

EVITACIÓN INTEROCEPTIVA: NUEVO CONSTRUCTO EN EL CAMPO DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

BONIFACIO SANDIN

Universidad Nacional de Educación a Distancia

(Aceptado en abril de 2005)

Se presenta el concepto de «evitación interoceptiva» (EI) como un nuevo tipo de evitación, diferente de la evitación «exteroceptiva» o agorafóbica (EA). La EI es una forma de evitación de actividades, sustancias o situaciones que producen de forma natural sensaciones somáticas similares a los síntomas de pánico o hiperventilación. En contraste, las situaciones o actividades asociadas a la EA consisten más bien en estímulos condicionados preparados filogenéticamente. Por tanto, la naturaleza de ambas formas de evitación no parece ser la misma, y la EI no consiste meramente en un forma más sutil de la clásica EA. Otros aspectos tratados en el artículo incluyen la evaluación psicométrica, y las implicaciones psicopatológicas y clínicas de la EI respecto al trastorno de pánico y la agorafobia. Finalmente, se hacen algunas sugerencias para la investigación futura de este constructo.

Palabras clave: Evitación interoceptiva, evitación exteroceptiva, agorafobia, pánico, sensibilidad a la ansiedad, interpretaciones catastrofistas de las sensaciones somáticas.

Interoceptive avoidance: A new construct in the field of the anxiety disorders

We approach the «interoceptive avoidance» (IA) as a new type of avoidance, different from «exteroceptive» or agoraphobic avoidance (AA). IA is an avoidance of activities, substances or situations that naturally produces somatic sensations similar to hyperventilation or panic symptoms. In contrast with IA, situations associated to AA are best understood as biologically prepared stimuli (potentially phobic conditioned stimuli). Accordingly, the nature of both forms of avoidance not appears to be the same, and IA is not merely a subtle form of the classical AA. Other issues we consider are psychometric assessment, and psychopathological and clinical implications of IA regarding panic disorder and agoraphobia. Finally, some directions for future research are suggested.

Key words: Interoceptive avoidance, exteroceptive avoidance, agoraphobia, panic, anxiety sensitivity, catastrophic misinterpretation of somatic sensations.

INTRODUCCIÓN: CARACTERÍSTICAS DE LA EVITACIÓN AGORAFÓBICA

La evitación de diferentes objetos o situaciones constituye un componente central en la mayoría de los trastornos de ansiedad, en especial en el trastorno de pánico (TP) con agorafobia y en las diferentes fobias (agorafobia sin historia de TP, fobia social, y fobias específicas). Aunque se trate en cualquier caso de conductas de

evitación, la investigación reciente sugiere que la evitación agorafóbica (con o sin TP) difiere sustancialmente de la evitación no agorafóbica (i.e., evitación característica de las fobias específicas y la fobia social) (Clum y Knowles, 1991; White y Barlow, 2002). En los casos de evitación no agorafóbica, los individuos temen las situaciones en sí mismas (p.ej., un individuo con fobia a la sangre suele temer la mera presencia de sangre; un individuo con fobia social suele temer hacer el ridículo ante otras personas o ser evaluado negativamente). En cambio, un individuo con agorafobia suele temer

situaciones diferentes, tales como los supermercados, las calles, los transportes públicos, los restaurantes, etc.; en general, las situaciones públicas, los espacios abiertos y los lugares cerrados (véase Echeburúa y de Corral, 1992a, 1992b). Lo que caracteriza a la evitación agorafóbica no es únicamente que se trate de situaciones claramente diferentes (p.ej., un agorafóbico puede temer situaciones tan heterogéneas como viajar en avión, entrar en un supermercado, o pasear por un jardín), sino fundamentalmente que, más que las situaciones en sí mismas, lo que evitan los pacientes con agorafobia es la ocurrencia de un ataque de pánico o síntomas similares (aunque no está clara la causa, este tipo de situaciones podría favorecer la ocurrencia de síntomas de pánico)¹.

Hasta no hace mucho, sin embargo, la agorafobia era considerada psicopatológicamente como una fobia más, y en con-

secuencia los procedimientos de terapia de conducta que se aplicaban a los pacientes que sufrían de este trastorno diferían poco de los utilizados para los restantes tipos de fobia (fobias específicas y fobia social). No debe extrañarnos, pues, que el propio Westphal, cuando propuso el término «agorafobia» para describir el miedo a los espacios públicos y/o abiertos, no fuera consciente de que lo que realmente temían sus pacientes no eran estos lugares en sí mismos, sino su malestar al estar en tales lugares. Aunque Westphal subrayó que estos pacientes solían experimentar ataques de pánico y ansiedad anticipatoria, no llegó a establecer la conexión entre los ataques de pánico y la agorafobia.

Debido en parte a los argumentos de Klein (1981) sobre la discontinuidad entre la ansiedad y el pánico, y especialmente a la teoría del «miedo al miedo» propuesta por Goldstein y Chambless (1978), la evitación agorafóbica definitivamente comienza a considerarse como un resultado del miedo a los síntomas del pánico, más que como respuesta de miedo a la propia situación agorafóbica. Goldstein y Chambless (1978) basaron su teoría de miedo al miedo en el concepto del condicionamiento interoceptivo según el cual las sensaciones somáticas pueden convertirse en estímulos condicionados y asociarse a respuestas de elevada ansiedad y activación (p.ej., en un ataque de pánico). Así pues, el foco de la teoría de condicionamiento cambió radicalmente: desde la explicación de la agorafobia y los ataques de pánico basada en el condicionamiento exteroceptivo, hacia una explicación fundamentada en el condicionamiento interoceptivo, donde no sólo es posible explicar la agorafobia sino también la ocurrencia de ataques de que pánico aparentemente espontáneos. Este nuevo concepto supuso entender la agorafobia como un trastorno determinado por el miedo a los síntomas somáticos

¹ ¿Porqué los síntomas y/o ataques de pánico suelen ocurrir en las situaciones agorafóbicas? ¿Porqué los ataques de pánico tienden a ocurrir en primer lugar en estas situaciones? Basándonos en el principio de que la agorafobia se desarrolla por la experiencia previa de síntomas de pánico (o similares), se han dado tres explicaciones principales (Taylor, 2000): (a) Algunas situaciones tienden a producir activación fisiológica de forma natural (p.ej., las asociadas a los lugares públicos, como las multitudes, las situaciones no familiares, esperar haciendo cola, los lugares concurridos de gente, etc.); (b) Las situaciones agorafóbicas incrementan la activación fisiológica porque se asocian a ansiedad de separación (suelen implicar separación del hogar y de los familiares); si la ansiedad de separación persiste durante la vida adulta, el individuo sería más propenso a experimentar síntomas de pánico al exponerse a dichas situaciones (para un análisis sobre la relación entre ansiedad de separación y agorafobia, véase Sandin, 1997). Y (c) como hipótesis cercana a la anterior, se ha sugerido que las personas están genéticamente predispuestas a experimentar reacciones de alarma cuando se encuentran fuera de su «territorio familiar»; de este modo, en los seres humanos los lugares públicos «señalan» la existencia de un peligro potencial, de modo similar a lo que ocurre con los animales «territoriales» cuando se encuentran fuera de su territorio (véase Marks, 1987). A nuestro juicio, en las tres interpretaciones subyace la asunción del principio de selectividad («preparedness») de las fobias (i.e., las situaciones agorafóbicas podrían ser consideradas como estímulos biológicamente «preparados» (véase, p.ej., Öhman, 1993).

(asociados al ataque de pánico), y no tanto por el miedo a las propias situaciones agorafóbicas. Como sugieren Goldstein y Chambless, el miedo al miedo puede conducir a una rápida generalización de la agorafobia, ya que las señales asociadas a las respuestas de miedo son internas, transportables por uno mismo, y potencialmente omnipresentes. Este cambio sustancial sobre la conceptualización psicopatológica de la evitación agorafóbica necesariamente se ha visto reflejado en los programas de terapia cognitivo-conductual que actualmente se aplican en el TP con agorafobia (p.ej., Craske et al., 2003).

Aunque todavía no exista un claro acuerdo sobre lo que determina que unos pacientes con pánico terminen desarrollando agorafobia y otros no, la mayor parte de los estudios indican que (a) los ataques de pánico generalmente preceden a la aparición de la agorafobia, y (b) los pacientes con TP suelen desarrollar evitación agorafóbica a las situaciones asociadas al primer ataque de pánico. Según la American Psychiatric Association (2000), más del 95% de los pacientes que acuden por motivos de agorafobia a los centros asistenciales presentan igualmente un diagnóstico (o historia) de TP.

DELIMITACIÓN CONCEPTUAL: EVITACIÓN INTEROCEPTIVA VS. AGORAFÓBICA

Como se ha indicado en el punto anterior, y al margen del papel central que juega el miedo a los síntomas fisiológicos (síntomas de pánico o similares), la denominada evitación agorafóbica hace referencia a una forma de evitación que podríamos denominar «evitación exteroceptiva» (el individuo evita diversas situaciones localizadas externamente). Sin embargo, las personas con TP no evi-

tan únicamente las clásicas situaciones agorafóbicas, indicadas arriba. Si partimos de que los pacientes con pánico y agorafobia lo que temen realmente no son los estímulos externos en sí mismos, sino más bien las sensaciones somáticas de malestar y temor (i.e., sensaciones como la taquicardia, la disnea, los mareos) que suelen acontecer en dichas situaciones, podríamos pensar que los individuos con pánico deberían evitar también aquellas actividades más o menos cotidianas que propiciarán la activación y percepción de dichas sensaciones.

La evitación de este tipo de actividades, que denominamos «evitación interoceptiva», suele ser más sutil y menos marcada que la evitación agorafóbica (aunque ésta también puede ser ligera, como la que acontece en el TP sin agorafobia), e incluye diversos tipos de actividades o situaciones más o menos heterogéneas que comparten la propiedad de inducir sensaciones somáticas (similares a los síntomas de pánico). Estas actividades estimulan la función interoceptiva y pueden consistir en actividades dispares, como correr, hacer gimnasia (p.ej., aeróbic), tomar bebidas excitantes (p.ej., café), o practicar relaciones sexuales. Todas ellas tienen en común que activan la función fisiológica e inducen síntomas somáticos similares a los de la hiperventilación y/o pánico. Con objeto de diferenciarla de la evitación agorafóbica (exteroceptiva), esta forma de evitación ha sido también asumida por algunos autores como «evitación interoceptiva» (Rapee et al., 1994/1995; Shear et al., 1997; White y Barlow, 2002).

Tal vez porque, en último término, en la evitación agorafóbica también subyace la evitación del miedo interoceptivo (i.e., miedo a los síntomas corporales), la evitación de actividades que producen sensaciones somáticas (evitación interoceptiva) se ha diferenciado de la evitación agorafóbica (evitación exteroceptiva) úni-

camente en términos de un continuo de evitación, siendo considerada la evitación interoceptiva una forma de evitación más sutil y mucho menos marcada que la evitación agorafóbica (Brown et al., 2005; Rapee et al., 1994/1995; Taylor, 2000). A nuestro juicio, sin embargo, la evitación interoceptiva no difiere de la evitación agorafóbica únicamente en términos de grado de evitación (más dramática y marcada en esta última), sino que se trata también de una forma de evitación conceptualmente distinta. Más aún, aunque la evitación interoceptiva suele ser más sutil que la agorafóbica, la distinción basada en el grado de evitación no es relevante, ya que la evitación de situaciones agorafóbicas también suele ocurrir de forma muy sutil (p.ej., en muchos casos de TP sin agorafobia). Por tanto, en lo que sigue de este apartado trataremos de delimitar la conceptualización de la evitación interoceptiva como modalidad de evitación diferente a la agorafóbica basándonos en criterios diferentes al grado de evitación.

La evitación interoceptiva se produce debido al temor a los síntomas somáticos similares a los relacionados con la ansiedad (p.ej., incremento de la frecuencia cardíaca, mareos, etc.) que se producen de forma natural al realizar determinadas actividades (p.ej., correr, tomar café, bailar, realizar actividades sexuales, etc.). Por tanto, en principio, el individuo no evita estímulos condicionados (como ocurre en la evitación exteroceptiva) sino conductas asociadas de forma natural a la ocurrencia de ciertas sensaciones corporales. Esto no implica, no obstante, que en este tipo de evitación no exista también condicionamiento. Pues, en primer lugar, como han señalado Bouton et al. (2001), el condicionamiento interoceptivo es muy fácil de establecer y es muy resistente a la extinción. Como indican estos autores, una pequeña dosis de café es suficiente para producir condi-

cionamiento a las sensaciones corporales; y lo que es más importante, «una pequeña dosis de droga puede «señalar» una dosis elevada de la misma droga» (p. 12). Por otra parte, es probable que los individuos que llevan a cabo estas actividades para evitar las sensaciones corporales, ya hayan sido condicionados aversivamente a las mismas, por ejemplo, a partir de la ocurrencia de algún ataque de pánico. Pero también puede ocurrir que simplemente teman estas sensaciones, tal vez por un exceso de sensibilidad a la ansiedad (véase Sandín et al., 1996, 2004a).

En la evitación agorafóbica el individuo puede evitar situaciones que han sido condicionadas por la ocurrencia de algún ataque de pánico, o que han sido generalizadas a partir de ataques de pánico ocurridos en otra situación, por temor a la ocurrencia de un ataque de pánico o a la aparición de síntomas similares a los que se producen durante el ataque de pánico. En este sentido, existe cierta similitud entre la evitación agorafóbica y la evitación interoceptiva. La evitación interoceptiva puede asociarse a situaciones exteroceptivas concretas (y no tanto a actividades), como por ejemplo cuando el individuo se encuentra en una habitación cerrada o en un coche mal ventilado, o en una sauna. Es decir, existe cierta similitud entre ambas formas de evitación.

En este sentido, la evitación interoceptiva podría potenciar la evitación agorafóbica, ya que ciertas situaciones que inducen de forma natural las sensaciones corporales (i.e., actúan como estímulos incondicionados; p.ej., lugares cerrados como una sauna o una habitación cerrada mal ventilada, presenciar un partido en un estadio de fútbol, tomar una bebida estimulante en una cafetería, tomar una comida fuerte en un restaurante, etc.) podrían condicionarse y generalizarse a situaciones similares. Puesto que la evi-

tación interoceptiva suele ser más sutil que la evitación agorafóbica, es probable que en la primera, en contraste con la segunda, predomine la evitación a síntomas poco intensos, más que la evitación del ataque de pánico en sí mismo. Por otra parte, la naturaleza de la evitación interoceptiva sugiere que ésta posiblemente está implicada en ambas formas de TP (con y sin agorafobia), aunque debería presentar una estrecha relación con la evitación agorafobia en general (con o sin significado clínico de esta última). Por tanto, cabría afirmar que se trata de dos formas diferentes de evitación, ya que poseen una naturaleza diferente, si bien pueden estar estrechamente relacionadas y ambas parecen tener una misma finalidad, esto es, evitar las señales de activación fisiológica asociadas al pánico.

De lo indicado hasta aquí se deriva que es probable que la evitación interoceptiva se asocie a un grado elevado de sensibilidad a la ansiedad, pero no necesariamente a un nivel elevado de cogniciones catastrofistas². Las interpretaciones catastrofistas deberían estar más ligadas a la evitación agorafóbica que a la evitación interoceptiva, ya que su papel es más crucial en el desarrollo del ataque de pánico (i.e., activación del círculo vicioso que lleva a la irrupción del ataque de pánico).

Otra diferencia importante entre ambas formas de evitación nos la brinda la propia teoría cognitiva del pánico (Clark, 1986, 1996). Según ha indicado este autor, lo que caracteriza y define la ocurrencia de las interpretaciones catastrofistas (causa del pánico en este modelo) es la interpretación errónea que hace

el individuo sobre las señales corporales ambiguas y benignas. Es decir, un principio de esta teoría es que el individuo no sepa la causa de estas señales, atribuyendo las sensaciones a un proceso interno que indica una posible catástrofe inminente. Si el individuo es capaz de atribuir que la causa de las sensaciones viene dada por un factor externo (p.ej., una comida o el ejercicio físico), en ese caso la teoría predice que no se producirán interpretaciones catastrofistas y, por tanto, no se producirá el TP. Como han sugerido Botella y Ballester (1997), Clark aconseja precisamente que, en el tratamiento cognitivo del pánico, se lleven a cabo «experimentos conductuales» con el paciente basados en actividades que estimulen la activación de los síntomas corporales (p.ej., subir rápido las escaleras, tomar café, etc.), con objeto de modificar las atribuciones del paciente. Cuando un paciente lleva a cabo algún tipo de evitación interoceptiva, sabe perfectamente que la actividad que evita produce de modo natural los síntomas somáticos que el individuo teme, por lo que no debería llevar a cabo interpretaciones catastrofistas. Este tipo de evitación, no obstante, al igual que la evitación exteroceptiva, impide que se extinga el temor a los síntomas de pánico.

Finalmente, cabría objetar que la característica central de la evitación interoceptiva en cierto modo también se da para las situaciones agorafóbicas. Es decir, hemos defendido que una diferencia sustantiva entre ambas formas de evitación radica en que sólo durante la evitación interoceptiva el individuo evita actividades o situaciones que producen de «forma natural» activación de las sensaciones somáticas. Sin embargo, como vimos atrás, algunas situaciones denominadas agorafóbicas también podrían producir activación fisiológica, razón por la cual los ataques de pánico (no situacionales) suelen ocurrir por pri-

² Actualmente los dos principales modelos cognitivos del pánico se basan en la sensibilidad a la ansiedad (véase McNally, 1994, 2002; Taylor, 2000) y en las interpretaciones catastrofistas (véase Clark, 1986, 1996), respectivamente. No obstante, como hemos sugerido recientemente (Sandín, 2005), es más probable un modelo cognitivo que integre ambos constructos (sensibilidad a la ansiedad e interpretaciones catastrofistas).

mera vez en estos contextos. Aun así, no obstante, hay una clara diferencia entre ambas formas de inducción «natural» de los síntomas. Mientras que en el primer caso la inducción de los síntomas es manifiesta y posee un claro mecanismo fisiológico, en el segundo caso (situaciones agorafóbicas) la inducción de los síntomas es probable (aún no está claramente demostrado) y se basa en un mecanismo defensivo filogenético («preparedness») de significado estrictamente psicológico (p.ej., ansiedad de separación).

Vemos, por tanto, que nos encontramos ante dos formas diferentes de evitación que suelen llevar a cabo los pacientes con TP. Aunque hasta ahora la atención se ha centrado exclusivamente en la evitación agorafóbica, la evitación interoceptiva comienza a ser reconocida en la clínica como un fenómeno importante al que se le debe prestar especial atención durante el tratamiento del TP (p.ej., Andrews et al., 1994; White y Barlow, 2002). Por otra parte, desde el punto de vista psicopatológico posee un indudable interés ya que podría estar implicada tanto en la gravedad del pánico como en la potenciación de la evitación agorafóbica, aparte del interés que posee por sí misma como factor perturbador de la salud y la calidad de vida. Todos estos aspectos justifican sobradamente la necesidad de estudiar de forma específica este tipo de evitación, particularmente en los pacientes con TP.

EVALUACIÓN

Que nosotros sepamos, la delimitación conceptual de la evitación interoceptiva, como constructo separado y propio en el ámbito de los trastornos de ansiedad, aún no había sido establecida. Sin embargo, clínicamente hablando, sí se ha venido considerando el papel relevante de la evi-

tación de actividades que producen síntomas somáticos, especialmente en la evaluación (Rapee et al., 1994/1995; Sandin et al., 2004b; Shear et al., 1997) y el tratamiento del TP (Andrews et al., 1994; Taylor, 2000; White y Barlow, 2002). Aunque son muchas las pruebas psicológicas diseñadas para la evaluación del pánico y del TP, en estos momentos sólo existen tres instrumentos psicométricos que permitan evaluar la evitación interoceptiva; veamos algunas características generales de los mismos.

1. *Albany Panic and Phobia Questionnaire* (APPQ; Rapee et al., 1994/1995). Es un cuestionario de autoinforme diseñado para evaluar el nivel de miedo asociado a situaciones sociales, agorafóbicas, y actividades que producen sensaciones somáticas. Cada ítem es estimado según una escala de 9 puntos, que varía entre 0 (ningún miedo) y 8 (miedo extremo). Los 27 ítems del cuestionario se agrupan en tres subescalas, que pretenden reflejar el miedo a las situaciones agorafóbicas («Agorafobia», 9 ítems), miedo a las situaciones sociales («Fobia social», 10 ítems), y miedo a las actividades que producen sensaciones somáticas («Interoceptivo», 8 ítems). Los autores han proporcionado datos normativos para pacientes con trastornos de ansiedad y normales, así como también evidencia empírica que apoya la fiabilidad y validez de la prueba. Recientemente, Brown et al. (2005) han reanalizado psicométricamente la prueba con una muestra amplia de pacientes con trastornos de ansiedad, reduciendo la subescala de Interoceptivo a 5 ítems. Aparte de que esta subescala del APPQ no mida directamente la evitación interoceptiva, sino el miedo interoceptivo, i.e., el miedo asociado a las actividades que inducen sensaciones somáticas, dichas actividades están representadas en el cuestionario de forma muy limita-

da (5-8 ítems), por lo que su validez de contenido es cuanto menos cuestionable. La APPQ, no obstante, tiene el mérito de ser el primer instrumento de autoinforme que incluye la evaluación de las actividades que generan estimulación interoceptiva.

2. *Panic Disorder Severity Scale* (PDSS; Shear et al., 1997; versión española de A. Bulbena, Universidad Autónoma de Barcelona). La PDSS es una prueba de estimación clínica (debe ser administrada por el clínico). Se creó con el propósito de evaluar la gravedad del TP (último mes) en pacientes diagnosticados con este cuadro. Los 7 ítems de que consta la escala se refieren a (1) frecuencia de ataques de pánico, (2) malestar causado por el pánico, (3) ansiedad anticipatoria, (4) evitación y temores agorafóbicos, (5) evitación y temores de las sensaciones de pánico (a partir de este ítem se evalúa conjuntamente el miedo y la evitación a situaciones o actividades que provocan sensaciones físicas desagradables), (6) interferencia laboral, y (7) interferencia social. Datos sobre la fiabilidad y validez de la escala han sido publicados por Shear et al. (1997, 2001). La PDSS tiene un interés circunscrito al ámbito clínico (tratamiento del pánico). Recientemente se han publicado datos sobre una versión de autoinforme de la escala, la PDSS-Self-Report (PDSS-SR; Houck et al., 2002; versión española de B. Sandín, UNED). Aunque ambas formas son laboriosas de cumplimentar (cada ítem incluye mucha información), la versión de autoinforme no está constreñida al propio clínico y, por otra parte, puede tener una mayor aplicación fuera de los pacientes diagnosticados de TP.

3. *Cuestionario de Pánico y Agorafobia* (CPA; Sandín et al., 2004b). El CPA es una prueba de autoinforme para la evaluación y diagnóstico del TP y la agorafobia. El cuestionario puede emplearse para evaluar diversos aspectos relaciona-

dos con el pánico, e incluye secciones relacionadas con la evaluación de (1) características de los ataques de pánico, (2) criterios DSM-IV-TR para el diagnóstico del TP, (3) evitación interoceptiva, (4) evitación agorafóbica y diagnóstico de la agorafobia, y (5) aspectos asociados con la ocurrencia de los ataques de pánico (p.ej., sucesos vitales). En lo que concierne estrictamente a la evaluación de la evitación interoceptiva, ésta se obtiene a partir de una escala de 17 ítems, con un rango de puntuación en cada ítem entre 0 (ninguna evitación) y 4 (lo evita siempre) (Véase Sandín et al., 2004b, para una descripción de los 17 ítems). La escala fue diseñada para evaluar específicamente la evitación de actividades, sustancias y situaciones que generan por sí mismas activación de las sensaciones corporales similares a las que se producen durante el ataque de pánico (p.ej., «hacer gimnasia», «tomar café», «discutir»). Para la construcción de esta escala nos hemos basado en la información referida en algunos manuales de tratamiento del TP (p.ej., Andrews et al., 1994; Barlow y Craske, 1994), así como también a partir de las respuestas de los pacientes con TP tras la aplicación del CPA (Sandín et al., 2004b). El CPA evalúa también el nivel de interferencia producida por la evitación interoceptiva (perturbación de las actividades cotidianas, familiares, laborales o sociales). Los datos que hemos obtenido con la escala sobre su consistencia interna (los coeficientes alfa eran superiores a 0,90) y estabilidad temporal (las correlaciones test-retest eran superiores a 0,70) son excelentes, habiéndose probado también su validez discriminante (Sandín, 2005).

En suma, podría concluirse que en el momento actual el CPA es la primera y única prueba de autoinforme en la que se evalúa específicamente la evitación interoceptiva. El APPQ, aunque también es

una prueba de autoinforme, no evalúa la evitación interoceptiva sino el temor a las actividades que generan activación fisiológica (es decir, evaluaría más bien una forma de temor interoceptivo). Por otra parte, el APPQ mide este temor de forma muy limitada, ya que consta únicamente de 5 (8 en la forma antigua) ítems referidos a este constructo. En lo que concierne al PDSS, como indicamos arriba tampoco evalúa específicamente la evitación interoceptiva, sino una combinación de miedo y evitación interoceptivos que se lleva a cabo mediante un solo ítem, lo cual constituye una importante limitación (realmente, el APPQ está diseñado para ser aplicado durante el proceso del tratamiento a pacientes diagnosticados de TP).

IMPLICACIONES PSICOPATOLÓGICAS Y CLÍNICAS

El constructo de evitación interoceptiva posee indudables implicaciones en el campo de los trastornos de ansiedad, especialmente en relación con el TP y la agorafobia. Tanto en el TP (con o sin agorafobia) como en la agorafobia sin historia de TP, el temor a los síntomas de ansiedad (especialmente los síntomas somáticos, i.e., temor interoceptivo) juega un papel central tanto en la adquisición como en el mantenimiento de dichos trastornos (Taylor, 2000). Aunque este tipo de miedo no es un fenómeno tan sustantivo en otros trastornos de ansiedad, no es descartable que también en ellos pueda desempeñar un papel relevante (sobre todo en los casos con prevalencia de ataques de pánico), así como tampoco en otros trastornos en los que el temor a los síntomas pueda estar significativamente comprometido (p.ej., en algunos trastornos somatoformes). Puesto que la evitación interoceptiva constituye una manifestación del temor

interoceptivo, cabe suponer que la evitación interoceptiva resulte primariamente relevante para el conocimiento y tratamiento del pánico y la agorafobia, y secundariamente para otros trastornos (p.ej., trastornos somatoformes y otros trastornos de ansiedad).

Desde el punto de vista psicopatológico, este nuevo concepto puede ser de gran utilidad para mejorar nuestro conocimiento sobre la diferenciación entre los distintos trastornos de ansiedad, ya que podría representar una característica distintiva del pánico (con o sin agorafobia). Por otra parte, sería de gran interés el estudio futuro de su posible relación con la evitación exteroceptiva (i.e., agorafóbica). Aunque prácticamente se ha venido considerando a la evitación interoceptiva únicamente como una forma sutil de evitación agorafóbica, hemos explicado atrás que se trata de dos tipos de evitación diferenciables conceptualmente. Mientras que la primera se asocia a situaciones, sustancias o actividades que inducen de forma natural los síntomas somáticos, la segunda se asocia a objetos o situaciones preparados filogenéticamente. Esta diferenciación implica que ambas formas de evitación no poseen la misma naturaleza, aun cuando posean una finalidad relativamente similar, e incluso aunque en muchos casos resulte difícil su distinción (véase el epígrafe sobre delimitación conceptual). Aunque aún no disponemos de evidencia suficientemente concluyente, la evitación interoceptiva parece ser un fenómeno que se asocia de forma significativa a la gravedad del pánico, aunque no tanto a la agorafobia (Sandín, 2005). Estudios futuros, por otra parte, deberán determinar si cabe la posibilidad de establecer un subgrupo de pacientes con TP en los que predomine esta forma de evitación, así como también su posible papel diferencial en los tres síndromes (TP sin/con agorafobia, y agorafobia sin historia de

TP). Así mismo, la posible implicación de la evitación interoceptiva en los trastornos de ansiedad u otros trastornos con evidencia de síntomas comórbidos de pánico y/o temor a los síntomas somáticos (p.ej., hipocondría), constituye un campo de investigación futura de interés (para información sobre las relaciones entre miedo a los síntomas somáticos, pánico e hipocondría, véase Belloch y Martínez, 1999; Chorot et al., 1997; Martínez et al., 1997, 2001; Salkovskis y Rimes, 1997).

El concepto de evitación interoceptiva también tiene implicaciones sobre los modelos psicopatológicos del pánico. Los dos principales modelos del pánico, i.e., modelo cognitivo (Clark, 1986, 1996) y modelo de sensibilidad a la ansiedad (McNally, 1994, 2002; Taylor, 2000) predicen de forma diferente la evitación interoceptiva (véase atrás). En este sentido, las interpretaciones catastrofistas de los síntomas somáticos (aspecto central del modelo cognitivo) predicen los ataques de pánico y la evitación agorafóbica, pero no necesariamente la evitación interoceptiva. Esta última parece ser una variable que, en cambio, sí se relaciona con el concepto de sensibilidad a la ansiedad (concepto diferente y más general que el de interpretaciones catastrofistas). Estudios futuros deberán determinar, no sólo el papel que ocupa el concepto de evitación interoceptiva en ambos modelos, sino también la asociación y/o relevancia de la evitación interoceptiva con las diferentes variables vinculadas al pánico (p.ej., frecuencia, intensidad y tipos de los ataques de pánico, perfiles de síntomas de pánico, gravedad del pánico, etc.) y a la agorafobia (tipos y grado de evitación agorafóbica, gravedad de la evitación agorafóbica, agorafobia sin historia de ataques de pánico, etc.).

Desde el marco del tratamiento, específicamente en relación con el tratamiento cognitivo-conductual del trastorno de

pánico y la agorafobia, por lo que hemos indicado hasta aquí parece claro que la evitación interoceptiva necesariamente debería tenerse en cuenta a la hora de establecer los objetivos terapéuticos. Aunque actualmente esta consideración no forma parte de la rutina de los protocolos de tratamiento del pánico y la agorafobia, algunos autores han subrayado la importancia de ello (p.ej., White y Barlow, 2002), si bien considerando a la evitación interoceptiva más como un elemento a controlar [al mismo nivel, que las denominadas «conductas de seguridad» (p.ej., ir acompañado, o llevar consigo fármacos u otros objetos como un teléfono móvil o algún talismán) o las conductas de distracción (p.ej., pellizcarse, ver la televisión, concentrarse en la música)] que como una conducta a modificar en sí misma.

Más aun, la consideración de la evitación interoceptiva en los programas de tratamiento del pánico y la agorafobia posee una relevancia especial por su relación con la «exposición interoceptiva», un componente imprescindible en los principales programas actuales de tratamiento del pánico (Barlow y Craske, 1994; Botella y Ballester, 1997; Gould et al., 1995; McNally, 1997). La exposición interoceptiva puede llevarse a cabo, no sólo mediante pruebas de laboratorio (p.ej., inhalación de CO₂ o infusión de lactato sódico), sino también a partir de los denominados experimentos comportamentales (p.ej., subir rápido las escaleras, tomar café, girar en una silla), muchos de los cuales son similares a las actividades que habitualmente evitan los pacientes con evidencia de evitación interoceptiva.

COMENTARIO FINAL

A través de estas páginas hemos intentado poner de manifiesto la conceptua-

ción e implicaciones psicopatológicas y clínicas del nuevo constructo que hemos denominado como «evitación interoceptiva». Aunque el fenómeno de la evitación interoceptiva ha sido aceptado recientemente por algunos autores, su consideración teórica ha sido a lo sumo anecdótica y ha sido definida únicamente como una forma débil de evitación agorafóbica. Hemos intentado demostrar que la evitación interoceptiva no es únicamente una forma más sutil de la clásica evitación agorafóbica, sino que se trata de una forma de evitación que posee una naturaleza diferente, aunque relacionada, con respecto a la evitación agorafóbica. Así mismo, y como se deriva del hecho de poseer distinta naturaleza, la evitación interoceptiva se relaciona de forma diferente con los dos principales modelos psicológicos actuales del pánico (modelos cognitivo y de sensibilidad a la ansiedad) y, consecuentemente, con sus dos principales variables, esto es, las interpretaciones catastrofistas y la sensibilidad a la ansiedad, respectivamente. La investigación futura deberá determinar la relación empírica entre la evitación interoceptiva y otros conceptos teóricamente emparentados, además de la propia sensibilidad a la ansiedad, tales como la percepción autónoma y la reactividad psicofisiológica. Aunque escasos, existen procedimientos psicométricos recientes para evaluar la evitación interoceptiva que, sin duda, serán de utilidad para las investigaciones futuras sobre este nuevo constructo. Desde el marco de la psicopatología de los trastornos de ansiedad, la incorporación de esta nueva variable servirá para mejorar nuestro conocimiento, descripción y diagnóstico de los trastornos basados en el pánico y la agorafobia, y posiblemente nos permitirá diferenciarlos mejor de otros trastornos de ansiedad y somatoformes. Igualmente, la consideración de

la evitación interoceptiva como posible objetivo terapéutico podrá mejorar la eficacia y/o efectividad de los protocolos modernos de tratamiento del pánico y la agorafobia, a la vez que incrementar la calidad de vida de los pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (APA) (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.): Text revision DSM-IV-TR*. Washington DC: Author.
- Andrews, G., Crino, C., Hunt, C., Lampe, L., y Page, A. (1994). *The treatment of anxiety disorders*. New York: Cambridge University Press.
- Barlow, D.H., y Craske, M.G. (1994). *Mastery of your anxiety and panic II: Client workbook*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Belloch, A., y Martínez, M.P. (1999). *Trastornos somatoformes: Hipocondría*. Madrid: Klinik.
- Botella, C., y Ballester, R. (1997). *Trastorno de pánico: Evaluación y tratamiento*. Barcelona: Martínez Roca.
- Bouton, M.E., Mineka, S., y Barlow, D.H. (2001). A modern learning theory perspective on the etiology of panic disorder. *Psychological Review*, 108, 4-32.
- Brown, T.A., White, K.S., y Barlow, D.H. (2005). A psychometric reanalysis of the Albany Panic and Phobia Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 337-355.
- Chorot, P., Sandín, B., Valiente, R.M., Santed, M.A., y Romero, M. (1997). Actitud hacia la enfermedad, ansiedad y sintomatología somática en pacientes con trastorno de pánico e hipocondría. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2, 123-136.
- Clark, D.M. (1996). Panic disorder: From theory to therapy. En P.M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 318-344). New York: Guilford.
- Clum, G.A., y Knowles, S.L. (1991). Why do some people with panic disorders become avoidant?: A review. *Clinical Psychology Review*, 11, 295-313.

- Craske, M.G., DeCola, J.P., Sachs, A.D., y Pontillo, D.C. (2003). Panic control treatment for agoraphobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 17, 321-333.
- Echeburúa, E., y de Corral, P. (Eds.) (1992a). *La agorafobia: Nuevas perspectivas de evaluación y tratamiento*. Valencia: Promolibro.
- Echeburúa, E., y de Corral, P. (1992b). Un nuevo inventario de agorafobia (IA). En E. Echeburúa y P. Corral (Eds.), *La agorafobia: Nuevas perspectivas de evaluación y tratamiento*. Valencia: Promolibro.
- Goldstein, A.J., y Chambless, D.L. (1978). A reanalysis of agoraphobia. *Behavior Therapy*, 9, 47-59.
- Gould, R.A., Otto, M.W., y Pollack, M.H. (1995). A meta-analysis of treatment outcome of panic disorder. *Clinical Psychology Review*, 15, 819-844.
- Houck, P.R., Spiegel, D.A., Shear, M.K., y Rucci, P. (2002). Reliability of the self-report version of the Panic Disorder Severity Scale. *Depression and Anxiety*, 15, 183-185.
- Klein, D.F. (1981). Anxiety reconceptualized. En D.F. Klein y J. Rabkin (Eds.), *Anxiety: New research and changing concepts* (pp. 235-265). New York: Raven Press.
- Marks, I.M. (1987). *Fears, phobias, and rituals*. New York: Oxford University Press.
- Martínez, M.P., Belloch, A., y Botella, C. (1997). La evaluación psicológica de las preocupaciones hipocondríacas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 1, 137-154.
- Martínez, M.P., Belloch, A., y Botella, C. (2001). Tendencias atribucionales en la hipocondría: Caracterización y cambios con el tratamiento. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 6, 143-165.
- McNally, R.J. (1994). *Panic disorder: A critical analysis*. New York: Guilford.
- McNally, R.J. (1996). Desarrollos recientes en el tratamiento del trastorno de pánico. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 1, 91-103.
- McNally, R.J. (2002). Anxiety sensitivity and panic disorder. *Biological Psychiatry*, 52, 938-946.
- Öhman, A. (1993). Fear and anxiety as emotional phenomena: An interactional analysis. En M. Lewis y J.M. Haviland (Eds.), *Handbook of emotions* (Vol. 8, pp. 127-168). New York: Academic Press.
- Rapee, R.M., Craske, M.G., y Barlow, D.H. (1994/1995). Assessment instrument for panic disorder that includes fear of sensation-producing activities: The Albany Panic and Phobia Questionnaire. *Anxiety*, 1, 114-122.
- Salkovskis, P.M., y Rimes, K.A. (1997). El enfoque cognitivo-comportamental para la ansiedad por la salud («hipocondría»). *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2, 113-122.
- Sandin, B. (1997). *Ansiedad, miedos y fobias en niños y adolescentes*. Madrid: Dykinson.
- Sandin, B. (2005). *Factores psicológicos asociados al trastorno de pánico: Predicción de la gravedad del pánico y la evitación*. Segundo ejercicio de la Prueba de Habilitación Nacional del Cuerpo de Catedráticos de Universidad, Universidad Autónoma de Madrid, 8 de marzo.
- Sandin, B., Chorot, P., y McNally, R.J. (1996). Validation of the Spanish version of the Anxiety Sensitivity Index in a clinical sample. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 283-290.
- Sandin, B., Chorot, P., Valiente, R.M., Sánchez-Arribas, C., y Santed, M.A. (2004b). Cuestionario de Pánico y Agorafobia (CPA): Características de los ataques de pánico no clínicos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 9, 139-161.
- Sandin, B., Chorot, P., Valiente, R.M., Santed, M.A., y Lostao, L. (2004a). Dimensiones de sensibilidad a la ansiedad: Evidencia confirmatoria de la estructura jerárquica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 9, 19-33.
- Shear, M.K., Brown, T.A., Barlow, D.H., Money, R., Sholomskas, D.E., Woods, S.W., Gorman, J.M., y Papp, L.A. (1997). Multi-center collaborative Panic Disorder Severity Scale. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1571-1575.
- Shear, M.K., Rucci, P., Williams, J., Frank, E., Grochocinski, V., Bilt, J.V., Houck, P., y Wang, T. (2001). Reliability and validity of the Panic Disorder Severity Scale: Replica-

- tion and extension. *Journal of Psychosomatic Research*, 35, 293-296.
- Taylor, S. (2000). *Understanding and treating panic disorder: Cognitive-behavioral approaches*. New York, NY: Wiley.
- Westphal, C. (1871). Die agoraphobia: Eine neuropatische Erscheinung. *Archives für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 3, 384-412.
- White, K.S., y Barlow, D.H. (2002). Panic disorder and agoraphobia. En D.H. Barlow (Ed.), *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed., pp. 328-379). New York: Guilford.