

LA AUTOEXPOSICION COMO TRATAMIENTO PSICOLOGICO EN UN CASO DE AGORAFOBIA

Mercedes Borda Mas *

Enrique Echeburúa Odriozola **

* Departamento de Psiquiatría, Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. UNIVERSIDAD DE SEVILLA.

** Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. UNIVERSIDAD DEL PAÍS VASCO.

RESUMEN

En este artículo se describe el tratamiento con autoexposición en un caso de agorafobia. El paciente, un joven soltero de 24 años, estaba aquejado de agorafobia desde hacía 4 años. El programa de exposición consistió en exponerse a los estímulos evocadores de ansiedad durante 1 o más horas diarias, con la ayuda de un manual de autoexposición y de unos registros diarios. El tratamiento constó de siete sesiones clínicas en un período de seis semanas. Tras un año de seguimiento, el paciente se encontraba muy mejorado, ya que se habían reducido considerablemente las conductas de evitación y había aumentado la adaptación social y laboral. Se comentan las implicaciones de este caso para la investigación clínica y la práctica profesional.

Palabras-Clave: *Autoexposición. Agorafobia. Tratamiento.*

SUMMARY

In this paper the treatment of a case of agoraphobia with self-exposure is described. The patient, a 24-year-old single man, was suffering from agoraphobia for four years. The core exposure principle involves the sufferer repeatedly

confronting the cues that evoke fear/panic for prolonged periods until the ensuing distress subsides, with the help of a self-exposure manual. This is done for an hour or longer daily, and the patient records these in an exposure-homework diary to keep track of progress. The treatment was developed all through seven clinical sessions in a period of six weeks. At the end of 1 year follow-up the patient was much improved, with an important reduction in target problems and an improvement in mobility and in work and social adjustment. The implications of this case for clinical research and practice are discussed.

Key-Words: *Self-exposure. Agoraphobia. Treatment.*

INTRODUCCION

En los últimos años se ha suscitado un interés creciente por el estudio de la agorafobia. Se trata de un cuadro clínico que presenta una tasa de prevalencia en torno al 1,2% - 3,8% de la población (Weissman, 1985; Reich, 1988) y que afecta a un 50% - 80% de la población fóbica que busca ayuda terapéutica (Michelson, 1987).

La agorafobia es el trastorno fóbico que más incapacidad produce y, además, no remite espontáneamente con el paso del tiempo (Agras, Chapin y Oliveau, 1972). Este cuadro clínico está constituido por un conjunto de temores a lugares públicos (especialmente cuando el paciente está solo), como salir a la calle, utilizar transportes públicos (trenes, autobuses, aviones, etc.) y estar en lugares en donde hay mucha gente (supermercados, cines, campos de fútbol, iglesias, etc.). Pueden estar también presentes en la agorafobia algunos otros temores (aunque con menor frecuencia que los citados anteriormente), como hallarse en espacios cerrados (túneles, ascensores, etc.), atravesar puentes, etc. Lo peculiar de la agorafobia respecto a otros trastornos fóbicos monosintomáticos es que está constituida por un grupo de temores y que dicho grupo tiende a variar conjuntamente (Agras, 1989; Echeburúa, 1990; Marks, 1991).

El síndrome comienza habitualmente con miedo o pánico en un lugar público y se reduce cuando el paciente escapa de la situación. La consecuencia es que el paciente tiende a evitar esa situación y, por generalización, otros lugares públicos en donde nunca ha experimentado un ataque de pánico; incluso el pensar en ese tipo de lugares puede inducirle un pánico o ansiedad anticipatorios. La evitación de los lugares públicos para reducir el miedo o el pánico se convierte en la causa nuclear de la incapacidad de los pacientes, que, en los casos más graves, terminan por quedar recluidos en los límites del hogar. Esta situación

trae como consecuencia una marcada incapacidad social para ellos y para sus familias, así como temores hipocondríacos y episodios depresivos.

Durante los ataques de pánico los pacientes manifiestan también muchos síntomas psicofisiológicos y cognitivos de ansiedad, como palpitaciones, mareos, disnea, sequedad de boca, temblores, temor de volverse locos, de morir o de perder el control. A menudo se desarrolla un temor secundario a estos síntomas, denominado el "miedo al miedo", pero este temor no es específico de la agorafobia, ya que también está presente en las fobias sociales y específicas (Marks y O'Sullivan, 1989).

En los últimos años se han ensayado cuatro tipos de terapias para el tratamiento de la agorafobia: a) las terapias de exposición (Echeburúa y Corral, 1992; Marks, 1991); b) las terapias cognitivas (Clark, 1989; Emmelkamp, Kuipers y Eggeraat, 1978; Michelson, 1987); c) los fármacos antidepresivos o ansiolíticos (alprazolam), solos o en combinación con técnicas de exposición (Echeburúa, Corral, García y Borda, 1991; Telch, Agras, Taylor, Roth y Gallen, 1985); y d) las terapias conductuales de amplio espectro que se centran en las relaciones interpersonales del paciente, y en concreto en las relaciones de dependencia (Goldstein y Chambless, 1978).

Desde la perspectiva de la percepción del paciente, los tratamientos psicológicos (de exposición y cognitivos) son más aceptables y eficaces, sobre todo a largo plazo, que los basados en la administración de fármacos (Norton, Allen y Hilton, 1983). De hecho, la tasa de rechazos al tratamiento de exposición oscila en torno a un 10% de los casos, mientras que la tasa de rechazos a los tratamientos farmacológicos puede oscilar en torno al 20% de los pacientes (Telch et al., 1985).

La tasa media de pérdida de pacientes es considerablemente menor en la terapia de exposición que en los tratamientos psicofarmacológicos y oscila entre el 10% (Jansson y Öst, 1982; Mavissakalian y Barlow, 1981) y el 16% (Lelliott, Marks, Monteiro, Tsakiris y Noshirvani, 1987), pero este porcentaje puede subir hasta el 25% - 40% cuando se utilizan fármacos o se añaden psicofármacos al tratamiento psicológico (Aronson, 1987).

Hay una diferencia crucial entre los fármacos y la exposición. El efecto del fármaco desaparece cuando cesa la administración del mismo, pero el efecto de la exposición se mantiene durante años. Si un fármaco tiene que ser consumido durante años para que no se produzca la recaída, su utilidad es menor debido al coste, a los efectos secundarios y a los peligros a largo plazo, que no por desconocidos deben menospreciarse. El problema adquiere, además, otra dimensión cuando se dispone de la alternativa terapéutica de la exposición -un tratamiento psicológico eficaz y con pocos efectos secundarios (Echeburúa y Corral, 1991)-.

El interés del caso presentado en estas páginas deriva de la aplicación de un programa de exposición autoadministrado, en donde se produce un contacto

terapeuta-paciente mínimo y que no afecta, sin embargo, al resultado final del tratamiento. De este modo, disminuye el tiempo de terapia, se reduce la dependencia del terapeuta (que suele constituir un problema importante en los pacientes agorafóbicos) y se facilita el mantenimiento de los logros terapéuticos. Este caso forma parte de una investigación clínica más amplia sobre la eficacia diferencial de terapias en el tratamiento de la agorafobia llevada a cabo por los autores y descrita en otro lugar (Echeburúa et al., 1991).

METODO

Sujeto

El paciente es un varón de 24 años, soltero, enfermero de profesión, sin problemas económicos, que vive con sus padres y una hermana soltera de 26 años y que trabaja en una clínica de Bilbao. Acude a la consulta clínica de la universidad (programa de tratamiento de los trastornos de ansiedad) en septiembre de 1989 aquejado de una agorafobia.

El paciente se siente incapaz de acudir a lugares públicos (especialmente, campos de fútbol, tiendas, cines, montes, etc.) o de hacer frente a situaciones en donde hay mucha gente (colas, fiestas, etc.) que anteriormente le resultaban satisfactorias o, al menos, no le creaban dificultades. Lo que experimenta en esas circunstancias es taquicardia, sudoración, opresión torácica y sensación de ahogo y sofoco, así como el temor a perder el conocimiento y a desmayarse de forma inminente. Los síntomas se agravan si se encuentra solo. Tiende, por ello, a evitar sistemáticamente estas situaciones, a reducir sus actividades de ocio y a permanecer mucho tiempo en casa en sus ratos libres. Las relaciones sociales son actualmente muy escasas. El pensar en la posibilidad de acercarse a los estímulos evitados le produce también un gran grado de malestar y le provoca la aparición, aunque de forma mitigada, de los síntomas psicofisiológicos expuestos. Los ataques de pánico son, sin embargo, muy poco frecuentes desde que ha optado por recluírse en casa en cuanto sale del trabajo y en los ratos libres.

El problema surgió bruscamente hace 4 años durante el período de cumplimiento del servicio militar. El paciente estaba destinado como conductor del coche oficial de un comandante en un cuartel de Bilbao. En un contexto de tensión emocional (el temor a ser víctima de un atentado), el primer ataque de pánico se produjo cuando el paciente acompañaba al comandante a recoger una documentación de una oficina espaciosa y con muchos empleados del Gobierno Militar, en donde la atmósfera estaba cargada por el humo y una calefacción de gran intensidad. Se sintió de repente acalorado, con ahogos y, si bien no llegó a perder el conocimiento, tuvieron que ayudarlo a salir del local. En cuanto salió

al exterior y tomó una manzanilla, se encontró mejor, y al día siguiente reanudó su actividad laboral. Al mes siguiente recuerda haber sufrido dos o tres ataques más, con los mismos síntomas, en lugares cerrados (un cine y un bar, concretamente) y en un autobús. La reacción a estos ataques era siempre la misma: salir del local y acudir a casa cuanto antes. A partir del primer mes, las situaciones evocadoras de ansiedad se generalizaron a todo tipo de lugares cerrados (excepto la clínica en donde trabaja), a los transportes públicos y a pasear solo por la calle.

El historial médico y psicológico del paciente es el característico de una persona con salud normal, sin haber padecido ninguna enfermedad grave ni haber experimentado ninguna intervención quirúrgica. El desarrollo evolutivo de la infancia y adolescencia ha sido normal, con unas relaciones familiares y laborales satisfactorias. Tiene un buen concepto de sí mismo. Se trata de una persona reservada, un tanto dependiente de sus padres, pero con unas relaciones sociales que, aunque escasas, son satisfactorias. Sus intereses lúdicos son, fundamentalmente, el deporte (jugar a pala e ir al monte, nadar en verano), ir al cine y salir con los amigos; no obstante, en los últimos 3 años pasa mucho tiempo en casa por temor a que se le vuelvan a reproducir los ataques. Consume alcohol dentro de unos límites moderados y no fuma ni toma drogas. No ha recibido ningún tratamiento psiquiátrico ni psicológico antes de la aparición de este trastorno. No hay tampoco antecedentes psicopatológicos ni consultas médicas y/ o psicológicas por este motivo en el núcleo familiar.

El paciente consultó por este problema al Centro de Salud Mental de su zona hace 2 años. Se le prescribió un tratamiento psicofarmacológico con benzodiazepinas (Alprazolam), con una dosificación de tres tomas diarias de 0,5 mg, y se le recomendó reanudar su tipo de vida habitual. Con este tratamiento se encontró menos ansioso, pero no fue capaz de hacer frente a las situaciones temidas. Tras dos meses de terapia sin una mejoría perceptible, optó por abandonarla. Ya no ha vuelto a hacer ninguna consulta profesional por este problema.

Procedimiento

a) Evaluación

En la primera entrevista de evaluación la terapeuta (la primera autora de este trabajo) lleva a cabo una entrevista clínica estructurada (el ADIS-R, Di Nardo y Barlow, 1988) con el paciente, que posibilita el diagnóstico de una "agorafobia sin historia de trastorno de pánico con crisis de síntomas limitados" (categoría 300.22) según los criterios del DSM-III-R (American Psychiatric

Association, 1987). Desde la perspectiva del diagnóstico diferencial, se descarta la existencia de una fobia social porque, si bien el paciente tiene ahora una vida social limitada, ésta es consecuencia de la reclusión del paciente en el hogar. De hecho, se relaciona bien cuando recibe visitas en casa o cuando interactúa socialmente con otras personas en los "lugares seguros" (por ejemplo, en el trabajo). La duración de esta entrevista es de alrededor de 1,5 horas.

Tras la elaboración de la historia clínica detallada, se entregan al paciente las escalas y cuestionarios que figuran (con las puntuaciones correspondientes) en la tabla 1 y que debe traer debidamente cumplimentados en la próxima sesión. Los resultados de estas pruebas reflejan, en síntesis, un grado elevado de evitación agorafóbica, un nivel alto de inadaptación global y una depresión ligera.

TABLA 1.- Resultados en los cuestionarios y escalas antes del tratamiento

Cuestionarios y escalas *	Puntuación
Cuestionario de Miedos FQ Subescala de Agorafobia (0-40) (Mathews et al., 1986)	32
Inventario de Depresión BDI (versión de 21 ítems) (0-62) (Conde y Franch, 1984)	14
Escala de Adaptación Subescala Global (0-5) (Echeburúa y Corral, Apéndice 1)	5

* Figuran entre paréntesis, a efectos de facilitar la labor del lector, la amplitud teórica de las puntuaciones y los lugares en donde se pueden encontrar en castellano los cuestionarios y escalas citados, así como, en su caso, la versión utilizada de los mismos.

En la segunda entrevista se lleva a cabo una lista de las conductas-objetivo, elaborada por el paciente con la ayuda de la terapeuta, que permite establecer un programa de tratamiento individualizado. Esta lista, así como el grado de dificultad subjetivo actual de cada una de ellas, figura en la tabla 2. La duración total de esta entrevista es de 45 minutos.

TABLA 2.- Lista de las conductas-objetivo antes del tratamiento

Conductas-Objetivo (0-10)	Grado de dificultad
Conducta 1ª: Utilizar el autobús para acudir al trabajo.	9,5
Conducta 2ª: Ir al cine o a un espectáculo los fines de semana con los amigos.	8,5
Conducta 3ª: Acudir al banco o a una oficina para hacer una gestión.	8
Conducta 4ª: Pasear solo por la calle.	8
Conducta 5ª: Permanecer en un bar o comer en un restaurante.	7,5

b) Hipótesis explicativa

Una vez llevada a cabo la evaluación, se le da al paciente una información detallada de la agorafobia y se le explican los factores de adquisición y mantenimiento de este trastorno. Estas explicaciones son de gran interés para motivar al paciente al tratamiento y al cumplimiento de las prescripciones terapéuticas.

El elemento desencadenante del primer ataque de pánico en este caso es, probablemente, el malestar y la tensión experimentados por el paciente cuando hacía de conductor de un comandante en el servicio militar por temor a ser víctima de un atentado. A continuación, el paciente evita, por un proceso de condicionamiento, los lugares asociados al escenario del primer ataque -una oficina llena de gente- y, más tarde, por un proceso de generalización, todo tipo de lugares cerrados y públicos, así como transportes públicos y paseos en solitario. La tendencia a recluirse en casa es el último eslabón de una cadena de evitaciones que están mantenidas por reforzamiento negativo.

No es infrecuente que las fobias comiencen tras una situación de estrés o un suceso vital doloroso (como la muerte de un ser querido, el divorcio, una enfermedad, etc.) poco relacionado con el tipo de fobias experimentadas. De este

modo, lo que aparece inicialmente en muchos casos es una sensación de malestar inespecífica como *suceso inicial*, que puede asociarse *posteriormente* a estímulos o sentimientos que inducen a la evitación. Sólo esto último responde a un proceso de condicionamiento, pero no la situación inicial (Echeburúa y Corral, 1990).

La terapeuta enseña al paciente que la evitación mantiene el pánico, que es, además, la fuente principal del trastorno y que la única forma de superarla es con la ayuda de una exposición regular. Las tareas pueden ser inicialmente molestas, pero la terapeuta le va a proponer al paciente un programa graduado y le va a enseñar unas habilidades para hacer frente a ese malestar inicial.

c) Tratamiento

La intervención elegida en este caso fue el tratamiento de autoexposición gradual en vivo, en función del papel central que desempeñaban las conductas de evitación y de la inexistencia de una depresión intensa (que hace desaconsejable la aplicación de esta técnica). La autoexposición se llevó a cabo según el método de la práctica programada (Mathews et al., 1986).

El programa terapéutico constó de siete sesiones individuales con una periodicidad semanal. En la primera semana, sin embargo, se realizaron dos sesiones, con un intervalo de 3 días, con el fin de comprobar si el tratamiento se estaba desarrollando de forma correcta. La duración total de la terapia fue, por tanto, de 6 semanas. El tiempo total de contacto del terapeuta con el paciente, excluida la evaluación, fue de 4 horas y 15 minutos.

El programa de autoexposición se basó en los registros diarios del paciente, en el manual de autoayuda de Mathews et al. (1986) y en la demanda de colaboración de la hermana como coterapeuta, a quien se le explicó su función (acompañar inicialmente al paciente en las tareas, reforzarle tras la realización de las mismas y alentarle a seguir adelante en los momentos de desánimo) y se le proporcionó también un manual de ayuda (Mathews et al., 1986). El contenido de la autoexposición que llevó a cabo el paciente estaba referido a las conductas-objetivo elaboradas conjuntamente entre él y la terapeuta (tabla 2). El paciente debía realizar las tareas de exposición 6 días a la semana durante 2 horas al día según las instrucciones de la terapeuta.

En la primera sesión la terapeuta seleccionó las dos primeras conductas-objetivo señaladas en la tabla 2 (que son las que más dificultades le suponían y cuya superación más le podía mejorar la calidad de vida) y estableció, junto con el paciente, las tareas de exposición que iba a llevar a cabo gradualmente en relación con dichas conductas. El paciente no debía tomar ningún ansiolítico ni superar el consumo de 2 vasos de vino diarios (pero sin ingerir nada 4 horas antes de las

TABLA 3.- Registro de tareas de exposición (Echeburúa y Corral, 1991)

FECHA	HORA DE COMIENZO	HORA DE FIN	TAREAS DE EXPOSICION	ANSIEDAD MAXIMA (0-10)		SOLO O CON COTERAPEUTA	ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO
				ANTES	DESPUES		
19.11	10	10,20	Conducta-Objetivo 1º: Utilizar el autobús para acudir al trabajo. * Recorrer en autobús 2 paradas del trayecto junto con mi hermana a una hora tranquila.	9	4	Coterapeuta	Respiraciones profundas
19.11	13	13,45	* Recorrer en autobús 4 paradas del trayecto junto con mi hermana (pero sentada en otro lugar) a una hora indeterminada.	8,5	3,5	Coterapeuta	Respiraciones profundas
20.11	19	19,30	* Recorrer solo en autobús 2 paradas a una hora punta mientras mi hermana me espera en la parada.	9	4	Solo	Respiraciones profundas. Autoinstrucciones positivas: "Soy capaz de hacerlo solo; no me voy a marear".

Plan para la semana siguiente: Repetir los mismos ejercicios de exposición hasta que la ansiedad no sea mayor de 3. Después de esto, hacer trayectos gradualmente más largos, a horas punta y solo.

TABLA 4.- Registro de tareas de exposición (Echeburúa y Corral, 1991)

FECHA	HORA DE COMIENZO	HORA DE FIN	TAREAS DE EXPOSICION	ANSIEDAD MAXIMA (0-10)		SOLO O CON COTERAPEUTA	ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO
				ANTES	DESPUES		
19.11	19,30	21,30	Conducta-Objetivo 2 ^a : Ir al cine o a un espectáculo los fines de semana con los amigos. * Ir con mi hermana al cine un lunes por la tarde y sentarme al final de la sala en el extremo de la fila.	7	3	Coterapeuta	Autoinstrucciones positivas: "Voy a disfrutar de la película; mi hermana está a mi lado".
23.11	22,30	00,30	* Ir con mi hermana al cine un viernes por la noche y sentarme en la parte central al extremo de la fila. Mi hermana se sienta en otro lugar no cercano.	8,5	4	Coterapeuta	Autoinstrucciones positivas: "Voy a ser capaz de hacer lo que hacen los demás; yo no soy distinto".
26.11	19,30	21,30	* Ir solo al cine un lunes por la tarde y sentarme en la parte central al extremo de la fila.	9	4,5	Solo	Respiraciones profundas. Autoinstrucciones positivas: "Voy a respirar bien; así me siento capaz".

Plan para la semana siguiente: Repetir los mismos ejercicios de exposición hasta que la ansiedad no sea mayor de 3. Después de esto, empezar a acudir gradualmente a otros espectáculos atractivos (conciertos) solo a con amigos (pero sin coterapeuta).

tareas) porque podían interferir negativamente con la exposición. Se le enseñaron dos estrategias de afrontamiento para superar el malestar causado por la exposición (respiraciones lentas y profundas y autoinstrucciones positivas) y se le instruyó a que debía continuar con cada tarea de exposición sin abandonar al menos hasta que se produjera una disminución del 50% de la ansiedad (que es una medida de la habituación).

En la segunda sesión se revisaron los registros de tareas traídos por el paciente (tablas 3 y 4), en donde había anotado todo lo sucedido en cada exposición, se comentaron las dudas del libro de autoayuda y se marcaron nuevas tareas en relación con las conductas 1ª y 2ª. En las siguientes sesiones, además de comprobar los registros, reforzar al paciente por los progresos experimentados y analizar conjuntamente los contratiempos surgidos, se comenzaron a fijar tareas relacionadas con el resto de las conductas-objetivo, a medida que se producía un progreso en las dos primeras. Todas las tareas estaban centradas especialmente con la regularización de la vida ordinaria y con el restablecimiento de unas relaciones sociales satisfactorias. La presencia del coterapeuta junto al paciente en las tareas de exposición se iba reduciendo de forma progresiva según un ritmo de un 20% de tiempo menos por semana. A la 6ª semana el paciente tenía que hacer todas las tareas por sí mismo.

Por último, en la séptima sesión se realizó un balance global del programa y de los logros experimentados, se recordó al paciente la necesidad de proseguir con la práctica y se establecieron, con el objetivo de mantener la motivación del paciente, unos objetivos a largo plazo que estaban fuera de la rutina diaria (viajes de largas distancias, vacaciones, etc.). La consecución de estos objetivos, así como las dificultades planteadas, se revisaron en las cuatro sesiones de seguimiento (1, 3, 6 y 12 meses).

RESULTADOS

El carácter polisintomático de la agorafobia hace aconsejable la utilización de criterios múltiples de cambio conductual para evaluar adecuadamente las consecuencias de una intervención terapéutica.

El cambio terapéutico se evaluó a través de la aplicación de medidas repetidas de los instrumentos de evaluación utilizados antes del tratamiento. Los cuestionarios y las escalas aplicados a este paciente se han mostrado en diversos estudios muy sensibles al cambio terapéutico (Echeburúa et al., 1991).

En la tabla 5 figuran las puntuaciones obtenidas en los cuestionarios y escalas en el postratamiento. Tal como se refleja en el análisis comparativo entre el pre y el postratamiento, se ha producido una reducción notable de la evitación agorafóbica, así como de la inadaptación global del paciente. El grado de depresión, sin embargo, apenas se ha modificado.

TABLA 5.- Resultados en los cuestionarios y escalas antes y después del tratamiento

Cuestionarios y escalas *	Puntuación	
	Antes	Después
Cuestionario de Miedos FQ Subescala de Agorafobia (0-40) (Mathews et al., 1986)	32	8
Inventario de Depresión BDI (versión de 21 ítems) (0-62) (Conde y Franch, 1984)	14	12
Escala de Adaptación Subescala Global (0-5) (Echeburúa y Corral, Apéndice 1)	5	2

Desde una perspectiva más específica, en la tabla 6 figura el grado de dificultad actual de las conductas-objetivo establecidas por el paciente antes de la terapia. La comparación entre el pre y el postratamiento permite concluir que se ha obtenido un avance significativo tras la intervención en todas las conductas-objetivo, excepto en la 5ª (“permanecer en un bar o comer en un restaurante”), que es, sin embargo, la menos incapacitante para la vida cotidiana del paciente.

Por último, y a modo de medición complementaria, se presenta en la figura 1 la evolución del número de horas que el paciente pasa fuera de casa (excluido el tiempo invertido en el trabajo) desde el pretratamiento hasta el seguimiento de los 12 meses. Los resultados expuestos -aportados por el paciente y confirmados por la coterapeuta- reflejan una mejoría significativa con el tratamiento, que aumenta incluso en los seguimientos de 1 y 3 meses y que se mantiene estable a partir de ese momento. A medida que se producía este cambio, el paciente se iba sintiendo capaz de retomar sus antiguas amistades y de llevar una vida social aceptable.

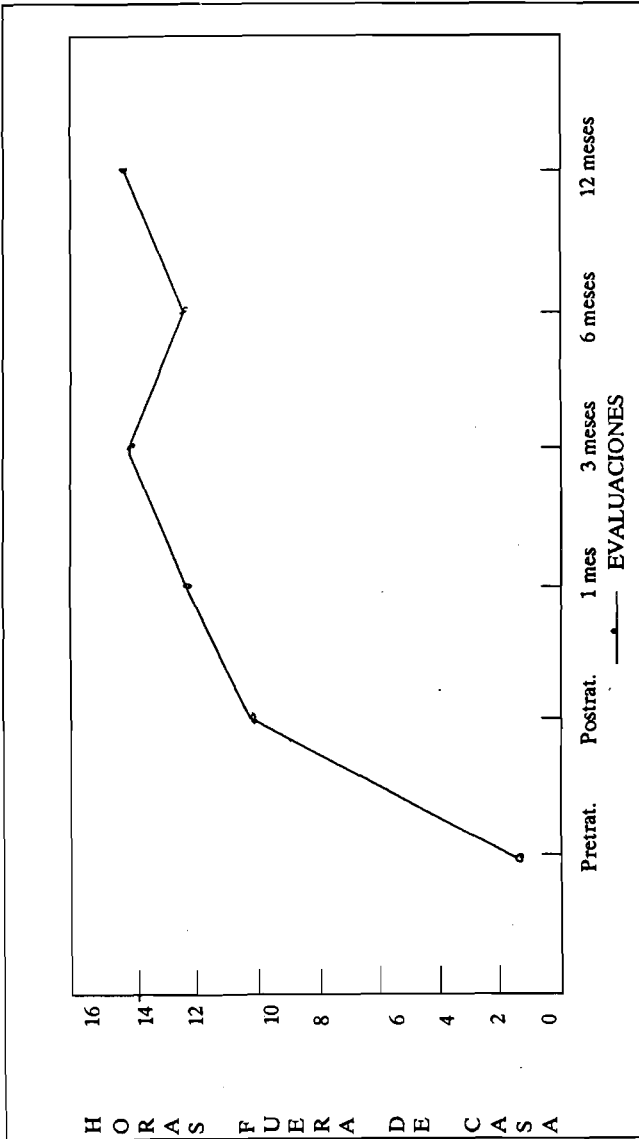
TABLA 6.-Dificultad de las conductas-objetivo antes y después del tratamiento

Conductas-Objetivo	Grado de dificultad (0-10)	
	Antes	Después
Conducta 1ª: Utilizar el autobús para acudir al trabajo.	9,5	3
Conducta 2ª: Ir al cine o a un espectáculo los fines de semana con los amigos.	8,5	2,5
Conducta 3ª: Acudir al banco o a una oficina para hacer una gestión.	8	3
Conducta 4ª: Pasear solo por la calle.	8	1,5
Conducta 5ª: Permanecer en un bar o comer en un restaurante.	7,5	6,5

CONCLUSIONES

El conocimiento de la etiología de la agorafobia es aún muy limitado. En el caso aquí presentado el primer ataque de pánico ocurrió ante una situación de estrés del paciente, pero esta misma situación podría haber dado lugar también (como sucede en otros casos) a otro tipo de alteraciones inespecíficas e impredecibles de la salud (depresión, asma, trastornos cardiovasculares, etc.). Una vez ocurrido el primer ataque de pánico, los procesos de condicionamiento y el reforzamiento negativo de la evitación permiten explicar el mantenimiento del problema. Si bien la eficacia de una terapia no depende necesariamente de la etiología, un mayor conocimiento de ésta podría posibilitar en el futuro una intervención precoz e incluso el establecimiento de unas estrategias de prevención.

FIGURA 1.- Tiempo medio invertido fuera de casa semanalmente (excluida la asistencia al trabajo) antes, durante y después del tratamiento de autoexposición.



El programa de autoexposición expuesto se ha mostrado eficaz en el tratamiento de este caso de agorafobia, con las ventajas adicionales de que los logros terapéuticos se han mantenido en los seguimientos, la duración de la terapia ha sido reducida (4 horas y 15 minutos de contacto paciente-terapeuta), los efectos secundarios han sido inexistentes y el tratamiento se ha llevado a cabo de una forma autoadministrada (aplicado en el medio natural del sujeto, no en el hospital o en el ambulatorio). La eficacia de este programa deriva, en buena medida, del protagonismo del paciente y de la atribución de los logros terapéuticos a sus propios esfuerzos. El éxito es tanto más destacable cuanto que el paciente presentaba una agorafobia grave de 4 años de evolución. Las ventajas de la autoexposición desde esta perspectiva son coherentes con los resultados de otras investigaciones (Mathews et al., 1986; McNamee, O'Sullivan, Lelliott y Marks, 1989).

No se pueden sacar las conclusiones anteriores a menos que se haya llevado a cabo, como en este caso, un seguimiento de 1 año. Los pacientes de agorafobia experimentan múltiples oscilaciones en sus síntomas, que pueden llevar a juicios clínicos equivocados. Por ello, sólo se puede concluir que un tratamiento ha tenido éxito cuando la mejoría se mantiene estable tras un período de 12 meses.

La terapia de exposición ha actuado en este caso específicamente sobre las conductas de evitación y, de rebote, sobre las cogniciones catastrofistas, la activación autonómica y el pánico. La mejoría de todas estas conductas no ha sido, sin embargo, sincrónica. De hecho, la desaparición de las distorsiones cognitivas ha ido por detrás de la mejoría de la evitación y de las alteraciones psicofisiológicas y parece haber sido resultado de la práctica persistente de la exposición.

El programa terapéutico expuesto presenta, sin embargo, algunas limitaciones. En primer lugar, si bien se dieron instrucciones al paciente de exponerse a la mayor parte posible de los componentes de la configuración estimular ansiógena, la exposición ha reducido sólo las conductas de evitación tratadas, con una capacidad muy reducida de generalización a los estímulos no tratados. Desde este punto de vista, la terapia de exposición ha respondido más a un proceso de habituación específica que a la adquisición de habilidades globales de "coping" (Echeburúa y Corral, 1992). En segundo lugar, el grado de depresión del paciente, que era moderado, no ha experimentado cambios con el tratamiento. La terapia de exposición parece eficaz en el tratamiento de la evitación agorafóbica, pero no tanto en la reducción de la depresión concomitante a la agorafobia. Este aspecto es importante porque muchas de las recaídas en las conductas fóbicas ocurren habitualmente en un contexto de estrés/depresión. Y en tercer lugar, la eliminación de las conductas de evitación ha supuesto una mejora sustancial del paciente, pero no ha llevado a una mejoría clínica total.

Queda, por último, por determinar en este caso el peso específico de cada uno de los componentes del programa de autoexposición aplicado, tales como exposición en sí misma, la presencia del coterapeuta y el papel del manual de autoayuda.

APENDICE 1

ESCALA DE ADAPTACION

(Echeburúa y Corral, 1987)

NOMBRE:

Nº:

TERAPEUTA:

FECHA:

EVALUACION:

Rodee con un círculo el número que mejor describa su situación actual acerca de los aspectos de su vida cotidiana que se le señalan a continuación.

Trabajo y/o Estudios

A causa de mis problemas actuales, mi funcionamiento en el trabajo y/o en los estudios se ha visto afectado:

1	2	3	4	5	6
*	*	*	*	*	*

Nada	Casi nada	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo

Vida social

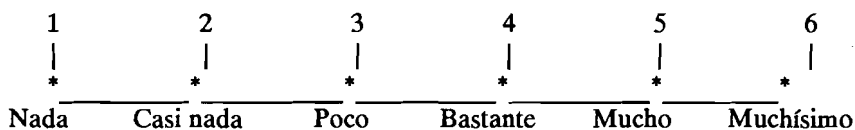
A causa de mis problemas actuales, mi vida social habitual (relaciones de amistad con otras personas) se ha visto afectada:

1	2	3	4	5	6
*	*	*	*	*	*

Nada	Casi nada	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo

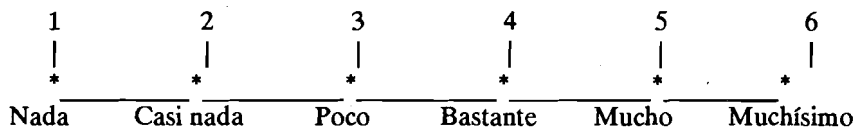
Tiempo libre

A causa de mis problemas actuales, mis actividades habituales en los ratos libres (salidas, cenas, excursiones, viajes, práctica deportiva, etc.....) se han visto afectadas:



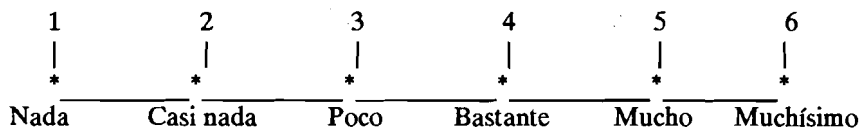
Relaciones de pareja

A causa de mi problema actual, mi relación de pareja (o la posibilidad de encontrarla) se ha visto afectada:



Vida familiar

A causa de mis problemas actuales, mi relación familiar en general se ha visto afectada:



Escala global

A causa de mis problemas actuales, mi vida normal en general se ha visto afectada:

1	2	3	4	5	6
*	*	*	*	*	*
<hr style="border: 0.5px solid black;"/>					
Nada	Casi nada	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo

BIBLIOGRAFIA

- AGRAS, S. (1989). **Pánico. Cómo superar los miedos, las fobias y la ansiedad.** Barcelona. Labor (original, 1985).
- AGRAS, S., CHAPIN, H.N. y OLIVEAU, D.C. (1972). The natural history of phobia: Course and prognosis. *Archives of General Psychiatry*, **26**, 315-317.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1987). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders** (3rd. ed. rev.). Washington. APA.
- ARONSON, T.A. (1987). A Naturalistic Study of Imipramine in Panic Disorder and Agoraphobia. *American Journal of Psychiatry*, **144**, 1014-1019.
- CLARK, D.M. (1989). Anxiety states. Panic and generalized anxiety. En K. Hawton, P.M. Salkovskis, J. Kirk y D.M. Clark (Eds.). **Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems. A Practical Guide.** Oxford. Oxford Medical Publications.

- CONDE, V. y FRANCH, J.I. (1984). **Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología psicopatológica en los trastornos angustiosos y depresivos**. Valladolid. Departamento de Psicología Médica y de Psiquiatría del Hospital Clínico de la Facultad de Medicina.
- DI NARDO, P.A. y BARLOW, D.H. (1988). **Anxiety Disorders Interview Schedule-Revised (ADIS-R)**. New York. Center for Stress and Anxiety Disorders. State University of New York at Albany.
- ECHEBURUA, E. (1990). La exposición y los enfoques cognitivos en el tratamiento de los trastornos de ansiedad según los criterios diagnósticos del DSM-III-R y del ICD-10. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, **28**, 59-77.
- ECHEBURUA, E. y CORRAL, P. (1990). Insuficiencias de los modelos de condicionamiento en la conceptualización de los trastornos de ansiedad. *Boletín de Psicología*, **28**, 59-77.
- ECHEBURUA, E. y CORRAL, P. (1991). Tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad. En G. Buela-Casal y V.E. Caballo (Eds.). **Manual de psicología clínica aplicada**. Madrid. Siglo XXI.
- ECHEBURUA, E. y CORRAL, P. (1992, en prensa). Técnicas de exposición en psicología clínica. En M.A. Vallejo y M.A. Ruiz. (Eds.). **Terapia de conducta**. Madrid. Fundación Universidad-Empresa.
- ECHEBURUA, E., CORRAL, GARCIA, 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**, 56.
- EMMELKAMP, P.M., KUIPERS, A.C. y EGGERAAT, J.B. (1978). Cognitive modification versus prolonged exposure in vivo: A comparison with agoraphobics as subjects. *Behaviour Research and Therapy*, **16**, 33-41.
- GOLDSTEIN, A.J. y CHAMBLESS, D.L. (1978). A reanalysis of agoraphobia. *Behavior Therapy*, **9**, 47-59.
- JANSSON, L. y ÖST, L. (1982). Behavioral treatments for agoraphobia: An evaluative review. *Clinical Psychological review*, **2**, 311-337.
- LELLIOTT, P.T., MARKS, I.M., MONTEIRO, W.O., TSAKIRIS, F. y NOSHIRVANI, H. (1987). Agoraphobic 5 years after imipramine and exposure: Outcome and predictors. *Journal of Nervous and Mental Disease*, **175**, 599-605.
- MARKS, I.M. (1991). **Miedos, fobias y rituales**. Barcelona. Martínez Roca. Vol. 2º (original, 1987).
- MARKS, I.M. y O'SULLIVAN, G. (1989). Anti-anxiety drug and psychological treatment effects in agoraphobia/panic and obsessive-compulsive disorders. En P. Tyrer (Ed.). **Psychopharmacology of Anxiety**. Oxford. Oxford University Press.
- MATHEWS, A.M., GELDER, M.G. y JOHNSTON, D.W. (1986). **Agorafobia**.

- Naturaleza y tratamiento.** Barcelona. Fontanella (original, 1981).
- MAVISSAKALIAN, M. y BARLOW, D. (1981). **Phobia: Psychological and Pharmacological Treatment.** Guilford Press. New York.
- McNAMEE, G., O'SULLIVAN, G., LELLIOTT, P. y MARKS, I. (1989). Telephone-Guided Treatment for Housebound Agoraphobics with Panic Disorder: Exposure versus Relaxation. **Behavior Therapy**, 20, 491-497.
- MICHELSON, L. (1987). Cognitive-behavioral assessment and treatment of agoraphobia. En L. Michelson y M. Ascher (Eds.). **Anxiety and stress disorders: Cognitive-behavioral assessment and treatment.** New York. Guilford Press.
- NORTON, G.R., ALLEN, G.E. y HILTON, J. (1983). The social validity of treatments for agoraphobia. **Behaviour Research and Therapy**, 21, 393-399.
- REICH, J. (1988). The epidemiology of anxiety. **Journal of Nervous and Mental Disease**, 174, 129-136.
- TELCH, M.J., AGRAS, W.S., TAYLOR, C.B., ROTH, W.T. y GALLEN, C.C. (1985). Combined pharmacological and behavioral treatment for agoraphobia. **Behaviour Research and Therapy**, 23, 325-335.
- WEISSMAN, M.M. (1985). The epidemiology of anxiety disorders: rates, risks, and familial patterns. En A.H. Tuma y J.D. Maser (Eds.). **Anxiety and the anxiety disorders.** Hillsdale, NJ. Erlbaum.