

AGORAFOBIA SIMPLE Y AGORAFOBIA COMPLEJA: ESTUDIO DE TRES CASOS

Arturo Bados, Marta Burgaya, Esther Labrador y Cristina Pujol¹
Universidad de Barcelona (España)

Introducción

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

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

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

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

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

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

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

Primer caso: Marc

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

Evaluación

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tratamiento

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

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

Agorafobia simple y agorafobia compleja: estudio de tres casos

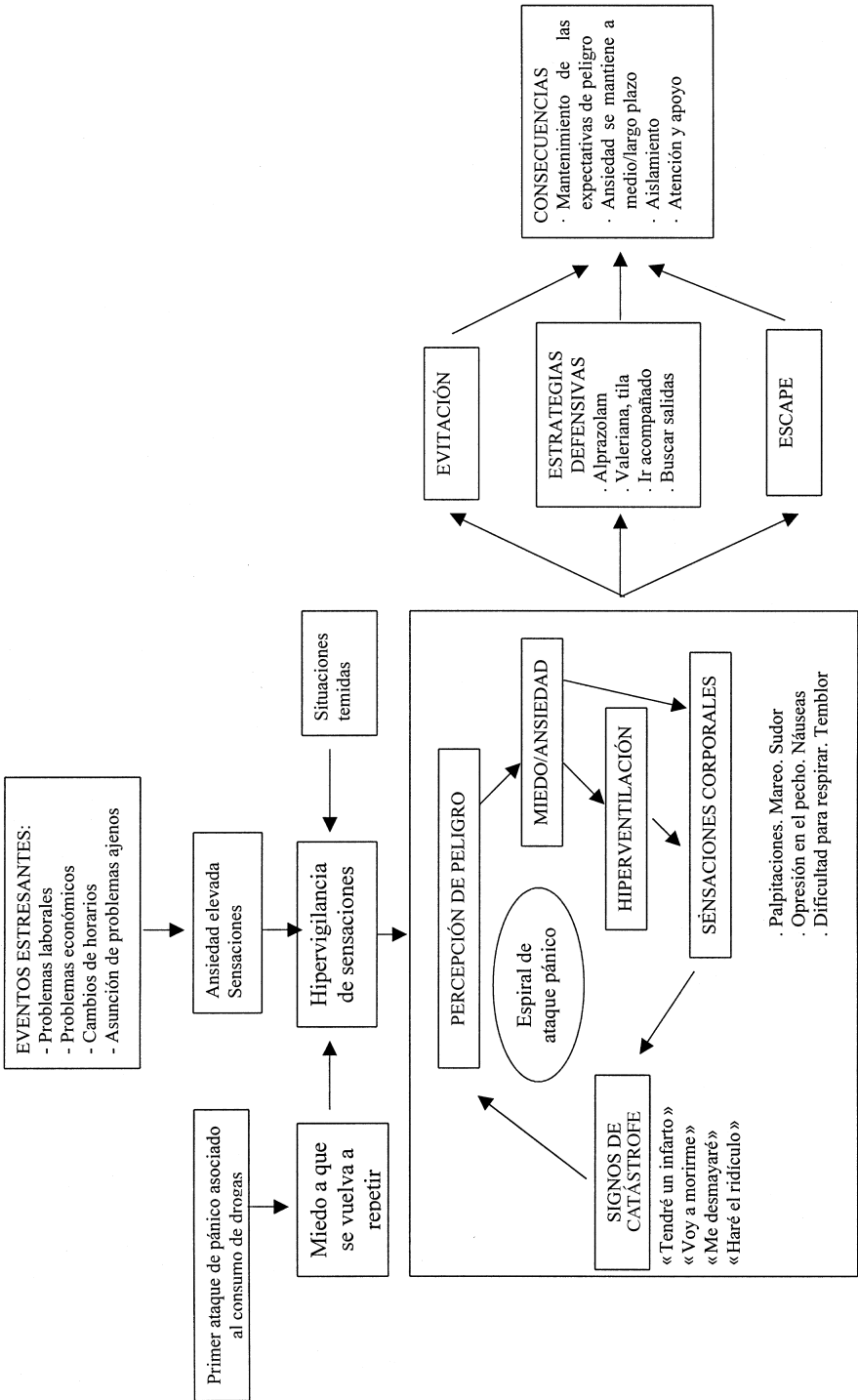


Figura 1. Hipótesis explicativa para el caso de Marc

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Resultados y discusión

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

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

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

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

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

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

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

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

Segundo caso: Teresa

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

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

Evaluación

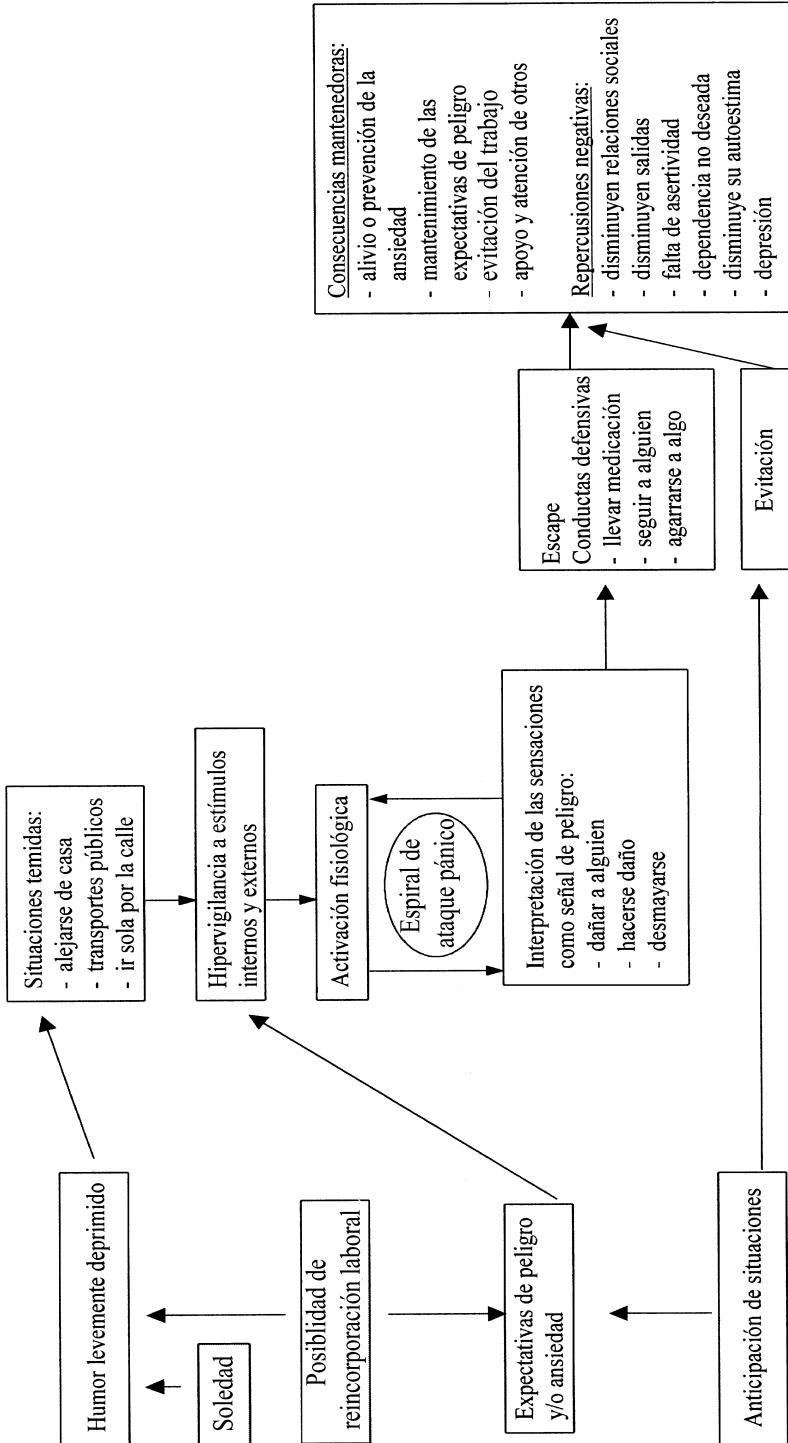
Fue la misma que en el caso de Marc con las excepciones de que se omitieron el Cuestionario de Ataques de Pánico (se empleó el ítem de frecuencia de ataques de pánico del Inventario de Movilidad), el Inventario de Ansiedad de Beck y el Cuestionario de Preocupaciones y se pasó el Inventario de Asertividad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

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

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

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

Agorafobia simple y agorafobia compleja: estudio de tres casos



había en la calle antes de salir de casa, llevar medicación en el bolso, seguir a alguien por la calle para tener algún «punto de referencia» y agarrarse a las papeleras del andén para no descontrolarse (tirarse a la vía), ya que tenía la sensación de que el metro la aspiraría.

Los ataques de pánico —acompañados de sensaciones como opresión en el pecho, taquicardia, sudoración, temblor y hormigueo en los pies— no habían aparecido en los últimos 3 meses, salvo uno en el pretratamiento, ya que Teresa evitaba todas las situaciones que temía. Pasaba la mayor parte del día en casa y, a no ser acompañada, no se alejaba más de 5 ó 10 minutos de su casa. Estas limitaciones tenían una repercusión importante en sus relaciones sociales, ya que había dejado de salir con los amigos y se sentía una carga para ellos. Respecto a su madre, que es quien la acompañaba la mayoría de veces, sentía que necesitaba su ayuda e intentaba compensar las atenciones recibidas, lo que a su vez le impedía mostrarse asertiva con ella en diversas cuestiones. Lo mismo le ocurría con el resto de la gente, como es el caso de unos amigos con los que se sentía en deuda por la compañía que le ofrecían; ella, a cambio, les ayudaba en su negocio sin cobrar, pero sintiéndose utilizada. Esta falta de asertividad parecía más bien una consecuencia de su trastorno agorafóbico, pero contribuía junto con este a la disminución de su autoestima y al aumento de su estado deprimido.

La hipótesis explicativa que se estableció queda reflejada en la figura 2; en gris se han resaltado los factores más diferenciadores respecto a los otros dos casos. Se consideraron como variables fundamentales para la intervención la activación somática, las interpretaciones catastróficas, las conductas de evitación, escape y defensivas, la importante ganancia obtenida al no reincorporarse a un trabajo que consideraba muy estresante y los sentimientos de soledad, a los cuales contribuían la pérdida de su hija, la falta de relación estable con algún hombre y la falta de otras relaciones interpersonales.

Tratamiento

A lo largo de 9 meses se realizaron 28 sesiones de tratamiento de una hora aproximadamente. Los objetivos fueron disminuir los ataques de pánico e intentar perderles el miedo, afrontar las situaciones evitadas, mejorar su estado de ánimo y su autoestima, ampliar sus relaciones sociales y encontrar un nuevo empleo. Los temas de la pérdida de su hija y de las relaciones con los hombres fueron descartados por Teresa como metas de la terapia; y aunque fueron apareciendo esporádicamente en algunas sesiones, la paciente siguió sin quererlos abordar directamente, ya que consideraba que no interferían en su vida.

Se inició la intervención acordando con la paciente una hipótesis explicativa de su problema y dándole información sobre la psicología y fisiología de la ansiedad. En la 2ª sesión empezó el entrenamiento en respiración controlada y en la 5ª se introdujo la reestructuración cognitiva. Una vez dominadas estas, pasaron a aplicarse durante la autoexposición gradual en vivo a las situaciones evitadas, la cual se introdujo a partir de la 8ª sesión e incluyó situaciones como pasear por la calle aumentando progresivamente la distancia, viajar en transportes públicos (autobús y

metro), desplazarse en tren y en coche (primero por la ciudad y luego por fuera), salir y relacionarse con gente, etc. También se aplicó durante las sesiones 21 y 22 la exposición en imaginación ante el miedo de Teresa a tirarse a la vía del metro cuando oía que éste se acercaba y pensaba que la iba a aspirar; en contraposición, se imaginó que había una barandilla alta que le impedía saltar a la vía.

A lo largo del tratamiento se destacó la importancia de la reincorporación al trabajo, o mejor, la búsqueda de un nuevo empleo, ya que este factor estaba detrás del problema agorafóbico y el temor a tener que volver al despacho había estado interfiriendo en todo el proceso terapéutico. Teresa comprendía la importancia de esto, pero prefirió solventarlo por su cuenta cuanto lo considerase oportuno.

Resultados y discusión

Teresa estaba muy motivada con la terapia. Como le gustaba mucho pasear, pronto se atrevió a dar largos paseos, aunque había algunos que le costaron bastante (aquellos en los que había experimentado ataques de pánico previamente). Empezó a distanciarse progresivamente de su casa y a descubrir muchas novedades en su barrio (tiendas, edificios nuevos, etc.) y fue abandonando varias de las conductas defensivas, tales como llevar medicación en el bolso o mirar por el balcón antes de salir de casa. Luego, la paciente aceptó ir exponiéndose a trayectos cada vez más largos en autobús. Al ver que conseguía estos progresos, se animó a practicar situaciones nuevas tales como ir en metro al centro de la ciudad. No necesitó que la acompañara nadie para realizar estas exposiciones, aunque hubo diversos altibajos. Por otra parte, siguieron sin aparecer los ataques de pánico, aunque persistía el miedo a tenerlos.

Como puede verse en el cuadro 2 se tardaron 16 sesiones (6 meses) en conseguir resultados significativos en las medidas de evitación, miedo al miedo y asertividad; además, Teresa dejó de tomar uno de los tres fármacos que consumía. Las mejoras se mantuvieron o aumentaron en el postratamiento; hubo un cierto repunte en el miedo a las sensaciones corporales, pero la evitación yendo sola se había reducido hasta caer por debajo del punto de corte. Teresa dejó de evitar la mayoría de las situaciones temidas, aunque quedaron por abordar la reincorporación al trabajo y los viajes largos en tren y en coche; para estos viajes había obstáculos económicos principalmente y decidió que los haría cuando le fuera posible. En cuanto a volver a trabajar, dijo que lo resolvería por sí misma más adelante y no quiso ninguna ayuda al respecto, aunque calificó como máxima la interferencia del problema en su vida laboral.

Se realizó una sesión de seguimiento a los 6 meses en la que se reflejó que Teresa logró aún mayores mejoras en todas las medidas; también redujo la dosis de alprazolam a la mitad. La paciente había ido abordando las situaciones que habían quedado pendientes de tratar y era capaz de salir a cualquier hora, coger diariamente el metro, realizar viajes largos tanto en coche como en tren, etc.; además se fue unos días sola de vacaciones en un viaje organizado en autocar a otro país, lo que le permitió comprobar lo que era capaz de hacer, así como establecer nuevas amistades.

Cuadro 2
Resultados de las distintas evaluaciones en el caso de Teresa

CUESTIONARIOS	Amplitud Teórica	Punto de corte	Pretratamiento	Tratamiento (sesión 11)	Tratamiento (sesión 16)	Posttratamiento (sesión 28)	Seguimiento 6 meses	Seguimiento 12 meses
Inventario de Movilidad								
— Evitación yendo sola	1-5	≥ 2,32	3,23	2,74	2,37	2,07	1,26	1,40
— Frecuencia de ataques de pánico	0	0	1	0	0	0	0	0
Cuestionario de Sensaciones Corporales	1-5	≥ 2,40	2,17	1,94	1,11	1,58	1,12	1,11
Cuestionario de Cogniciones Agorafóbicas	1-5	≥ 1,90	2,57	2,57	2,07	1,57	1,14	1,36
Inventario de Asertividad								
— Grado de inquietud	40-200	≥ 96 ^b	104	—	89	83	58	69
— Probabilidad de respuesta ^a	40-200	≥ 105 ^b	110	—	100	94	82	85
Inventario de Depresión de Beck	0-63	≥ 10	10	12	—	6	1	0
Medicación								
— Sertralina			100 mg/día	—	100 mg/día	—	100 mg/día	25 mg/día
— Alprazolam			2 mg/día	—	2 mg/día	—	1 mg/día	1 mg/día
— Amitriptilina + medazepam			35 mg/día ^a	—	0 mg/día	—	0 mg/día	0 mg/día

^a Una puntuación alta indica una baja probabilidad de respuesta.

^b Criterios extraídos de Gambrell y Richey (1975).

Las mejoras logradas se acentuaron también en el área de la asertividad, sin que se aplicara ninguna intervención al respecto. Esto parece indicar que la falta de aserción era más una consecuencia que un antecedente del trastorno agorafóbico en este caso. De este modo, el progreso en el tratamiento de la agorafobia permitió que Teresa incrementara las relaciones sociales y que desapareciera la falta de aserción favorecida por su dependencia funcional, que no emocional, de otras personas. El aumento de la vida social estuvo asociado con una disminución de los sentimientos de soledad y del humor deprimido.

A pesar de todos estos resultados positivos, la cuestión de reanudar el trabajo había quedado pendiente y Teresa tenía una gran preocupación por volver a experimentar ataques y recaer si se reincorporaba a su empleo anterior. Todo esto no queda reflejado en las medidas presentadas en el cuadro 2, pero la paciente era consciente de la necesidad de volver a trabajar si deseaba solucionar el problema definitivamente y mejorar su situación económica. Finalmente, mediante la ayuda de un amigo, consiguió un nuevo empleo que le permitió deshacer la atadura con el desagradable trabajo anterior, potenciar aún más su autonomía y reducir drásticamente sus preocupaciones sobre una posible recaída.

En el seguimiento a los 12 meses se mantuvieron las mejoras previamente logradas y se redujo aún más la medicación. Teresa estaba muy satisfecha de sus progresos. Había reducido la sertralina de 100 a 25 mg/día y mantenido la dosis anterior de alprazolam. La habían promocionado en el trabajo, le iban a hacer contrato indefinido y se encontraba muy a gusto con su jefe y compañeros. Además, fue de vacaciones en avión a un país árabe y durante el viaje aprovechó para hacer algunas cosas sola, como pasear por algunos pueblos, y no tuvo ninguna dificultad. Con el grupo también paseó por el desierto y le gustó mucho. En resumen, seguía practicando situaciones nuevas que podrían producirle ansiedad y haciendo una vida normal, aunque no había logrado prescindir totalmente de la medicación.

Tercer caso: Clara

Clara era una chica de 25 años de edad que vivía con sus padres en un pueblo cercano a Barcelona y trabajaba desde las 9 de la mañana hasta las 9 de la noche en un negocio familiar. Estudió hasta 2º de bachillerato, pero dejó los estudios por su problema de agorafobia. Desde hacía 6 años salía con un chico de su mismo pueblo.

Evaluación

Fue igual que en el caso de Teresa, aunque se empleó también el Inventario de Ansiedad de Beck. Clara sufrió el primer ataque de pánico cuando tenía 16 años. Salía con un chico que la dejó por otra chica y estaba en época de exámenes. A partir de entonces fue sufriendo nuevos ataques que motivaron conductas de evitación agorafóbica, aunque con periodos de mejora y empeoramiento. A los 19 años visitó a un psiquiatra-psicólogo durante 6 años en los que siguió una terapia psicoanalítica y tomó medicación (clorazepato dipotásico y fluoxetina), la cual no le

sentó bien y le fue sustituida por nortriptilina. Al inicio del tratamiento tomaba clorazepato dipotásico cuando se encontraba nerviosa, lo que era bastante frecuente.

Clara había padecido 3 ataques de pánico en la última semana y 10 en el último mes, con numerosos síntomas: sensación de ahogo, mareo, palpitaciones, temblores, sudoración, sensación de tener un nudo en el estómago, diarreas, sensación de irrealidad, sensación de hormiguelo (normalmente en la parte izquierda del cuerpo), ráfagas de calor, dolor en el pecho y debilidad en las piernas. Existía un gran miedo a sufrir un ataque de pánico por temor a tener un ataque al corazón, un derrame cerebral, una parálisis o una enfermedad mental (esquizofrenia) y por miedo a descontrolarse y hacer el ridículo. Ciertos antecedentes familiares contribuían a mantener estas creencias: migrañas nerviosas en un hermano, migraña con parálisis de media parte del cuerpo y pérdida de visión en otro hermano, trastorno psíquico de una abuela, depresión en los dos padres.

Los ataques de pánico podían venir provocados por situaciones agorafóbicas, su estado de ánimo, las discusiones, la semana premenstrual, el alcohol, el café, el ejercicio físico, las relaciones sexuales, los cambios de estaciones, las luces intensas y los cambios de luz. Clara evitaba gran cantidad de situaciones tales como medios de transporte, lugares concurridos, hacer cola, grandes almacenes, supermercados, cines, teatros, restaurantes, museos, iglesias, espacios abiertos, lugares altos y puentes, fiestas y compromisos sociales, caminar por la calle, quedarse sola en casa y sentarse en la silla de la peluquería o del dentista. No podía alejarse andando más de 100 metros de su casa o del coche, tanto si iba sola como acompañada. Ella no conducía, por lo que siempre viajaba acompañada en coche.

Para intentar controlar la ansiedad y prevenir los supuestos peligros, la paciente realizaba conductas defensivas tales como llevar unas joyas determinadas (anillo, pendientes, pulseras, una medalla), un bolso que le regalaron cuando no padecía agorafobia o una pastilla de alprazolam, y no llevar nunca sandalias ni faldas, ya que con ellas no se notaba tanto las piernas y esto le producía sensación de debilidad y ansiedad.

La paciente, además de verse gravemente limitada por el trastorno en su vida personal, social y académica, pensaba que a la larga su novio podía dejarla al acabar harta de que ella no pudiera salir de casa, ir a ciertos sitios o salir con determinadas personas. Además, Clara presentaba una elevada puntuación en depresión como consecuencia de la gravedad del problema agorafóbico y de otros problemas que se comentan acto seguido; la agorafobia parecía ser el principal determinante del humor deprimido.

Aparte de la agorafobia, se detectaron dificultades en habilidades sociales (sobre todo en asertividad) y dependencia con respecto a personas significativas a nivel emocional y no solo instrumental. Las situaciones más problemáticas eran decir *no* a una petición, expresar molestia, expresar desacuerdo, expresar la propia opinión y afrontar la crítica. Con respecto a estas situaciones, tenía dificultades con diferentes tipos de personas: padres, pareja, amigos, compañeras de trabajo y desconocidos.

Un aspecto muy importante era la dependencia de Clara con respecto a sus padres, por un lado instrumental (ayuda para desplazarse y apoyo económico, puesto que trabajaba en el negocio familiar) y por otro lado, emocional, ya que aunque su

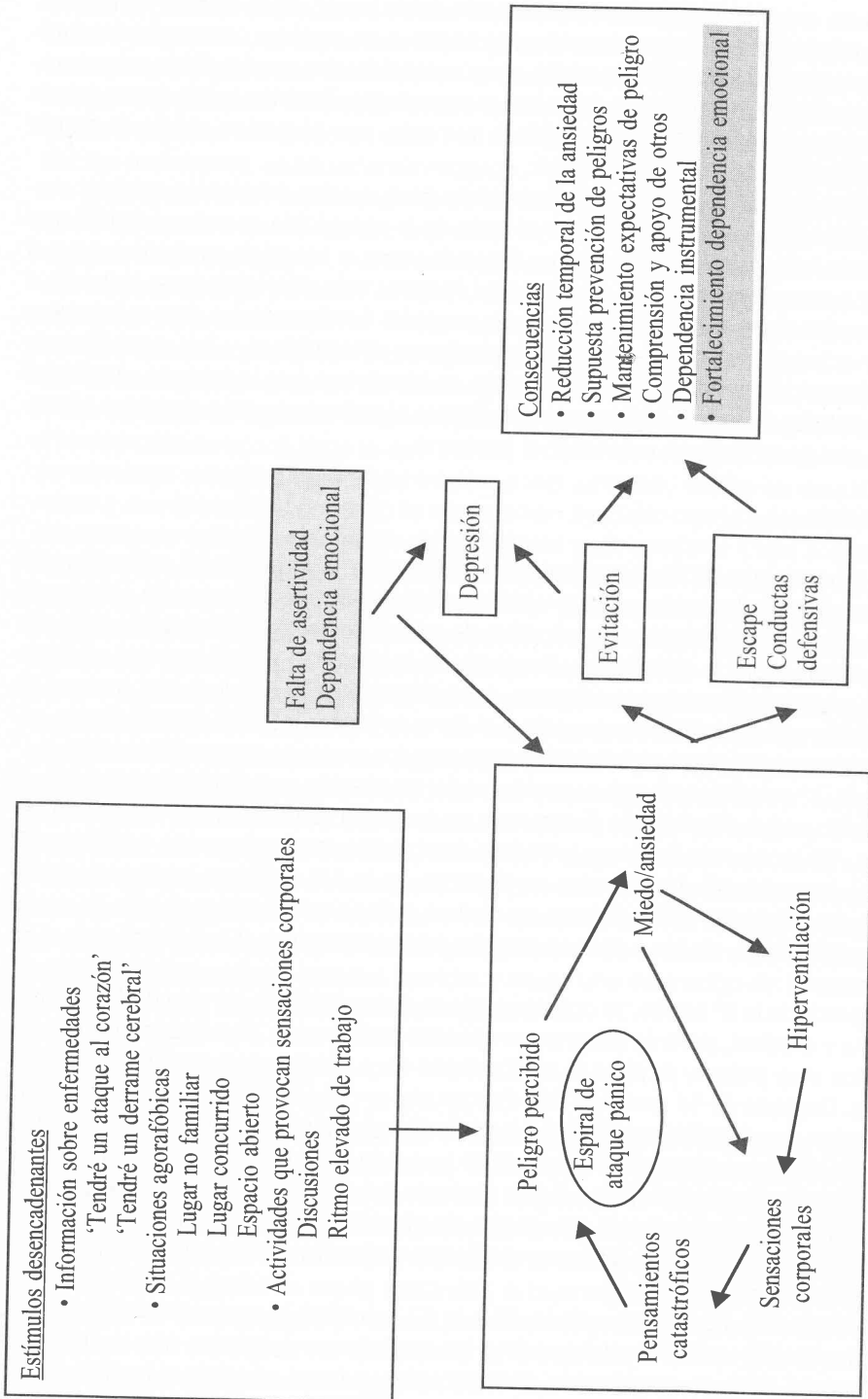


Figura 3. Hipótesis explicativa para el caso de Clara

relación no era muy buena, consideraba que debía hacer cosas que les agradasen, no disgustarlos ni expresar su opinión por miedo a las posibles consecuencias (retirada de apoyo por su parte) y también porque consideraba que les debía estar agradecida por lo que la habían ayudado con la agorafobia. También había dependencia instrumental y emocional con respecto a su novio, con el cual se sentía en deuda por lo que había tenido que soportar.

A pesar de que la paciente era consciente de que estos problemas estaban presentes, para ella era prioritario tratar el tema de la agorafobia, puesto que creía que era el más incapacitante. En la figura 3 puede verse la hipótesis explicativa para el caso de Clara; en gris se han resaltado los factores más diferenciadores respecto a los otros dos casos. Se consideraron como variables fundamentales para la intervención la activación somática, las interpretaciones catastróficas y las conductas de evitación, escape y defensivas. Igualmente, se hipotetizó que la falta de asertividad y la dependencia emocional respecto a figuras significativas eran variables importantes que contribuían a mantener el trastorno.

Tratamiento

La intervención se llevó a cabo en 81 sesiones a lo largo de 25 meses; las 53 primeras fueron dedicadas al tratamiento de la agorafobia. Se comenzó acordando con la paciente una hipótesis explicativa de su problema. A continuación, se le dio información sobre la psicología y fisiología de la ansiedad y se le entregó el documento correspondiente; más adelante, también se le pidió que leyera el manual de autoayuda previamente mencionado y el libro de Pastor y Sevillá (1995). Todos estos documentos fueron ampliamente comentados en las sesiones de terapia.

En la 2ª sesión comenzó a enseñarse la respiración controlada y en la 4ª, la inervación vagal. Clara tardó 5 semanas en aprender la primera técnica y 3, la segunda. Un poco más tarde se introdujo también la reestructuración cognitiva (7ª sesión), la cual tardó 11 semanas en dominar. En la 11ª sesión se inició el entrenamiento en relajación aplicada para ayudarle a reducir sus elevados niveles de ansiedad generalizada, de los cuales se quejaba frecuentemente; el entrenamiento duró 7 semanas.

A partir de la 6ª sesión, se comenzó con la autoexposición en vivo de forma muy sencilla y gradual, pero se observaron grandes resistencias. Tras 5 semanas con resultados muy pobres, se pidió la colaboración de su novio en determinadas exposiciones. Después de 14 semanas con esta ayuda, se observaron ciertas mejoras, pero no fueron consideradas suficientes, por lo que el terapeuta pasó a asistir a Clara durante ciertas exposiciones en vivo a lo largo de 9 sesiones. Se logró un avance rápido y a partir de aquí (sesión 34) la paciente fue capaz de continuar la exposición ella sola con el apoyo de las estrategias de afrontamiento aprendidas; además, se empezaron a eliminar las distintas conductas defensivas, incluyendo finalmente la toma de medicación.

De la sesión 19 a la 27 y de la 49 a la 52 se utilizó la exposición interoceptiva para facilitar la reducción del miedo a las sensaciones asociadas con la ansiedad. Finalmente, dada la persistencia de los miedos a tener un ataque cardíaco o un

derrame cerebral que acabaran en la muerte o el abandono, se llevó a cabo de la sesión 43 a la 47 una exposición prolongada en la imaginación a estos eventos temidos. La exposición se realizaba en la consulta con la lectura en voz alta de la imagen por parte del terapeuta, lectura que se grababa en una cinta para que Clara pudiera seguir practicando en casa. Por último, la paciente llevaba a cabo la imaginación prolongada en situaciones externas.

El tratamiento en asertividad abarcó las últimas 28 sesiones e incluyó situaciones como decir *no* a una petición, expresión de molestia, expresión de desacuerdo, expresar la propia opinión y afrontar la crítica. Estas situaciones se llevaron a cabo con diversos tipos de personas: extraños, conocidos, amigos, pareja y padres. El primer elemento del tratamiento fue discutir información sobre la dependencia/independencia y sobre las diferencias entre agresividad, asertividad y sumisión. Como material de lectura se emplearon los textos de Castanyer (1996) y Smith (1998).

En las sesiones siguientes pasó a aplicarse la reestructuración cognitiva a pensamientos tales como «si hago lo que pienso, creerán que me falta un tornillo», «soy tonta, tengo menos cultura y soy inferior a mis amigos», «estoy en deuda con mi novio y con mis padres por todo lo que me han ayudado con la agorafobia». Paralelamente se utilizó la resolución de problemas para ayudar a Clara a analizar las situaciones problemáticas (p.ej., la madre se enfadaba con ella fácilmente), definir objetivos, pensar en posibles soluciones y elegir la más adecuada. Así, la paciente se sentía en deuda con sus padres porque podía trabajar en su negocio situado al lado de casa, a pesar de que prefería no trabajar tantas horas ni tener que, además, hacer muchas tareas de la casa. Se le hizo plantearse si ella era la única que había sacado provecho del negocio, si este fue montado con otros objetivos, si los padres obtenían también beneficios del negocio, si, aun en el supuesto de tener que estar agradecida, esto implicaba hacer todo lo que quisiesen sus padres, etc. Luego, se le hizo buscar alternativas de acción (trabajar menos horas, contratar a una nueva persona, liberar tareas domésticas), valorarlas y elegir la/s más adecuada/s.

Con aquellas situaciones sociales que se preveían más complicadas, se realizaron ensayos conductuales en la sesión una vez aplicadas la reestructuración cognitiva y la resolución de problemas. El último paso, a partir de la sesión 62, fue exponerse en vivo a las situaciones sociales temidas y hacer una valoración de lo conseguido que sirviera para orientar las nuevas exposiciones.

Resultados y discusión

Con respecto a los resultados del tratamiento de agorafobia, puede observarse en el cuadro 3 que las puntuaciones en las medidas de agorafobia fueron disminuyendo progresivamente, si bien de manera muy lenta. En la sesión 54 (15º mes de la intervención) —en la cual el tratamiento formal de la agorafobia estaba en su recta final y había comenzado el entrenamiento en asertividad—, las puntuaciones se habían reducido de un modo sustancial, si bien seguían estando por encima de los puntos de corte excepto en la frecuencia de ataques de pánico. Finalmente, coincidiendo con el tratamiento continuado de la baja asertividad y de la dependencia emocional, las puntuaciones siguieron disminuyendo hasta situarse por debajo de

Cuadro 3
Resultados de las distintas evaluaciones en el caso de Clara

CUESTIONARIOS	Ampli. teórica	Punto de corte	Pre	Tratam (ses 11)	Tratam (ses 19)	Tratam (ses 28)	Tratam (ses 33)	Tratam (ses 41)	Tratam (ses 46)	Tratam (ses 54)	Tratam (ses 64)	Tratam (ses 74)	Post (ses 81)	Segui. 4 meses	Segui. 9 meses	Segui. 12 meses
Cuestionario Cogniciones Agorafóbicas	1-5	≥ 1,90	4	4	3,5	3,85	3,35	3,07	2,92	2,64	2,42	2,4	1,5	1,7	2,28	1,92
Cuestionario de Sensaciones Corporales	1-5	≥ 2,40	3,9	3,7	3,44	3,85	3,52	3,23	3,64	2,94	2,8	2	1,4	1,9	2,17	2,05
Inventario de Movilidad																
— Evitación acompañada	1-5	≥ 1,67	4,52	4	3,7	3,48	3,1	2,2	—	—	—	—	—	—	—	—
— Evitación sola	1-5	≥ 2,32	4,85	5	4,2	4,02	3,95	2,65	2,69	2,45	2	1,5	1,4	1,3	1,76	1,48
— Frecuencia de ataques de pánico	0-	0	3	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Inventario de Ansiedad de Beck	0-63	≥ 15	54	50	46	51,5	45	26	—	—	—	39	15	13	13	10
Inventario de Depresión de Beck	0-63	≥ 10	29	21	20	30	20	10	—	—	—	5	5	7	6	10
Inventario de Asertividad																
— Grado de Inquietud	40-200	≥ 96 ^b	118	—	—	—	—	129	—	—	—	—	75	69	75	75
— Probabilidad de Respuesta ^a	40-200	≥ 105 ^b	115	—	—	—	—	132	—	—	—	—	96	68	85	76
Medicación																
clorazepato oipotásico cuando se pone nerviosa			Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Abandono gradual	No	No	No	No	No	No	No	No

Nota. Ampli. = amplitud. Pre = pretratamiento. Tratam = tratamiento. Post = postratamiento. Segui. = seguimiento. Ses = sesión.⁸

^a Una puntuación alta indica una baja probabilidad de respuesta.

^b Criterios extraídos de Gambill y Richey (1975).

los puntos de corte. De todos modos, hay que hacer notar que hasta el final del tratamiento Clara siguió exponiéndose por su cuenta a las situaciones agorafóbicas que aún temía y que estas exposiciones continuaron siendo revisadas más o menos brevemente en las sesiones.

Con respecto al Inventario de Ansiedad de Beck, la paciente, a pesar de las reducciones logradas, mantuvo valores muy altos durante todo el tratamiento y la situación no se normalizó hasta el postratamiento. Esto podría explicarse, al menos en parte, por el estrés laboral, ya que, al tratarse de un negocio familiar, se veía 'obligada' a trabajar muchas horas y a un ritmo acelerado. Por lo que se refiere al Inventario de Depresión de Beck, las puntuaciones empezaron a normalizarse a partir del momento en que la paciente logró superar muchas de sus conductas de evitación.

En cuanto a la asertividad, las puntuaciones de inquietud y baja probabilidad de respuesta subieron en un primer momento (sesión 41) coincidiendo con la mejora en la agorafobia. Esto podría explicarse de dos maneras: por un lado, la paciente tenía que enfrentarse a más situaciones, puesto que salía más de casa y participaba en más interacciones sociales; y por otro lado, no estaba tan pendiente del problema agorafóbico y eso le permitía ser más consciente de sus problemas sociales, a los que antes no había prestado tanta atención o dado tanta importancia. Sea como sea, a raíz de la aplicación del entrenamiento en asertividad, se observó una disminución acusada de las puntuaciones anteriores, las cuales se situaron por debajo de los puntos de corte.

Los resultados se mantuvieron en el seguimiento a los 4 meses. Posteriormente se observó un cierto empeoramiento en el seguimiento a los 9 meses, etapa que se corresponde con el momento en que la paciente pasó de vivir con sus padres a vivir con su pareja. Antes, experimentó mucha ansiedad debido a los preparativos y a la anticipación de posibles problemas o dificultades, tales como dudas sobre si sabría llevar una casa. Después, aparecieron pequeñas dificultades relativas al ajuste en la convivencia diaria con su pareja; por ejemplo, Clara consideraba que su marido se desentendía de las tareas domésticas y, por otro lado, tenía que pasar noches sola en casa al viajar su esposo por motivos de trabajo. A pesar de esto, parece que la paciente fue capaz de adaptarse a su nueva vida, de modo que las puntuaciones en el seguimiento a los 12 meses volvieron a disminuir. Aunque Clara pensaba que todavía no estaba recuperada del todo (p.ej., tenía un miedo moderado a volver a tener ataques de pánico y un cierto miedo a recaer), creía que había aprendido los recursos necesarios para seguir valiéndose por ella misma.

Discusión general

Los tres casos aquí expuestos pertenecen a una misma categoría diagnóstica (trastorno de pánico con agorafobia), pero presentan también notables diferencias entre ellos. El primero (Marc) no corresponde a un caso de agorafobia compleja, según la clasificación de Goldstein y Chambless (1978), pero es representativo, al igual que los otros dos, de la influencia de las situaciones estresantes cotidianas en la ansiedad, pánico y agorafobia. Otras personas sin los recursos de Marc hubieran

necesitado un tratamiento más sistemático dirigido a saber abordar aquellos problemas y tensiones de la vida diaria que generan preocupación y ansiedad. De hecho, Brown *et al.* (1997) no encontraron diferencias entre la terapia cognitiva centrada en las interpretaciones catastróficas de las sensaciones de los ataques de pánico (terapia que incluyó exposición interoceptiva) y la terapia cognitiva centrada en la reestructuración de las preocupaciones diarias y en la resolución de las situaciones ansiógenas cotidianas.

El caso de Teresa podría parecer a primera vista un caso de agorafobia compleja dada la presencia de factores como la dependencia de su marido, la aparición de sus ataques de pánico a raíz de su separación de un hombre y su falta de asertividad. Sin embargo, la dependencia parecía limitarse sólo a su marido (una persona muy especial), la ruptura de la otra relación pudo ser sólo un evento estresante desencadenante, sin que tuviera nada que ver con el mantenimiento del trastorno, y la falta de asertividad parecía más bien una consecuencia de su trastorno agorafóbico como sugiere el hecho de que se logran progresos significativos al mejorar la agorafobia sin que se hiciera nada específicamente para aumentar la asertividad. De todos modos, y aparte de todo esto, existía una clara ganancia secundaria del trastorno, ya que le permitía seguir cobrando cada mes y evitar la reincorporación a unas condiciones de trabajo muy estresantes.

Finalmente, el caso de Clara puede encuadrarse más claramente en la categoría de agorafobia compleja, ya que cumplía los cuatro criterios propuestos por Goldstein y Chambless (1978). Aunque inicialmente la paciente sólo estaba preocupada por sus problemas agorafóbicos, a medida que estos mejoraron, cobró mayor importancia el tema de las dificultades en asertividad. Estas parecían ejercer una notable influencia en el trastorno agorafóbico tal como sugiere el hecho de que este no mejoró definitivamente hasta que se abordó el tema de la asertividad y de la dependencia emocional. Esto alargó la duración del tratamiento, a lo cual contribuyó también, de modo notable, la mayor gravedad de la propia sintomatología agorafóbica en el caso de Clara.

Correspondan o no los tres casos aquí presentados a las categorías de agorafobia simple y compleja, lo cierto es que suponen diversos niveles de complejidad y presentan variaciones en aspectos del trastorno agorafóbico, en los determinantes del mismo, en los problemas asociados y en características personales, variaciones que influyeron en el tratamiento aplicado y en la mayor o menor duración del mismo. Es cierto que el tratamiento del trastorno agorafóbico en sí mismo fue similar en los tres casos, aunque con menos componentes en el caso de Teresa, con el apoyo que Clara necesitó por parte del terapeuta durante la exposición en vivo y con la salvedad evidente de que las cogniciones reestructuradas y las situaciones y sensaciones temidas consideradas en la exposición variaron según cuáles fueran problemáticas para cada cliente. Además, con Teresa y Clara se aplicó la exposición imaginal para tratar ciertos miedos que no respondieron ni a la reestructuración cognitiva ni a la exposición en vivo. En función de la naturaleza de estos miedos y de las imágenes presentadas por las pacientes, se optó en el primer caso por la exposición imaginal con imagen de afrontamiento, mientras que en el segundo se empleó la exposición imaginal prolongada a las peores consecuencias temidas.

Por otra parte, el tratamiento de cada caso implicó (o hubiera implicado en el caso de Teresa) el empleo de otras técnicas dirigidas a otros problemas que supuestamente estaban influyendo en el trastorno agorafóbico. A Marc se le dieron pautas de higiene y de control estimular para el sueño y se emplearon mínimamente y de forma no sistemática, dados los recursos del cliente, técnicas cognitivas que le ayudaran a afrontar sus situaciones estresantes. Con Teresa se intentaron abordar los temas de la pérdida de la hija y de sus relaciones con los hombres, pero hubo que desistir ante la negativa de la paciente. Por último, Clara recibió un entrenamiento en asertividad extenso y sistemático para reducir su dependencia emocional de figuras significativas y lograr ser más autoafirmativa con estas, ya que se consideró que estos factores tenían una influencia notable en el trastorno agorafóbico.

Es una tónica habitual aconsejar que se elaboren los programas de intervención teniendo en cuenta el análisis funcional de los trastornos, otros problemas asociados que el paciente pueda presentar y las características individuales de cada persona. En cuanto al análisis funcional, que los pacientes cumplan los criterios diagnósticos de agorafobia no quiere decir que todos tengan el mismo problema. Los agorafóbicos varían en los factores específicos que están manteniendo sus conductas agorafóbicas, por lo que se requerirán tratamientos diferentes según los casos (Eifert, Evans y McKendrick, 1990; Wolpe, 1989). En segundo lugar, ha sido común, al menos en las investigaciones y manuales de terapia publicados, centrarse estrechamente en el tratamiento de los problemas agorafóbicos sin considerar que estos van frecuentemente acompañados por otros problemas (depresión, ansiedad generalizada, hipocondría, poca aserción) que varían según los clientes y que necesitan ser tratados cuando contribuyen al problema o interfieren con la resolución del mismo.

Finalmente, el tratamiento debe adaptarse a las características individuales del cliente. Así, no todos los pacientes están preparados para un tratamiento de grupo o para seguir un programa de reestructuración cognitiva, mientras que otros clientes pueden requerir un cierto tiempo para establecer una buena relación terapéutica antes de comenzar una exposición en vivo. Es probable que gran parte de los fracasos en el tratamiento de la agorafobia sean debidos a una falta de individualización del tratamiento, aunque también al hecho de que algunos pacientes no cumplen con el tratamiento o emplean conductas sutiles de escape o evitación durante la exposición en vivo (Eifert, Evans y McKendrick, 1990; Hoffart, 1993).

En la única investigación realizada hasta la fecha sobre la individualización del tratamiento en pacientes fóbicos, Schulte, Künzel, Pepping y Schulte-Bahrenberg (1992) trabajaron con 120 pacientes, de los cuales el 78% fueron agorafóbicos, aunque los resultados no variaron en función del tipo de fobia. Tres condiciones fueron comparadas: a) tratamiento individualizado: el terapeuta seleccionó para cada paciente las técnicas cognitivas y/o conductuales más oportunas en función, teóricamente, del análisis tanto de sus síntomas específicos como de los determinantes de estos; b) tratamiento estandarizado: todos los pacientes recibieron la misma intervención consistente en exposición en vivo más entrenamiento autoinstruccional; c) tratamiento apareado: cada cliente recibió un tratamiento que había sido planificado individualmente para un paciente del primer grupo. De este modo, el primer y el tercer grupo no se diferenciaron en las técnicas aplicadas, sólo en la adaptación

individual del tratamiento. En contra de lo esperado, el tratamiento estandarizado fue o tendió a ser el más eficaz en el postratamiento, aunque no hubo diferencias en los seguimientos a los 6 y 24 meses; sin embargo, esto último pudo ser debido a que entre los pacientes perdidos en el seguimiento había muchos de los que menos habían logrado en el tratamiento.

Cuando se estudió el grado en que los terapeutas habían sido fieles a los manuales del tratamiento estandarizado y del tratamiento apareado, se vio que la fidelidad fue sólo moderada y que incluso en estos grupos los terapeutas hicieron algunas adaptaciones al caso individual. Sin embargo, es de suponer que la individualización fue mucho más acusada en el tratamiento individual y, a pesar de esto, este grupo no se diferenció del de tratamiento apareado, el cual tuvo las mismas técnicas de intervención, pero sin ser adaptadas a cada caso. Por otra parte, ciertos análisis sugirieron que las diferencias entre el tratamiento estandarizado y el individualizado pudieron ser debidas a un mayor empleo de la exposición en vivo en el primer caso. La conclusión que se deriva de este estudio es que —al menos en el caso de las fobias, para las que se han desarrollado tratamientos eficaces como la exposición en vivo— el exceso de flexibilidad y adaptación puede ser perjudicial.

De todos modos, un cierto grado de individualización del tratamiento, según las líneas apuntadas más arriba, parece necesario, tal como indican la experiencia clínica y los casos aquí expuestos. Incluso en el propio estudio de Schulte, como ya se ha comentado, los propios terapeutas llevaron a cabo ciertas adaptaciones del tratamiento estandarizado en función del paciente considerado. Además, en el grupo de tratamiento individualizado los terapeutas, a la hora de la verdad y curiosamente, no eligieron las técnicas en función de las variables mantenedoras del trastorno (véase Schulte, 1997, pág. 240); es posible que si lo hubieran hecho así, los resultados hubieran sido mejores, aunque esto sigue siendo una hipótesis que está por demostrar.

Referencias

- Bados, A. (1995). *Agorafobia - II: Tratamientos psicológicos y farmacológicos*. Barcelona: Paidós.
- Bados, A. (2000). *Agorafobia y ataques de pánico*. Madrid: Pirámide.
- Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G. y Steer, R.A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 893-897.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford Press.
- Brown, G.K., Beck, A.T., Newman, C.F., Beck, J.S. y Tran, G.Q. (1997). A comparison of focused and standard cognitive therapy for panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 11*, 329-345.
- Castanyer, O. (1996). *La asertividad: Expresión de una sana autoestima*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Chambless, D.L., Caputo, C., Bright, P. y Gallagher, R. (1984). Assessment of fear of fear in agoraphobics: The Body Sensations Questionnaire and the Agoraphobic Cognitions Questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52*, 1090-1097.
- Chambless, D.L., Caputo, G.C., Jasin, S.E., Gracely, E.J. y Williams, C. (1985). The Mobility Inventory for Agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy, 23*, 35-44.

- Craske, M.G. y Barlow, D.H. (1993). Panic disorder and agoraphobia. En D.H. Barlow (dir.), *Clinical handbook of psychological disorders*, 2ª ed., 1-47. Nueva York: Guilford.
- Eifert, G.H., Evans, I.M. y McKendrick, V.G. (1990). Matching treatments to client problems not diagnostic labels: A case for paradigmatic behavior therapy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 21, 163-172.
- Gambrill, E.D. y Richey, C.A. (1975). An assertion inventory for use in assessment and research. *Behavior Therapy*, 6, 550-561.
- Goldstein, A.J. (1982). Agoraphobia: Treatment successes, treatment failures, and theoretical implications. En D.L. Chambless y A.J. Goldstein (dirs.), *Agoraphobia: Multiple perspectives on theory and treatment*, 183-213. Nueva York: Wiley.
- Goldstein, A.J. y Chambless, D.L. (1978). A reanalysis of agoraphobia. *Behavior Therapy*, 9, 47-59.
- Hoffart, A. (1993). Cognitive treatments of agoraphobia: A critical evaluation of theoretical basis and outcome evidence. *Journal of Anxiety Disorders*, 7, 75-91.
- Jacobson, N.S. y Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.
- Labrador, F.J. (1992). *El estrés: Nuevas técnicas para su control*. Madrid: Temas de Hoy.
- Mathews, A.M., Gelder, M.G. y Johnston, D.W. (1981). *Agoraphobia: Nature and treatment*. Nueva York: Guilford.
- Meyer, T.J., Miller, M.L., Metzger, R.L. y Borkovec, T.D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 487-495.
- Michelson, L., Mavissakalian, M. y Marchione, K. (1988). Cognitive, behavioral, and psychophysiological treatments of agoraphobia: A comparative outcome investigation. *Behavior Therapy*, 19, 97-120.
- Pastor, C. y Sevillá, J. (1995). *Tratamiento psicológico del pánico-agorafobia: Un manual de autoayuda paso a paso*. Valencia: Publicaciones del Centro de Terapia de Conducta.
- Schulte, D. (1997). Behavioural analysis: Does it matter? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 25, 231-249.
- Schulte, D., Künzel, R., Pepping, G. y Schulte-Bahrenberg, T. (1992). Tailor-made versus standardized therapy of phobic patients. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 14, 67-92.
- Smith, M. (1998). *Cuando digo no me siento culpable*. Barcelona: Grijalbo.