

TRATAMIENTO POR AUTOEXPOSICIÓN DE UN CASO DE AGORAFOBIA

Modesto Angel Ruiz Moreno¹

Luis Valero Aguayo²

¹ Equipo de Salud Mental Distrito Sanitario Este.
Hospital Carlos Haya. Málaga.

² Dept. Psicología Social y Personalidad.
Facultad de Psicología. Málaga

RESUMEN

Se describe el tratamiento y resultados de un caso de agorafobia mediante un procedimiento de autoexposición gradual en vivo con práctica programada. La paciente era una mujer de 31 años de edad con un trastorno de agorafobia, con una historia de 6 años y con conductas de evitación que fueron generalizándose hasta afectar de modo importante a su vida diaria. El tratamiento, que tuvo 20 sesiones espaciadas a lo largo de un año, se basó en un programa de autoexposición a las situaciones evocadoras de ansiedad y que la paciente evitaba. Resultaron componentes importantes del tratamiento la utilización de autorregistros y la colaboración como coterapeuta de un familiar. El cambio fue progresivo y después del tratamiento habían desaparecido todos sus comportamientos de evitación y prácticamente la sintomatología subjetiva de ansiedad. Se utilizó un diseño básico pre-post con datos de cuestionarios que muestran también el éxito del tratamiento. Para ilustrar el mantenimiento a

largo plazo, se realizó una entrevista de seguimiento tres años después. Se comentan las dificultades iniciales del caso relacionadas con el bajo nivel instruccional de la paciente, así como el contexto de trabajo (un dispositivo sanitario público) donde se desarrolló el tratamiento.

Palabras Clave: AGORAFOBIA. AUTOEXPOSICIÓN, SEGUIMIENTO.

SUMMARY

The treatment and results of a case of agoraphobia through a procedure of live self-exposure with practical programmed is described. The patient was a woman, 31 years old, with a disorder of agoraphobia. She was 6-year-old of clinical history and with avoidance behaviors affecting his daily life in an important way. The treatment, that had 20 meetings spaced throughout one year, was based on a program of self-exposure to the situations provocative of anxiety and avoidance. The utilization of exposure-homework and the collaboration as cotherapist of a relative, were important components in the treatment. The improvement was progressive, all their avoidance behaviors and subjective anxiety were disappeared after the treatment. It was used a basic design pre-post with data from questionnaires that showed also the success of the treatment. It was completed a follow-up interview three years after ended the treatment in order to show the long-term maintaining of results. The initial difficulties of the clinic case in relation to the low instructional level of the patient, as well as the public-institutional context, are discussed.

Key-Words: AGORAPHOBIA, SELF-EXPOSURE, FOLLOW-UP.

El sistema de diagnóstico CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992) codifica, como F40.00, la agorafobia sin trastorno de pánico para aquellos trastornos agorafóbicos en los que la intensidad de los síntomas de ansiedad no alcanza la de las crisis de pánico (F41.0) y parecen limitados a unas circunstancias determinadas. El tratamiento psicológico con más éxito para estos trastornos de agorafobia parece ser la exposición en vivo, tanto como ensayos de autoexposición, como dirigidos por el terapeuta (Barlow, 1997; Borda y Echeburúa, 1991; Feske y Chambless, 1995; Ferro, Fernández y Vives, 1991; Van-Dyck y Spinhoven, 1997). En el procedimiento de auto-

exposición el individuo -bajo la dirección del terapeuta- va exponiéndose a contextos reales que producen los problemas de ansiedad (Echeburúa y Corral, 1993); en este último texto aparecen descritas con precisión las características de este tratamiento y las pautas recomendadas para llevarlo a cabo.

Presentaremos en este artículo el caso de una mujer de 31 años, remitida al servicio de salud mental por su médico de cabecera, con graves comportamientos de evitación ante todo tipo de situaciones y contextos. Problemas que prácticamente le impedían salir a la calle sola y también quedarse sola en casa, además que requería acompañamiento constante para enfrentar la mayoría de sus actividades cotidianas. Como tal caso clínico, queremos resaltar la forma de llevar a cabo el tratamiento, las circunstancias reales del contexto en un servicio de salud mental de tipo público, y las limitaciones de repertorios de la persona para aplicarlo bajo instrucciones de la forma habitual que se desarrolla en otros casos. Hubo que solventar numerosas dificultades hasta conseguir la adhesión al tratamiento, de forma que la propia exposición disminuyese las respuestas fisiológicas de ansiedad de manera progresiva.

MÉTODO

Sujeto

La paciente era una mujer, a la que en adelante llamaremos Eva, de 31 años de edad, casada, ama de casa, que vivía con su marido de 35 años de edad (profesional autónomo como albañil), con una hija de 4 años. Convivía también en el domicilio una sobrina de la paciente que se trasladó a la ciudad para estudiar, y que como describimos más adelante resultó un apoyo fundamental en la terapia.

Eva afirmaba que no sabía leer ni escribir, aunque sí lo hacía con grandes dificultades. Se escolarizó tardíamente. En la práctica se desempeñaba como analfabeta funcional. Esto fue un obstáculo para completar los cuestionarios y autorregistros, puesto que trataba de ocultar sus dificultades de lecto-escritura y asentía a todas las indicaciones del terapeuta sin llegar a entenderlas completamente. Procedía de una familia de bajo nivel socioeconómico. Eva era la menor de cinco hermanos y hasta los 22 años vivió en un cortijo cerca de un pueblo pequeño. Al casarse fue a vivir a un piso en una urbanización en la periferia de una gran ciudad, donde afirmaba que “se encontraba muy sola”, una vivencia subjetiva de aislamiento que según la propia paciente fue una de

las causas principales de sus problemas. Poco tiempo después se trasladó a otro piso en la ciudad cerca de sus familiares, pero este cambio no produjo de manera automática la desaparición de los problemas de la paciente tal como ella esperaba.

Estuvo trabajando, pero al quedarse embarazada lo dejó, dedicándose a las labores domésticas. Eva no volvió a trabajar fuera de casa hasta que empezó el tratamiento en nuestro equipo. Su vida social era muy limitada, sólo salía para comprar o para llevar y recoger a su hija de la guardería, y siempre acompañada de su sobrina o de su propia hija. El marido estaba todo el día fuera de casa trabajando, incluso festivos. No mantenía relaciones sociales con otras vecinas o amigas, sólo llamadas de teléfono a los familiares, y en los últimos meses apenas salía de la casa porque enviaba a la sobrina para realizar las compras y los recados.

En la entrevista no aparecen otros datos de interés que pudieran tener relación con la adquisición y/o mantenimiento de las conductas problemáticas. No recuerda conflictos emocionales en su infancia-adolescencia. Las relaciones familiares entre sus padres y hermanos fueron siempre buenas. No hay antecedentes familiares del mismo problema, aunque la paciente afirma que su madre se asusta mucho, y a uno de sus hermanos "le daban ataques, se tiraba al suelo y se ponía a llorar... era muy asustón".

En cuanto a las características biológicas no existen antecedentes de enfermedades graves ni intervenciones. En el año anterior había estado tomando un sedante que le prescribió su médico de cabecera sin obtener mejoría alguna. En el momento de la primera consulta, y por prescripción del psiquiatra, tomaba benzodiazepinas y antidepresivos (*Xelazolam*, *Halazepam*, *Fluoxetina* y *Sulbutiamina*). No fumaba, ni bebía, ni tomaba otro tipo de sustancias psicoactivas.

Descripción de problemas

La paciente venía remitida desde el médico de familia como un "cuadro de depresión reactiva" que precisaba tratamiento farmacológico. En la primera entrevista, sin embargo, los problemas que ella describe son más específicos, por ejemplo: "*Antes de tomar el tratamiento me notaba un malestar en diferentes sitios, en el corazón, en la boca del estómago, en la cabeza; desde que tomo el tratamiento estas cosas me las noto menos*", "*No puedo ir a comprar a grandes almacenes*", "*Me siento agobiada en los sitios con*

techos bajos”, “*No me puedo subir en los ascensores, por eso nos hemos comprado un primer piso*”, “*No puedo estar esperando en la cola para comprar... creo que me voy a marear, pero nunca me he llegado a caer ni a perder el conocimiento*”, “*Me da miedo bañarme sola*”. Afirma que este tipo de problemas comenzaron seis años atrás, en la época en que se iba a casar: “*Me empecé a notar taquicardia al salir a los sitios normales a donde yo iba siempre*”. El primer episodio de ansiedad grave ocurrió un día de tormenta, en la nueva casa en una urbanización en las afueras donde se habían instalado, cuando estaba embarazada. A partir de ahí los episodios fueron continuos y empezó a tomar fármacos bajo prescripción médica, pero sin obtener mejoría alguna.

Podemos destacar como factores que contribuyeron a la creación de esta problemática los siguientes: (1) una escolaridad tardía y crianza en una casa aislada en el campo, lo que supuso pocas habilidades básicas y una predisposición a ver como amenazante el traslado a una gran ciudad; (2) los modelos de la madre y un hermano que son muy “asustones”; (3) la vivencia de la próxima separación de su familia de origen al casarse -momento en que comienzan los primeros episodios; (4) el traslado a una urbanización aislada y alejamiento de contactos sociales; (5) el embarazo y los cambios fisiológicos pertinentes que son interpretados como amenazantes por la paciente; (6) la muerte del padre después de padecer cáncer durante tres años, con la consiguiente interpretación de la paciente de sus sensaciones como amenazas graves para su salud; y (7) episodios concretos aversivos como pudo ser la vivencia de una fuerte tormenta estando en casa sola.

La característica común en todos los casos es el temor a los lugares públicos, el temor a no poder ser atendida si se pone enferma en estos lugares o cuando está sola. Así entre las respuestas cognitivas más habituales de la paciente, obtenidas a partir de inventarios, se encontraban: “*Me voy a poner enferma y voy a estar sola*”, “*Me va a dar un infarto*”, “*Me voy desmayar y caer*”, “*Me voy a marear*”, “*Voy a provocar una escena delante de los demás*”, “*Voy a decir tonterías*”, “*Voy a ser incapaz de volver a casa por mí misma*”, “*Me voy a morir*”. Aparecían también diversas respuestas fisiológicas, subjetivamente informadas por la paciente: mareos o vértigos, dificultad para respirar, respiración agitada, sensación de desmayo, visión nublada o borrosa, sensación de ahogo, sensación de tener un nudo en el estómago, taquicardia, opresión torácica, temblores. En el momento de la evaluación estas respuestas fisiológicas estaban atenuadas por el tratamiento farmacológico que estaba tomando.

Aunque los problemas más importantes provenían de sus continuas respuestas de huida y evitación de diferentes situaciones, lugares y medios de transporte, que le impedían salir de la casa si no era acompañada. Por ejemplo, no podía acudir a grandes almacenes, a la compra, a los hospitales o a la consulta del médico, a los aparcamientos y lugares con el techo bajo, ni tampoco ir en autobús o hacer cola en lugares públicos. Por otra parte, también evitaba de cualquier forma quedarse sola en la casa o bañarse con la puerta cerrada. Buscaba siempre la compañía de algún familiar o alguien que le hiciera los recados (su madre, su hermana y su sobrina). En el momento de iniciar el tratamiento las respuestas de escape son muy escasas porque ha limitado muchísimo sus actividades sola en la casa o fuera de ella, evita ante todo exponerse a todas las situaciones anteriormente descritas.

Como formas de afrontar estos temores había desarrollado estrategias para disminuir su ansiedad, siempre y de manera fundamental buscar la compañía del marido o algún familiar que le acompañase en casa o en la calle. Pero también otras estrategias como llevar siempre a mano la medicación, ponerse gafas de sol, tratar de pensar en otra cosa, o trasladarse siempre en coche. Tenía además una atribución o creencia de su "estado de enfermedad", mantenida por las consultas durante tres años al médico y al psiquiatra que siempre habían prescrito fármacos.

Evaluación y análisis funcional

La evaluación inicial se realizó mediante la entrevista clínica semi-estructurada utilizada en primera consulta para todos los pacientes que acuden al servicio del Equipo de Salud Mental de Distrito, donde trabaja el primer autor y terapeuta en este trabajo. Con un propósito diagnóstico se encuadró el trastorno de la paciente en la categoría del CIE-10 como "F40.00, agorafobia sin trastorno de pánico".

Tras la primera entrevista, se entregaron a la paciente algunas escalas y cuestionarios para cumplimentar en las siguientes sesiones. Concretamente: el Inventario de Agorafobia (Echeburúa et al., 1992), la Escala de Adaptación (Borda y Echeburúa, 1991) y el Inventario de Depresión de Beck. En las puntuaciones iniciales obtenidas, la paciente sobrepasa el punto de corte global del Inventario de Agorafobia (más de 176), especialmente por las mayores puntuaciones en las respuestas motoras de evitación. En el Inventario de Beck alcanza una puntuación total de 12 puntos que, siguiendo los criterios

de corrección expuestos por Bas Ramallo y Andres Navia (1994, pag 261), corresponde a un estado de disforia. Esta puntuación confirma la impresión diagnóstica de la entrevista clínica en el sentido de que la paciente no presentaba sintomatología depresiva franca que aconsejase un tratamiento específico.

A través de la exploración en la entrevista nos aseguramos de que no aparecían trastornos del humor, no se sentía deprimida, ni aparecía triste ni con tendencia al llanto. Tampoco presentaba en grado intenso síntomas de otros trastornos de ansiedad específicos, aunque sí algunos comportamientos de tipo hipocondríaco y de fobia social. Toda esta información se contrastó con lo dicho por el marido en las primeras sesiones, que nos confirmó lo extendido de las conductas de evitación agorafóbicas. A partir de la segunda sesión se pidió a la paciente también un autorregistro sobre los episodios agorafóbicos que tuviese, de los que sólo se pudieron obtener datos clínicos, no cuantitativos con exactitud, por la poca habilidad de la paciente para estas tareas.

Desde un análisis funcional, como estimulación antecedente resulta evidente que el encontrarse sola o tener que salir a la calle sola son dos de las situaciones aversivas desencadenantes prioritarias, que se han generalizado a partir de situaciones aversivas más específicas que han ocurrido en su pasado (tormenta, almacenes, autobús). Pero funciona también como estimulación aversiva condicionada los propios pensamientos de la paciente sobre la posibilidad de encontrarse sola, poder desmayarse o que le pase algo y no tenga nadie que le auxilie, etc. Como en toda contingencia bajo estimulación aversiva, esta última no sólo actúa como factor antecedente de respuestas de evitación (no sale de casa), sino también como estímulo condicionado que provoca respuestas condicionadas de tipo fisiológico. Nada más encontrarse en alguna de esas situaciones, o bien la mera posibilidad de encontrarse en alguna de ellas, desencadena respuestas fisiológicas (dificultades para respirar, ahogo, mareos, taquicardia, etc.) que la paciente mitiga con la medicación. Las respuestas de evitación -bien no salir de casa o bien tomar fármacos- impiden que la paciente se exponga a las situaciones reales que producen ansiedad.

Entre las variables consecuentes que expliquen el mantenimiento actual de esa problemática pueden suponerse dos fundamentales: (1) las consecuencias inmediatas como reforzamiento negativo que suponen esas conductas de evitación, sus conductas de no salir de casa y no querer encontrarse nunca sola se ven reforzadas por el alivio del malestar -condicionado y generaliza-

do- que ocurre cuando se presenta alguna de esas situaciones; y también reforzamiento negativo por la evitación de actividades sociales que tienen para ella un carácter aversivo, probablemente por sus déficits de habilidades cognitivas y conversacionales; y (2) las consecuencias de atención social que obtiene de toda la familia, incluyendo al marido, y también los beneficios secundarios (traslado a una vivienda cerca de su familia de origen) que actúan como reforzamiento positivo, manteniendo ambos también la funcionalidad de esos comportamientos problemáticos.

Tratamiento

El objetivo general de la terapia era disminuir la frecuencia y extensión de las conductas de evitación de la paciente, y simultáneamente conseguir una disminución de los síntomas subjetivos (fisiológicos y cognitivos) que producían ese malestar continuo de la paciente. La terapia comenzó propiamente a partir de la tercera sesión, y los objetivos se fueron ampliando conforme avanzaban las sesiones, siguiendo un programa de intervención con autoexposición en vivo (Echeburúa y Corral, 1993) pues resulta el más eficaz de los actualmente disponibles para tratar conductas de evitación en agorafobia. Describiremos a continuación la secuencia de sesiones con los objetivos y actividades realizados, de forma que queden reflejadas las particularidades y dificultades del caso al aplicar las técnicas de autoexposición.

El objetivo clínico que se planteó en principio fue la continuidad de las sesiones y la adherencia al sistema de tratamiento. Se trataba de convencer a la paciente de la necesidad de continuar las sesiones con cierta periodicidad y durante un tiempo determinado. Al principio se mostraba muy reticente, se limitaba a contestar brevemente a las preguntas, y no parecía comprender adecuadamente las preguntas y las explicaciones sobre el proceso de tratamiento psicológico. Se hicieron evidentes las limitaciones culturales de la paciente, y sus dificultades para rellenar los cuestionarios y autorregistros, o cualquier otra información escrita, por lo que las informaciones se completaron siempre durante la entrevista de forma hablada. Un punto importante fue redefinir su problema en cuanto conductas de evitación, que no se iban a solucionar con tratamientos farmacológicos, y convencerla de la importancia de realizar prácticas diarias en las que tendría que participar activamente.

En las primeras consultas el marido servía de apoyo, y parecía comprender mejor los objetivos del tratamiento, se comprometió a acompañarla en

las tres primeras sesiones. Para ella, necesitar siempre la compañía de alguien y el temor a los lugares públicos se había convertido en su modo de vida, y no lo consideraba problemático o que afectase a su vida social y familiar. Posteriormente, la sobrina de la paciente actuaría como coterapeuta y le ayudaría en las siguientes sesiones y en las actividades a realizar en el contexto natural.

A partir de la tercera sesión se inicia el aconsejamiento y la instigación para que la paciente se exponga a las situaciones que hasta ahora había evitado, y realizarlo sola siempre que fuera posible. En ese momento los objetivos eran dobles: (1) Instigar, y reforzar si lo hacía, exposiciones en vivo en todos los lugares y actividades que habitualmente enviaba a la sobrina o necesitaba ir acompañada; y (2) Práctica programada con algunas situaciones que se negaba a afrontar sola (grandes almacenes, ascensores, acudir al médico, hospitales y permanecer sola en casa).

Se le dieron las pautas para afrontar una situación de pánico y cómo superar las características fisiológicas de la ansiedad. También se le dio un autorregistro sencillo en el que anotar lo que sentía, lo que pensaba y lo que hacía específicamente en cada una de esas situaciones en que se expusiese. La sobrina recibió las mismas instrucciones para ayudarle en esas situaciones, y también pautas a seguir sobre cómo retirarse gradualmente de las situaciones cuando estuviese practicando esa autoexposición.

Para la cuarta sesión Eva se había trasladado provisionalmente a casa de su hermana y comenzó a trabajar en tareas de limpieza de una consulta médica tres días por semana. Esto supuso una exposición "obligatoria", pues desde ese momento iba y venía sola al trabajo (una distancia corta) y permanecía varias horas sola limpiando en la consulta. En una ocasión fue a recoger sola a su sobrina al colegio. A partir de este cambio familiar, al sentir menor ansiedad cada vez que hacía estas salidas sola, comienza a colaborar de manera más activa en el tratamiento. Se le dieron instrucciones para aumentar el nivel de autoexposición: (1) Procurar realizar exposiciones diarias y de mayor duración, (2) No escapar de las situaciones hasta sentirse tranquila, y (3) Utilizar estrategias de afrontamiento mediante respiraciones lentas y abdominales, pensar en la práctica que está haciendo, ser consciente de sus sensaciones y soportarlas hasta que disminuyesen. Se le pusieron también varias situaciones como objetivo a superar para la siguiente semana.

En la quinta sesión, Eva informó que había realizado todas las situaciones propuestas, había realizado autoexposición en un gran almacén (estuvo durante dos horas comprando), iba todos los días sola a recoger a su hija al

colegio, y fue también un día sola a la consulta del médico de cabecera. En nuestra consulta se presentó sola, y también informó que había comenzado a reducir por su cuenta la medicación que estaba tomando. En las siguientes sesiones, esa colaboración se va haciendo más activa, y la paciente se implica en varias situaciones de autoexposición más aversivas para ella, por ejemplo, cerraba la puerta del cuarto de baño, y entró en un aparcamiento subterráneo.

A partir de la séptima sesión informó que ya había dejado totalmente la medicación. Continúa la mejora respecto a la eliminación de conductas de evitación. El marido informa que sale mucho más y casi siempre sola, sale varias veces a grandes almacenes. Pero parece continuar el malestar subjetivo, continúa con sus miedos.

Tras las vacaciones de verano, la familia se ha trasladado a su nuevo domicilio, pero la sobrina continúa colaborando como coterapeuta. Se mantiene la mejoría en las conductas de evitación que se habían programado para ese periodo, y además ha realizado autoexposiciones por su cuenta, pero sigue informando sobre sensaciones de malestar en esas situaciones (entre 1 y 3 en una escala de 5 puntos). Se revisaron los autorregistros y se dieron instrucciones explícitas para no tener ninguna respuesta de escape en esas situaciones. Se incluyó ahora la medición del tiempo que duraba la autoexposición para ayudar a la paciente a observar cómo cambiaban sus sensaciones antes, durante y después de la exposición.

A partir de la décima sesión se sigue un formato uniforme, en él se incluye revisión de los autorregistros, acordar nuevas estrategias para las dificultades encontradas en cada tarea, revisión de los indicadores de avances en las exposiciones con y sin acompañantes, y acordar nuevas tareas de autoexposición programada para la siguiente semana. En las siguientes sesiones van aumentando la cantidad de autoexposiciones programadas y espontáneas de la propia paciente. Se dan instrucciones sobre pensamientos alternativos ("no va a pasar nada", "lo voy a superar", "dentro de poco estaré mejor") para afrontar las situaciones de malestar. Por su parte, Eva encontró por sí sola otra forma de abordarlos al realizar una tarea vigorosa o cualquier otra tarea motora antes que escapar de la situación temida.

En la sesión décimosexta afirma espontáneamente que se encuentra mejor, duerme bien, y no toma fármacos aunque lleva siempre un frasco de medicación en el bolso "por si acaso". Se inician prácticas programadas con objetivos para ella más aversivos como "permanecer largo tiempo sola en un gran almacén comprando", "montar sola en un ascensor", "venir sola desde su domicilio a la consulta", o "entrar y permanecer sola de visita en un hospi-

tal". Se siguen aplicando los autorregistros, aunque en muchas ocasiones no los completa, o afirma que ha realizado muchas más "prácticas" que las que ha anotado. Las sesiones se van espaciando más, y se le aconseja también asistir a una escuela de adultos para perfeccionar sus habilidades de lecto-escritura e indirectamente entablar relaciones sociales más allá del ámbito familiar.

En las sesiones siguientes viene sola a las consultas, realiza numerosas autoexposiciones en ascensores, autobuses, colas de gente, supermercados, hospital etc., y ya salía de casa sin llevar la medicación en el bolso. En las últimas sesiones antes de dar el alta definitiva, aparecen numerosas afirmaciones sobre la mejoría obtenida y los cambios positivos ocurridos en su vida social y familiar. Se aplicaron de nuevo los mismos cuestionarios iniciales sobre agorafobia y depresión, con cambios evidentes en las puntuaciones tales como muestra la Tabla 1.

RESULTADOS

De forma global, podemos afirmar que los resultados de este caso son coherentes con los objetivos logrados por otros autores con este procedimiento. En este caso la duración del tratamiento ha sido mayor, ha habido una aplicación progresiva del proceso de autoexposiciones. El proceso completo transcurre durante 13 meses desde la primera hasta la última consulta, con un número total de 20 sesiones. Sin embargo, este tiempo viene impuesto por el contexto de trabajo en un centro de salud, donde las citas programadas, los periodos vacacionales, y los cambios circunstanciales en los pacientes imponen una demora mayor entre las sesiones de tratamiento. El tiempo promedio de cada sesión era de 30 minutos, lo que supone un contacto total del terapeuta de unas 10 horas. Los autorregistros ponen de manifiesto que, aunque la disponibilidad del terapeuta ha sido menor de la deseable, la paciente ha mantenido un ritmo continuado en las tareas de autoexposición de las que depende, en último término, el alcance de los resultados terapéuticos.

Aunque no existe un análisis cuantitativo durante el tratamiento, sólo las descripciones anteriormente realizadas, si existen comparaciones pre-post a partir de los datos de cuestionarios. Las puntuaciones globales de agorafobia están ahora por debajo del punto de corte (176), siguen siendo elevadas las puntuaciones de respuestas motoras de evitación, aunque habría que decir que algunas de las cuestiones de esos ítems no son habituales o no constitu-

yen repertorios de la vida de esta persona. También han disminuido las puntuaciones sobre depresión, en especial por la eliminación de la "desesperanza" y los problemas de sueño.

Tabla I.- Resultados de los cuestionarios aplicados a la paciente antes y después del tratamiento

Inventarios	Ptc	Pact
Inventario de Agorafobia		
Resp. Motoras	223	127
Resp. Fisiológicas	20	13
Resp. Cognitivas	13	6
Escala Global	256	140
Escala de Adaptación	3	1
Inventario de Depresión	12	6

También es importante recordar que en la evaluación inicial la paciente estaba bajo tratamiento farmacológico y que en los datos postratamiento hacía ya más de siete meses que no tomaba ningún fármaco. Parece evidente que en un primer momento esta medicación ayudó a la paciente a superar las situaciones, pero una muestra del efecto positivo de las tareas de autoexposición ha sido que la paciente decidió por su propia cuenta retirar progresivamente, y luego eliminar totalmente, la toma de fármacos. Si no hubiese sido así, se hubiese programado también como parte de los objetivos del tratamiento.

Tres años después de finalizado el tratamiento, se citó telefónicamente a la paciente para evaluar el mantenimiento de los resultados en el tiempo transcurrido. Eva vino sola a la consulta concertada. Nos confirma que durante estos años ha continuado libre de síntomas agorafóbicos y que se mantienen las ganancias fundamentales que consiguió con la terapia. La exploración psicopatológica pone de manifiesto la persistencia de algunos síntomas de ansiedad inespecíficos. La paciente toma, de forma muy esporádica, medio comprimido de *Halozepam*. La estabilidad de esta mejoría se nos revela más

significativa cuando Eva nos comunica que ha tenido un segundo hijo que ahora tiene dos años, el cual padece una grave enfermedad hereditaria, sin embargo no han reaparecido los problemas de ansiedad y evitación.

CONCLUSIONES Y COMENTARIOS

Quisiéramos apuntar que desde una teoría psico-social de los problemas de conducta, la agorafobia aparece históricamente como un cambio en las relaciones de la mujer con su entorno, y su adaptación o no a esos nuevos cambios. Esta problemática tiene mayor incidencia en la mujer, desde el momento en que entran en conflicto las posibilidades de independencia progresiva que la mujer va consiguiendo en el último siglo y las obligaciones de dependencia económica y doméstica que el entorno familiar le sigue exigiendo. Estas contradicciones se vislumbran ya en la base de los ataques de "histeria", abordados por Freud en la Viena de finales del siglo XIX; y se actualizan un siglo después en los ataques de pánico-agorafobia cada vez más frecuentes en los habitantes de las grandes ciudades actuales (Pérez Alvarez, 1992a).

Resulta muy tentador ver a nuestra paciente como una mujer que en pocos meses pasó del siglo pasado (un cortijo aislado en el campo), con una dependencia total de los padres y pocas experiencias de autonomía vital, a enfrentarse a la complejidad de la gran ciudad del siglo actual. Ese conflicto, aunque pueda parecer socialógico, supone vivencias personales y tiene como producto problemas psicológicos como el que aquí presentamos. Hasta que la persona no se enfrenta a esa nueva complejidad y comienza a vivirla, no desaparecen esos temores.

Por otra parte, señalar también las prácticas habituales, las normas y contingencias que funcionan en un contexto de trabajo clínico en los servicios sanitarios públicos (Pérez Alvarez 1992b). Todo ese campo de trabajo impone una serie de variables que obstaculizan los objetivos de una terapia de conducta estandarizada. Nos referimos a cuestiones como: el modelo médico de enfermedad, la asunción del rol de "paciente-pasivo" que este mismo modelo acaba enseñando y reforzando en los usuarios, la derivación "obligatoria" por parte de los médicos y no a petición propia, los prejuicios sociales sobre los psicólogos y psiquiatras, la presión de la mercadotecnia farmacológica que induce a creencias irracionales sobre los efectos de la medicación en problemas psicológicos, etc. Problemas todos ellos que suponen un

añadido extra al trabajo del profesional en las terapias psicológicas habituales.

Otra particularidad del caso, que hubiera merecido más atención de la prestada en este resumen, son sus limitaciones para la lecto-escritura por la deficiente escolarización. Esto plantea dificultades con herramientas muy útiles en este tipo de tratamientos: lecturas de autoayuda, autorregistros etc. Además podrían comprometer la adherencia del paciente en la fase inicial del tratamiento. Los estudios con casos clínicos que suelen publicarse no abundan en sujetos con este perfil, lo que puede resaltar aún más la eficacia del procedimiento con las características culturales y sociales de esta persona.

Nos parece destacable, finalmente, que se presente también la información de seguimiento recogida en entrevista clínica con la paciente tres años después de finalizado el tratamiento, en los que se mantiene la mejoría conseguida con las técnicas de exposición utilizadas en la terapia. Persisten síntomas de "ansiedad flotante" que, más en la línea de otros planteamientos teóricos, apuntarían a la ansiedad como rasgo de personalidad constituyendo una hipotética "vulnerabilidad" para la instauración de trastornos fóbicos. Nuestra experiencia clínica, a lo largo de más de diez años en el sistema público de salud mental, nos lleva a pensar que este tipo de estudios clínicos, con largos seguimientos, son la mejor herramienta para confirmar la bondad de los tratamientos psicológicos en casos como éste, no sólo por la gravedad de los problemas, sino por las dificultades culturales que hacen poco conveniente una aproximación de terapia de conducta más clásica.

BIBLIOGRAFÍA

- Barlow, D.H. (1997). Cognitive-behavioral therapy for panic disorder: Current status. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58, 2, 32-37.
- Bas Ramallo, F. y Andrés Navia, V. (1994). *Terapia cognitivo-conductual de la depresión: Un manual de tratamiento*. Madrid. Fundación Universidad-Empresa.
- Borda, M., y Echeburúa, E. (1991). La autoexposición como tratamiento psicológico en un caso de agorafobia. *Análisis y Modificación de Conducta*, 56, 993-1012
- Echeburúa, E., Corral, P., García, E., Páez, D. y Borda, M. (1992). Un nuevo inventario de agorafobia. *Análisis y Modificación de Conducta*, 57, 101-123.

- Echeburúa, E. y Corral, P. (1993): Técnicas de exposición en psicología clínica. En M.A. VALLEJO y M.A. RUIZ (Eds.) *Terapia de conducta*. Madrid. Fundación Universidad -Empresa.
- Ferro, R., Fernández, A. y Vives, M.C. (1991). Tratamiento conductual de un caso de agorafobia con ataques de pánico. *Análisis y Modificación de Conducta*, 17, 55, 827-838.
- Feske, U. y Chambless, D.L. (1995). Cognitive behavioral versus exposure only treatment for social phobia: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, 26, 4, 695-720.
- Organización Mundial De La Salud (1992): *CIE 10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid. Meditor.
- Pérez Alvarez, M. (1992a). *Ciudad, individuo y psicología. Freud detective privado*. Madrid. Siglo XXI.
- Pérez Alvarez, M. (1992b). El sistema sanitario según las contingencias de reforzamiento. Conferencia invitada a las *Primeras Jornadas de Psicología de la Salud*. Granada.
- Van-Dyck, R., y Spinhoven, P. (1997). Does preference for treatment matter?. A study of exposure in vivo with o without hypnosis in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Behavior Modification*, 21, 2, 172-186.