



# INVENTARIO DE AGOROFOBIA (IA)

(Echeburúa y Corral, 1987)

NOMBRE .....Nº .....

TERAPEUTA: .....FECHA .....

## A. TIPOS DE RESPUESTAS

### 1. Respuestas motoras

A) Señale con qué frecuencia evita los lugares, medios de transporte o situaciones que se le indican a continuación debido al nivel de malestar que le producen. Utilice la escala siguiente

- |               |                 |
|---------------|-----------------|
| 0. Nunca      | 3. A menudo     |
| 1. Casi nunca | 4. Casi siempre |
| 2. A veces    | 5. Siempre      |

Marque la puntuación correspondiente para cada situación o lugar en ambas condiciones: *solo* y *acompañado*. No escriba nada si la situación planteada no se corresponde con su caso.

LUGARES	<i>Solo</i>	<i>Acompañado</i>
Grandes almacenes .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bares y restaurante.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cine.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ascensores.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aparcamientos subterráneos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Iglesias .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Campos de fútbol o plazas de toros.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lugares altos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Playas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Espacios abiertos (montes, calles anchas.....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hospitales.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



MEDIOS DE TRANSPORTE

Autobuses.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trenes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aviones.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coches.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SITUACIONES

Salir a pasear.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alejarse de casa.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SITUACIONES

Ir de vacaciones y viajar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cruzar puentes y túneles.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acudir al médico.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ir a hacer una gestión en una ventanilla.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ir a visitar a unos amigos o familiares.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ir a buscar a los niños al colegio.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acudir a una unión de vecinos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asistir a una manifestación legal.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ir al trabajo diariamente.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hacer una cola.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asistir a fiestas o reuniones sociales.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Discutir en casa ante los demás.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Que la gente me mire.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hacer la compra en el mercado en el super-mercado.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estar en la peluquería.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comer o beber con otras personas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras (especificuelas).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B) Ahora, por favor, vuelva a leer la lista de estos síntomas y subraye los 5 lugares, medios de transporte y/o situaciones-entre todos los propuestos-que le crean mayor nivel de ansiedad y le dificultan más para su vida cotidiana.



## 2. Respuestas psicofisiológicas subjetivas.

A) Señale la frecuencia con que experimenta y el grado de temor que le producen las sensaciones corporales que se indican a continuación y que pueden ocurrir cuando usted está nervioso o ante una situación temida. utilice las escalas siguientes y no deje, por favor, ningún elemento sin constatar:

### Escala de frecuencia

0. Nunca
1. Casi nunca
2. A veces
3. A menudo
4. Casi siempre
5. Siempre

### Escala de grado de temor

0. Nada
1. Casi nada
2. Poco
3. Bastante
4. Mucho
5. Muchísimo

	<i>Frecuencia</i>	<i>Grado de temor</i>
Taquicardia .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opresión torácica .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frecuencia Grado de temor.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdida de sensibilidad en brazos o piernas .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdida de sensibilidad en cualquier parte del cuerpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escalofríos u oleadas de calor. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mareos o vértigos .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visión nublada o borrosa.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nauseas y/o vómitos .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tener un nudo en el estómago.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flojera en las piernas .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sudoración .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sequedad de boca .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentirse desorientado y confuso.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensación de ahogo y sofoco .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desmayos .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Temblores o estremecimientos .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Diarreas .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad para respirar o respiración agitada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de cabeza .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cansancio extremo .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras (especificuelas):.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B) Ahora, por favor, vuelva a leer la lista de síntomas y subraye las tres sensaciones corporales que le crean más dificultades en su vida cotidiana.

USO RESTRINGIDO



### 3. Respuestas Cognitivas

A) Señale con que frecuencia se le pasan por la cabeza cuando está usted nervioso o asustado las ideas que figuran a continuación. Utilice la escala siguiente:

- |               |                 |
|---------------|-----------------|
| 0. Nunca      | 3. A menudo     |
| 1. Casi nunca | 4. Casi siempre |
| 2. A veces    | 5. Siempre      |

Me voy a marear .....	<input type="checkbox"/>
Me voy a desmayar.....	<input type="checkbox"/>
A lo mejor tengo un tumor cerebral.....	<input type="checkbox"/>
Me va a dar un infarto .....	<input type="checkbox"/>
Voy a decir tonterías .....	<input type="checkbox"/>
Voy a volverme loco.....	<input type="checkbox"/>
Voy a perder el control .....	<input type="checkbox"/>
Voy a hacer daño a alguien .....	<input type="checkbox"/>
Voy a gritar .....	<input type="checkbox"/>
Voy a quedarme enfermo para toda la vida .....	<input type="checkbox"/>
Me voy a quedar paralizado por el miedo y no hacer nada .....	<input type="checkbox"/>
Voy a ser incapaz de volver a casa (o a un sitio seguro) por mí mismo .....	<input type="checkbox"/>
Otras (especificuelas): .....	<input type="checkbox"/>

B) Ahora, por favor, vuelva a leer la lista y subraye los 3 pensamientos que le crean mayor nivel de ansiedad y le dificultan mas para su vida cotidiana.



## B. VARIABILIDAD DE LAS RESPUESTAS

1.a) Señale con una X los factores concretos que contribuyen a *aumentar* la ansiedad que experimenta en los lugares, medios de transporte o situaciones que ha indicado anteriormente.

- La hora del día. Diga en su caso, cual.....
- La cantidad de gente presente
- El calor y/o los ambientes cargados
- Las discusiones familiares
- El estrés laboral
- El pensar sobre mis problemas
- Otros (especifíquelos):.....

B) Ahora, por favor, vuelva a leer la lista y subraye el factor que contribuye a aumentarle más la ansiedad.

2.a) Señale con una X los factores concretos que contribuyen a *reducir* la ansiedad que experimenta en los lugares, medios de transporte o situaciones que ha indicado anteriormente:

- La compañía de su pareja
- La presencia de su perro
- Llevar consigo algún objeto. Especifique cual:.....
- El pensar en otra cosa y estar distraído.