

EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE UN CASO DE AGORAFOBIA SIN TRASTORNO DE PÁNICO

Pablo J. Olivares-Olivares¹, Francisco José Costa Moreno y José Olivares
Universidad de Murcia

EVALUATION AND TREATMENT OF A CASE OF AGORAPHOBIA WITHOUT PANIC DISORDER

Pablo J. Olivares-Olivares¹, Francisco José Costa Moreno y José Olivares
Universidad de Murcia

AFILIACIÓN INSTITUCIONAL (Correspondencia)

¹Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos
Facultad de Psicología. Campus Universitario de Espinardo, Universidad de Murcia, Apdo.
4021, 30100 Espinardo, Murcia (España).
e-mail: pjool@um.es; Teléfono: 968363976



Evaluación y tratamiento de un caso de agorafobia sin trastorno de pánico

Los trastornos de ansiedad, y especialmente las fobias están entre los problemas psicológicos más estudiados. Dentro de éstos se halla la Agorafobia, un trastorno que generalmente suele presentarse asociado con el Trastorno de pánico, por lo que es raro hallarlo solo como ocurre en el caso que presentamos. El proceso de la intervención se desarrolló en tres fases: Evaluación diagnóstica, Tratamiento (subfases Psicoeducativa, de Entrenamiento y "Tareas para casa") y Seguimiento. En la primera se evaluó a la paciente mediante una entrevista conductual que se complementó con la administración del Cuestionario de ansiedad estado-rasgo y los criterios diagnósticos recogidos en el Diagnostic and statistical manual of mental disorders (quinta edición). La fase de tratamiento incluyó la aplicación de una Desensibilización sistemática estándar. Los resultados al finalizar el tratamiento y durante la fase de seguimiento muestran la desaparición del trastorno y el mantenimiento de los logros.

Palabras clave: Agorafobia, Ataque de pánico, Desensibilización sistemática estándar.

Evaluation and treatment of a case of agoraphobia without panic disorder

Anxiety disorders, phobias in particular, have been the most studied in psychology. In these disorders is agoraphobia, a disorder that is usually present with panic disorder, but it is uncommon in clinic a case of agoraphobia without panic disorder as in the case of this article. Intervention was developed in three phases: Diagnostic Assessment, Treatment (subphases Psychoeducational, Training and "Homework") and Follow up. In the first phase the patient was evaluated using a behavioral interview, complemented with State-Trait Anxiety Inventory questionnaire and diagnostic criteria of Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Training/treatment phase consisted of a standard systematic desensitization. Results at the end of treatment and during follow up show the disappearance of the disorder and patient maintains her progressions.

Keywords: Agoraphobia, Panic attack, Standard systematic desensitization.



Evaluación y tratamiento de un caso de agorafobia sin trastorno de pánico

INTRODUCCIÓN

La Agorafobia es un trastorno que interfiere de manera significativa en la vida cotidiana de la persona que la sufre pues resulta un impedimento importante a la hora de hacer tareas normales como salir de compras, ir al cine o incluso conducir, afectando a largo plazo también sus relaciones personales y familiares. En los casos más extremos el sujeto podría llegar a encerrarse en su casa sin salir (*National Institute of Mental Health* [NIMH], 2009). Según el DSM-5 (APA, 2013), el diagnóstico de la Agorafobia requiere que aparezcan respuestas de ansiedad al encontrarse la persona en lugares o situaciones donde le sea difícil o embarazoso dar respuestas de escape, o donde, en el caso de aparecer una crisis de pánico, la persona crea que no dispone de la ayuda que podría requerir. Los temores agorafóbicos suelen estar relacionados con un conjunto de situaciones características, entre las que se incluyen estar solo fuera de casa, hallarse en medio de una multitud, viajar en autobús, etc.; situaciones que quienes presentan el trastorno suelen evitar o soportar a costa de un malestar clínicamente significativo.

La Agorafobia puede presentarse sola o asociada a otros trastornos, generalmente el de Pánico. En el segundo caso se requiere que, además de cumplirse los requisitos para el diagnóstico de la Agorafobia, también se cumplan los del trastorno de pánico. La Agorafobia suele ser una consecuencia de las crisis de pánico ya que, como recuerda Bados (2005), la persona, al no poder explicarse por qué le sucede, termina asociando los ataques con la situación en la que se halla y comienza a evitarla. La Agorafobia sin Trastorno de pánico se caracteriza porque las respuestas de escape/evitación están generadas por el miedo a la incapacitación o vergüenza producidas por alteraciones similares a las de la crisis de pánico (Bados, 2008).

Aunque algunos autores consideran necesario el antecedente de crisis de pánico para que aparezca un trastorno de Agorafobia (Lelliot, Marks y McNamee, 1989), otros no solo defienden lo contrario sino que sostienen que los estudios epidemiológicos muestran que la Agorafobia sin pánico es mucho más frecuente en los estudios con muestras clínicas (véase Kessler, McGonagle y Zhao, 1994).

Desde esta perspectiva epidemiológica, según el DSM-5 (APA, 2013), cada año es diagnosticada de este trastorno el 1'7% de la población, siendo su prevalencia alrededor del doble en mujeres que en varones, su curso suele ser crónico y su remisión sin tratamiento inferior al 10%. El estudio ESEMeD (Haro et al., 2006) muestra que en España el número de mujeres es significativamente superior al de hombres; el porcentaje de varones con Agorafobia en los doce meses en los que se realizó el estudio fue de 0'15% frente al 0'60% de mujeres (proporción 1:4). Por otro lado, el porcentaje de hombres que en el estudio de Haro et al. (2006) habían presentado Agorafobia a lo largo de su vida fue del 0'47%, frente al 0'76% de mujeres. Estos datos están en línea con los de quienes sostienen que la Agorafobia sin antecedentes de trastorno de Pánico es muy poco frecuente en la clínica (véase Hollander y Simeon, 2004).



PRESENTACIÓN DEL CASO

Descripción del caso

La paciente es una mujer soltera y sin hijos, de 33 años, vive en el domicilio particular junto a su pareja. Posee estudios universitarios y en el momento de la intervención trabaja como cuidadora de una persona con discapacidad en el domicilio de ésta. Su estado de salud física es bueno. En su historial psicológico no hay nada que destacar excepto el motivo por el que acudió a consulta. En sus antecedentes familiares indicó que un tío suyo fue diagnosticado de Esquizofrenia paranoide. Respecto a sus relaciones personales, la paciente aseguró tener buenas relaciones con la familia, con su pareja y con su entorno cercano; no teniendo ninguna dificultad para relacionarse y conocer a otras personas.

Motivo de consulta

La paciente refirió sentirse agobiada incluso en las situaciones donde no hay demasiada gente presente, alcanzando la intensidad de sus respuestas de ansiedad valores muy altos en las aglomeraciones. Pese a ello informó que no suele evitar las situaciones pero comentó tener respuestas de ansiedad anticipatoria muy intensas si creía que el lugar al que se dirigía puede estar “abarrotado”.

Historia del problema

La paciente indicó que todo comenzó mientras estudiaba en la universidad, a los 23 años. Una mañana tomó un autobús lleno de gente y sintió una fuerte sensación de sofoco, opresión en el pecho y náuseas que le hicieron vomitar. Desde entonces teme las situaciones en las que hay aglomeración de personas y los autobuses repletos de gente.

En los comienzos del Trastorno el miedo se focalizaba únicamente en los autobuses pero pronto comenzó a generalizarse a otros estímulos llegando a tener serias dificultades para salir de casa. En el momento de solicitar nuestra ayuda las respuestas de ansiedad se desencadenaban principalmente en situaciones en las que había muchas personas, cuando se encontraba en un lugar cerrado o viajaba en transporte público (especialmente los autobuses) y no se hallaban personas conocidas cerca que pudieran auxiliarla caso de necesitarlo.

Aunque no había recibido tratamiento psicológico previo sí había intentado resolver su problema con remedios homeopáticos y libros de autoayuda que no produjeron el efecto deseado.

Evaluación

Para la evaluación se utilizó en primer lugar una entrevista semiestructurada basada en la entrevista conductual propuesta por Fernández Ballesteros (2004) y en segundo los criterios diagnósticos del DSM-5 (APA, 2013), constatándose que la paciente cumplía los requeridos para el diagnóstico de un Trastorno de pánico sin agorafobia. Asimismo, se le administró el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (*State-Trait Anxiety Inventory*, STAI) de Spielberger, Gorsuch y Lushene (2002) y se



verificó la potencial concurrencia de otros trastornos comórbidos. Se descartó la existencia de una Fobia específica porque el temor no se centraba en ningún estímulo concreto. Igualmente se desechó la posibilidad de un diagnóstico de Fobia social pues no había problemas ni dificultades para establecer nuevas relaciones sociales ni deterioro en sus relaciones sociales, pese a que ésta admitía que no podía disfrutar con normalidad de fiestas o actividades cotidianas como ir al cine o cenar en un restaurante; calificó de moderada la interferencia de este problema en su vida diaria, puntuándola con un 5 sobre 10. Finalmente se excluyó un diagnóstico de Ansiedad generalizada porque tampoco se cumplían los criterios requeridos.

Para acotar psicológicamente el trastorno se le solicitó que cumplimentara un registro cada vez que se expusiera a una situación temida/evitada; además de anotar la ocurrencia de respuestas de ansiedad, también tenía que estimar su intensidad y duración.

Valoramos la capacidad de la paciente para reproducir en imaginación el contenido de los ítems presentados por el terapeuta. Empleamos el procedimiento diseñado por Cautela y recogido en Olivares et al. (2013) que consiste en que el sujeto, una vez relajado y con los ojos cerrados, imagine una escena neutra de la que posteriormente se harán preguntas sobre detalles de la misma ajustándose a sus características y no a aspectos generales que se puedan extraer del conocimiento general de la situación. Después el paciente debe visualizar una escena que suscite una emoción fuerte con el fin de comprobar que su imaginación le provoca reacciones emocionales. Tras visualizar la escena el paciente debe valorar la intensidad de la ansiedad sentida mediante la escala de Unidades Subjetivas de Ansiedad (USA; rango: 0-100). Como escena neutra se pidió que se imaginase a ella misma sentada en un banco de un parque. Como escena evocadora de emociones intensas se optó por una situación objetivamente estresante para la mayoría de personas pero que no tuviera relación con sus miedos. En concreto, debía imaginar que quedaba involucrada en un accidente de tráfico, sin víctimas ni heridos, en el que tenía que rellenar el parte amistoso para el seguro. Puesto que los resultados de ambas visualizaciones mostraron una elevada capacidad para visualizar en imaginación las situaciones requeridas se entendió que era posible aplicar la DS estándar.

Por último se evaluaron las expectativas de resultado de la paciente en relación con el tratamiento psicológico resultando éstas notablemente altas (8 sobre 10).

Análisis topográfico

Los datos proporcionados por el autorregistro cumplimentado mostraban que, durante las dos semanas que duró la evaluación diagnóstica, solo en 1 de cada 10 intentos lograba enfrentarse con éxito a las situaciones temidas o evitadas. El autorregistro también permitió verificar que cuando llegaba al lugar temido el valor de la intensidad promedio de sus respuestas de ansiedad se situaba alrededor de 7 sobre 10, disminuyendo o aumentando ésta de forma directamente proporcional a la cantidad de personas presentes. Con estos datos se construiría posteriormente la Línea de base.

Análisis funcional

A la luz de los datos proporcionados en la evaluación pudimos hipotetizar la existencia de una relación directa entre las respuestas de ansiedad, y las relativas a la

vergüenza, con el hecho de hallarse en un lugar concurrido o en una situación en la que le pareciese que podría resultar difícil escapar.

En consecuencia, los antecedentes que se postularon implicados en el inicio de las respuestas agorafóbicas fueron dos: el número de personas presentes y el carácter abierto o cerrado del lugar. Las respuestas desencadenadas por estas situaciones, tanto ante la posibilidad de hallarse en una de ellas como durante el enfrentamiento a las mismas, fueron de tipo cognitivo (p.e. “Me van a entrar náuseas”, “El baño está lleno. No podré ir al aseo si tengo ganas de orinar”, “Si me siento mal tendré que llamar la atención de todos para que el conductor pare el autobús”, etc.), psicofisiológico (sudor, temblores, sensación de sofoco, náuseas, necesidad de orinar, ...) y motoras como morderse el labio inferior, apretar fuertemente una mano contra la otra o cruzar los brazos apretando desproporcionadamente el uno contra el otro, etc., acompañadas de respuestas de evitación/escape tanto de orden cognitivo como motor como ocurría cuando, por ejemplo, ponía excusas para no tener que enfrentarse a la situación temida, no miraba para no ver el número de personas presentes, pensaba que estaba en otro lugar o procuraba estar cerca de la puerta de salida por si tenía que salir rápidamente de allí.

Por lo que respecta a los consecuentes hemos de indicar que estos fueron muy distintos cuando logró enfrentarse y exponerse con éxito a las situaciones temidas que cuando tuvo que escapar de la situación (total o parcialmente –huida brusca vs. no mirar o pensar que está en otro lugar, por ejemplo) o en las ocasiones en las que ni siquiera se enfrentó porque directamente las evitaba. En la Tabla 1 recogemos una muestra de los antecedentes, las respuestas y los consecuentes que integran nuestro Análisis funcional del caso.

Los datos de la evaluación también pusieron de manifiesto que cuando el paciente tenía que enfrentarse a una situación real temida (o en la que creía que podían estar presentes uno o más de los antecedentes que se recogen en la Tabla 1) entonces aparecía el sudor, la sensación de sofoco, las ganas de orinar, los pensamientos catastrofistas, la anticipación de potenciales consecuencias negativas, etc., que generalmente culminaban en respuestas de escape parcial o total, o de evitación si estaba contemplando la posibilidad de afrontarlas; tales respuestas iban seguidas de manera inmediata por el alivio momentáneo de la aversión, pero generalmente instantes después aparecían los pensamientos de autocastigo (reproches) y los sentimientos de vergüenza, culpa, frustración, rabia y tristeza.

Antecedentes	Respuestas	Consecuentes
<ul style="list-style-type: none"> - Número de personas presentes en relación con el espacio donde se hallaban - Características de la situación: facilidad/dificultad para abandonarla (escapar) - No tener a nadie conocido que pudiera auxiliarla en caso de necesidad 	<ul style="list-style-type: none"> - Motoras: tensión muscular excesiva, respuestas de evitación activas y pasivas, respuestas de escape - Fisiológicas: sudor, sensación de sofoco y necesidad de orinar - Cognitivas: anticipación catastrofista de potenciales consecuencias negativas; respuestas de escape cognitivas (permanecer en la situación temida “pensando en otras cosas”). 	<ul style="list-style-type: none"> - Alivio del malestar - Sentimientos de culpa - Auto-reproches - Frustración, - Vergüenza - Tristeza

Tabla 1. Análisis funcional

Hipótesis de intervención

Las relaciones puestas de manifiesto por nuestro análisis funcional muestran que el alivio que sigue a las respuestas de escape y evitación es el responsable del mantenimiento del trastorno, en consecuencia, hipotetizamos que si exponemos a la paciente de manera gradual a las situaciones temidas, controlando las respuestas de escape, entonces habrá de producirse una reducción progresiva del malestar experimentado en la misma medida en que vaya progresando su exposición en la jerarquía de las situaciones temidas/evitadas.

Procedimiento

Las sesiones tuvieron lugar en la consulta del psicólogo; su duración fue de 90 minutos para la primera y la segunda, y de 45 para las restantes, teniendo lugar con una periodicidad de una sesión por semana.

En la primera sesión se realizó una entrevista conductual siguiendo el modelo propuesto por Fernández Ballesteros (2004) y se diseñó el proceso de evaluación para concretar el diagnóstico psicológico. Tras un breve entrenamiento se le entregó a la paciente un registro en el que debía anotar la frecuencia, duración e intensidad de sus respuestas de ansiedad cada vez que se enfrentaba o intentaba enfrentarse a una situación temida/evitada y se aplicó el STAI.

En la segunda se le entregaron los resultados de la evaluación psicológica, se concretó el diagnóstico psicopatológico (DSM-5; APA, 2013) y se firmó un contrato terapéutico tras expresar la paciente su voluntad de querer recibir tratamiento.

Las sesiones tercera y cuarta se dedicaron al entrenamiento de la RMP. Para el entrenamiento en relajación se procuró que el entorno fuese el adecuado, con baja iluminación, sin ruidos y se avisó a la paciente de que debía llevar ropa cómoda y quitarse todos los objetos que la oprimiesen (anillos, collares, pulseras, etc.). Se aplicó el procedimiento de relajación para siete grupos musculares descrito por Bernstein y Borkovec (1983). En la tercera sesión el entrenamiento se redujo a cuatro grupos musculares, que fue el procedimiento final utilizado en la DS. Como tareas para casa la paciente debía practicar la relajación 20 minutos/vez, dos veces al día.

El establecimiento de la jerarquía de los ítems ocupó una sesión completa. Para ello, se usaron unas tarjetas en blanco, donde la paciente debía describir brevemente una situación relacionada con sus miedos en un lado de las tarjetas y en el otro lado la intensidad de las respuestas de ansiedad que le provocaba, medidas en una escala de Unidades Subjetivas de Ansiedad (USAs). Primero se redactó un ítem que generaba respuestas de ansiedad de mínima intensidad (5), luego se construyó otro que generase máxima ansiedad (100) y en tercer lugar otro que le producía una intensidad intermedia en sus respuestas de ansiedad medio (50). Usando estos tres ítems como referencia se desarrollaron los demás con la única condición de que en la jerarquía final no hubiese una diferencia mayor de 15 USAs entre un ítem y el siguiente. El número de ítems fue 15 (véase Tabla 2).



Ítem	Descripción del ítem	Valor en USAs
1	Cenar en casa de unos amigos	5
2	Pasear por una calle amplia y que haya poca gente	10
3	Pasear por una calle estrecha y que haya poca gente	15
4	Pasear por una calle amplia y con por ella circule bastante gente	20
5	Pasar por un pasillo estrecho en el que haya varias personas	25
6	Pasear por una calle estrecha y que por ella circule bastante gente	35
7	Viajar en tren en un vagón con varios asientos ocupados	40
8	Hacer un viaje corto en un coche con todas las plazas ocupadas	50
9	Cenar en un restaurante y que haya bastante gente	60
10	Entrar en una iglesia llena de gente y sentarse en primera fila	65
11	Hacer un trayecto corto en un autobús con poca gente	70
12	Esperar en una cola de más de 20 personas	80
13	Esperar en una cola con mucha gente y que avance despacio	90
14	Acudir a una exposición y estar en la zona central del vestíbulo	95
15	Hacer un trayecto largo en un autobús repleto de gente	100

Tabla 2. Jerarquía de ítems

Para la aplicación de la DS primero se acordó con la paciente una señal para comunicarse con ella sin necesidad de tener que hablar. Dicho gesto consistió en alzar levemente el dedo índice de su mano dominante (izquierda). Tras esto, se inició el proceso que sería el mismo para las sesiones restantes. Primero se ayudó a la paciente a relajarse, y una vez lograda la relajación se le indicó que imaginase el primer ítem de la jerarquía. Una vez visualizada claramente la situación debía hacer la señal acordada. La imagen debía estar visualizándola durante 5 segundos. Transcurrido ese tiempo se le indicaba que dejase de imaginar la situación y se le preguntaba por la intensidad de las respuestas de ansiedad que había sentido. Si el valor era igual o menor que 25 USAs se repetía el proceso incrementando en 5 segundos la exposición a la situación hasta llegar a un máximo de 20 segundos. El procedimiento se repetía hasta que se realizaban 2 exposiciones consecutivas en las que la valoración de la intensidad de la ansiedad alcanzada era 0. Una vez se cumplía este criterio se pasaba al siguiente ítem de la jerarquía.

Cada sesión se iniciaba con el último ítem superado en la sesión previa y se terminaba con el último ítem superado en esa misma sesión.

La medida de las variables que habrían de permitir valorar la eficacia del tratamiento y contrastar nuestra hipótesis se hizo como sigue: en relación con la relajación muscular progresiva se empleó una valoración subjetiva de la intensidad de la relajación con valores comprendidos entre 0 y 10, siendo 10 la máxima relajación y 0 ninguna relajación. Respecto de la exposición a las situaciones temidas medimos el número de afrontamientos exitosos. También se tuvo en cuenta el número de ítems de la jerarquía superados en cada una de las sesiones de aplicación de la DS, de acuerdo a lo ya indicado.

En los periodos entre sesiones se aplicaron las “tareas para casa” que incluyeron que (i) la paciente se expusiese a las situaciones temidas/evitadas que había superado durante las sesiones de entrenamiento en el contexto clínico, con el objetivo de consolidar los logros y generalizarlos al contexto natural, y (ii) el registro de la frecuencia, duración e intensidad de las respuestas de ansiedad mediante un modelo

confeccionado *ad hoc*. Se contabilizaron como respuestas de evitación no asistir a lugares/situaciones temidos/evitados y como respuestas de escape las que implicaron la huida brusca de la situación temida y las de escape parcial como estar pensando en otra cosa, imaginar una situación distinta, realizar una tarea que le permitiera distraer su atención o acelerar la acción que estuviese realizando para terminarla cuanto antes y abandonar la situación temida.

La Línea de base se confeccionó con la información proveniente del autorregistro durante los 14 primeros días. Para la variable *ítems desensibilizados* se fueron anotando los ítems que se superaban durante la aplicación de la DS.

La evaluación de los logros se realizó a través de la medida de dos variables: el número de afrontamientos exitosos en vivo a la situación temida/evitada y el de ítems superados de la jerarquía; para la primera se empleó una medida de autorregistro.

El seguimiento de los efectos del tratamiento se realizó durante 12 meses para comprobar que los resultados se mantenían. La primera sesión de seguimiento se hizo a los 3 meses de terminar el tratamiento, la segunda a los 6 meses y la última a los 12 meses, en la que se volvió a aplicar el STAI. En la Tabla 3 puede verse una síntesis del procedimiento.

Sesión	Desarrollo de la sesión	Tareas para casa
Sesión 1	Entrevista de evaluación y aplicación STAI	Cumplimentar registro
Sesión 2	Resultados STAI, contrato terapéutico, explicación DS y entrenamiento en relajación (7 GM)	Practicar relajación 2 veces al día y cumplimentar registro
Sesión 3	Continuación entrenamiento del en relajación	
Sesión 4	Entrenamiento en relajación (4 GM)	Practicar relajación 2 veces al día (ahora 4 GM) y cumplimentar registro
Sesión 5	Elaboración jerarquía ítems	Practicar relajación 2 veces al día y cumplimentar registro
Sesión 6		ítems 1,2 y 3
Sesión 7		ítems 3, 4 y 5
Sesión 8		ítems 5, 6 y 7
Sesión 9		ítems 7, 8 y 9
Sesión 10	Aplicación de la DS	Cumplimentar registro y enfrentarse a las situaciones temidas/evitadas
Sesión 11		ítems 10 y 11
Sesión 12		ítems 11 y 12
Sesión 13		ítems 12 y 13
Sesión 14		ítems 13 y 14
Sesión 15		ítems 14 y 15

Tabla 3. Cronograma del tratamiento

Tratamiento

Como ya hemos indicado, en la subfase "Entrenamiento" se aplicó una DS estándar. Ello se debió, en primer lugar, al hecho de que esta modalidad de tratamiento nos permitía contrastar nuestra hipótesis y en segundo porque, en este caso, las características y la naturaleza de las situaciones temidas/evitadas hacían muy difícil el control de la exposición. Además, la DS se ha mostrado eficaz en el tratamiento de la Agorafobia en repetidas ocasiones (véase por ejemplo Mattick, Andrews, Hadzi-Pavlovic y Christensen, 1990 o Wolitzky-Taylor, Horowitz, Powers y Telch, 2010).

RESULTADOS

La fase psicoeducativa se completó satisfactoriamente manifestando verbalmente la paciente un cambio en la percepción que tenía de su problema.

Respecto a las puntuaciones de la valoración subjetiva de la intensidad de la relajación alcanzada en cada sesión de entrenamiento los resultados mostraron que en la segunda sesión informó de un valor de 4 sobre 10, en la tercera de un valor de 6 sobre 10 y en la cuarta de un valor de 9 sobre 10.

La Tabla 4 muestra la evolución de las puntuaciones obtenidas en el cuestionario STAI antes de iniciar el tratamiento y una vez terminado.

	Escala Ansiedad-Estado	Escala Ansiedad-Rasgo
Pretest	PD=24, PC=60	PD=32, PC=75
Postest	PD=13, PC=20	PD=29, PC=65
Seguimiento 12 meses	PD=16, PC=30	PD=28, PC=65

Tabla 4. Puntuaciones obtenidas en el STAI

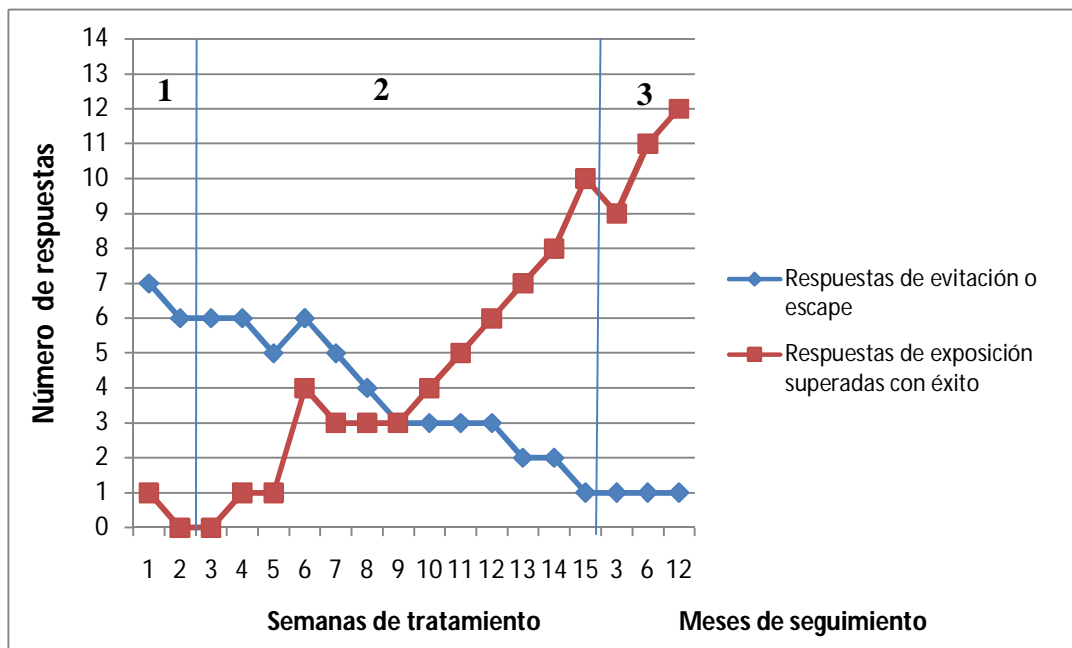
Sobre la evaluación de la capacidad de imaginación, en el ítem neutro la paciente contestó correctamente a las preguntas que se le hicieron. En la prueba en imaginación emotiva la paciente indicó un nivel de ansiedad de 80 USAs, por lo que se concluyó que su imaginación emotiva era apta para la DS. En cuanto a los resultados obtenidos durante el tratamiento, en la Tabla 5 se muestran los ítems de la jerarquía superados en cada sesión con sus respectivos valores en cada exposición.

	Ítem	NEII	Ítem	NEII	Ítem	NEII	
NÚMERO DE LA SESIÓN DE TRATAMIENTO	6	1	15-10-5-0-0	2	5-5-0-0	3	5-0-0
	7	3	10-5-5-0-0	4	5-5-0-0	5	0-0
	8	5	10-5-5-0-0	6	15-10-5-5-0-0	7	10-5-0-0
	9	7	10-5-0-0	8	20-15-10-5-5-0-0	9	10-5-0-0
	10	9	20-15-10-5-5-5-0-0	10	25-15-10-10-10-5-5-10-0-0		
	11	10	20-15-10-5-5-5-0-0	11	25-20-20-10-5-5-5-0-0		
	12	11	15-10-10-5-5-0-0	12	20-15-10-10-5-5-5-0-0		
	13	12	15-15-10-10-5-5-5-0-0	13	20-20-10-15-10-5-5-0-0		
	14	13	20-20-10-10-5-5-5-0-0	14	25-20-20-10-10-10-5-0-0		
	15	14	15-10-10-5-5-0-0	15	25-25-20-15-10-5-5-5-0-0		

NEII = Número de ensayos de exposición en imaginación e intensidad promedio informada de las respuestas de ansiedad experimentadas en cada ensayo

Tabla 5. Evolución de los efectos del tratamiento

En la Figura 1 puede observarse la evolución de los datos obtenidos del autorregistro realizado durante la intervención respecto del número de respuestas de evitación/escape ante las situaciones temidas/evitadas y el número de exposiciones superadas con éxito.



1 = Línea base, 2 = Tratamiento, 3 = Seguimiento

Figura 1. Evolución de las respuestas de escape/evitación durante la intervención

DISCUSIÓN

A lo largo del presente caso se ha podido comprobar una vez más la efectividad de la desensibilización sistemática estándar en el tratamiento de la Agorafobia sin Trastorno de pánico asociado. En primer lugar hay que resaltar que tanto en la literatura como en la práctica clínica el número de casos de Agorafobia sin Trastorno de pánico es muy bajo; en cambio, en los estudios epidemiológicos con muestras comunitarias no ocurre así: son más frecuentes de lo que cabría esperar si tuviésemos solo en cuenta los datos proporcionados por los estudios realizados con muestras clínicas, tal como recuerdan Kessler et al. (1994). Estos autores argumentan que ello podría deberse a que las personas que padecen Agorafobia “pura” normalmente conviven con su trastorno sin buscar ayuda profesional porque éste produce menor interferencia en su vida diaria que cuando se acompaña de Ataques de pánico. No obstante hay que recordar que esta posición no es unánime porque, cuando se adopta una posición diagnóstica dimensional, en muchos casos podría hablarse de Agorafobia con “ataques de pánico con pocos síntomas” (Butcher, Mineka y Hooley, 2011), tal como ocurre en el caso que estamos presentando.

Tras la evaluación realizada, el análisis funcional elaborado y la aplicación del tratamiento diseñado para esta paciente, llegamos a la conclusión de que se cumple la hipótesis planteada, es decir, que si la paciente se expone gradual y reiteradamente a las situaciones temidas, sin que se presenten respuestas de escape y su consiguiente alivio, se producirá una reducción progresiva del malestar experimentado en la misma medida en que vaya progresando su exposición a las situaciones temidas/evitadas. Asimismo, en vista de los resultados obtenidos se concluye que se han cumplido los objetivos propuestos para este caso.

Pasando al análisis de los resultados, en primer lugar, las puntuaciones obtenidas con el STAI muestran que, por un lado, la paciente tenía una intensidad moderada de ansiedad-estado en el momento de la evaluación y elevada en la escala ansiedad-rasgo, pero en ambos casos sin relevancia clínica. En el postest el valor de la magnitud de ambas escalas disminuye en relación con los valores pretest, lo que podemos atribuirlo al efecto del tratamiento.

La paciente completó todos los ítems de la jerarquía de la DS en 15 sesiones, es decir, a razón de ítem por sesión; alcanzando un porcentaje de éxito del 90.9% en el afrontamiento de las situaciones temidas/evitadas. Los datos del autorregistro que recogemos en la Figura 1 muestran un avance muy considerable entre las semanas 5 y 6 que atribuimos, por un lado, al hecho de que la semana 6 coincidió con un periodo vacacional que obligó a la paciente a exponerse con mayor frecuencia y durante más tiempo a las situaciones temidas/evitadas y, por otro, al efecto facilitador de la exposición en imaginación propiciado por el tratamiento mediante la aplicación de la DS.

En cuanto al seguimiento, los datos obtenidos indican que en los doce meses posteriores a la finalización del tratamiento los resultados se mantienen en el tiempo. Asimismo, se puede observar que la paciente continúa mejorando durante el seguimiento, en línea con lo constatado por Wolitzky-Taylor et al. (2010) en su meta-análisis. Estos autores sostienen que una vez finalizado el tratamiento psicológico los agorafóbicos tratados mediante una exposición en imaginación continúan generalmente mejorando.

Finalmente, consideramos que una parte esencial de la intervención fueron las tareas para casa, especialmente las de exposición en vivo a situaciones ya afrontadas durante el tratamiento en imaginación, puesto que le permitieron aplicar los logros obtenidos en consulta y posibilitar con ello la consolidación y generalización de los aprendizajes en el marco de la vida cotidiana.

Por último, hemos de señalar que este trabajo presenta las limitaciones propias de los diseños de caso único ($N = 1$), y dentro de éstos las del tipo A-B que conllevan problemas de validez como los generados por la historia, la maduración, la reactividad experimental respecto de la validez interna, o los propios de la validez externa (véase por ejemplo Fernández Ballesteros, 2004). Estas limitaciones han de ser tenidas en cuenta a la hora de interpretar los resultados que hemos presentado.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Bados, A. (2005). *Agorafobia y pánico*. Barcelona: Universitat de Barcelona.
- Bados, A. (2008). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la agorafobias. En M. Pérez Álvarez, J. R. Fernández Hermida, C. Fernández Rodríguez e I. Amigo Vázquez (Coords.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I: Adultos* (247-270). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Bernstein, D. A. y Borkovec, T. D. (1983). *Entrenamiento en relajación progresiva*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Butcher, J. N., Mineka, S. y Hooley, J. M. (2011). *Psicología clínica*. Madrid: Pearson.

- Echeburúa, E., Corral, P., y García, E. (1992). Un nuevo inventario de agorafobia. *Análisis y modificación de conducta*, 18 (57), 101-123.
- Fernández Ballesteros, R. (Dir.). (2004). *Evaluación psicológica: Conceptos, métodos y estudio de casos*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., Codony, M., Dolz, M., Alonso, J. y Grupo ESEMeD-España (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clínica*, 126 (12), 445-451.
- Hollander, E. y Simeon, D. (2004). *Guía de trastornos de ansiedad*. Madrid: Elsevier España.
- Kessler, R.C., McGonagle, K.A. y Zhao, S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Lelliot, P., Marks, I. y McNamee, G. (1989). Onset of panic disorder with agoraphobia: toward and integrated model. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1000-1004.
- Mattick, R. P., Andrews, G., Hadzi-Pavlovic, D., y Christensen, H. (1990). Treatment of panic and agoraphobia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 567-576.
- National Institute of Mental Health (NIMH). (2009). *Anxiety disorders*. Recuperado de <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/anxiety-disorders/index.shtml>
- Olivares, J., Macià, D., Rosa-Alcázar, A.I. y Olivares-Olivares, P.J. (2013). *Intervención psicológica: Estrategias, técnicas y tratamientos*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Peñate, W., Pitti, C.T., Bethencourt, J.M. y Gracia, R. (2006). Agorafobia (con o sin pánico) y conductas de afrontamiento desadaptativas. Primera parte. *Salud Mental*, 29 (2), 22-29.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E. (2002). *Cuestionario de ansiedad estado-rasgo*. Madrid: TEA Ediciones.
- Wolitzky-Taylor, K.B., Horowitz, J.D., Powers, M.B. y Telch, M.J. (2010). Estrategias psicológicas en el tratamiento de fobias específicas: Un metanálisis. *Revista de toxicomanías*, 61, 3-20.
- Wolpe, J. (1980). *Práctica de la terapia de la conducta*. México D.F.: Editorial Trillas.
- Wolpe, J. (1984). *Psicoterapia por inhibición recíproca*. Bilbao: Desclée de Brouwer.