

## Tratamientos psicológicos eficaces para la agorafobia

Arturo Bados López  
Universidad de Barcelona

La exposición en vivo (EV) y la terapia cognitivo-conductual (TCC) son tratamientos bien establecidos para la ansiedad y evitación agorafóbicas, aunque los efectos de la segunda pueden ser menores si se reduce el tiempo dedicado a la EV. La TCC es un tratamiento probablemente eficaz para otros aspectos de la agorafobia (frecuencia de pánico, preocupación por el pánico, interferencia) y para problemas asociados (ansiedad general, humor deprimido). Además, la TCC es una terapia efectiva y eficiente que tiende a producir menos abandonos del tratamiento y menos recaídas en ataques de pánico que la EV. Sin embargo, sus efectos sobre frecuencia de ataques, preocupación por el pánico, interferencia, ansiedad general y humor deprimido no han sido consistentemente establecidos a corto y medio plazo en comparación al placebo u otros tratamientos. Medidas como el miedo al miedo o susceptibilidad a la ansiedad no han sido ni tan siquiera consideradas en estas comparaciones. Finalmente, los resultados sobre las variables predictoras de los efectos del tratamiento han tendido a ser generalmente inconsistentes.

*Efficacious psychological treatments for agoraphobia. In vivo exposure and cognitive-behavioral therapy have demonstrated their efficacy for agoraphobic anxiety and avoidance; however, the effects of cognitive-behavioral therapy might be smaller if time given to in vivo exposure is reduced. Cognitive-behavioral therapy is also a probably efficacious treatment for other aspects of agoraphobia (frequency of panic, worry about panic, interference) and associated problems (general anxiety, depressed mood). Furthermore, cognitive-behavioral therapy is effective and efficient, and, in comparison with in vivo exposure, is associated with fewer dropouts of treatment and fewer relapses in panic attacks. Nonetheless, their short-term and mid-term effects in frequency of panic attacks, worry about panic, interference, general anxiety and depressed mood have not been established in a consistent way in comparison with placebo or other treatments; moreover, measures as fear of fear or anxiety sensitivity have not been considered in that respect. Finally, results about predictors of treatment outcome have been generally inconsistent.*

En el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), el sistema de clasificación diagnóstica que suele emplearse en las investigaciones sobre agorafobia, este término está asociado a dos categorías diagnósticas: el trastorno de pánico con agorafobia y la agorafobia sin historia de trastorno de pánico. En el primero deben haberse dado al menos dos ataques de pánico inesperados (espontáneos), de los que al menos uno haya ido seguido durante 1 mes o más de: a) preocupación persistente acerca de tener nuevos ataques, b) preocupación acerca de las implicaciones del ataque o de sus consecuencias (p.ej., perder el control, sufrir un ataque cardíaco, «volverse loco») y/o c) un cambio significativo en la conducta relacionada con los ataques. Además, los ataques de pánico no deben ser debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p.ej., una droga, una medicación) o de una condición médica general (p.ej., hipertiroidismo) ni deben poder ser explicados mejor por otro trastorno mental. Finalmente, debe haber agorafobia:

Miedo a estar en lugares o situaciones de los cuales pueda ser difícil o embarazoso escapar o en los cuales pueda no disponerse de ayuda en el caso de tener un ataque de pánico o síntomas similares a los del pánico (mareo, caída, despersonalización, desrealización, pérdida del control de esfínteres, vómito, molestias cardíacas). Como consecuencia de este miedo, la persona evita las situaciones temidas, las soporta con gran ansiedad o malestar o necesita ser acompañada.

En la agorafobia sin historia de trastorno de pánico no hay una historia de ataques de pánico inesperados recurrentes y la evitación agorafóbica se basa no en el miedo a tener un ataque de pánico, sino en el miedo a la incapacitación o vergüenza producidas por síntomas repentinos similares a los del pánico. Por su lado, el trastorno de pánico tiene un capítulo aparte (Botella, 2001).

La prevalencia mensual, anual y vital de la agorafobia en población adulta alcanza respectivamente en las culturas occidentales unos valores aproximados de 2%, 3% y 5%, teniendo en cuenta que los datos no son totalmente consistentes y varían en función del sexo; el 67-75% de los agorafóbicos son mujeres (Bados, 1995a). Entre los trastornos fóbicos, la agorafobia es el más frecuentemente visto en la clínica y el más incapacitante, tanto o más que otros muchos trastornos psiquiátricos (véase Telch, Schmidt, Jaimez, Jacquin y Harrington, 1995). El deterioro o interferencia

en las áreas familiar, marital, social, laboral, lúdica y de manejo de la casa es notable, así como las repercusiones personales (humor deprimido, abuso de sustancias) y el uso frecuente de servicios médicos (psiquiátricos y no psiquiátricos), tanto normales como de urgencias.

Dada la frecuencia de la agorafobia, el sufrimiento personal asociado a la misma y los recursos sociales y económicos que supone su tratamiento, se comprende la necesidad de contar con intervenciones eficaces (según estudios controlados) y efectivas o clínicamente útiles. Esto último implica generalizabilidad a los contextos clínicos reales –lo que incluye las características de los pacientes y terapeutas, y la forma de trabajar en dichos contextos–, lo que se ha dado en llamar eficiencia, una buena relación coste/beneficio en la que se consideren el costo económico, el tiempo y esfuerzo requeridos, los posibles efectos secundarios y la satisfacción de los pacientes.

Desde la perspectiva de intervención psicológica se cuenta hoy en día con dos tipos de intervenciones eficaces para la agorafobia: a) la exposición y/o autoexposición en vivo, y b) la terapia cognitivo-conductual. La primera intervención implica que el cliente se exponga en la vida real y de un modo sistemático a las situaciones que teme y evita. Las tres variantes más investigadas no difieren en eficacia; la primera implica una mayor asistencia por parte del terapeuta, mientras que las otras dos son básicamente técnicas supervisadas de autoexposición. Estas variantes son:

a) Exposición prolongada, más o menos gradual, a cada situación, con la asistencia del terapeuta y permaneciendo en la misma hasta que la ansiedad se reduce significativamente (Emmelkamp, 1982); b) Exposición autocontrolada más autoobservación (Emmelkamp, 1982): Tras 2-5 sesiones con el terapeuta, autoexposición gradual en la que se permite el escape temporal a un lugar seguro, caso de ponerse excesivamente ansioso; luego, el cliente registra el tiempo pasado fuera y vuelve a la situación; c) Práctica programada (Mathews, Gelder y Johnston, 1981/1985): Exposición prolongada y graduada que sigue las pautas de la del apartado a, pero la asistencia del terapeuta durante la misma es realizada por el cónyuge o un amigo. El terapeuta mantiene unos pocos contactos con el paciente, éste lleva un diario de sus prácticas y cuenta, al igual que su compañero, con un manual de autoayuda.

#### Eficacia de la exposición en vivo

La exposición y/o autoexposición en vivo (exposición en vivo, a partir de ahora, para abreviar) ha resultado superior en ocho estudios a un grupo de lista de espera en ansiedad y evitación fóbicas, tanto autoinformadas como medidas en un test conductual, y las mejoras conseguidas se han mantenido en seguimientos de hasta 3 meses de duración (de Silva y Rachman, 1984; Emmelkamp, 1974, citado en Emmelkamp, 1982; Sinnott, Jones, Scott-Fordham y Woodward, 1981; Swinson, Fergus, Cox y Wickwire, 1995; Williams y Falbo, 1996; Williams y Zane, 1989; Zane y Williams, 1993). Además, ha sido superior en miedo al miedo (miedo a las sensaciones corporales, cogniciones catastróficas) o susceptibilidad a la ansiedad (miedo a los síntomas de ansiedad basado en creencias de que estos síntomas tienen consecuencias nocivas) en los dos estudios que han considerado estas medidas (Swinson *et al.*, 1995; Williams y Falbo, 1996) y en frecuencia de ataques de pánico y en porcentaje de pacientes libres de ataques (Williams y Falbo, 1996), pero no en ansiedad general (Swinson *et al.*, 1995) ni depresión (Swinson *et al.*, 1995; Williams y Falbo, 1996).

La exposición en vivo (EV) combinada con fenelcina o placebo ha sido mejor que los grupos de fenelcina o placebo considerados juntos en medidas fóbicas y depresión, tanto en el postratamiento como en el seguimiento a los 2 meses (Solyom *et al.*, 1981, citado en Marks, 1987). La EV combinada con alprazolam o placebo ha sido más eficaz que la relajación combinada con alprazolam o placebo en ansiedad y evitación fóbicas, interferencia en la vida y mejora global, pero no en pánico, ansiedad anticipatoria, ansiedad general y depresión. En el seguimiento a los 6 meses sí que hubo diferencias en estas dos últimas medidas y además el grupo de EV más placebo fue superior a aquellos con alprazolam en porcentaje de pacientes mejorados y porcentaje de pacientes recaídos (Marks *et al.*, 1993). Finalmente, la EV más placebo ha sido más eficaz en evitación, pero no en pánico y depresión, que la imipramina con instrucciones de no EV (Telch, Agras, Taylor, Roth y Gallen, 1985; Agras *et al.*, 1990, citado en Michelson y Marchione, 1991). No se ha hallado que la EV y la EV más placebo difieran significativamente entre sí (Echeburúa, de Corral, García y Borda, 1991, 1993; de Beurs, van Balkom, Lange, Koele y van Dyck., 1995; de Beurs, van Balkom, van Dyck y Lange, 1999).

Por otra parte, la EV ha sido más eficaz que: a) la exposición imaginal (Emmelkamp y Wessels, citado en Emmelkamp, 1982); b) técnicas cognitivas aplicadas sin EV (reestructuración cognitiva, entrenamiento autoinstruccional, terapia racional-emotiva, resolución de problemas) (Emmelkamp, Brillman, Kuiper y Mersch, 1982; Emmelkamp, Kuipers y Eggeraat, 1978; Emmelkamp y Mersch, 1982; Jannoun, Munby, Catalan y Gelder, 1980); c) el entrenamiento asertivo (Emmelkamp, van den Hout y de Vries, 1983); d) la autorrelajación, tanto en el postratamiento como en el seguimiento a las 6 semanas o 5 meses (Al-Kubaisy *et al.*, 1992; McNamee, O'Sullivan, Lelliot y Marks, 1989); e) la discusión de las dificultades de la vida y sugerencias para manejarlas, tanto en el postratamiento como en el seguimiento al mes (McDonald, Sartory, Grey, Cobb, Stem y Marks, 1979); y f) el alprazolam, tanto en el postratamiento como en el seguimiento a los 6 y 12 meses (Echeburúa *et al.*, 1991, 1993). Las medidas en que ha resultado más eficaz han sido la ansiedad y evitación fóbicas, tanto autoinformadas como obtenidas en un test conductual; también se han encontrado diferencias en interferencia (2 estudios) y ajuste social (1 estudio). No ha habido diferencias en pánico, ansiedad general, depresión y asertividad.

Varios estudios controlados han estudiado diversas características de la EV que pueden afectar a su eficacia. Las conclusiones que pueden extraerse son las siguientes (Bados, 1995b):

– Según un estudio, la EV ininterrumpida es más eficaz que aquella en que se intercalan descansos. Sin embargo, permitir que el paciente pueda escapar de la situación cuando se encuentra excesivamente ansioso es tan eficaz como permanecer en la situación, siempre que retorne a ésta una vez tranquilizado.

– La EV graduada y la inundación parecen funcionar igual de bien, aunque sólo un estudio las ha comparado directamente y ha hallado un mejor resultado de la segunda a los 5 años. Sin embargo, la inundación produce más rechazos y abandonos, y parece menos indicada cuando hay serios problemas médicos, depresión severa o ataques frecuentes de pánico.

– Según un estudio, no es necesario esperar a que se produzca una ansiedad mínima a un ítem de la jerarquía antes de pasar al siguiente.

– No está del todo claro si es mejor una periodicidad diaria o semanal de la EV, aunque, según parece, los pacientes que más y

mejor cumplen con las actividades de autoexposición tienden a mejorar más (Fava, Savron, Zielezny, Grandi, Rafanelli y Conti, 1997; Schmidt y Woolaway-Bickel, 2000).

- Tampoco está claro si es importante minimizar el nivel de ansiedad durante la EV. Quizá sea conveniente experimentar algo de ansiedad para aprender a hacerle frente, pero no tanta que interfiera con el procesamiento emocional de las señales de miedo.

- No se ha demostrado que el empleo de estrategias de distracción interfiera con la eficacia de la EV, aunque el empleo de conductas defensivas dirigidas a prevenir las supuestas amenazas sí que es negativo (Salkovskis, Clark, Hackmann, Wells y Gelder, 1999).

- No hay diferencias entre la EV aplicada individualmente y en grupo.

- Según un estudio, la EV es más eficaz cuando se da a los clientes instrucciones tendentes a inducir expectativas de mejora.

- Que el compañero u otra persona significativa ayude al agorafóbico durante la EV no es más eficaz (Daiuto, Baucom, Epstein y Dutton, 1998), aunque puede reducir los abandonos (sin embargo, la participación del compañero en la TCC, sí que ha tendido a estar asociada a mejores resultados, especialmente en el seguimiento).

- Que además de la autoexposición supervisada por el terapeuta, éste acompañe bastantes veces al paciente durante la EV puede representar un beneficio a corto plazo, pero posteriormente la simple autoexposición in vivo logra alcanzar los mismos resultados.

De cara a facilitar la diseminación de la EV y reducir su costo, se han estudiado programas de autoayuda que se basan en manuales (y, a veces, en otro material como cintas de vídeo y audio o programas de ordenador) y en algunos contactos telefónicos o correspondencia con el terapeuta. Los programas de autoayuda con mínimo o nulo contacto directo con el terapeuta y poco contacto telefónico (2-3 horas en total) se han mostrado relativamente eficaces y son especialmente útiles si la agorafobia no es muy severa, no hay una depresión fuerte y los clientes no pueden acceder a un tratamiento formal con un terapeuta por razones geográficas o económicas. También pueden ser beneficiosos con algunos agorafóbicos severos que no se atreven a acudir a la consulta. Sin embargo, los resultados suelen ser inferiores a cuando el terapeuta ayuda al cliente durante la exposición (aunque sea sólo en una o dos sesiones) y/o supervisa directamente (o, quizá, por teléfono) la marcha del tratamiento (véase Bados 1995b). Además, con los programas de autoayuda puede aumentar el número de personas que no aceptan o abandonan el tratamiento.

Los resultados de la revisión cualitativa realizada hasta aquí pueden ser comparados con los obtenidos en los metaanálisis realizados hasta el momento (véase el cuadro 1). Sin embargo, conviene tener en cuenta que estos metaanálisis han variado en los fines perseguidos, estudios y medidas seleccionados, y metodología y análisis empleados, por lo que sus conclusiones no son siempre coincidentes. En lo que se refiere a la EV, las más importantes son:

- La EV consigue sus mayores efectos en ansiedad y evitación fóbicas, tanto estadística como clínicamente. La EV es más eficaz en estas medidas que los tratamientos psicológicos sin EV; el metaanálisis de van Balkom, Bakker, Spinhoven, Blaauw, Smeenk y Ruesink (1997) es una excepción, cuya posible explicación figura en el cuadro 1.

- La EV no es más eficaz que el placebo en pánico, mientras que su superioridad sobre grupos control en ansiedad general y depresión no ha sido mostrada de forma consistente.

#### Adiciones a la exposición in vivo

Así pues, en comparación a condiciones control y a otros tratamientos, está claramente establecido que la EV es un tratamiento eficaz para el miedo y evitación agorafóbicos, aunque no tanto como sería deseable; además, puede tener ciertos efectos en la ansiedad general y depresión, y no parece reducir el pánico. De todos modos, muy pocos estudios controlados han empleado medidas de frecuencia del pánico y preocupación sobre ataques de pánico futuros, y otras como miedo al miedo e interferencia en la vida.

Para potenciar la eficacia de la exposición se han seguido dos vías relacionadas: a) añadir a la misma alguna otra técnica psicológica; y b) diseñar tratamientos cognitivo-conductuales que combinan diversas técnicas, incluida la EV, aunque ésta suele tener en muchos casos una menor frecuencia o duración. En cuanto a la primera vía puede concluirse que (Bados, 1995b):

- a) La adición de exposición imaginaria, autohipnosis (van Dyck y Spinhoven, 1997), terapia racional-emotiva o entrenamiento autoinstruccional a la EV no aporta ningún beneficio extra.

- b) La evidencia es contradictoria sobre que el entrenamiento en respiración controlada potencie los efectos de la EV, aunque los datos más recientes apoyan una respuesta negativa (de Beurs *et al.*, 1995; Schmidt *et al.*, 2000). Estos últimos autores han afirmado incluso que puede tener efectos negativos al funcionar como una conducta defensiva contraproducente.

- c) Los resultados son también inconsistentes sobre que los efectos de la EV puedan potenciarse con la adición de técnicas de relajación. En el último trabajo realizado (Michelson, Marchione, Greenwald, Testa y Marchione, 1996) se emplearon una gran variedad de medidas y sólo se halló una diferencia significativa: el tratamiento combinado fue mejor que el de exposición en el porcentaje de pacientes con ataques espontáneos de pánico en los seguimientos a los 3 y 12 meses. Es posible que la relajación aplicada de Öst (1988) sea más eficaz que la relajación progresiva.

- d) Por lo que respecta a la potenciación mediante la terapia cognitiva de Beck, con su énfasis en el cuestionamiento de cogniciones idiosincrásicas y en la realización de experimentos conductuales, los datos son algo discordantes (Bados, 1995b; van den Hout, Amtz y Hoekstra, 1994; Williams y Falbo, 1996). En estudios conducidos en contextos clínicos reales, Burke, Drummond y Johnston (1997) no hallaron que la adición de terapia cognitiva aumentara la eficacia de la EV ni en el postratamiento ni en el seguimiento a los 6 meses. A pesar del entrenamiento y supervisión recibidos, la calidad de la terapia cognitiva fue valorada sólo en 3,5 sobre 10. Si para aumentar la calidad fuera necesario incrementar en gran medida el entrenamiento, habría que estudiar si los beneficios de esto compensarían los costes. En nuestro país, Sánchez, Elvira, Llompart, de Flores y Bados (2000) encontraron –no en la muestra total, sino sólo en los agorafóbicos de sexo femenino– que la adición de reestructuración cognitiva produjo mayores mejoras en un aspecto del miedo al miedo (cogniciones sobre las consecuencias físicas de la ansiedad) y en evitación, aunque no en pánico (medido retrospectivamente).

- e) La resolución de problemas interpersonales ha sido investigada en un par de estudios, requiere un cierto tiempo para que se manifiesten sus efectos y ha potenciado los efectos de la EV en el seguimiento a los 6 meses en un estudio en medidas de evitación y pánico. Finalmente, Michelson *et al.* (1996) hallaron que los efectos de la EV pueden potenciarse notablemente con la adición de una terapia cognitiva larga (16 sesiones) que, además del cues-

*Cuadro 1*  
Estudios metaanalíticos sobre la eficacia del tratamiento de la agorafobia

Estudios y observaciones	Resultados principales
Jacobson, Wilson y Tupper (1988) 11 estudios de 1976 a 1986. Evaluó significación clínica. Empleó sólo autoinformes y escalas de calificación clínica. No incluyó medidas de pánico.	Según puntos de corte normativos, con TC (básicamente E y AE) mejoraron significativamente en el postratamiento el 58% de los pacientes y se recuperaron el 27%. En el seguimiento estos porcentajes fueron 60% y 34%. El 5% de los pacientes presentaron un deterioro significativo del postratamiento al seguimiento. Más mejoras en las fobias tratadas que en las no tratadas y que en ansiedad general.
Trull, Nietzel y Main (1988) 19 estudios de 1975 a 1987. Evaluó significación clínica. Normas comunitarias muy altas en comparación a otros estudios. Empleó sólo el <i>Fear Questionnaire</i> .	La TC (básicamente E y AE) consiguió resultados clínicamente significativos en postratamiento y seguimiento en la subescala de agorafobia del <i>Fear Questionnaire</i> , según normas comunitarias, pero no según normas universitarias; y en la subescala de fobia total, según ambas normas. Los tratamientos con AE produjeron mayores mejoras en el seguimiento. Mejores resultados en agorafobia con terapeutas doctorales, con pacientes solicitados y, casi, con tratamiento grupal.
Clum (1989) 54 estudios de 1964 a 1988 (14 de TC y 40 de fármacos). Incluyó estudios sin grupo control. Estudio cuantitativo, no metaanalítico. Consideró sólo medidas de pánico. Pocos pacientes de E tuvieron medidas de pánico. Pocos estudios proporcionaron datos sobre recaídas. Los resultados de esta tabla se limitan a agrafóbicos, los cuales obtienen peores resultados que aquellos con trastorno de pánico sin agorafobia.	El porcentaje de abandonos fue menor en BZD (14%) y TC (18%) que en PLA (43%) y TRI (34%). También fue menor en E+AFR (12%) que en E, con o sin PLA, (25%). El porcentaje de pacientes mejorados en ataques de pánico fue mayor en BZD (64%), TRI+TC (63%), TRI (62%) y TC (61%) que en PLA (45%) y propranolol (30%). También fue mayor en E+AFR (66%) que en E, con o sin PLA, (40%). El porcentaje de recaídas fue similar en TC (18%), BZD (27%), pero con criterios de recaída muy rigurosos) y TRI+TC (23%) y algo mayor en TRI (34%). El porcentaje fue menor, aunque no significativamente, en E+AFR (10%) que en E, con o sin PLA, (26%).
Mattick, Andrews, Hazdi-Pavlovic y Christensen (1990) 54 estudios de 1973 a 1988. Incluyó pacientes con ataques de pánico, con o sin agorafobia. Se calcularon los tamaños del efecto según cambios pre-post en PLA y tratamientos, pero no hubo comparaciones estadísticas en general. Sólo 14 de 40 estudios de EV presentaron medidas de pánico.	En medidas de fobia, IMI+EV, EV y EV+PLA fueron muy eficaces, E+AFR, bastante eficaz e IMI y ALP, moderadamente eficaces. En medidas de pánico, EV+AFR, IMI+EV, EV+PLA, ALP, IMI y EV fueron bastante eficaces, especialmente el primero. En medidas de ansiedad generalizada, IMI+EV fue muy eficaz y EV+PLA, EV+AFR, IMI y ALP, moderadamente eficaces. En medidas de depresión, IMI+EV fue bastante eficaz e IMI, EV+AFR, EV+PLA y EV, moderadamente eficaces. EV mejor que EV+AFR y ambas superiores a TC sin EV en medidas de fobia.
Co x, Endler, Lee y Swinson (1992) 34 estudios de 1980 a 1990. La EV incluyó tratamientos cognitivo-conductuales basados principalmente en la misma. Sólo 4 estudios de EV emplearon medidas de pánico. Tamaño del efecto calculado para cada tipo de variable dentro de cada estudio.	ALP eficaz en ansiedad generalizada y severidad global, y casi en pánico y miedo agrafóbico. IMI eficaz en ansiedad generalizada y casi en depresión y severidad global. EV eficaz en medidas de miedo y evitación agrafóbicas y severidad global, y casi en ansiedad y depresión. Sin diferencias entre tratamientos debido a los pequeños tamaños muestrales. Porcentaje de abandonos: ALP (9,6%), IMI (28,5%), EV (14,8%).
Chambless y Gillis (1993) 4 estudios de 1986 a 1991, todos con grupo control. Considera estudios que combinan EV con técnicas cognitivas Mayoría de pacientes agrafóbicos.	Terapia cognitivo-conductual mejor que control (lista de espera) en medidas de pánico, ansiedad general y miedo al miedo (no se consideró la conducta de evitación por considerar que los efectos sobre esta han sido y a bien establecidos). Porcentaje de pacientes libres de ataques de pánico: grupos control (25%), terapia (72%).
Clum, Clum y Surls (1993) 29 estudios de 1964 a 1990. Mayoría de pacientes agrafóbicos. Incluyó sólo estudios con grupo control. La comparación con este se hizo dentro de cada estudio.	En comparación al placebo y promediando diversas medidas (evitación, pánico, ansiedad general, incapacidad), los tratamientos más eficaces fueron E+AFR, E, combinación de terapia psicológica y farmacológica, AD y, a más distancia, BZD. El 1 <sup>er</sup> y el 3 <sup>er</sup> grupo fueron mejores que este último. Porcentaje de abandonos mayor en AD que en BZD.
Gould, Otto y Pollack (1995) 43 estudios de 1974 a 1994. Incluyó trastorno de pánico con o sin agorafobia. Incluyó sólo estudios con grupo control. La comparación con este se hizo dentro de cada estudio. Calculó dos tamaños del efecto: uno promediado para todas las medidas dentro de cada estudio y otro para frecuencia de ataques de pánico	AD, BZD y TC mejores que grupos control en ambos tamaños del efecto. TC mejor que fármacos en medidas promediadas, pero los fármacos fueron comparados con placebo y la TC no. IMI+EV igual que EV. La terapia farmacológica perdió efecto en el seguimiento (6 o más meses). Porcentaje de pacientes libres de ataques de pánico: lista de espera (28,6%), PLA farmacológico (35,3%), PLA psicológico (42,1%), AD (58%), BZD (61%), TC (74,3%). TC mejor que fármacos. Porcentaje de abandonos: PLA farmacológico (32,5%) > AD (25,4%) e IMI+EV (22%) > BZD (13,1%) > TC (5,6%). Los tratamientos menos caros fueron IMI y TC en grupo. Luego, TC individual y ALP a bajas dosis. Finalmente, ALP a dosis altas y fluoxetina.
van Balkom <i>et al.</i> (1997) 106 estudios de 1964 a 1995. Mayoría de pacientes agrafóbicos. Incluyó estudios sin grupo control. La comparación se hizo con una condición control creada que combinó placebo y lista de espera. Grupo AFR pudo tener más pacientes sólo con trastorno de pánico o con agorafobia leve. Además, aunque no incluyó E, no está claro si incluyó AE. Incluyó inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina.	En pánico, BZD, AD, AFR y AD+EV, pero no EV, AFR+EV y PLA+EV, mejores que control; sin diferencias entre tratamientos. En agorafobia, los siete tratamientos mejores que control; AD+EV mejor que todos los demás, salvo PLA+EV. BZD redujo su eficacia al controlar variables de confusión. En ansiedad general, BZD, AD, AFR, EV, AFR+EV y AD+EV mejores que control. AD+EV mejor que EV y AFR+EV. En depresión, AD, AFR y AD+EV mejores que control. AD+EV mejor que EV y AFR+EV. Sin corrección de Bonferroni, AD+EV mejor que PLA+EV en agorafobia, ansiedad y depresión. Porcentaje de abandonos: Control (28%), AD+EV (29%), AD (28%), PLA+EV (20%), EV (16%), AFR+EV (16%), BZD (14%), AFR (11%).
Bakker <i>et al.</i> (1998) 68 estudios de 1964 a 1995. Pocos estudios y pacientes en farmacoterapia. Haber recibido tratamiento entre postratamiento y seguimiento en el 84% de los estudios y la falta de información sobre el mismo limitan en gran medida la interpretación de los resultados. Durante seguimiento, tratamiento fue más frecuente en estudios farmacológicos. También se perdieron más sujetos en estos estudios en el seguimiento.	En seguimientos de 1 mes a 8 años (media de 62 ± 89 semanas) los resultados en medidas de pánico mejoraron sin que hubiera diferencias entre BZD, AD, AFR, EV, AFR+EV, AD+EV y PLA+EV. Los resultados en medidas de agorafobia se mantuvieron. AD+EV fue superior a AFR, EV y AFR+EV. No fue superior a BZD y AD por pequeños tamaños muestrales.
Oei, Llamas y Devilly (1999) 12 estudios de 1969 a 1996. Evaluó significación clínica. Normas comunitarias muy altas en comparación a otros estudios. Empleó sólo el <i>Fear Questionnaire</i> .	La TC consiguió resultados clínicamente significativos en postratamiento y seguimiento en la subescala de agorafobia del <i>Fear Questionnaire</i> , según normas comunitarias, pero no según normas universitarias; y en la subescala de fobia total, según ambas normas.

Nota. AE = autoexposición en vivo. AD = antidepresivos. ALP = alprazolam. AFR = técnicas de afrontamiento (respiración, relajación, entrenamiento autoinstruccional, reestructuración cognitiva). BZD = benzodiazepinas de alta potencia. E = exposición, generalmente en vivo. EV = exposición en vivo. IMI = imipramina. PLA = placebo. TC = terapia conductual (E, E+AFR, AFR y, en ocasiones, otros como intención paradójica, resolución de problemas y entrenamiento asertivo). TRI = tricliclicos.

tionamiento socrático y experimentos conductuales, incluyó entrenamiento reatribucional, resolución de problemas y entrenamiento en generalización. La potenciación fue especialmente notable en dos aspectos: porcentaje de pacientes que alcanzaron un elevado estado final de funcionamiento y porcentaje de pacientes libres de ataques espontáneos de pánico (esto último en el seguimiento al año).

f) En cuanto a la exposición interoceptiva (exposición a las sensaciones temidas), Ito, Noshirvani, Basoglu y Marks (1996) y Page (1994) no hallaron que incrementara la eficacia de la EV (combinada con entrenamiento en respiración) o de la terapia cognitivo-conductual respectivamente. Sin embargo, en ambos estudios hubo una tendencia favorable a la adición de exposición interoceptiva y una ausencia de resultados significativos pudo ser debida a las pequeñas muestras empleadas. Sánchez *et al.* (2000) encontraron –no en la muestra total, sino sólo en los agorafóbicos de sexo femenino– que la adición de exposición interoceptiva a la EV (combinada con entrenamiento en relajación y respiración) produjo mayores mejoras en los pensamientos distorsionados durante los ataques de pánico y en evitación, aunque no en ansiedad fóbica, miedo al miedo, pánico (medido retrospectivamente) e interferencia. Por otra parte, Craske, Rowe, Lewin y Noriega-Dimitri (1997) encontraron que añadir exposición interoceptiva a una combinación de reestructuración cognitiva y EV fue más eficaz que añadir entrenamiento en respiración, tanto en el postratamiento, en medidas de pánico, interferencia y severidad, como en el seguimiento a los 6 meses en ansiedad fóbica, pánico, interferencia y ansiedad general.

g) Un último punto hace referencia a la colaboración del compañero del agorafóbico dirigida a identificar, discutir y cambiar los patrones de interacción de la pareja que pudieran estar impidiendo la superación de los problemas agorafóbicos; la colaboración puede incluir también ayuda durante la EV. Esta participación del compañero puede no aportar beneficios adicionales en el postratamiento, pero sí en el seguimiento (Bados, 1995b; Daiuto *et al.*, 1998); además, parece haber menos abandonos del tratamiento. En el caso de los adolescentes, los padres pueden ser incluidos en el tratamiento de un modo similar al descrito para el compañero.

Así pues, hay ciertos indicios de que los resultados de la EV podrían ser mejores en algunos aspectos si se la combinara con ciertas técnicas psicológicas (para su combinación con fármacos, véase Bados, 1997). Esto nos conduce a la segunda vía antes mencionada de la terapia cognitivo-conductual.

#### Eficacia de la terapia cognitivo-conductual

La terapia cognitivo-conductual (TCC) es un paquete de tratamiento que suele incluir educación sobre la ansiedad y el pánico, respiración controlada, reestructuración cognitiva, exposición interoceptiva, (auto)exposición en vivo y autoregistros. De todos modos, según los estudios, desaparecen ciertos componentes (exposición interoceptiva, respiración controlada) o aparecen otros (relajación). Descripciones de este tipo de terapia pueden verse en Bados (2000), Barlow y Craske (1989), y Botella y Ballester (1999), aunque el primer autor enfatiza más que los otros el tratamiento de la evitación agorafóbica.

La TCC ha sido superior a la lista de espera en seis estudios (Gould y Clum, 1995; Lidren, Watkins, Gould, Clum, Asterino y Tulloch, 1994; Schmidt, Staab, Trakowski y Sammons, 1997; Schmidt *et al.*, 2000; Telch *et al.*, 1995; Williams y Falbo, 1996) en

medidas de evitación y frecuencia de ataques de pánico (4-5 estudios), porcentaje de pacientes libres de ataques, confianza en manejar los ataques, porcentaje de pacientes recuperados y depresión (3 estudios), preocupación por el pánico e interferencia (2 estudios), y ansiedad fóbica y miedo al miedo (1 estudio). Las mejoras conseguidas se han mantenido en seguimientos de hasta 12 meses. Por otra parte, la reestructuración cognitiva verbal breve (4-5 horas) ha sido más eficaz que la discusión no directiva de preocupaciones (van den Hout, Arntz y Hoekstra, 1994) y que las técnicas cognitivas de manejo del estrés (Salkovskis, Clark y Hackman, 1991) en reducir la frecuencia de los ataques de pánico, aunque no ha habido seguimientos.

En comparación con el placebo farmacológico, existen datos algo discordantes ya que en dos estudios la TCC sola (Sharp *et al.*, 1996) o combinada con placebo (Loerch *et al.*, 1999) fue claramente superior al placebo o al placebo más terapia no directiva de apoyo respectivamente; mientras que en otros dos, caracterizados por un porcentaje alto de abandonos de la TCC, ésta sólo fue mejor que el placebo en algunas medidas (Bakker, van Dyck, Spinhoven y van Balkom, 1999; Black, Wesner, Bowers y Gabel, 1993). Así pues, hay tanto resultados positivos como negativos respecto a que la TCC sea más eficaz que el placebo en evitación, pánico, preocupación por el pánico, interferencia, ansiedad general, depresión y mejora global. En los dos estudios que han considerado el porcentaje de pacientes libres de ataques y medidas de significación clínica, la TCC ha tendido a ser superior al placebo.

A igualdad de tiempo de terapia no se han encontrado diferencias entre añadir EV asistida por el terapeuta a la autoexposición en vivo y añadir relajación aplicada (Michelson, Mavissakalian y Marchione, 1988; Öst, Westling y Hellström, 1993) o terapia cognitiva basada en la reestructuración cognitiva verbal y conductual (Hoffart, 1995; Öst, Westling y Hellström, 1993) (En el estudio de Hoffart, el porcentaje de pacientes que alcanzaron un elevado estado final de funcionamiento fue significativamente mayor en el grupo que recibió terapia cognitiva). Todo esto sugiere que la EV asistida por el terapeuta puede ser sustituida por otras técnicas.

Por otra parte, la relajación aplicada ha resultado tan eficaz como la EV en un estudio (Öst, Jerremalm y Jansson, 1984), mientras que la terapia cognitiva ha sido tan eficaz (Bouchard, Gauthier, Laberge, French, Pelletier y Godbout, 1996; Williams y Falbo, 1996) como la autoexposición en vivo (combinada con exposición interoceptiva en el estudio de Bouchard). Conviene tener en cuenta que aunque la relajación aplicada y la reestructuración cognitiva incluyen EV, ésta difiere de la exposición estándar tanto en la explicación que se da a los pacientes como en la forma de llevarla a cabo. La finalidad no es permanecer en la situación temida hasta que la ansiedad se reduzca, sino que el paciente pueda aprender cómo aplicar sus habilidades de afrontamiento (en el caso de la relajación aplicada) o someter a prueba determinadas predicciones (reestructuración cognitiva); en consecuencia, este tipo de exposición suele ser mucho más breve. Uno puede preguntarse si se conseguirían mejores resultados en ansiedad fóbica y evitación si dicha exposición fuera más frecuente y/o prolongada, como sugiere el metaanálisis de Mattick, Andrews, Hadzi-Pavlovic y Christensen (1990).

Aparte de los resultados de esta revisión cualitativa de la TCC pueden derivarse también algunas conclusiones de los metaanálisis realizados (véase el cuadro 1):

– La TCC es superior a los grupos control en ansiedad y evitación fóbicas, tanto a nivel estadístico como de significación clí-

nica, aunque es peor que la EV cuando se reduce el tiempo dedicado a ésta en la TCC. La TCC también es más eficaz en ansiedad general.

– La TCC es superior a los grupos control en medidas de pánico. Una excepción es el metaanálisis de van Balkom *et al.* (1997), en el que, curiosamente, la TCC sin EV sí que resultó superior. Los autores atribuyen el que la TCC no fuera mejor a un menor tiempo dedicado a las estrategias de afrontamiento. Por otro lado, la superioridad de la TCC sin EV pudo deberse a haber sido aplicada en más pacientes que sólo tenían trastorno de pánico o agorafobia leve.

– El porcentaje de pacientes libres de ataques de pánico es similar con TCC (66-72%) y fármacos antidepresivos o ansiolíticos (58-62%) y mayor que con EV (40%), placebo farmacológico (35-45%), placebo psicológico (42%) y lista de espera (25-29%) [Una revisión del autor, presentada más abajo, da valores más altos para la EV (55%)].

– Dos metaanálisis no coinciden en si la TCC es superior o no en medidas de depresión. En el de van Balkom *et al.* (1997), la TCC sin EV sí que resultó superior curiosamente. Las posibles razones ya han sido comentadas un poco más arriba.

– El porcentaje de abandonos del tratamiento es similar con TCC (12-16%) y benzodiazepinas (13-14%). Este porcentaje tiende a ser mayor con EV (15-25%) y es todavía más alto con antidepresivos (25-34%).

– El porcentaje de recaídas en ataques de pánico tiende a ser menor con TCC (10%) que con EV (26%), benzodiazepinas (27%), pero con criterios muy estrictos para considerar a alguien recaído) y antidepresivos (34%).

Resumiendo lo esencial de lo comentado hasta aquí, la TCC es un tratamiento bien establecido para la ansiedad y evitación fóbicas y un tratamiento probablemente eficaz para la mayoría de los otros aspectos de la agorafobia y para problemas asociados como la ansiedad general y el humor deprimido. La TCC parece ser preferible a la EV, ya que consigue efectos al menos similares en muchas medidas (puede que menores en ansiedad y evitación fóbicas si se reduce el tiempo dedicado a la EV), pero parece ser mejor en reducir el pánico y aumentar el porcentaje de clientes libres de ataques, y tiende a producir menos abandonos del tratamiento y menos recaídas en ataques de pánico.

Dentro de la TCC, la EV parece ser un componente de gran importancia. Por otra parte, aunque la evidencia es escasa o contradictoria hasta el momento, y hacen falta análisis de los componentes de la intervención, hay indicios de que ciertas técnicas cognitivas (reestructuración cognitiva, resolución de problemas) y la exposición interoceptiva pueden ser útiles en unos u otros aspectos. El papel del entrenamiento en respiración y relajación está mucho menos claro, aunque se requieren más estudios para estudiar la eficacia de la relajación aplicada. La educación sobre el trastorno no ejerce ningún efecto ella sola (Laberge, Gauthier, Côté, Plamondon y Cormier 1993), pero se considera un elemento necesario. El papel de los autorregistros está por investigar. Por último, es recomendable, cuando sea necesario, implicar a personas significativas (cónyuges, padres) en la terapia con el fin de discutir y cambiar los patrones de interacción que pudieran estar impidiendo la superación de los problemas agorafóbicos.

Según una revisión realizada por el autor (las tablas están a disposición del lector que las solicite), el porcentaje de pacientes mejorados significativamente en el postratamiento en al menos algún aspecto importante del problema ha variado según los estudios y

los criterios empleados. En general, puede decirse que el porcentaje de pacientes tratados que mejoran significativamente se sitúa alrededor del 65-70% con EV (amplitud del 35% al 78% –del 61% al 76% sin valores extremos–, 9 estudios, 145 pacientes) y TCC (amplitud del 40% al 100% –del 50% al 86% sin valores extremos–, 9 estudios, 206 pacientes). Se da una reducción notable o intensa del miedo y evitación agorafóbicos, frecuencia de ataques de pánico e interferencia; la mejora es menor en las fobias no tratadas del cuadro agorafóbico, preocupación por el pánico, cogniciones catastróficas, ansiedad general y depresión. Es muy frecuente la eliminación o reducción de la medicación psicotrópica previamente consumida para el trastorno.

Alrededor del 55% de los pacientes tratados se ven libres de los ataques de pánico con EV (amplitud del 43% al 79%, 4 estudios, 68 pacientes) y sobre el 65% con TCC (amplitud del 0% al 100% –del 43% al 89% sin valores extremos–, 18 estudios, 344 pacientes). De todos modos, estos porcentajes pueden ser sobrestimaciones, ya que aunque los pacientes presentan trastorno de pánico con agorafobia, en la inmensa mayoría de los estudios no se especifica cuántos clientes presentaban ataques de pánico en el pretest (la presencia actual de estos ataques no es un criterio necesario para el diagnóstico). Por ejemplo, en de Beurs y cols. (1995) sólo 12 de los 18 pacientes de EV presentaban ataques en el pretest, número que se redujo a 6 tras la intervención. Cuanto más alto es el porcentaje de pacientes que no presentan ataques en el pretest, mayor es la sobrestimación antes mencionada. En efecto, una cosa es el porcentaje de pacientes sin ataques de pánico en el postratamiento (12 de 18 o 67% en el estudio citado) y otra el porcentaje de pacientes que han dejado de tener ataques de pánico tras el tratamiento (6 de 12 o 50% en el estudio citado). Por otra parte, a partir de dos estudios realizados por Michelson y sus colaboradores, el porcentaje de pacientes que dejan de tener ataques de pánico espontáneos tras el tratamiento es del 54% para la EV (39 pacientes) y 60% para la TCC (sólo un estudio, 20 pacientes).

El porcentaje de clientes tratados que alcanzan un elevado estado final de funcionamiento –es decir, que alcanzan valores normativos o criterios arbitrarios de recuperación en varios de un grupo de síntomas como evitación, ansiedad fóbica, pánico, preocupación por pánico, miedo al miedo e interferencia– ha variado según los estudios y los criterios empleados. En general, puede decirse que el porcentaje de pacientes con elevado estado final de funcionamiento se sitúa alrededor del 40% para la EV (amplitud del 13% al 86% –del 22% al 55% sin valores extremos–, 6 estudios, 127 pacientes) y 45% para la TCC (amplitud del 29% al 64% –del 38% al 61% sin valores extremos–, 6 estudios, 148 pacientes). Hoy en día tiende a pensarse que lo normal es que un porcentaje mayoritario de los clientes tratados sigan presentando síntomas residuales de ansiedad fóbica, evitación, preocupación por el pánico, miedo al miedo y ansiedad generalizada.

Los resultados de la EV y de la TCC se mantienen en seguimientos a corto (3-6 meses) y medio plazo (1-2 años) sin que, como grupo, haya empeoramiento adicional, emergencia de nuevos problemas o agravamiento de otros ya existentes.

– El porcentaje de pacientes mejorados significativamente en seguimientos de hasta 2 años se sitúa alrededor del 75% con EV (amplitud del 63% al 87% –del 70% al 83% sin valores extremos–, 6 estudios, 101 pacientes) y del 85% con TCC (amplitud del 68% al 100% –del 75% al 90% sin valores extremos–, 8 estudios, 273 pacientes).

– Alrededor del 75% de los pacientes siguen libres de los ataques de pánico con EV (amplitud del 71% al 80%, 3 estudios, 46 pacientes) y con TCC (amplitud del 43% al 95% –del 58% al 92% sin valores extremos–, 8 estudios, 116 pacientes). El porcentaje de pacientes que dejan de tener ataques de pánico espontáneos en el seguimiento es del 31% para la EV (2 estudios, 39 pacientes) y 65% para la TCC (1 estudio, 20 pacientes).

– El porcentaje de pacientes con elevado estado final de funcionamiento en el seguimiento se sitúa alrededor del 55% para la EV (amplitud del 38% al 64% –del 54% al 59% sin valores extremos–, 5 estudios, 100 pacientes) y del 60% para la TCC (amplitud del 39% al 90% –del 57% al 71% sin valores extremos–, 5 estudios, 111 pacientes).

Los resultados obtenidos con EV se mantienen en seguimientos a largo plazo (3-9 años) (Bados, 1995b); por el momento, no se dispone todavía de seguimientos a largo plazo de la TCC. Alrededor del 35% de los pacientes reciben tratamiento adicional durante los seguimientos (ya sea para su agorafobia o para otros problemas psicológicos) –porcentaje que sube al 50% en los seguimientos de 2 o más años– y el 20-25% recaen total o parcialmente, aunque por lo general temporalmente; es posible que las recaídas sean menores con TCC que con EV sola. Asimismo, es muy probable que los resultados fueran mejores con intervenciones más largas que las usualmente investigadas (8-12 sesiones).

Las conclusiones sobre el mantenimiento de los resultados de la agorafobia se ven muy limitadas por dos factores: a) La gran mayoría de los estudios no especifican ni tienen en cuenta en los análisis el porcentaje de pacientes que reciben sesiones de refuerzo o tratamientos distintos al originalmente recibido ni el tipo, intensidad y finalidad de esta terapia adicional. b) Realización de seguimientos (y de otras evaluaciones) limitados a un momento en el tiempo en vez de ser longitudinales. Debido a la naturaleza fluctuante de la agorafobia, los resultados obtenidos en un momento dado pueden no ser representativos de un período más amplio de tiempo.

Los resultados de Tsao, Lewin y Craske (1998) indican que la TCC del trastorno de pánico en 33 pacientes (el 70% agorafóbicos) con otros trastornos comórbidos (básicamente de ansiedad y depresión) dio lugar no sólo a mejoras en el trastorno tratado, sino a una reducción tanto del número de clientes con al menos un diagnóstico adicional de severidad clínica (de 64% a 27%) como del número de diagnósticos comórbidos. Los diagnósticos que más se redujeron en frecuencia fueron los de fobia social y trastorno de ansiedad generalizada. También se redujo la severidad de estos dos trastornos, la del de estrés postraumático y, casi significativamente, la del de depresión; lo que sí hubo fue una reducción significativa del humor deprimido autoinformado. Por otra parte, también disminuyó el porcentaje de pacientes sin ningún diagnóstico adicional de cualquier severidad (de 85% a 67%). Se requieren estudios con muestras más grandes y grupos control, que no excluyan a los pacientes con abuso de sustancias y que incluyan seguimiento. Si los resultados se confirman, implicarían, en caso de comorbilidad, tratar primero el trastorno más perturbador, en vez de varios a la vez, y decidir después cuáles de los restantes problemas necesitan intervención.

Las conclusiones sobre el tratamiento de la agorafobia deben verse a la luz de una serie de problemas metodológicos o limitaciones que afectan a muchas de las investigaciones realizadas:

– Exclusión de pacientes que presentan trastornos comórbidos severos.

– Énfasis en las medidas retrospectivas de autoinforme y en las escalas de calificación clínica con menoscabo de las medidas observacionales, de los informes de otras personas y de los indicadores objetivos de calidad de vida.

– Uso escaso, al menos en estudios controlados, de medidas de frecuencia de ataques de pánico, preocupación por el pánico, miedo al miedo, evitación de sensaciones corporales y deterioro funcional (que incluya deterioro social/laboral/familiar, uso de servicios médicos psiquiátricos y no psiquiátricos, y consumo de alcohol y otras drogas).

– Aplicación del tratamiento durante un tiempo mucho más corto del que es habitual en la práctica clínica. Esto ha podido subestimar la eficacia de la intervención.

– Violación de la integridad de los tratamientos investigados al estar muchos pacientes recibiendo también otras intervenciones, principalmente farmacoterapia (al menos el 50% de los pacientes están tomando medicación y se les pide que la mantengan estable). Por otra parte, aunque los pacientes pueden haber estado tomando medicación durante mucho tiempo sin cambiar, no se sabe si el tratamiento psicológico hubiera funcionado igual de bien (o mejor o peor) caso de no estar tomando dicha medicación.

– Ausencia de análisis basados en todos los pacientes que comenzaron el tratamiento, incluidos, pues, los que abandonaron.

– Gran énfasis en la significación estadística y descuido de la significación clínica, aunque esto ha cambiado mucho en los últimos estudios.

#### Efectividad y eficiencia de la terapia cognitivo-conductual

Discutida hasta aquí la cuestión de la eficacia, queda por ver la de la efectividad y eficiencia de la TCC. Varios estudios (p.ej., Martinsen, Olsen, Tonset, Nyland y Aarre, 1998; Penava, Otto, Maki y Pollack, 1998; Sánchez *et al.*, 2000; Sanderson, Raue y Wetzler, 1998) han comprobado que, en pacientes con trastornos comórbidos de ansiedad y/o depresión, distintas versiones de la TCC en grupo (con más o menos componentes y duraciones de 12 a 44 horas) pueden ser aplicadas en centros de salud mental y hospitales generales con resultados comparables a los obtenidos en estudios controlados; esto indica la generalizabilidad a contextos clínicos reales. Se han obtenido mejoras significativas en evitación, pánico, preocupación por el pánico, miedo al miedo, interferencia, ansiedad general y depresión. Los resultados se han mantenido en los seguimientos a los 3 y 12 meses en el único estudio que los ha realizado. El porcentaje de abandonos ha oscilado entre el 0% y el 14%.

Por comentar sólo uno de estos estudios, Martinsen *et al.* (1998) aplicaron TCC en grupo en una clínica regional a 83 pacientes con trastorno de pánico (el 91,5%, agorafóbicos) y frecuente comorbilidad con depresión mayor (29%; se prescribieron antidepresivos), fobia social (23%) y abuso de sustancias (14%). El tratamiento, que se extendió a lo largo de 11 sesiones de 4 horas, una por semana, consistió en educación sobre el trastorno, reestructuración cognitiva y EV, y los terapeutas no tenían un entrenamiento formal en TCC. El 14% de los pacientes abandonaron, a lo cual contribuyó el abuso/dependencia de sustancias y el trastorno de personalidad límite. Los pacientes no cambiaron durante un período de espera de 2 meses, pero tras el tratamiento, mejoraron significativamente en medidas de evitación (autoinformada y calificada), miedo al miedo y depresión; no se emplearon medidas de pánico. Los resultados fueron comparables a los conseguidos en

estudios controlados y se mantuvieron en los seguimientos a los 3 y 12 meses. En este último seguimiento, el 89% de los clientes que completaron el tratamiento y el 76% de los que lo iniciaron consiguieron al menos un 50% de reducción en evitación según un calificador.

A pesar de los resultados anteriores, se ha dicho que la aplicación de la TCC en contextos clínicos reales puede ser poco práctica debido a su duración y al prolongado contacto que requiere con el terapeuta. No obstante, varios estudios indican que la TCC de la agorafobia puede abreviarse para pacientes y terapeutas y, con el apoyo de material de autoayuda, mantener igual o similar eficacia. De este modo, puede hacerse disponible para un número mucho mayor de pacientes en contextos clínicos reales.

Así, Côté, Gauthier, Laberge, Cormier y Plamondon (1994) consiguieron iguales resultados en medidas de pánico, evitación agorafóbica, miedo a las sensaciones corporales y cogniciones catastróficas en el postratamiento y en el seguimiento a 1 año con la mitad de dedicación de tiempo. A lo largo de 17 semanas, un grupo tuvo 17 sesiones de 75 minutos y el otro, 7 sesiones de 75 minutos más 8 breves contactos telefónicos de 11 minutos de duración media; este segundo grupo contó con la ayuda de un manual. Newman, Kenardy, Herman y Taylor (1997) compararon 12 horas de TCC con 4 horas de la misma terapia más el empleo durante 8 semanas de un ordenador de bolsillo que apoyaba el empleo de los distintos componentes terapéuticos. No hubo diferencias a nivel estadístico. El primer tratamiento fue superior al segundo en el postratamiento sólo en dos de siete medidas de significación clínica (número de ataques de pánico, miedo a las sensaciones), aunque la muestra fue pequeña; estas diferencias desaparecieron en el seguimiento a los 6 meses.

Botella y García-Palacios (1999) compararon, en 23 agorafóbicos de nivel educativo bajo o medio, una TCC larga (10 sesiones de 50 minutos; no hubo exposición interoceptiva) con una breve de sólo 5 sesiones de 50 minutos, apoyada por material de autoayuda. En una amplia variedad de medidas, ambos tratamientos produjeron mejoras significativas similares en el postratamiento, las cuales se mantuvieron o aumentaron en el seguimiento a 1 año; hubo una cierta tendencia favorable al primer grupo. En conjunto, el porcentaje de abandonos fue del 10%. En el postratamiento hubo un 75% de pacientes libres de ataques y un 40% de pacientes mejorados en diversas medidas a la vez; en el seguimiento, estos porcentajes fueron 90% y 75%.

¿Es posible reducir aún más el contacto con el terapeuta? Gould y Clum (1995) hallaron en pacientes solicitados con trastorno de pánico (el 84% con agorafobia de leve a moderada) que un programa de autoayuda de TCC fue más eficaz que la lista de espera en medidas de evitación en el postratamiento y en medidas de pánico y evitación en el seguimiento a los 2 meses. Lidren *et al.* (1994) no encontraron que la aplicación de una TCC durante 8 sesiones de 90 minutos con terapeuta presente fuera mejor en medidas de pánico, evitación, cogniciones catastróficas y depresión que la autoaplicación de dicho tratamiento con el apoyo de un libro y tres contactos telefónicos con el terapeuta. No hubo abandonos, pero los sujetos fueron agorafóbicos que respondieron a anuncios de tratamiento.

Los resultados de Power, Sharp, Swanson y Simpson (2000), obtenidos en un contexto de atención primaria con pacientes con trastorno de pánico con o sin agorafobia, contrastan con los del último estudio. Power *et al.* (2000) compararon TCC (6 horas de contacto con el terapeuta, de las cuales 1,5 fueron de evaluación)

más un manual de autoayuda, el mismo tratamiento con 2 horas de contacto con el terapeuta, de las cuales 1,5 fueron de evaluación y sólo el manual (1,5 horas de contacto con el terapeuta, todas de evaluación). Este último grupo mejoró algo en medidas de ansiedad, pero fue inferior a los otros dos, a nivel estadístico y de significación clínica, en medidas de ansiedad y depresión y en porcentaje de clientes libres de ataques de pánico, aunque no en evitación agorafóbica. El primer grupo tendió a ser el más eficaz, especialmente en depresión y en tener un menor porcentaje de pacientes que habían recibido tratamiento adicional durante el período de seguimiento. Así pues, es probable que la reducción del contacto con el terapeuta por debajo de un cierto punto dé lugar a peores resultados.

A pesar de contar con tratamientos psicológicos eficaces y efectivos, menos de la mitad de las personas agorafóbicas reciben tratamiento para sus problemas. De los que lo hacen, muchos reciben tratamiento farmacológico y sólo una minoría terapia conductual o cognitivo-conductual. Esto indica la poca disponibilidad de este tipo de terapia, ya sea por falta de terapeutas preparados o porque se cree que es más cara que la farmacoterapia. Sin embargo, con relación al primero de estos aspectos, Welkowitz, Papp, Cloitre, Liebowitz, Martin y Gorman (1991) mostraron que la TCC puede ser aplicada con éxito incluso por terapeutas de orientación farmacológica después de haber sido entrenados por un psicólogo conductual, el cual además supervisó las sesiones. Aunque ésta es una vía digna de investigar, otra opción es emplear psicólogos clínicos, ya que la TCC no es más cara que la farmacoterapia, especialmente si se considera el frecuente problema de las recaídas en el tratamiento con fármacos.

Gould, Otto y Pollack (1995) calcularon los costos económicos del tratamiento farmacológico y de la TCC y hallaron que con 1 año de tratamiento lo más barato es la imipramina y la TCC en grupo (15 sesiones más una de apoyo), seguidas por: a) el alprazolam a bajas dosis (2,5 mg); b) la TCC individual; y c) el alprazolam a altas dosis (6 mg) y la fluoxetina. Si el tratamiento se extiende a 2 años, con cuatro sesiones de apoyo en la TCC, los resultados se mantienen excepto que la TCC individual resulta más barata que el alprazolam a dosis bajas.

Por lo que respecta a cómo perciben los pacientes los distintos componentes de la TCC, Cox, Fergus y Swinson (1994) pidieron a agorafóbicos previamente tratados que valoraran de 1 a 7 en qué medida consideraron útiles y les habían gustado diversos componentes: educación sobre el trastorno, EV, autoexposición, exposición interoceptiva, ejercicios de respiración/relajación, libro de trabajo y autorregistros. Todos los componentes fueron valorados por encima de la media en ambos aspectos. La educación sobre el trastorno fue el componente valorado como más útil y agradable. El componente menos útil fue tener que hacer autorregistros y los que menos agradaron, los autorregistros, la exposición interoceptiva y la autoexposición en vivo. En general, los pacientes vieron las técnicas de exposición como una medicina amarga: más útiles que agradables.

#### Variables predictoras de los resultados

Dado que el 20-25% de los clientes no aceptan o abandonan el tratamiento, que alrededor de un tercio mejoran poco o nada y que el 20-25% recaen, aunque, por lo general, temporalmente, sería interesante conocer las posibles variables predictoras. Esto contribuiría tanto a ampliar el número de pacientes que reciben trata-

miento como al desarrollo de programas más eficaces con aquellos clientes para los que las intervenciones actuales no funcionan o no lo hacen suficientemente. El tema ha sido revisado por Bados (1995b), Mennin y Heimberg (2000) y Steketee y Shapiro (1995).

Por lo que se refiere a la no aceptación y abandono del tratamiento, el tema ha sido poco estudiado. Las dos razones principales han sido en ambos casos que el tratamiento ofrecido no era lo que se esperaba y que el tratamiento resultaba amenazante. Otros motivos han sido circunstancias externas interferidoras (p.ej., horarios incompatibles, surgimiento de otras obligaciones, traslado, problemas médicos o económicos) y la ganancia secundaria que los clientes obtenían de su problema. Otras razones para el abandono han sido la falta de comprensión del terapeuta, el esfuerzo requerido por el tratamiento, la falta de resultados e incluso la percepción de haber mejorado ya lo suficiente. Es posible que la severidad de los miedos agorafóbicos, pánico, depresión y ansiedad general influyan también en el abandono.

En cuanto a las variables predictoras de los resultados del tratamiento, existe una falta de concordancia entre los distintos estudios, tanto en el postratamiento como en el seguimiento. Si se tiene en cuenta la calidad metodológica de los trabajos, pueden establecerse provisionalmente las siguientes conclusiones. Variables que, en general, no han resultado predictoras de los resultados del tratamiento son: edad, sexo, estado civil, situación laboral, temerosidad medida mediante cuestionarios de miedos, ansiedad general, ansiedad social, asertividad, introversión y neuroticismo. La satisfacción y el ajuste marital iniciales no parecen estar relacionados con los resultados en el postratamiento, aunque hay datos discordantes sobre que un peor ajuste marital esté asociado con peores resultados en el seguimiento. Esto puede depender de que se aborde durante la terapia la comunicación marital respecto a los problemas agorafóbicos.

Resultados inconsistentes han sido hallados respecto a que las siguientes variables predigan peores resultados: nivel socioeconómico bajo, severidad de los miedos agorafóbicos y del pánico, severidad de la evitación autoinformada, mayor duración del trastorno, menor edad al comienzo del trastorno, interferencia producida por el trastorno, peor ajuste social/laboral/familiar (puede ser un mejor predictor en el seguimiento), presencia de trastornos comórbidos del eje I, humor deprimido, diagnóstico de depresión mayor (aunque es posible que una historia de depresión mayor anterior a la agorafobia sea un predictor de peores resultados), hostilidad, baja motivación para el tratamiento (aunque ésta puede predecir el rechazo o abandono del mismo; véase además lo dicho más abajo), uso de medicación (especialmente benzodiazepinas), sobreprotección autoinformada durante la infancia, menor reactividad cardíaca durante un test conductual en la línea base, ansiedad durante la EV (quizá la relación sea curvilínea y resulte perjudicial tanto una ansiedad baja como elevada), lenta respuesta al tratamiento durante las primeras semanas y baja concordancia y/o desincronía entre distintas modalidades de respuesta (motoras, cognitivas, psicofisiológicas) tras el tratamiento.

Variables que han tendido a predecir peores resultados del tratamiento son: diagnóstico de agorafobia (moderada o severa), mayor evitación agorafóbica observada y cogniciones catastróficas. Michelson, June, Vives, Testa y Marchione (1998) han constatado en su estudio que una historia de experiencias traumáticas y altos niveles de síntomas disociativos predicen una peor respuesta al tratamiento y un peor mantenimiento de los resultados. Según Chambless y Steketee (1999), la hostilidad por parte de cónyuges

y padres convivientes con los clientes predice más abandonos y peores resultados del tratamiento.

Una buena relación terapéutica y las expectativas iniciales de mejora tienden a predecir mejores resultados. Conviene señalar que unas bajas expectativas iniciales de mejora, al igual que una baja motivación inicial, no tienen por qué predecir peores resultados, ya que pueden cambiar como consecuencia del tratamiento recibido.

Hay que tener en cuenta que los pacientes con baja motivación, depresión severa, trastorno bipolar, trastornos psicóticos, abuso de sustancias, retraso mental o daño cerebral son excluidos de las investigaciones; lo mismo puede decirse de los pacientes de edad superior a 65 años o inferior a 18 años y de aquellos de nivel sociocultural muy bajo. Así pues, no se sabe cómo responden al tratamiento. Otras variables que no han sido estudiadas o no lo han sido casi son el recibir compensación económica por el trastorno y el papel de otras redes de apoyo social, aparte del cónyuge. En cuanto a las recaídas, éstas se ven facilitadas por la existencia de una historia de depresión y por la presencia tras el tratamiento de ataques de pánico residuales, preocupación persistente por ataques de pánico futuros o evitación agorafóbica residual.

También se ha dicho que la existencia de muchos rasgos mórbidos de personalidad o de trastornos de personalidad (ya sea en general o algunos en particular, principalmente los de tipo ansioso y en especial el evitativo) tiende a predecir peores resultados del tratamiento, aunque los resultados son inconsistentes. La revisión de Dreesen y Arntz (1998), basada en los estudios metodológicamente más sólidos, pone en evidencia esta falta de concordancia, pero indica que, en general, la presencia de uno o más trastornos de personalidad no parece afectar a los cambios conseguidos con el tratamiento; los pacientes con estos trastornos mejoran igual que los que no los tienen, aunque presentan una mayor sintomatología tanto antes como después del tratamiento. Mennin y Heimberg (2000) detectan también discordancias en la bibliografía, pero concluyen, por un lado, que la psicopatología de la personalidad tiene un efecto perjudicial en los resultados de la TCC del trastorno de pánico y, por otro, que este tratamiento produce mejoras en las características disfuncionales de personalidad. Por otra parte, y aunque no todos los estudios coinciden, el trastorno de personalidad evitativa parece estar asociado con un resultado menos favorable a largo plazo, pero no a corto plazo.

Finalmente, y aunque los datos no son totalmente consistentes, los clientes que más y mejor cumplen con las actividades entre sesiones de EV o TCC mejoran o tienden a mejorar más en medidas de evitación, pánico y miedo al miedo (Fava *et al.* 1997). Schmidt y Woolaway-Bickel (2000) hallaron que, a diferencia de las calificaciones de los terapeutas, las calificaciones por parte de los pacientes del cumplimiento de una TCC (reestructuración cognitiva, exposición interoceptiva y en vivo) no predijeron los resultados de ésta. Además, las calificaciones de los terapeutas y de evaluadores independientes de la calidad de las actividades entre sesiones fueron mejores predictores de los resultados que las calificaciones de la cantidad de trabajo realizado. Por otra parte, la calidad de las actividades de exposición interoceptiva, EV y reestructuración cognitiva estuvo asociada con el cambio en medidas relacionadas: miedo a las sensaciones, evitación fóbica y pánico/ansiedad anticipatoria, respectivamente. De todos modos, faltan estudios experimentales –con pacientes asignados aleatoriamente a condiciones con o sin actividades entre sesiones– y que incluyan seguimientos.

La falta de consistencia en los resultados de las investigaciones sobre las variables predictoras pueden explicarse por una serie de problemas metodológicos mencionados en Bados (1995b). Por otra parte, hay varias cosas que conviene tener en cuenta. Primero, la ausencia de variables predictoras potentes indica que la EV y la TCC pueden aplicarse con éxito a personas con una gran variedad de características, aunque en ciertos casos será necesario hacer adaptaciones. Segundo, las probabilidades de que un paciente no responda al tratamiento aumentan cuanto más variables pronósticas negativas hay. Finalmente, las conclusiones sobre las variables predictoras se basan casi exclusivamente en investigaciones controladas que emplean criterios de inclusión que limitan la variabilidad de las posibles variables predictoras, por lo que es necesario realizar estudios en contextos clínicos reales con pacientes no seleccionados.

### Conclusiones

En conclusión, la EV y la TCC son tratamientos bien establecidos para la ansiedad y evitación fóbicas, aunque los efectos de la segunda pueden ser menores si se reduce el tiempo dedicado a la EV. La TCC es un tratamiento probablemente eficaz para la mayoría de los otros aspectos de la agorafobia (frecuencia de pánico, preocupación por el pánico, interferencia) y para problemas asociados como la ansiedad general y el humor deprimido. Además, la TCC es una terapia efectiva y eficiente que tiende a producir menos abandonos del tratamiento y menos recaídas en ataques de pánico que la EV.

De todos modos, son necesarios muchos más estudios, bien diseñados y que procuren superar las limitaciones metodológicas antes señaladas. Los efectos de la TCC sobre variables como frecuencia de ataques, preocupación por el pánico, interferencia, ansiedad general y humor deprimido no han sido consistentemente establecidos a corto y medio plazo en comparación al placebo u otros tratamientos. Medidas como el miedo al miedo o susceptibilidad a la ansiedad no han sido ni tan siquiera consideradas en estas comparaciones. Asimismo, aunque los efectos de la TCC son notables y clínicamente significativos, el 12-16% de los agorafóbicos la abandonan, el 30-35% de los clientes tratados mejoran poco o nada y sólo el 45% de los pacientes alcanzan un elevado estado final de funcionamiento.

Por otra parte, la eficacia, efectividad y eficiencia de la TCC deberán seguir siendo comparadas con las de su más inmediata competidora: la terapia psicofarmacológica con antidepresivos o benzodiacepinas. En cuanto a la efectividad y eficiencia, la farmacoterapia también funciona en contextos clínicos reales y es más fácil de administrar por el psiquiatra y de seguir por el paciente; sin embargo, tiene más efectos secundarios, produce más abandonos en el caso de los antidepresivos y tiene un mayor costo económico. Por lo que respecta a su eficacia, parece similar a la de la

TCC a corto plazo, aunque es inferior en el mantenimiento de los resultados. ¿Es posible aumentar esta eficacia combinando TCC o EV y fármacos? Los fármacos resultan más eficaces si se combinan con EV y tanto ésta como la TCC pueden ver aumentada su eficacia, al menos a corto plazo, aunque no siempre, si se combinan con antidepresivos (Bados, 1997; de Beurs *et al.*, 1995, 1999; Sharp *et al.*, 1996).

Aparte de lo dicho, la TCC está especialmente indicada para aquellas personas que han intentado primero un tratamiento farmacológico y no han respondido a éste y para aquellas personas que quieran discontinuar la medicación y seguir manteniendo (o aumentando) la mejora a corto y largo plazo (2 a 5 años). En comparación al manejo médico (información sobre efectos de la discontinuación, retirada muy gradual, apoyo para soportar los efectos), la adición de TCC favorece algo la discontinuación y facilita especialmente el mantenimiento de las mejoras en ausencia de tratamiento adicional de cualquier tipo (Bruce, Spiegel y Hegel, 1999).

Un comentario final tiene que ver sobre la conveniencia de aplicar en la práctica clínica tratamientos que siguen un manual o protocolo relativamente estándar, tal como se hace en las investigaciones. Aunque es de ayuda disponer de tal manual, ajustarse férreamente al mismo impide algo que se considera esencial en la TCC: elaborar el programa de intervención teniendo en cuenta el análisis funcional de los problemas agorafóbicos (con los factores que contribuyen a su mantenimiento), otros problemas asociados que puedan estar presentes y las características individuales de cada cliente.

Sin embargo, conviene tener en cuenta que no siempre un tratamiento individualizado es más eficaz. Schulte, Künzel, Pepping y Schulte-Bahrenberg (1992) compararon a) TCC individualizada; b) TCC estandarizada (EV más entrenamiento autoinstruccional); c) TCC apareada: cada cliente recibió un tratamiento que había sido planificado individualmente para un paciente del primer grupo. De este modo, el primer y el tercer grupo no se diferenciaron en las técnicas aplicadas, sólo en la adaptación individual del tratamiento. En contra de lo esperado, el tratamiento estandarizado (el cual tuvo en la práctica ciertas adaptaciones individuales) fue o tendió a ser el más eficaz en el postratamiento (quizá por un mayor empleo de la EV), aunque no hubo diferencias en los seguimientos a los 6 y 24 meses; sin embargo, esto último pudo ser debido a que entre los pacientes perdidos en el seguimiento había muchos de los que menos habían logrado en el tratamiento. Así pues, el exceso de flexibilidad y adaptación puede ser innecesario e incluso perjudicial. No obstante, conviene tener en cuenta que en el grupo de tratamiento individualizado los terapeutas, a la hora de la verdad y curiosamente, no eligieron las técnicas en función de las variables mantenedoras del trastorno (véase Schulte, 1997, pág. 240). Es posible que si lo hubieran hecho así, los resultados hubieran sido mejores, aunque esto sigue siendo una hipótesis que está por demostrar.

### Referencias

- Al-Kubaisy, T., Marks, I.M., Logsdail, S., Marks, M.P., Lovell, K., Sungur, M. y Araya, R. (1992). Role of exposure homework in phobia reduction: A controlled study. *Behavior Therapy*, 23, 599-621.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistic manual of mental disorders* (4ª ed.). Washington: Autor.
- Bados, A. (1995a). *Agorafobia - I: Naturaleza, etiología y evaluación*. Barcelona: Paidós.
- Bados, A. (1995b). *Agorafobia - II: Tratamientos psicológicos y farmacológicos*. Barcelona: Paidós.

- Bados, A. (1997). Técnicas de intervención en agorafobia. *Ansiedad y Es-trés*, 3, 339-358.
- Bados, A. (2000). *Agorafobia y ataques de pánico: Un programa psicológico de intervención paso a paso*. Madrid: Pirámide.
- Bakker, A., Anton, J.L.M., van Balkom, M.D., Spinhoven, P., Bart, M.J.W., Blaauw, M.D. y van Dyck, R. (1998). Follow-up on the treatment of panic disorder with and without agoraphobia: A quantitative review. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 414-419.
- Bakker, A., van Dyck, R., Spinhoven, P. y van Balkom, A.J.L.M. (1999). Paroxetine, clomipramine, and cognitive therapy in the treatment of panic disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 831-838.
- Barlow, D.H. y Craske, M.G. (1989). *Mastery of your anxiety and panic*. Albany, NY: Graywind.
- Black, D.W., Wesner, R., Bowers, W. y Gabel, J. (1993). A comparison of fluvoxamine, cognitive therapy, and placebo in the treatment of panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 50, 44-50.
- Botella C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno de pánico. *Psicothema*, 13, 465-478.
- Botella, C. y Ballester, R. (1997). *Trastorno de pánico: Evaluación y tratamiento*. Barcelona: Martínez Roca.
- Botella, C. y García-Palacios, A. (1999). The possibility of reducing the rapist contact and total length of therapy in the treatment of panic disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 27, 231-247.
- Bouchard, S., Gauthier, J., Laberge, B., French, D., Pelletier, M.H. y Godbout, C. (1996). Exposure versus cognitive restructuring in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 213-224.
- Bruce, T.J., Spiegel D.A. y Hegel, M.T. (1999). Cognitive-behavioral therapy helps prevent relapse and recurrence of panic disorder following alprazolam discontinuation: a long-term follow-up of the Peoria and Dartmouth studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 151-156.
- Burke, M., Drummond, L.M. y Johnston, D.W. (1997). Treatment choice for agoraphobic women: Exposure or cognitive-behaviour therapy? *British Journal of Clinical Psychology*, 36, 409-420.
- Chambless, D.L. y Gillis, M.M. (1993). Cognitive therapy of anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 248-260.
- Chambless, D.L. y Steketee, G. (1999). Expressed emotion and behavior therapy outcome: a prospective study with obsessive-compulsive and agoraphobic outpatients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 658-665.
- Clum, G.A. (1989). Psychological interventions vs. drugs in the treatment of panic. *Behavior Therapy*, 20, 429-457.
- Clum, G.A., Clum, G.A., y Surls, R. (1993). A meta-analysis of treatments for panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 317-326.
- Côté, G., Gauthier, J.G., Laberge, B., Cormier, H.J. y Plamondon, J. (1994). Reduced therapist contact in the cognitive behavioral treatment of panic disorder. *Behavior Therapy*, 25, 123-145.
- Cox, B.J., Endler, N.S., Lee, P.S. y Swinson, R.P. (1992). A meta-analysis of treatments for panic disorder with agoraphobia: Imipramine, alprazolam, and in vivo exposure. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 23, 175-182.
- Cox, B.J., Fergus, K.D. y Swinson, R.P. (1994). Patient satisfaction with behavioral treatments for panic disorder with agoraphobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 8, 193-206.
- Craske, M.G., Rowe, M., Lewin, M. y Noriega-Dimitri, R. (1997). Interoceptive exposure versus breathing retraining within cognitive-behavioural therapy for panic disorder with agoraphobia. *British Journal of Clinical Psychology*, 36, 85-99.
- Daiuto, A.D., Baucom, D.H., Epstein, N. y Dutton, S.S. (1998). The application of behavioral couples therapy to the assessment and treatment of agoraphobia: implications of empirical research. *Clinical Psychology Review*, 18, 663-687.
- de Beurs, E., van Balkom, A., Lange, A., Koele, P. y van Dyck, R. (1995). Treatment of panic disorder with agoraphobia: Comparison of fluvoxamine, placebo, and psychological panic management combined with exposure and of exposure in vivo alone. *American Journal of Psychiatry*, 152, 683-691.
- de Beurs, E., van Balkom, A.J., van Dyck, R. y Lange, A. (1999). Long-term outcome of pharmacological and psychological treatment for panic disorder with agoraphobia: a 2-year naturalistic follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 99, 59-67.
- de Silva, P. y Rachman, S. (1984). Does escape behaviour strengthen agoraphobic avoidance? A preliminary study. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 87-91.
- Dreessen, L. y Arntz, A. (1998). The impact of personality disorders on treatment outcome of anxiety disorders: Best-evidence synthesis. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 483-504.
- Echeburúa, E., de Corral, P., García Bajos, E. y Borda, M. (1991). La autoexposición y las benzodiacepinas en el tratamiento de la agorafobia sin historia de trastorno de pánico: Resultados a largo plazo. *Análisis y Modificación de Conducta*, 17, 969-991.
- Echeburúa, E., de Corral, P., García Bajos, E. y Borda, M. (1993). Interactions between self-exposure and alprazolam in the treatment of agoraphobia without current panic: An exploratory study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 21, 219-238.
- Emmelkamp, P.M.G. (1982). *Phobic and obsessive-compulsive disorders: Theory, research, and practice*. Nueva York: Plenum Press.
- Emmelkamp, P.M.G., Brilman, E., Kuiper, H. y Mersch, P.P. (1986). The treatment of agoraphobia: A comparison of self-instructional training, rational emotive therapy, and exposure in vivo. *Behavior Modification*, 10, 37-53.
- Emmelkamp, P.M., Kuipers, A.C. y Eggeraart, J.B. (1978). Cognitive modification versus prolonged exposure in vivo: A comparison with agoraphobics. *Behaviour Research and Therapy*, 16, 33-41.
- Emmelkamp, P.M.G. y Mersch, P.P. (1982). Cognition and exposure in vivo in the treatment of agoraphobia: Short-term and delayed effects. *Cognitive Research and Therapy*, 6, 77-90.
- Emmelkamp, P.M.G., van der Hout, A. y de Vries, K. (1983). Assertive training for agoraphobics. *Behaviour Research and Therapy*, 21, 63-68.
- Fava, G.A., Savron, G., Zielezny, M., Grandi, S., Rafanelli, C. y Conti, S. (1997). Overcoming resistance to exposure in panic disorder with agoraphobia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95, 306-12.
- Gould, R.A. y Clum, G.A. (1995). Self-help plus minimal therapist contact in the treatment of panic disorder: A replication and extension. *Behavior Therapy*, 26, 533-546.
- Gould, R.A., Otto, M.W. y Pollack, M.H. (1995). A meta-analysis of treatment outcome for panic disorder. *Clinical Psychology Review*, 15, 819-844.
- Hoffart, A. (1995). A comparison of cognitive therapy and guided mastery therapy of agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 423-434.
- Ito, L.M., Noshirvani, H., Basoglu, M. y Marks, I.M. (1996). Does exposure to internal cues enhance exposure to external cues in agoraphobia with panic? A pilot controlled study of self-exposure. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65, 24-28.
- Jacobson, N.S., Wilson, L. y Tupper, C. (1988). The clinical significance of treatment gains resulting from exposure-based interventions for agoraphobia: A reanalysis of outcome data. *Behavior Therapy*, 19, 539-554.
- Jannoun, L., Munby, M., Catalan, J. y Gelder, M. (1980). A home-based treatment program for agoraphobia: Replication and controlled evaluation. *Behavior Therapy*, 11, 294-305.
- Laberge, B., Gauthier, J., Côté, G., Plamondon, J. y Cormier, H.J. (1993). Cognitive-behavioral therapy of panic disorder with secondary major depression: A preliminary investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 1028-1037.
- Lidren, D.M., Watkins, P.L., Gould, R.A., Clum, G.A., Asterino, M. y Tullloch, H.L. (1994). A comparison of bibliotherapy and group therapy in the treatment of panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 865-869.
- Loerch, B., Graf-Morgenstern, M., Hautzinger, M., Schlegel, S., Hain, C., Sandmann, J. y Benkert, O. (1999). Randomised placebo-controlled trial of moclobemide, cognitive-behavioural therapy and their combination in panic disorder with agoraphobia. *British Journal of Psychiatry*, 174, 205-12.
- Marks, I.M. (1987). *Fears, phobias and rituals*. Nueva York: Oxford University Press.
- Marks, I.M., Swinson, R.P., Basoglu, M., Kuch, K., Noshirvani, H., O'Sullivan, G., Lelliot, P.T., Kirby, M., McNamee, G., Sengun, S. y Wickwire, K. (1993). Alprazolam and exposure alone and combined in panic disorder with agoraphobia: A controlled study in London and Toronto. *British Journal of Psychiatry*, 162, 776-787.

- Martinsen, E.W., Olsen, T., Tonset, E., Nyland, K.E. y Aarø, T.F. (1998). Cognitive-behavioral group therapy for panic disorder in the general clinical setting: A naturalistic study with 1-year follow-up. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 59, 437-442.
- Mathews, A.M., Gelder, M.G. y Johnston, D.W. (1981). *Agoraphobia: Nature and treatment*. Nueva York: Guilford. (Orig. 1981).
- Mattick, R.P., Andrews, G., Hadzi-Pavlovic, D. y Christensen, H. (1990). Treatment of panic and agoraphobia: An integrative review. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 567-576.
- McDonald, R., Sartory, G., Grey, S.J., Cobb, J., Stem, R. y Marks, I. (1979). The effects of self-exposure instructions on agoraphobic outpatients. *Behaviour Research and Therapy*, 17, 83-85.
- McNamee, G., O'Sullivan, G., Lelliot, P. y Marks, I. (1989). Telephone-guided treatment for housebound agoraphobics with panic disorder: Exposure vs. relaxation. *Behavior Therapy*, 20, 491-497.
- Mennin, D.S. y Heimberg, R.G. (2000). The impact of comorbid mood and personality disorders in the cognitive-behavioral treatment of panic disorder. *Clinical Psychology Review*, 20, 339-57.
- Michelson, L., June, K., Vives, A., M. Testa, S. y Marchione, N. (1998). The role of trauma and dissociation in cognitive-behavioral psychotherapy outcome and maintenance for panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 1011-1050.
- Michelson, L. 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.
- Michelson, L., Marchione, K.E., Greenwald, M. Testa, S. y Marchione, N.J. (1996). A comparative outcome and follow-up investigation of panic disorder with agoraphobia: The relative and combined efficacy of cognitive therapy, relaxation training, and therapist-assisted exposure. *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 297-330.
- Michelson, L., Mavissakalian, M. y Marchione, K. (1988). Cognitive, behavioral, and psychophysiological treatments of agoraphobia: A comparative outcome investigation. *Behavior Therapy*, 19, 97-120.
- Newman, M.G., Kenardy, J., Herman, S. y Taylor, C.B. (1997). Comparison of palmtop-computer-assisted brief cognitive-behavioral treatment to cognitive-behavioral treatment for panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 178-183.
- Oei, T.P.S., Llamas, M. y Devilly, G.J. (1999). The efficacy and cognitive processes of cognitive behaviour therapy in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 27, 63-88.
- Öst, L-G. (1988). Applied relaxation vs progressive relaxation in the treatment of panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 13-22.
- Öst, L-G., Jerremalm, A. y Jansson, L. (1984). Individual response patterns and the effects of different behavioral methods in the treatment of agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 697-707.
- Öst, L.G., Westling, B.E. y Hellström, K. (1993). Applied relaxation, exposure in vivo and cognitive methods in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 383-394.
- Page, A.C. (1994). Panic provocation in the treatment of agoraphobia: A preliminary investigation. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 28, 82-86.
- Penava, S.J., Otto, M.W., Maki, K.M. y Pollack, M.H. (1998). Rate of improvement during cognitive-behavioral group treatment for panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 665-673.
- Power, K.G., Sharp, D.M., Swanson, V. y Simpson, R.J. (2000). Therapist contact in cognitive behaviour therapy for panic disorder and agoraphobia in primary care. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7, 37-46.
- Salkovskis, P.M., Clark, D.M. y Hackmann, A. (1991). Treatment of panic attacks using cognitive therapy without exposure or breathing retraining. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 161-166.
- Salkovskis, P.M., Clark, D.M., Hackmann, A., Wells, A. y Gelder, M.G. (1999). An experimental investigation of the role of safety-seeking behaviours in the maintenance of panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 559-574.
- Sánchez, C., Elvira, A., Llompert, M., de Flores, T. y Bados, A. (2000, noviembre). *Terapia cognitivo-conductual en agorafobia: Análisis de componentes*. Cartel presentado en el XXX Congreso de the European Association for Behavioural & Cognitive Therapies. Granada, España.
- Sanderson, W.C., Raue, P.J. y Wetzler, S. (1998). The generalizability of cognitive behavior therapy for panic disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 12, 323-330.
- Schmidt, N.B., Staab, J.P., Trakowski, J.H. y Sammons, M. (1997). Efficacy of a brief psychosocial treatment for panic disorder in an active duty sample: implications for military readiness. *Military Medicine*, 162, 123-9.
- Schmidt, N.B. y Woolaway-Bickel, K. (2000). The effects of treatment compliance on outcome in cognitive-behavioral therapy for panic disorder: Quality versus quantity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 13-18.
- Schmidt, N.B., Woolaway-Bickel, K., Trakowski, J., Santiago, H., Storey, J., Koselka, M. y Cook, J. (2000). Dismantling cognitive-behavioral treatment for panic disorder: questioning the utility of breathing retraining. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 417-424.
- Schulte, D. (1997). Behavioural analysis: Does it matter? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 25, 231-249.
- Schulte, D., Künzel, R., Pepping, G. y Schulte-Bahrenberg, T. (1992). Tailor-made versus standardized therapy of phobic patients. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 14, 67-92.
- Sharp, D.M., Power, K.G., Simpson, R.J., Swanson, V., Moodie, E., Anstee, J.A. y Ashford, J.J. (1996). Fluvoxamine, placebo, and cognitive behaviour therapy used alone and in combination in the treatment of panic disorder and agoraphobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 219-242.
- Sinnott, A., Jones, R.B., Scott-Fordham, A. y Woodward, R. (1981). Augmentation of in vivo exposure treatment for agoraphobia by the formation of neighbourhood self-help groups. *Behaviour Research and Therapy*, 19, 339-347.
- Steketee, G. y Shapiro, L.J. (1995). Predicting behavioral treatment outcome for agoraphobia and obsessive compulsive disorder. *Clinical Psychology Review*, 15, 317-346.
- Swinson, R.P., Fergus, K.D., Cox, B.J. y Wickwire, K. (1995). Efficacy of telephone-administered behavioral therapy for panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 465-469.
- Swinson, R.P., Soulios, C., Cox, B.J. y Kuch, K. (1992). Brief treatment of emergency room patients with panic attacks. *American Journal of Psychiatry*, 149, 944-946.
- Telch, M.J., Agras, W.S., Taylor, C.B., Roth, W.T. y Gallen, C.C. (1985). Combined pharmacological and behavioral treatment for agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 325-335.
- Telch, M.J., Schmidt, N.B., Jaimez, T.L., Jacquin, K.M. y Harrington, P.J. (1995). Impact of cognitive-behavioral treatment on quality of life in panic disorder patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 823-830.
- Tsao, J.C., Lewin, M.R. y Craske, M.G. (1998). The effects of cognitive-behavior therapy for panic disorder on comorbid conditions. *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 357-371.
- Trull, T.J., Nietzel, M.T. y Main, A. (1988). The use of meta-analysis to assess the clinical significance of behavior therapy for agoraphobia. *Behavior Therapy*, 19, 527-538.
- van Balkom, A.J.L.M., Bakker, A., Spinhoven, P., Blaauw, B., Smeenk, S. y Ruesink, B. (1997). A meta-analysis of the treatment of panic disorder with or without agoraphobia: A comparison of psychopharmacological, cognitive-behavioral, and combination treatments. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 185, 510-516.
- van den Hout, M.A., Arntz, A. y Hoekstra, R. (1994). Exposure reduced agoraphobia but no panic, and cognitive therapy reduced panic but no agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 447-451.
- Welkowitz, L.A., Papp, L.A., Cloitre, M., Liebowitz, M.R., Martin, L.Y. y Gorman, J.M. (1991). Cognitive-behavior therapy for panic disorders delivered by psychopharmacologically oriented clinicians. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 473-477.
- Williams, S.L. y Falbo, J. (1996). Cognitive and performance-based treatments for panic attacks in people with varying degrees of agoraphobic disability. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 253-264.
- Williams, S.L. y Zane, G. (1989). Guided mastery and stimulus exposure treatment for severe performance anxiety in agoraphobics. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 237-245.
- Zane, G. y Williams, S.L. (1993). Performance-related anxiety in agoraphobia: Treatment procedures and cognitive mechanisms of change. *Behavior Therapy*, 24, 625-643.