

## Aplicación del tratamiento de exposición en vivo en un caso de agorafobia con crisis de angustia

Cristina Botella Arbona<sup>(\*)</sup>  
M<sup>a</sup> Carmen Benedito Monleón

*Universidad de Valencia*

**Resumen:** En el presente trabajo se expone la aplicación del tratamiento de exposición en vivo, en la modalidad de autoexposición con coterapeuta, en un caso de agorafobia con crisis de angustia. Se recoge la historia clínica de la paciente y se ofrecen datos acerca del grado de temor y evitación antes, durante y después del tratamiento.

**Palabras clave:** Tratamiento de exposición; agorafobia; temor, evitación.

**Title:** Application of in vivo exposure treatment of an agoraphobia with agor crisis case.

**Abstract:** This paper exposes the application of an in vivo exposure treatment, in the form of autoexposure with cotherapist, for a case of agoraphobia with panic attacks. The clinic history of the patient and the level of fear and avoidance, before, during, and after the treatment, are presented and discussed.

**Key words:** Exposure treatment; agoraphobia; fear; avoidance.

### Introducción

El término agorafobia fue acuñado por Westphal en 1871 a partir de los vocablos griegos "agora" (plaza pública) y "fobos" (horror). Según el DSM-III, el rasgo característico de la agorafobia es un miedo persistente a determinados lugares y situaciones de los que puede resultar difícil o embarazoso escapar u obtener ayuda en el caso de incapacitación súbita. Los miedos más frecuentes son los lugares con aglomeraciones, los espacios abiertos, los medios de transporte públicos, los túneles, los puentes, los almacenes llenos de gente... Aunque en un principio el temor se centra en una situación, paulatinamente, puede extenderse a muchas otras hasta el punto de que la actividad cotidiana puede verse seriamente afectada y las conductas de evitación pueden condicionar de modo importante muchos aspectos de la vida de la persona. Con frecuencia estos pacientes necesitan que un familiar o alguien en quien confíen les acompañe y les

---

(\*) **Dirección:** Dept<sup>o</sup> de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia. Avda. Blasco Ibáñez, 21. 46010 Valencia (España).

proporcione protección siempre que se arriesgan a ir más allá de lo que ellos consideran sus "límites de seguridad".

En la revisión del año 1987 del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III R) se ha alterado el modo en que se concibe este trastorno. La evitación agorafóbica pasa a tener una importancia menor y el pánico se convierte en el principio rector por excelencia. Algunos autores han defendido esta perspectiva (Barlow, 1988; Ayuso, 1988) mientras que otros se muestran en franco desacuerdo (Marks, 1987; Marks y Marks, 1990). Recientemente, nosotros mismos también hemos prestado atención a estas cuestiones (Botella, Ruvira, Peiró, Roberts y Romero, 1990).

En cuanto a tratamiento, los procedimientos de exposición han demostrado ser muy útiles en el manejo de la agorafobia (Marks, 1981, 1987; Marks y Marks, 1990; Steketee y Foa, 1985; O'Sullivan y Marks, 1990; Mathews, Gelder y Johnston, 1981; Michelson y Marchioni, 1991). El elemento central del tratamiento implica lograr que el paciente se exponga repetidamente a los estímulos que le producen ansiedad hasta que esta desaparezca. Se trata, por tanto, de reducir los niveles de ansiedad enfrentando al sujeto a lo que teme (Chambless, 1985).

La exposición en imagen se recomienda cuando los miedos del paciente incluyen situaciones que no pueden presentarse con facilidad en la vida real. Sin embargo si los temores pueden ser abordados en la vida real mediante exposición directa, es preferible el método de exposición en vivo por su mayor efectividad y generalización de los logros terapéuticos, (Mathews, Gelder y Johnston, 1981; Marks, 1987). Los procedimientos de exposición requieren motivación y deseos de cooperar por parte del paciente, esto puede resultar de gran ayuda para superar lo desagradable del procedimiento, exponerse durante largos periodos de tiempo y no abandonar la terapia.

El tratamiento comienza con el estudio de situaciones que el sujeto teme para poder planificar un enfrentamiento graduado y desarrollar tolerancia en lugar de miedo, (Mathews, Gelder, y Johnston, 1981). El siguiente paso es persuadir al paciente para que entre y permanezca en la situación fóbica hasta que se encuentre mejor, y que repita esta acción hasta que resulte tan rutinaria que no le produzca miedo.

Conviene empezar por tareas que puedan ayudar al paciente a reanudar sus actividades cotidianas y, a medida que progresa en tareas fáciles, ir asumiendo otras de mayor dificultad. Las primeras exposiciones se realizan con personas de confianza para el paciente, ya sea el terapeuta o un coterapeuta.

## Historia clínica

La paciente es una mujer de 21 años, soltera, de clase media-baja. Acudió a la terapia con su novio con el que mantenía relaciones desde hacía dos años. A nivel familiar y social no presentaba problemas, pero sí informó de una situación económica y laboral preocupante. La paciente no presentaba antecedentes de problemas de salud físicos o psicológicos, aunque expuso que su madre seguía un tratamiento farmacológico desde hacía veinte años por problemas de ansiedad.

En el momento en que acudió para recibir tratamiento presentaba agorafobia con crisis de angustia desde hacía un año (siguiendo los criterios del DSM-III). Informó que se encontraba seriamente incapacitada a causa de su evitación fóbica y el temor de nuevas crisis de angustia. Los miedos fundamentales eran los medios de transportes, los lugares concurridos, los espacios abiertos y amplios, el ascensor, y los lugares elevados.

Relató que el primer episodio de pánico ocurrió con su novio hacía aproximadamente un año cuando ambos emprendieron una carrera para conseguir subir a un tren que estaba a punto de salir. Consiguieron llegar a tiempo, se sentaron y la paciente comenzó a sentir palpitaciones, sudoración, sequedad de boca, temblores y sensación de ahogo, rápidamente bajaron del tren y desde entonces la paciente no había vuelto a utilizar este medio de transporte.

Un episodio parecido sucedió estando en un automóvil con unos amigos. Desde entonces la paciente comenzó a evitar el coche en la medida de lo posible, o consentía subir siempre y cuando tuviera seguridad de poder parar en caso de necesidad y se utilizaran las carreteras comarcales en lugar de las autopistas.

Otro ataque de pánico sucedió estando en las fiestas de su pueblo en una plaza de toros mientras subía unas escaleras muy concurridas para llegar a las gradas, se repitieron los síntomas y tuvo que escapar de la situación. Desde este episodio, los lugares amplios, abiertos, concurridos y elevados, eran evitados por la paciente siempre que era posible.

En cuanto al miedo y evitación al ascensor, la paciente relató que comenzó al pensar que podría tener un episodio parecido si subía, estuvo una semana sin utilizar el ascensor hasta que se obligó a intentar subir en él y tuvo una crisis de pánico. Desde entonces no había vuelto a subir en ningún ascensor.

## **Procedimiento terapéutico**

Se decidió aplicar el tratamiento de exposición por ser un tratamiento de eficacia probada en este tipo de problemas, además, puesto que era posible estructurar tareas de exposición en vivo se escogió esta modalidad. Por otra parte, la actitud colaboradora del novio de la paciente permitió plantear el tratamiento de autoexposición con coterapeuta.

Se realizaron un total de diez sesiones con la paciente y el coterapeuta que tuvieron el siguiente contenido:

1ª y 2ª Sesión: Evaluación y diagnóstico.

3ª Sesión: Explicación, exposición y planificación del tratamiento.

4ª, 5ª, 6ª, 7ª, y 8ª Sesión: Revisión del desarrollo de las tareas de autoexposición y estructuración de nuevos objetivos terapéuticos.

9ª y 10ª Sesión: Seguimientos realizados a las 6 y 16 semanas respectivamente después de concluir el tratamiento.

A continuación se expone el contenido de cada sesión, con el nivel de evitación y temor presentado por la paciente, (que viene resumido en la Tabla N°1) las tareas realizadas durante la semana y la asignación de las nuevas tareas de autoexposición.

**Tabla 1.** Nivel de evitación y temor de cada objetivo en las distintas sesiones

<i>Sesión</i>	<i>Contenido</i>	<i>Objetivo</i>	<i>Evitación</i>	<i>Temor</i>
1ª	1ª Evaluación	1º	10	10
2º			10	10
3º			8	9
4º			10	9
.....				
2ª	2ª Evaluación	1º	10	10
2º			10	10
3º			8	9
4º			9	10
.....				
3ª	1ª Tratamiento	1º	10	10
2º			10	10
3º			7	7
4º			7	7
.....				
4ª	2ª Tratamiento	1º	6	8
2º			3	7
3º			1	5
4º			6	5
.....				
<i>Sesión</i>	<i>Contenido</i>	<i>Objetivo</i>	<i>Evitación</i>	<i>Temor</i>
5ª	3ª Tratamiento	1º	2	7
2º			1	4
3º			3	5
4º			2	3
.....				
6ª	4ª Tratamiento	1º	0	0
2º			1	1
3º			4	3
4º			1	2
.....				
7ª	5ª Tratamiento	1º	1	0
2º			1	1
3º			4	3
4º			3	2
.....				
8ª	6ª Tratamiento	1º	0	1
2º			1	1
3º			3	3
4º			0	1
.....				
9ª	1ª Seguimiento	1º	0	1
2º			3	4
3º			2	2
4º			0	0
.....				
10ª	2ª Seguimiento	1º	4	4
2º			0	1
3º			2	1
4º			0	1

**1ª Sesión.** Se inició la evaluación del problema y se especificaron los objetivos terapéuticos que se centraron en cuatro: 1º) subir en tren, 2º) utilizar el ascensor, 3º) subir y permanecer en lugares elevados, y 4º) estar en lugares amplios y concurridos.

Puesto que la paciente desde el último mes no había experimentado ningún ataque de pánico, y su problema fundamental era la evitación y temor, la meta del tratamiento se centró en reducir los niveles de evitación y temor que la paciente presentaba ante los cuatro objetivos terapéuticos que escogió.

La paciente informó en una escala de 0 a 10 del grado de evitación y temor ante cada una de estas situaciones. Así, como puede verse en la tabla número 1, en el primer objetivo (subir en tren) la evitación fue de 10 y el temor de 10, para el segundo (utilizar el ascensor) fueron respectivamente 10 y 10; para el tercero (lugares elevados) 8 y 9; y para el cuarto (lugares amplios y concurridos) 10 y 9.

**2ª Sesión.** Durante esta sesión se concluyó la evaluación y se estableció el diagnóstico de agorafobia con crisis de angustia. Se confirmaron los objetivos terapéuticos establecidos la semana anterior y de nuevo se analizó en cada uno de ellos el nivel de evitación y temor resultando para el tren un nivel de evitación de 10 y un nivel de temor de 10, para el ascensor la evitación y temor fueron respectivamente de 10 y 10, para los lugares elevados de 8 y 9, y para los espacios grandes de 9 y 10.

Al concluir esta sesión se entregó a la paciente y al coterapeuta los manuales de autoayuda (Mathews, Gelder y Johnston, 1986) donde se explicaba el tipo de trastorno que padecía, las características del mismo, el tipo de tratamiento que se iba aplicar y las pautas a seguir a lo largo de todo el proceso de terapia.

**3ª Sesión.** Durante esta sesión se analizaron los manuales que se les habían entregado la sesión anterior. Se explicó el trastorno que padecía la paciente, se informó a ésta y al coterapeuta, utilizando para ello ejemplos de la propia experiencia de la paciente, que la agorafobia suele empezar con reacciones de pánico inesperadas que, generalmente se producen cuando la persona está sola o lejos de casa, y que se asocian con lugares concretos en los que se produjeron, siendo este condicionamiento el que conlleva la evitación y la generalización a otros lugares similares.

A continuación, se les dio información sobre las características del tratamiento, insistiendo en la necesidad de practicar diariamente las tareas que se asignaran en cada sesión para enfrentarse a lo temido, y por períodos prolongados de tiempo, (se acordaron 90 minutos diarios). Se advirtió también de la posibilidad de que se produjeran incrementos importantes en el nivel de ansiedad al practicar y se aseguró que se planificaría el avance empezando por las metas de menor dificultad.

En esta sesión se proporcionaron también algunas instrucciones para actuar en las situaciones de pánico y durante las prácticas de exposición. Así, se indicó la conveniencia de anticipar algo de miedo e incluso fomentarlo para aprender a enfrentarse, y se avisó de las posibles recaídas y retrocesos en la terapia. Ante las situaciones de pánico se recomendó permanecer en, o cerca de, la situación que lo provocó, evitando siempre el escapar y continuando la práctica, en la medida de lo posible, cuando el miedo disminuyera.

También se dieron una serie de instrucciones al coterapeuta sobre su papel en la elección de los objetivos terapéuticos, y la importancia de su motivación apoyo y refuerzo ante los esfuer-

zos de la paciente. Igualmente se le avisó del peligro de provocar dependencia en la paciente, y de la importancia, ante las situaciones de pánico, de no abandonar el lugar.

Como en las sesiones anteriores se pidió a la paciente que valorara el nivel de evitación y temor que presentaba en los cuatro objetivos. Para el tren y el ascensor, la evitación fue de 10 y el temor de 10, mientras que en los lugares altos y espacios grandes, tanto la evitación como el temor los valoró con un 7.

En esta sesión se comenzó con la asignación de tareas de autoexposición y de común acuerdo se acordó:

- Subir en un tren con ventanas no herméticas durante un trayecto de 20 minutos.
- Subir un piso en el ascensor de su casa practicando durante 20 minutos.
- Hacer cola para sacar las entradas en un cine y permanecer allí hasta que terminara la película.
- Subir y permanecer en el terrado de su casa durante 30 minutos.

Estas tareas debían practicarse repetidamente a lo largo de la semana combinándolas de forma que se realizaran diariamente al menos 90 minutos de autoexposición.

**4ª Sesión.** Se revisaron las tareas realizadas durante la semana anterior. Todas excepto el trayecto en tren se habían cumplido por lo que se insistió de nuevo en la necesidad de realizar todas las tareas acordadas para que la terapia progresara adecuadamente. Las nuevas tareas que se planificaron fueron:

- Hacer un recorrido en un tren con ventanas no herméticas durante 20 minutos por la mañana.
- Repetir el mismo recorrido por la noche.
- Ir y permanecer en una discoteca durante dos horas.
- Hacer cola e ir al teatro.
- Hacer un recorrido en tren con ventanas durante 60 minutos.
- Ir en un tren sin ventanas pero con servicios durante 15 minutos.
- Subir y permanecer en el terrado de su casa durante 30 minutos.
- Subir hasta el tercer piso en el ascensor de su casa durante 30 minutos.
- Ir en un tren sin ventanas y sin servicios durante dos estaciones.

Como en la sesión anterior la paciente se comprometió a realizar estas tareas de exposición a lo largo de la semana dedicando diariamente 90 minutos.

En esta sesión las calificaciones de evitación y temor en los cuatro objetivos fueron: para el tren 6 de evitación y 8 de temor, para el ascensor 3 y 7, en los lugares altos 1 y 5, y en los espacios grandes 6 y 5.

**5ª Sesión.** Todas las tareas acordadas fueron realizadas y la paciente informó de su mejoría. Las puntuaciones en el grado de evitación y temor fueron: 2 y 7 respectivamente para el tren, 1 y 4 para el ascensor, 3 y 5 para los lugares altos, y 2 y 3 para los espacios grandes.

Las nuevas tareas de autoexposición fueron:

- Subir sola en el ascensor de su casa hasta el octavo piso durante 30 minutos.
- Subir en un ascensor hermético primero acompañada y luego sola hasta el octavo piso durante 30 minutos.
- Subir al terrado permaneciendo allí durante 30 minutos.
- Hacer un trayecto en autobús durante 15 minutos.
- Subir en un tren con ventanas herméticas y sin servicios durante cuatro estaciones.
- Hacer cola y permanecer en un cine hasta el final de la película.

- Ir a una exposición de arte y permanecer allí durante 60 minutos.
- Subir al metro y hacer un trayecto de 45 minutos.
- Cruzar nadando una extensión grande de agua.

**6ª Sesión.** Las tareas de la semana anterior habían sido realizadas practicando como se había acordado 90 minutos diarios, y la paciente informó de su notable progreso; las nuevas prácticas de autoexposición que se programaron en la terapia fueron:

- Subir en un ascensor hermético durante 30 minutos.
- Subir y permanecer mirando en ventanales y balcones desconocidos.
- Hacer trayectos en autobús durante 30 minutos.
- Permanecer durante 60 minutos en alguna sala amplia.
- Realizar un trayecto de 90 minutos en un tren con ventanas herméticas y sin servicios.

En esta sesión la paciente valoró su grado de evitación y temor con valores muy reducidos, siendo para el primer objetivo (el tren) la evitación de 0 y el temor de 0, para el segundo (el ascensor) 1 y 1, para el tercero (lugares altos) 4 y 3, y para el cuarto (espacios grandes) 1 y 2.

**7ª Sesión.** Como siempre, se valoró la evolución de la paciente en cuanto a su evitación y temor, y las puntuaciones que ofreció en esta sesión fueron: 1 y 0 para el primer objetivo, 1 y 1 para el segundo, 4 y 3 para el tercero, y 3 y 2 para el cuarto. Puesto que no hubo problemas especiales en el cumplimiento de las tareas que se le habían asignado la semana anterior, se continuó planificando otras nuevas que fueron:

- Subir y bajar todos los pisos en un ascensor hermético y desconocido practicando durante 30 minutos.
- Subir al terrado durante 45 minutos.
- Hacer trayectos de 45 minutos en autobús.
- Permanecer en alguna exposición durante 60 minutos.
- Hacer trayectos de 90 minutos en un tren con ventanas herméticas y sin servicios.
- Ir y permanecer en la plaza de toros durante 90 minutos.

**8ª Sesión.** Fue la última sesión de tratamiento y en ella la paciente valoró su grado de evitación y temor en los distintos objetivos que se habían marcado para la terapia. En el primero (medios de transporte) la evitación fue de 0 y el temor de 1, para el segundo (el ascensor) fue 1 y 1 respectivamente, para el tercero, (los lugares elevados) la valoración fue de 3 y 3; y para el último (lugares amplios) la evitación fue de 0 y el temor de 1.

En esta sesión se dieron por finalizadas las asignaciones semanales de tareas de autoexposición pero se planificaron a nivel general futuras exposiciones que la paciente debía seguir realizando con objeto de afianzar los resultados obtenidos en la terapia e incluso mejorarlos con la práctica. Por otra parte se le recordó los dos seguimientos que estaban programados y la posibilidad de acudir antes de estos plazos si precisaba ayuda.

**9ª Sesión.** Fue la primera sesión de seguimiento que tuvo lugar seis semanas después de concluirse el tratamiento. La paciente informó que ya no evitaba las situaciones temidas y que ocasionalmente incluso provocaba encuentros con ellas, tal como se le aconsejó al finalizar la terapia. Expuso que hacía un mes había experimentado algunos síntomas de ansiedad cuando subiendo en un ascensor éste se bloqueó, sin embargo, resuelto el suceso, la paciente se obligó a subir hasta el último piso, y no hubo mayores consecuencias.

En esta sesión se volvió a valorar el nivel de evitación y temor que presentaba la paciente en los distintos objetivos, obteniendo en el primero una evitación de 0 y un temor de 1, en el segundo de 3 y 4, respectivamente, en el tercero de 2 y 2, y en el cuarto de 0 y 0. Se terminó la sesión recordando la cita del siguiente seguimiento.

**10ª Sesión.** Esta fue la última sesión en la que se tuvo contacto con la paciente, informó que no se habían producido cambios desde el seguimiento anterior, aunque comentó sensaciones de malestar que sintió cuando se encontraba en un vehículo muy apretada con unos amigos. Las valoraciones que dio al grado de evitación y temor fueron de 4 y 4 en el primer objetivo, 0 y 1 en el segundo, 2 y 1 en el tercero, y 0 y 1 en el cuarto.

## Conclusiones

Como puede apreciarse en la Tabla Nº 1 el tratamiento de autoexposición "in vivo" que se aplicó en este caso resultó eficaz al conseguirse reducciones importantes en los niveles de evitación y temor que la paciente presentaba ante distintas situaciones. Creemos, por tanto, que nuestro trabajo apoya las tesis que se están manteniendo en la actualidad respecto a que la presencia del terapeuta no es un elemento absolutamente necesario para que la exposición funcione (Marks y Marks, 1990).

Los episodios de crisis de pánico no pudieron evaluarse puesto que la paciente ni durante el período de evaluación y línea base (sesión 1ª y 2ª), ni durante el mes antes de solicitar tratamiento, ni a lo largo del mismo había presentado ningún episodio de este tipo, atribuyendo este hecho la paciente a la evitación de los lugares temidos. Por otra parte, la exposición forzosa que implicaba el tratamiento y el período de seguimiento, tampoco provocó crisis de angustia, por lo que la evaluación del tratamiento se centró en la reducción del grado de evitación y temor de la paciente.

Establecido este criterio de mejoría, observamos (Tabla Nº 1) que desde la primera semana de práctica en autoexposición ya se encontraron reducciones, que fueron más notables en la segunda semana y definitivas en la tercera semana de autoexposición, aunque en la cuarta y quinta semana de terapia continuaron reduciéndose.

En el primer seguimiento seguían manteniéndose niveles muy bajos de evitación y temor y tan sólo había aumentado ligeramente ( la paciente lo valoró en 3 de evitación y 4 de temor) en las actividades del ascensor debido posiblemente a un problema que había tenido hacía un mes al bloquearse el ascensor en que ella se encontraba.

Para terminar, en el último seguimiento la paciente seguía en la misma línea, (niveles de evitación y temor de 0 y 1) obteniendo únicamente en los medios de transporte niveles algo más altos (evitación de 4 y temor de 4), justificando este hecho la paciente por sensaciones molestas que sintió en una ocasión al encontrarse en un automóvil muy apretada, que le recordaron los antiguos episodios de crisis de pánico.

## Referencias

- Ayuso Gutiérrez, J.L. (1988). *Trastornos de Angustia*. Barcelona: Martínez Roca.  
Barlow, D.H. (1988). *Anxiety and its disorders*. New York: Guilford Press.

- Botella, C.; Ruvira, P.; Peiró, G.; Robert, C. y Romero, R. (1990). Trastorno de pánico y agorafobia: Análisis de las clasificaciones diagnósticas. *II Simposium de Psicología Clínica Aplicada*. Jaen del 2 al 6 de Abril.
- Chambless, D.L. (1985). Agoraphobia. En M. Hersen, y A.S. Bellack (Eds.), *Handbook of Clinical Behavior. Therapy with Adults* (pp. 49-87). New York: Plenum Press.
- Marks, I. (1981). *Cure and care of neurosis*. New York: Wiley (Traducción Castellana: 1986, Martínez Roca).
- Marks, I. (1987). *Fears, phobias and rituals*. New York: Oxford.
- Marks, I. y Marks, M. (1990). Exposure treatment of agoraphobia-panic. En R. Noyer (Ed.), *Handbook of anxiety disorders*. New York: Elsevier.
- Mathews, A.M., Gelder, M.G. y Johnston, D.W. (1981). *Agoraphobia nature and treatment*. New York: Guilford Press.
- Mathews, A.M., Gelder, M.G. y Johnston, D.W. (1986). *Práctica Programada para la Agorafobia: Manual del paciente*. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Mathews, A.M., Gelder, M.G. y Johnston, D.W. (1986). *Práctica Programada para la Agorafobia: Manual del coterapeuta*. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Michelson, L.K. y 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.
- O'Sullivan, G. y Marks, I. (1990). Long term outcome of phobic and obsessive-compulsive disorders after treatment. En Noyes (Ed.), *Handbook of anxiety disorders*. Amsterdam: Elsevier.
- Steketee, G.S. y Foa, E.B. (1985). Agoraphobia. En M. Hersen, y C.G. Last (Eds.), *Behavior Therapy. Casebook* (pp. 33-46). New York: Springer.

Original recibido: 20-5-91

Aceptado: 6-6-91

