

REVISION DE ALGUNAS CREENCIAS EN EL TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DE LA AGORAFOBIA

Arturo Bados López

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos
Universidad de Barcelona

Frequently, psychological interventions are based on therapeutic beliefs which are only supported by single studies, research with inconsistent results or, merely, the clinical lore. The aim of this work is to review critically some of these beliefs in the behavioural treatment of anxiety disorders, in general, and agoraphobia in particular. For example, is a tailored intervention more effective than a standardized intervention? The analysis shows that in many cases we have only tentative conclusions about technical aspects which are very important for the treatment.

Es una suposición plausible, aunque no probada, que gran parte del comportamiento humano está influido en mayor o menor medida por creencias que las personas tienen acerca de sí mismas, de los demás y del mundo. Los terapeutas no son ninguna excepción, aunque desearíamos pensar que las creencias específicas en las que basan el tratamiento de sus pacientes están fundamentadas en sólidos datos de investigación. Sin embargo, y lamentablemente, no es este el caso muchas veces, incluso dentro de una orientación tan inclinada a la comprobación empírica como es la conductual.

Por ejemplo, y debido quizás a que los problemas asociados son más frecuentes en la agorafobia que en la fobia específica y a que en esta última la sintomatología fóbica es mucho más circunscrita, existe la opinión de que el trastorno agorafóbico es más difícil de tratar que la fobia específica. Sin embargo, Chambless y Woody (1990) aplicaron en ambos casos exposición graduada en vivo más entrenamiento en respiración controlada y encontraron sólo un par de diferencias significativas en respuesta al tratamiento. En el postest, pero no en el seguimiento a los 6 meses, los agorafóbicos mejoraron menos en autocalificación de incapacidad global; sin embargo, los grupos no difirieron ni en la ejecución y ansiedad durante un test conductual ni en autoinformes de estado de ánimo (depresivo y ansioso) y de

evitación. Por otra parte, el porcentaje de sujetos clínicamente mejorados fue mayor entre los fóbicos específicos (68%) que entre los agorafóbicos (34%), aunque este efecto desapareció cuando se controlaron ciertas variables que covariaron con el diagnóstico en el pretest (edad, duración de la fobia, estado de ánimo, empleo de medicación). De todos modos, conviene matizar que en este estudio la mayoría de los fóbicos específicos presentaron fobia a conducir o claustrofobia; es posible que estas fobias específicas sean más difíciles de tratar que otras, especialmente si están asociadas con ataques de pánico.

Además de la anterior, podrían comentarse otras muchas creencias, incluso más importantes por las implicaciones que tienen de cara al tratamiento. Gran parte de estas creencias terapéuticas están basadas tan solo en estudios aislados, estudios con resultados inconsistentes o, simplemente, en la experiencia y *sabiduría* clínica. El objetivo del presente trabajo es revisar de modo crítico algunas de estas creencias en el marco del tratamiento cognitivo-conductual de la agorafobia; un análisis más detallado puede verse en Bados (1995).

1. *¿Hay que permanecer en la situación temida hasta que la ansiedad se reduzca o puede permitirse el escape temporal?*

Lo que se ha dado en llamar regla de oro del tratamiento de exposición en vivo afirma que debe permanecerse en la situación temida hasta que la ansiedad se reduzca sustancialmente y que, por tanto, no debe escaparse de la misma. Sin embargo, aunque está claro que el escape prolongado de las situaciones temidas es perjudicial, existen estudios que han mostrado que, al menos bajo ciertas condiciones, el escape temporal de una situación temida, con retorno posterior a la misma una vez tranquilizado el paciente, no aumenta el miedo y la evitación y tiene efectos positivos comparables a los de permanecer en la situación hasta que la ansiedad se reduzca (de Silva y Rachman, 1984; Emmelkamp, 1982; Rachman y cols., 1986).

Rachman y cols. (1986) compararon dos condiciones: a) exposición gradual en vivo en la que los sujetos no dejaban la situación hasta que la ansiedad se reducía por lo menos hasta la mitad de la ansiedad máxima experimentada, y b) exposición gradual en vivo en la que los sujetos abandonaban del modo más tranquilo posible la situación cuando su ansiedad alcanzaba 70 sobre 100 y volvían a la situación cuando su ansiedad se reducía a 25 y así sucesivamente. Tras ocho sesiones de tratamiento individual, ambos grupos mejoraron igualmente en cuestionarios de evitación agorafóbica, autoeficacia y depresión y en una medida de miedo durante un test conductual; los resultados se mantuvieron en el seguimiento realizado a los 3 meses. En un estudio anterior, de Silva y Rachman (1984) encontraron que dos grupos similares a los descritos también mejoraron por igual y fueron superiores a un grupo de lista de espera.

Las medidas tomadas durante el tratamiento proporcionaron datos interesantes. El grupo de escape informó menos miedo en promedio y menos miedo durante

las diferentes tareas de exposición que el otro grupo, quizá porque los sujetos sabían que tenían la posibilidad de escapar en caso necesario. Esto concuerda con el hallazgo de que dichos sujetos también dieron mayores estimaciones de su grado de control sobre las situaciones. Estos resultados podrían explicar por qué 3 de los 7 sujetos del grupo de escape no escaparon nunca y por qué los otros 4 sólo lo hicieron 13 veces en 128 ensayos. Por otra parte, en el ensayo siguiente a un escape, los sujetos informaron *menos* miedo y *menos* deseo de escapar que en el ensayo en que ocurrió el escape; esta reducción del miedo y del deseo de escapar no ocurrió después de un ensayo sin escape. Por último, conviene señalar que en las medidas arriba mencionadas de evitación, autoeficacia y miedo, los sujetos que escaparon al menos una vez mejoraron de un modo comparable a los sujetos del grupo sin escape, los cuales no escaparon en ningún momento.

El que la exposición con posibilidad de escape temporal sea tan eficaz como la exposición prolongada puede explicarse si se supone que el mecanismo de acción de la exposición consiste en invalidar las expectativas previas de los sujetos. De este modo, para que la exposición en vivo funcione, lo importante sería no tanto la habituación a los estímulos temidos como la posibilidad de que los sujetos comprueben que sus expectativas amenazantes no se cumplen y adquieran una sensación de control sobre sus respuestas emocionales (Rapee y Barlow, 1991).

2. ¿Debe repetirse un paso de la jerarquía hasta que no produzca más que un nivel de ansiedad mínimo?

¿O bien sería suficiente con una menor reducción de la ansiedad? Yucksel y cols. (1984) compararon dos tipos de exposición graduada en vivo combinada con autoexposición en 28 pacientes fóbicos (9 agorafóbicos, 4 fóbicos sociales y 15 fóbicos específicos). En la condición de exposición rápida un sujeto pasaba al siguiente ítem de la jerarquía cuando su ansiedad subjetiva había disminuido 2 puntos en una escala de 0-8, mientras que en la condición de exposición lenta la reducción tenía que ser de 4 puntos. Ambos grupos mejoraron por igual, tanto en el postratamiento como en el seguimiento a los 6 meses, en diversas escalas y cuestionarios de evitación fóbica, ajuste social y laboral, y depresión, contestados por los pacientes y por los terapeutas. Como era de esperar, la ansiedad máxima calificada por el terapeuta durante las sesiones fue similar en ambos grupos, aunque inesperadamente tampoco hubo diferencias en la ansiedad máxima al final de las sesiones. La exposición rápida requirió menos tiempo de exposición (6 contra 8 horas) y menor número de sesiones (4,7 contra 5,8) para alcanzar el criterio prefijado de mejora: tolerar el ítem más elevado de una jerarquía individualizada de ocho ítems con una ansiedad no superior a 2 en una escala de 0-8.

Los resultados obtenidos hablan a favor de llevar a cabo la exposición tan rápidamente como el sujeto pueda tolerar. De este modo, no haría falta esperar a que se produjera una habituación máxima a un ítem de la jerarquía antes de pasar al

siguiente, sino que sería suficiente con que el sujeto se sintiera capaz de afrontar la ansiedad. De todas formas, sería conveniente replicar el trabajo anterior con ciertas modificaciones tales como el empleo de medidas observacionales, y no sólo de autoinforme. Además, una reducción de dos puntos sobre ocho no parece la misma cuando el nivel inicial es, por ejemplo, siete que cuando es cinco. En el primer caso, el sujeto sigue estando por encima de la media de la escala -y, por tanto, con una ansiedad relativamente elevada- y uno puede preguntarse si el progreso será comparable a cuando la disminución sitúa el nivel de ansiedad por debajo del nivel medio de la escala de 0-8.

En contraste con el estudio anterior, otros autores afirman que es conveniente proseguir o repetir la exposición hasta que desaparezcan los signos manifiestos de malestar, la activación fisiológica, el posible deseo de escapar y los pensamientos negativos (véanse, por ejemplo, respecto a esto último los datos de van Hout, Emmelkamp y Scholing, 1994). Así pues, esta es una cuestión que requiere investigaciones adicionales.

3. *¿Es mejor que la exposición sea diaria o puede ser semanal?*

En la práctica clínica suele ser normal la asignación de tareas diarias de autoexposición en vivo ya sea por sí solas o combinadas con sesiones espaciadas o concentradas de exposición en las que el terapeuta acompaña al paciente. Los tres casos representan ejemplos de exposición masiva ya sea mediante la combinación de exposición asistida por el terapeuta y autoexposición ya sea mediante esta última sólo. Sin embargo, no está claro que esta exposición tan frecuente sea necesaria, a pesar de los resultados iniciales de Foa y cols. (1980).

Estos autores compararon dos condiciones en las que 10 sesiones de exposición prolongada en vivo eran aplicadas con una frecuencia de una sesión por día o una por semana. Los 30 primeros minutos de cada sesión se dedicaron a la discusión de la sintomatología de los sujetos; luego, venían 2 horas de exposición en vivo. No hubo tareas de autoexposición. Como variables dependientes se utilizaron únicamente escalas de calificación clínica de ansiedad fóbica y evitación puntuadas por un evaluador independiente. Ambas condiciones produjeron mejoras en ambas medidas, pero la exposición masiva o diaria fue superior a la exposición espaciada o semanal. Limitaciones de este trabajo son el empleo de un solo modo de evaluación, una muestra pequeña (11 sujetos) y la ausencia de seguimiento, ya que se empleó un diseño experimental en el que todos los pacientes pasaron por ambas condiciones.

Un estudio más reciente no presenta estas limitaciones y sus resultados son bastante diferentes. Chambless (1990) trabajó con 19 agorafóbicos y 17 fóbicos específicos, aunque los resultados fueron los mismos en ambos tipos de trastornos. El tratamiento incluyó 10 sesiones de frecuencia diaria o semanal según el grupo. Cada sesión consistió de 90 minutos de exposición graduada en vivo combinada con

diversas estrategias de afrontamiento: respiración controlada para contrarrestar la hiperventilación, detención del pensamiento y atención hacia el mundo externo para disminuir los pensamientos catastróficos e intención paradójica para los síntomas físicos. No hubo tareas de autoexposición para no favorecer al grupo de exposición espaciada. Los dos tipos de exposición mejoraron por igual en el postratamiento y en el seguimiento a los 6 meses en medidas de ansiedad situacional y ejecución conductual obtenidas a partir de diarios y de un test de evitación, y también en medidas de evitación fóbica autoinformada. Los grupos tampoco difirieron en el porcentaje de sujetos que abandonaron el tratamiento o que recayeron. Algunos posibles sujetos no quisieron participar en la investigación por no encontrar aceptable la exposición masiva. La principal razón para la no aceptación tuvo que ver con problemas de horarios (la mayoría de los sujetos trabajaban), aunque en algunos casos el motivo fue el miedo a que ocurriera alguna de las consecuencias temidas.

Dadas las mejoras metodológicas del estudio de Chambless (1990) sobre el de Foa y cols. (1980), puede aceptarse por el momento que el espaciamiento de las sesiones de exposición, dentro de los límites estudiados, no es importante, al menos cuando se combina la exposición con estrategias de afrontamiento. No obstante, serían de agradecer nuevos trabajos al respecto.

4. *¿Es conveniente que el terapeuta acompañe al paciente durante la exposición?*

Esta es una cuestión muy debatida. Existen dos trabajos en los que los sujetos que hicieron autoexposición en vivo guiada en entrevistas con el terapeuta y contaron además con la compañía del terapeuta durante la exposición no mejoraron más que los sujetos que no tuvieron esta compañía (Al-Kubaisy y cols., 1992; Alström y cols., 1984). El trabajo de Al-Kubaisy y cols. con agorafóbicos, fóbicos sociales y fóbicos específicos estuvo específicamente diseñado para investigar el papel de la participación del terapeuta en la exposición en vivo. En otras palabras, ¿es útil añadir exposición (asistida por el terapeuta) a la autoexposición (realizada sin el terapeuta)? Se compararon tres intervenciones: exposición en vivo más autoexposición, autoexposición sola y autorrelajación. En los tres grupos hubo seis sesiones en las que el terapeuta supervisaba el tratamiento y 90 minutos diarios de práctica por cuenta propia; el primer grupo tuvo además seis sesiones de exposición acompañada por el terapeuta. El grupo de autorrelajación mejoró muy poco y los dos grupos con autoexposición fueron superiores a este último en el postratamiento y en el seguimiento al mes y medio. Salvo para los fóbicos sociales en ciertas medidas, el grupo con exposición no fue mejor que el de autoexposición sola.

En contraste, otros estudios han hallado mejores resultados en el postratamiento cuando el terapeuta participa en la exposición. McDonald y cols. (1979) encontraron que un grupo de autoexposición en vivo y 2 horas de consulta con el terapeuta fue más eficaz que un grupo control, pero la mejora fue mucho menor que en otros

estudios que emplearon exposición en vivo asistida por el terapeuta; este resultado es necesario tomarlo con cuidado ya que la comparación de interés no se hizo dentro del propio estudio, sino con otros. El trabajo de Agras y cols. (1990, citado en Michelson y Marchione, 1991) no tiene esta limitación. En él se comprobó que la exposición en grupo asistida por el terapeuta resultó más eficaz que la autoexposición en vivo en medidas de evitación agorafóbica y valoración negativa del pánico. Williams y Zane (1989) también hallaron que la exposición en vivo fue superior a la autoexposición.

En dos estudios que combinaron terapia psicológica y farmacológica la superioridad observada en el postratamiento en el grupo que tuvo asistencia del terapeuta durante la exposición dejó de darse en el seguimiento. En concreto, Marks y cols. (1983) hallaron que la autoexposición en vivo más exposición fue algo superior en el postratamiento a la autoexposición más relajación; sin embargo, no hubo diferencias en los seguimientos a 1, 2 y 5 años (Marks y cols., 1983; Cohen, Monteiro y Marks, 1984; Lelliot y cols., 1987). En el trabajo de Mavissakalian y Michelson (1983, 1986a) la inundación en vivo más autoexposición fue notablemente mejor que esta última en el postratamiento, pero este efecto desapareció en los seguimientos realizados a los 6, 12 y 24 meses (Mavissakalian y Michelson (1986b). Un punto a enfatizar es que la ausencia de diferencias en los seguimientos de ambos estudios fue debida no a un empeoramiento de los grupos de exposición, sino a que los grupos de autoexposición mostraron una mejora adicional.

En conclusión, con los datos existentes puede concluirse que la adición de exposición en vivo asistida por el terapeuta a la autoexposición en vivo puede resultar beneficiosa a corto plazo, pero a medio y largo plazo no se constata ninguna ganancia adicional debido a que el tratamiento de autoexposición termina por alcanzar los niveles logrados con la exposición más autoexposición. Sin embargo, como sugieren Chambless y Goldstein (1980), la asistencia del terapeuta durante la exposición en vivo puede ser útil cuando los sujetos no se atreven a comenzar la autoexposición en vivo, cuando quedan bloqueados en un momento dado del tratamiento o cuando no experimentan una reducción de la ansiedad a pesar de cumplir con la autoexposición. También puede ser útil cuando se desee obtener ciertos datos que hayan resultado difíciles de conseguir en la consulta, tales como conductas defensivas sutiles o cogniciones emocionalmente cargadas. De todos modos, no se aconseja que el número de sesiones de exposición asistidas por el terapeuta supere las seis (Taylor y Arnou, 1988).

Por otra parte, parece incluso que el tiempo total dedicado por el terapeuta durante el tratamiento, fuera ya de las sesiones de exposición, puede ser reducido sin una pérdida de eficacia terapéutica. Esto es lo que observaron Côté y cols. (1994) en sujetos con trastorno de pánico con o sin agorafobia al aplicar un tratamiento cognitivo-conductual complejo que incluyó información, entrenamiento en respiración y relajación, distracción, autoinstrucciones de afrontamiento, reestructura-

ción cognitiva, exposición a las sensaciones temidas, exposición en vivo y un programa de prevención de la recaída y mantenimiento. Tanto el grupo que tuvo 7 sesiones de 75 minutos y 8 breves consultas telefónicas de 11 minutos como el grupo que tuvo 17 sesiones de 75 minutos con el terapeuta consiguieron iguales resultados en el postratamiento y en seguimientos de hasta 1 año de duración en medidas de pánico, evitación agorafóbica, miedo a las sensaciones corporales y cogniciones catastróficas.

El papel del terapeuta es todavía menor en los programas de autoayuda que se basan en manuales y en contactos telefónicos o por correo con el terapeuta y en los que el contacto directo con este es mínimo o nulo. Estos programas son especialmente útiles si los sujetos no pueden disponer de un tratamiento con un terapeuta por razones geográficas o económicas y no presentan un trastorno agorafóbico severo ni depresión grave. También pueden ser beneficiosos con algunos agorafóbicos severos que no se atreven a acudir a la consulta. No obstante, los resultados pueden ser inferiores a cuando el terapeuta ayuda al sujeto durante la exposición (aunque sea sólo en 1-2 sesiones) y supervisa directamente la marcha del tratamiento. Una revisión de los distintos estudios realizados puede verse en Bados (1995).

5. *¿Pueden ser perjudiciales las estrategias de afrontamiento enseñadas en terapia?*

Suele pensarse que las estrategias de afrontamiento enseñadas por el terapeuta son beneficiosas y, de hecho pueden resultar útiles cuando se emplean para reducir una ansiedad excesiva y para favorecer la exposición. Sin embargo, también pueden llegar a convertirse en conductas indeseadas de evitación. Esto ocurre cuando se utilizan para intentar eliminar o controlar a toda costa la ansiedad porque el sujeto cree que si no la controla, le ocurrirán las consecuencias catastróficas temidas. En este caso sería más conveniente que el paciente experimentara deliberadamente los síntomas durante un tiempo para que pudiera comprobar que no se cumplen las expectativas catastróficas. Las conductas de afrontamiento van dirigidas a manejar la ansiedad, no a prevenir una amenaza que no es tal; por tanto, no interfieren con la invalidación de las expectativas catastróficas. En cambio, con las conductas de evitación se pretende prevenir consecuencias amenazantes; de este modo, impiden la invalidación de las amenazas anticipadas y ayudan a mantener la ansiedad (Salkovskis, 1991). De todas formas y a pesar de lo dicho aquí, no existen investigaciones al respecto que permitan sustentar o no estas afirmaciones.

6. *¿Es mejor adaptar el tratamiento al perfil de respuesta de cada paciente, teniendo en cuenta las modalidades básicas de respuesta (motora, cognitiva, fisiológica)?*

Es habitual distinguir en los problemas fóbicos tres modalidades básicas de respuesta: motora (p.ej., conductas de evitación), cognitiva (p.ej., expectativas de

peligro) y fisiológica (p.ej., ritmo cardíaco acelerado). Se supone que los tratamientos consonantes -esto es, aquellos que se dirigen específicamente a las modalidades de respuesta en que hay perturbaciones- son más eficaces. Así, un paciente con notables conductas de evitación e hiperventilación, pero con poca elaboración cognitiva, se beneficiaría más de exposición en vivo más respiración controlada que de exposición en vivo o que de exposición en vivo más reestructuración cognitiva. En cambio, este último tratamiento sería más adecuado para un sujeto con elevada conducta de evitación, frecuentes pensamientos negativos y moderada activación fisiológica.

Tres estudios han investigado hasta el momento la cuestión anterior, aunque los resultados son inconsistentes. Öst, Jerremalm y Jansson (1984) dividieron a 40 agorafóbicos en reactores conductuales y reactores fisiológicos, según su problema se manifestara por evitación de muchas situaciones en un test conductual o por incremento del ritmo cardíaco al exponerse a estas situaciones. (Los pacientes que reaccionaron a ambos niveles no entraron en el estudio.) Dentro de cada uno de ambos grupos la mitad de los pacientes recibió exposición gradual en vivo más entrenamiento en autoverbalizaciones para afrontar el pánico y la otra mitad entrenamiento en relajación, la cual se aplicó en 3 de 12 sesiones en situaciones tanto fóbicas como no fóbicas (pero estresantes). Los cuatro grupos mejoraron en autoinformes de ansiedad y evitación agorafóbicas, pánico, miedos y depresión, y en la ansiedad y el número de situaciones fóbicas completadas durante un test conductual. Sin embargo, aunque hubo una cierta tendencia a que los tratamientos consonantes fueran más eficaces, no se hallaron diferencias significativas entre los grupos.

Mackay y Liddell (1986) dividieron a 14 agorafóbicos en reactores cognitivos y no cognitivos según sus respuestas a un cuestionario de ansiedad que tiene en cuenta las tres modalidades básicas de respuesta. La mitad de cada grupo recibió entrenamiento cognitivo más autoexposición en vivo y la otra mitad un tratamiento no cognitivo (relajación más autoexposición en vivo); de este modo, la mitad de los pacientes recibieron un tratamiento adaptado a su modo de respuesta y la otra mitad no. Como se esperaba, se obtuvieron mejores resultados con tratamiento consonante que con tratamiento no consonante. No obstante, los resultados no pueden atribuirse inequívocamente a la consonancia del tratamiento, ya que los reactores cognitivos mejoraron más que los no cognitivos ya fuera que recibieran un tratamiento cognitivo o no cognitivo. En resumen, un grupo no consonantemente tratado (los reactores cognitivos que recibieron relajación y autoexposición) mejoró tanto como los dos consonantemente tratados. El grupo de reactores no cognitivos que recibieron tratamiento cognitivo fue el que mejoró menos. En el seguimiento a los 6 meses, el tratamiento no cognitivo se mostró más eficaz que el cognitivo. Limitaciones de este estudio es el empleo de una sola variable dependiente y el pequeño número de sujetos por celdilla.

Michelson (1986) clasificó a 23 agorafóbicos del estudio de Michelson, Mavissakalian y Marchione (1985) en reactores predominantemente conductuales, fisiológicos o cognitivos según las siguientes variables obtenidas en un test conductual: número de situaciones evitadas, incremento de ritmo cardíaco y porcentaje de pensamientos negativos. Posteriormente, los pacientes fueron agrupados según hubieran recibido una forma consonante o no consonante de tratamiento. Los tratamientos fueron exposición más autoexposición en vivo, relajación más autoexposición en vivo e intención paradójica más autoexposición en vivo. Se constataron mejoras del pretest al postest y del pretest al seguimiento a los 3 meses tanto en el grupo de sujetos consonantemente tratados como en el de los no consonantemente tratados. Sin embargo, el primer grupo mejoró más que el segundo en el postratamiento en medidas de fobia total, miedos y pensamientos negativos. Las diferencias entre ambos grupos se agudizaron en el seguimiento a los 3 meses; en la evaluación realizada en este momento el grupo de sujetos que recibieron un tratamiento consonante progresó más que el otro en medidas de ansiedad y evitación fóbica, fobia total, miedos, interferencia socio-laboral, ritmo cardíaco, ansiedad generalizada y psicopatología general.

Un problema importante en los estudios anteriores es el tipo de criterios que se emplean para decidir si un paciente es un reactor conductual, fisiológico y/o cognitivo. ¿Qué es lo que define a un reactor cognitivo, sus autoverbalizaciones negativas en la situación temida, sus creencias irracionales generales o ambas cosas? Según el criterio adoptado y la forma de medirlo, un sujeto será clasificado como reactor cognitivo o no. Podemos preguntarnos igualmente qué índices son necesarios para hablar de alta reactividad fisiológica. Es normal encontrar una falta de concordancia entre distintas respuestas autonómicas (ritmo cardíaco, actividad electrodermal, temperatura), de modo que una persona puede ser clasificada como reactiva fisiológica según algunas de ellas, pero no según otras.

Por otra parte, conviene tener en cuenta que puede ser más eficaz adaptar el tratamiento no a modalidades de respuesta en general, sino a los problemas específicos detectados dentro de cada modalidad en cada sujeto; así, la relajación no tiene por qué ser el mejor tratamiento para todos los reactores fisiológicos ni la reestructuración cognitiva para todos los reactores cognitivos. Un paso más allá en la adaptación de la intervención al paciente individual es considerado en la siguiente cuestión.

7. ¿Es mejor elaborar el programa de intervención teniendo en cuenta el análisis funcional de los problemas agorafóbicos, otros problemas asociados que el paciente pueda presentar y las características individuales de cada sujeto?

Se supone que los agorafóbicos varían en los factores específicos que están manteniendo sus problemas agorafóbicos; de aquí que, en función del análisis funcional realizado, se necesitarán diferentes intervenciones según los casos. En

segundo lugar, el hecho de que los problemas agorafóbicos vayan frecuentemente acompañados por otros problemas (depresión, ansiedad generalizada, hipocondría, poca aserción) que varían según los pacientes y que también pueden necesitar ser tratados requiere también modificaciones en el tratamiento. Finalmente, la intervención debe adaptarse a las características de cada paciente; así, una inundación, un tratamiento de grupo o una reestructuración cognitiva pueden ser adecuados para algunas personas, pero no para otras.

Los tres factores que se acaban de comentar implican que las investigaciones que utilizan diseños tradicionales de grupos con sus tratamientos estandarizados para todo tipo de agorafobia deberían tener menos peso. En cambio, deberían cobrar mayor importancia los estudios con diseños de caso único o con diseños de grupos de sujetos homogéneos a los que se adapta el tratamiento. Es probable que al menos una parte de los fracasos en el tratamiento de la agorafobia sean debidos a una falta de individualización del tratamiento (Eifert y Wilson, 1991; Hoffart, 1993; Wolpe, 1989).

Sin embargo, aunque prácticamente todo el mundo está de acuerdo con la bondad de adaptar el tratamiento a cada caso, o quizá precisamente por esto, no es esta una cuestión sobre la que dispongamos de datos que la apoyen o refuten. Se hace preciso, pues, investigar la supuesta mayor eficacia de los tratamientos individualizados ya sea mediante diseños en que el tratamiento individualizado y el estandarizado son aplicados alternativamente a los mismos sujetos o mediante diseños en que un grupo de sujetos recibe tratamientos individualizados mientras que otro grupo recibe un tratamiento estandarizado.

En la única investigación al respecto realizada hasta la fecha, Schulte y cols. (1992) trabajaron con 120 fóbicos, de los cuales algo más de las tres cuartas partes fueron agorafóbicos, aunque los resultados no variaron en función del tipo de fobia. Se compararon tres intervenciones:

a) Tratamiento individualizado. El terapeuta seleccionó para cada sujeto las técnicas cognitivas y/o conductuales más oportunas en función del análisis tanto de sus síntomas específicos como de los condicionantes de estos. El número máximo de sesiones fue 36 ($M = 27$).

b) Tratamiento estandarizado. Todos los sujetos recibieron la misma intervención, la cual consistió en exposición en vivo más entrenamiento en el cambio de las autoverbalizaciones negativas. El tratamiento se extendió a lo largo de 25 sesiones ($M = 21$) según las pautas especificadas en un manual.

c) Tratamiento apareado. Cada sujeto recibió una intervención que había sido planificada y administrada individualmente para un paciente del primer grupo. Así pues, mientras que el primer y el segundo grupo se diferenciaron tanto en las técnicas aplicadas como en la adaptación individual del tratamiento, el primer y el tercer grupo sólo difirieron en esto último.

Los tres grupos mejoraron, pero en contra de lo esperado, el tratamiento

estandarizado fue o tendió a ser el más eficaz en el postratamiento en autoinformes de miedo y ansiedad situacional, en un cuestionario de miedos, en la valoración hecha por pacientes y terapeutas de en qué medida se habían alcanzado los objetivos terapéuticos específicos de cada paciente, en la calificación global por parte de pacientes y terapeutas del cambio conseguido con el tratamiento y en el porcentaje de pacientes considerados curados. No hubo diferencias en los seguimientos a los 6 y 24 meses.

¿Fue el tratamiento estandarizado realmente tal o los terapeutas introdujeron modificaciones cuando lo consideraron oportuno? Al estudiar la fidelidad de los terapeutas a los manuales del tratamiento estandarizado y del tratamiento apareado, se comprobó que ésta fue sólo moderada y que incluso en estos grupos hubo algunas adaptaciones al caso individual. Sin embargo, es de suponer que la individualización fue mucho más acusada en el tratamiento individualizado 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, las diferencias entre el tratamiento estandarizado y el individualizado pudieron ser debidas a que hubo un mayor empleo de la exposición en vivo en el primer caso; esto viene sugerido por el hecho de que cuando el grupo de tratamiento individualizado se dividió en dos subgrupos según hubieran tenido o no exposición en vivo, el subgrupo con exposición obtuvo unos resultados comparables a los del tratamiento estandarizado y superiores a los del otro subgrupo con el que se habían empleado principalmente métodos cognitivos. Así pues, del estudio de Schulte y cols. (1992) puede extraerse la conclusión de que, al menos con pacientes fóbicos, el exceso de flexibilidad y adaptación puede ser perjudicial. Sin embargo, puesto que también se dio un cierto grado de adaptación en el tratamiento estandarizado, sería interesante conocer el efecto de este factor en comparación con un tratamiento completamente estandarizado si es que posible encontrar terapeutas capaces de aplicar una intervención tal cual sin introducir alguna modificación tendente a adecuarse al paciente que están tratando.

CONCLUSIONES

¿Qué conclusiones específicas, aunque tentativas, pueden extraerse de todo lo dicho hasta aquí? En resumen, podemos decir que a) El escape de una situación temida en caso de ansiedad excesiva no parece ser perjudicial si se vuelve a la situación una vez tranquilizado y se prosigue la exposición. b) Es posible que no sea necesario dominar totalmente un ítem de la jerarquía de exposición antes de pasar al siguiente. c) Puede ser que la exposición semanal sea tan eficaz como la diaria, al menos cuando se combina con estrategias de afrontamiento. d) Que el terapeuta acompañe al paciente durante algunas sesiones de exposición puede representar un beneficio adicional, aunque sólo a corto plazo; sin embargo, la cuestión no está libre de debate. e) Se cree que bajo ciertas condiciones, las estrategias de afrontamiento

enseñadas en la terapia pueden ser perjudiciales, aunque no hay evidencia al respecto. f) No está claro que sea más eficaz el tratamiento consonante, esto es, aquel que se dirige específicamente a las modalidades de respuesta del problema en las que haya fuertes reacciones. g) Aunque es plausible pensar que es mejor adaptar el tratamiento al análisis funcional de los problemas fóbicos, a otros problemas asociados que el sujeto pueda presentar y a las características individuales de cada paciente, el exceso de flexibilidad puede ser perjudicial.

En cuanto a las connotaciones generales de todo lo expuesto, es posible, desde luego, ver las cosas desde el lado pesimista y pensar que realmente no hay casi nada claro y sabemos muy poco, y adoptar un actitud de desesperanza. Sin embargo, esto supondría olvidar que la psicología clínica es una disciplina muy joven que necesita ir acumulando e integrando conocimientos. Por otra parte, la situación expuesta no permite precisamente la complacencia ya que, en el mejor de los casos, poseemos sólo conclusiones tentativas sobre aspectos técnicos que son muy importantes de cara al tratamiento.

Aunque es cierto que una orientación predominantemente técnica en psicoterapia se queda coja, también lo es que una orientación básicamente teórica es asimismo insuficiente, y aún más si -como sigue siendo habitual en muchos casos- se reduce a algo puramente especulativo y con una pobre base empírica. Debemos tender a integrar los dos aspectos. Así, si termina por comprobarse que basta con que la exposición a las situaciones temidas se dé una o dos veces por semana en vez de cada día, esto exigirá un menor esfuerzo por parte de los pacientes y promoverá una mayor adhesión al tratamiento. Por otra parte, proporcionará información interesante para dilucidar si el mecanismo de acción de la exposición tiene más que ver, pongamos por caso, con la habituación o con la invalidación de expectativas erróneas.

De todos modos, y aunque las implicaciones teóricas no fueran notables, los aspectos discutidos en este artículo tienen la suficiente importancia de cara a la práctica clínica cotidiana como para que nos animemos a realizar nuevas investigaciones al respecto. El porqué parece haber tan poca disposición a hacer esto último sería desde luego un tema de interés para un nuevo artículo.

Con mucha mayor frecuencia de la que se piensa, las intervenciones psicológicas se basan en creencias terapéuticas que se apoyan solamente en estudios aislados, estudios con resultados inconsistentes o, simplemente, en la experiencia y sabiduría clínicas. El objetivo del presente trabajo es revisar críticamente algunas de estas creencias en el tratamiento conductual de los trastornos de ansiedad en general y de la agorafobia en particular. Por ejemplo, ¿es más eficaz una intervención individualizada que una estandarizada? El resultado del análisis es que en muchos casos poseemos sólo conclusiones tentativas sobre aspectos técnicos que son muy importantes de cara al tratamiento.

Referencias Bibliográficas

- AL-KUBAISY, T., MARKS, I.M., LOGSDAIL, S., MARKS, M.P., LOVELL, K., SUNGUR, M. & ARAYA, R. (1992). Role of exposure homework in phobia reduction: A controlled study. *Behavior Therapy*, 23, 599-621.
- ALSTRÖM, J.E., NORDLUND, C.L., PERSSON, G., HARDING, M. & LJUNQUIST, C. (1984). Four treatment methods in agoraphobic women. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 70, 1-17.
- BADOS, A. (1995). *Agorafobia, II: Tratamientos psicológicos y farmacológicos*. Barcelona: Paidós.
- CHAMBLESS, D.L. (1990). Spacing of exposure sessions in treatment of agoraphobia and simple phobia. *Behavior Therapy*, 21, 217-229.
- CHAMBLESS, D.L. & GOLDSTEIN, A.J. (1980). The treatment of agoraphobia. En A. Goldstein & E.B. Foa (Eds.), *Handbook of behavioral interventions: A clinical guide* (pp. 322-415). Nueva York: Wiley.
- CHAMBLESS, D.L. & WOODY, S.R. (1990). Is agoraphobia harder to treat? A comparison of agoraphobics and simple phobics response to treatments. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 305-312.
- COHEN, S.D., MONTEIRO, W. & MARKS, I.M. (1984). Two-year follow-up of agoraphobics after exposure and imipramine. *British Journal of Psychiatry*, 144, 276-281.
- CÔTÉ, G., GAUTHIER, J.G., LABERGE, B., CORMIER, H.J. & PLAMONDON, J. (1994). Reduced therapist contact in the cognitive behavioral treatment of panic disorder. *Behavior Therapy*, 25, 123-145.
- DE SILVA, P. & RACHMAN, S. (1984). Does escape behaviour strengthen agoraphobic avoidance? A preliminary study. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 87-91.
- EIFERT, G.H. & WILSON, P.H. (1991). The triple response approach to assessment: A conceptual and methodological reappraisal. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 283-292.
- EMMELKAMP, P.M.G. (1982). *Phobic and obsessive-compulsive disorders: Theory, research, and practice*. Nueva York: Plenum Press.
- FOA, E.B., JAMESON, J.S., TURNER, R.M. & PAYNE, L.L. (1980). Massed vs. spaced exposure sessions in the treatment of agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 18, 333-338.
- HOFFART, A. (1993). Cognitive treatments of agoraphobia: A critical evaluation of theoretical basis and outcome evidence. *Journal of Anxiety Disorders*, 7, 75-91.
- LELLIOT, P., MARKS, I.M., MONTEIRO, W.O., TSAKIRIS, F. & NOSHIRVANI, H. (1987). Agoraphobics 5 years after imipramine and exposure. Outcome and predictors. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 599-605.
- MACKAY, W. & LIDDELL, A. (1986). An investigation into the matching of specific agoraphobic anxiety response characteristics with specific types of treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 361-364.
- MARKS, I.M., GRAY, S., COHEN, S.D., HILL, R., MAWSON, D., RAMM, E.M. & STERN, R.S. (1983). Imipramine and brief therapist-aided exposure in agoraphobics having self-exposure homework: A controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, 40, 153-162.
- MAVISSAKALIAN, M. & MICHELSON, L. (1983). Self-directed in vivo exposure practice in behavioral and pharmacological treatments of agoraphobia. *Behavior Therapy*, 14, 506-519.
- MAVISSAKALIAN, M. & MICHELSON, L. (1986a). Agoraphobia: Relative and combined effectiveness of therapist-assisted in vivo exposure and imipramine. *Journal of Clinical Psychiatry*, 47, 117-122.
- MAVISSAKALIAN, M. & MICHELSON, L. (1986b). Two-year follow-up of exposure and imipramine treatment of agoraphobia. *American Journal of Psychiatry*, 143, 1106-1112.
- MCDONALD, R., SARTORI, G., GREY, S.J., COBB, J., STERN, R. & MARKS, I. (1979). The effects of self-exposure instructions on agoraphobic outpatients. *Behaviour Research and Therapy*, 17, 83-85.
- MICHELSON, L. (1986). Treatment consonance and response profiles in agoraphobia: The role of individual differences in cognitive, behavioral and physiological treatments. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 263-275.
- MICHELSON, L. & MARCHIONE, K. (1991). Behavioral, cognitive and pharmacological treatments of panic disorder with agoraphobia. Critique and synthesis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 100-114.
- MICHELSON, L., MAVISSAKALIAN, M. & MARCHIONE, K. (1985). Cognitive and behavioral treatments of agoraphobia: Clinical, behavioral, and psychophysiological outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 913-925.
- ÖST, L.-G., JERREMALM, A. & JANSSON, L. (1984). Individual response patterns and the effects of different behavioral methods in the treatment of agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 697-707.

- RACHMAN, S., CRASKE, M., TALLMAN, K. & SOLYOM, C. (1986). Does escape behavior strengthen agoraphobic avoidance? A replication. *Behavior Therapy*, 17, 366-384.
- RAPEE, R.M. & BARLOW, D.H. (1991). The cognitive-behavioral treatment of panic attacks and agoraphobic avoidance. En J.R. Walker, G.R. Norton & C.A. Ross (Eds.), *Panic disorder and agoraphobia* (pp. 252-305). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- SALKOVSKIS, P.M. (1991). The importance of behaviour in the maintenance of anxiety and panic: A cognitive account. *Behavioural Psychotherapy*, 19, 6-19.
- SCHULTE, D., KÜNZEL, R., PEPPING, G. & SCHULTE-BAHRENBURG, T. (1992). Taylor-made versus standardized therapy of phobic patients. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 14, 67-92.
- TAYLOR, C.B. & ARNOW, B. (Eds.). (1988). *The nature and treatment of anxiety disorders*. Nueva York: Free Press.
- VAN HOUT, W.J.P.J., EMMELKAMP, P.M.G. & SCHOLING, A. (1994). The role of negative self-statements during exposure in vivo: A process study of eight panic disorder patients with agoraphobia. *Behavior Modification*, 18, 389-410.
- WILLIAMS, S.L. & ZANE, G. (1989). Guided mastery and stimulus exposure treatment for severe performance anxiety in agoraphobics. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 237-245.
- WOLPE, J. (1989). The derailment of behavior therapy: A tale of conceptual misdirection. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 20, 3-15.
- YUCKSEL, S., MARKS, I., RAMM, E. & GHOSH, A. (1984). Slow versus rapid exposure in vivo of phobics. *Behavioural Psychotherapy*, 12, 249-256.