: Wiley.