



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

Manuscrito Recepcional
Programa de Profundización en Psicología Clínica

La Terapia Cognitivo Conductual en el tratamiento de la
agorafobia en adultos: una revisión teórica

Tipo de investigación
Teórica

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

José Francisco Cardozo Martínez

Director: Lic. Eduardo Bautista Valerio



Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México, diciembre 5 de 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Índice

RESUMEN	4
INTRODUCCIÓN	6
Justificación	7
Pregunta de investigación	10
Objetivo	11
MARCO TEÓRICO	11
CAPÍTULO 1. LA AGORAFOBIA	11
1.1.	11
1.2.	13
1.3.	14
1.4.	18
CAPÍTULO 2. MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL	20
2.1. Antecedentes del modelo cognitivo conductual.	20
2.2. Definición del modelo cognitivo conductual.	21
2.3. Técnicas cognitivo-conductuales.	22
2.3.1. Técnicas de exposición	23
2.3.5. Reestructuración cognitiva	24
2.3.6. Técnicas de respiración y relajación	24
CAPÍTULO 3. TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL APLICADA AL TRATAMIENTO DE LA AGORAFOBIA	25
3.1.1. Convencional o presencial.	25
3.1.2. Intervenciones y terapias basadas en la tecnología.	26

	3
MÉTODO	29
Diseño de investigación	29
Procedimiento	30
Criterios de selección	30
Criterios de inclusión	30
Criterios de exclusión	30
RESULTADOS	32
DISCUSIÓN	44
CONCLUSIONES	49
REFERENCIAS	51

Resumen

La agorafobia es uno de los trastornos más incapacitantes para las personas debido al impacto que tiene en la vida cotidiana del individuo, pues prácticamente no puede salir de su casa disminuyendo así su calidad de vida. Se encuentra incluido en la clasificación de trastornos de ansiedad y suele presentarse en compañía de ataques de pánico. Se caracteriza por un miedo intenso a situaciones o lugares en los que es difícil escapar o recibir ayuda. La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) ha demostrado ser un enfoque efectivo para abordar este trastorno, haciendo uso del gran repertorio de técnicas y las diferentes modalidades en las que se llevan a cabo este tipo de tratamientos. En el presente estudio teórico se realizó una búsqueda de investigaciones en donde existe evidencia de la eficacia de la TCC con el objetivo de examinar el nivel de conocimiento sobre el impacto que tiene en el tratamiento de la agorafobia en adultos. Se encontraron 17 artículos de revistas científicas, en los cuales se observaron resultados favorables en las intervenciones con técnicas basadas en TCC, siendo las más frecuentes las de exposición, reestructuración cognitiva y la psicoeducación, evidenciando su efectividad en la modalidad cara a cara y en la de tipo digital, a través de la telepsicología y técnicas recreadas en realidad virtual; además se encontró que no hay evidencia comprobada aún que sostenga diferencias importantes en la eficacia de la TCC suministrada en las 2 modalidades, por lo que ambas pueden utilizarse considerando las necesidades de cada persona.

Palabras clave: *agorafobia, trastornos de ansiedad, terapia cognitivo conductual, adultos.*

Abstract

Agoraphobia is one of the most disabling disorders for people due to the impact it has on the individual's daily life, since they practically cannot leave their home, thus reducing their quality of life. It is included in the classification of anxiety disorders and usually occurs in the company of panic attacks. It is characterized by an intense fear of situations or places where it is difficult to escape or receive help. Cognitive

Behavioral Therapy (CBT) has proven to be an effective approach to addressing this disorder, making use of the large repertoire of techniques and the different modalities in which this type of treatment is carried out. In the present theoretical study, a search was carried out for research where there is evidence of the effectiveness of CBT with the objective of examining the level of knowledge about the impact it has on the treatment of agoraphobia in adults. 17 articles from scientific journals were found, in which favorable results were observed in interventions with CBT-based techniques, the most frequent being exposure, cognitive restructuring and psychoeducation, evidencing its effectiveness in the face-to-face modality and in the digital, through telepsychology and techniques recreated in virtual reality; Furthermore, it was found that there is no proven evidence yet that supports important differences in the effectiveness of CBT provided in the 2 modalities, so both can be used considering the needs of each person.

Key words: *agoraphobia, agoraphobia treatment, anxiety disorders, cognitive behavioral therapy, adults.*

Introducción

El presente documento es una revisión teórica y documental sobre intervenciones bajo el enfoque cognitivo conductual para el tratamiento de la agorafobia en adultos, un padecimiento psicológico relacionado con los trastornos de ansiedad y el ataque de pánico debido a las similitudes en sus manifestaciones y causas; de acuerdo con Olivares-Olivares et al. (2016) la agorafobia requiere respuestas de ansiedad para su diagnóstico y puede presentarse sola o acompañada de otros trastornos, principalmente, en comorbilidad con el ataque de pánico.

El primer capítulo se encarga de explorar de forma general aspectos teóricos del trastorno de agorafobia, presentando información referente a los antecedentes y orígenes del padecimiento. De igual forma, se conceptualiza el término de agorafobia con base al DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, por sus siglas en inglés) y la CIE-11 (Clasificación Internacional de Enfermedades), los dos manuales más importantes en la clasificación de enfermedades mentales, que aun con sus divergencias, actualmente buscan mayor uniformidad y compatibilidad (Delgado y Agudelo, 2021) en los criterios establecidos para su diagnóstico; así mismo se incluye la tipología de la agorafobia y su prevalencia.

El segundo capítulo aborda al modelo cognitivo conductual como uno de los enfoques de mayor aceptación en el área clínica para el tratamiento de los trastornos de ansiedad. En este apartado se presenta información sobre los antecedentes del modelo, sus bases teóricas, características principales y algunas técnicas de intervención utilizadas en el tratamiento de agorafobia.

En el tercer capítulo se exponen algunos estudios sobre intervenciones psicológicas basadas en Terapia Cognitivo Conductual (TCC) para la agorafobia en adultos, así, en sus diferentes modalidades terapéuticas de aplicación. Con dichas investigaciones se pretende dar un acercamiento inicial al tema del impacto que el tratamiento con técnicas TCC ha tenido en población adulta.

Justificación

La agorafobia es considerada uno de los trastornos más incapacitantes debido al impacto que tiene en la vida cotidiana del individuo, pues prácticamente no puede salir de su casa disminuyendo así su calidad de vida. Diferente a otras de las fobias específicas o sociales, esta tiende a ser creciente, abarcando más situaciones o estímulos de evitación, por lo que, de no recibir un tratamiento adecuado el paciente, su capacidad de deterioro suele ser crónica y progresiva (Peñate et al. 2006).

Actualmente el trastorno de agorafobia se encuentra incluido en el grupo clasificado como trastornos de ansiedad integrados en el DSM-5 (Asociación Americana de Psicología [APA], 2014); así como en la categorización de trastornos de ansiedad fóbica, contemplados en los trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos, incluidos en la CIE-11 (World Health Organization [WHO], 2022).

“Los síndromes ansiosos como los depresivos, son las formas de psicopatología más frecuente en México. Estudios reportados desde 1999 en población mexicana encontraron que el 14.8% presentaba algún trastorno de ansiedad” (Virgen et al., 2009). Aunado a este dato, el mismo autor resalta el escaso conocimiento popular sobre las cuestiones de salud mental, como uno de los principales problemas para el manejo e identificación de dichas patologías, pues los conceptos sobre ansiedad son diversos y confusos.

La agorafobia “representa entre el 50% y 60% de toda la población fóbica vista en la práctica clínica, por eso, en la actualidad, se ha constituido en uno de los principales campos de investigación de la terapia cognitivo-conductual”, esto se debe a la naturaleza crónica del padecimiento y las afectaciones al individuo (Vargas, 2003, p. 232). Según el DSM-5 cada año aproximadamente el 1,7 % de los adolescentes y de los adultos es diagnosticado con agorafobia. Este trastorno puede ocurrir en la infancia, pero la incidencia máxima se encuentra en la adolescencia tardía y en la vida adulta temprana.

La prevalencia anual en los individuos mayores de 65 años es del 0,4 %. Las tasas de prevalencia no parecen variar sistemáticamente en los diferentes grupos culturales o raciales (APA, 2014).

La agorafobia se ha convertido en un trastorno muy común actualmente en donde 6 de cada 1000 personas presenta sintomatología. En promedio, entre el 1 y 3% de la población la padece, teniendo una incidencia anual de 0.3%, siendo la mayoría pacientes del sexo femenino según Espinosa (2022). “En México existen estudios que muestran una mayor prevalencia entre los 15 y los 45 años, con una proporción mayor para las mujeres que para los hombres, de 2 a 1 respectivamente” (Virgen et al., 2009).

A pesar de ser una condición de importante deficiencia y discapacidad por sí misma en lo que se refiere a la funcionalidad de una persona, la agorafobia “es una fobia con un alto nivel de comorbilidad, especialmente con otros trastornos de ansiedad y con trastornos afectivos” (Peñate et al., 2020). Dentro del DSM-5 se menciona que:

La mayoría de los individuos que padecen agorafobia tiene también otros trastornos mentales. Los diagnósticos adicionales más frecuentes son otros trastornos de ansiedad (p. ej., fobias específicas, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad social), trastornos depresivos (trastorno depresivo mayor), trastorno de estrés postraumático y trastorno por consumo de alcohol (DSM-5, APA, 2014).

Por lo tanto, el análisis de las intervenciones con Terapia Cognitivo Conductual en poblaciones adultas con agorafobia es relevante y conveniente, ya que busca examinar la diversidad de técnicas utilizadas para este trastorno de ansiedad, revisando en diferentes estudios sus procedimientos, métodos y resultados. Esto permitirá incrementar el conocimiento de alternativas de intervención para la sintomatología agorafóbica; de igual manera, ayudará a conocer el impacto que tiene el enfoque cognitivo – conductual en el tratamiento de este trastorno.

Una revisión exhaustiva de intervenciones de TCC en agorafobia para examinar el nivel de conocimiento que existe en el tema, es esencial para los profesionales de la salud mental y los investigadores. La agorafobia es un trastorno de ansiedad debilitante que puede tener un impacto significativo en la calidad de vida de quienes la padecen. Al reunir y sintetizar diversas estrategias terapéuticas, se proporciona una base sólida para el tratamiento y la investigación futura, permitiendo a los

terapeutas personalizar la atención y a los investigadores identificar las brechas en el conocimiento actual.

La TCC desde su surgimiento, es uno de los procedimientos más utilizados y efectivos contra la ansiedad, el pánico y la agorafobia. No obstante, particularmente en la agorafobia, la 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 autorregistros”, por lo tanto, es posible mencionar que la TCC posee una gran diversidad de técnicas para su intervención y tratamiento contra el trastorno agorafóbico (Bados, 2001, p. 457).

Es una realidad que, por la relación en su sintomatología y la comorbilidad que existe, la agorafobia está ligada estrechamente al trastorno de pánico y al de ansiedad. La recopilación y revisión teórica de estudios sobre intervenciones en casos de agorafobia, ayudará a ampliar el conocimiento que se tiene sobre la aplicación de la terapia cognitivo conductual en el tratamiento de este trastorno; estableciendo análisis y comparaciones entre elementos como: el diagnóstico y las técnicas empleadas, la eficacia de estas, la sintomatología presentada debido a la comorbilidad con otros padecimientos y la prevalencia en la población estudiada.

Con respecto al valor y utilidad de la investigación, una revisión teórica de diferentes intervenciones de TCC en agorafobia en población adulta, ayudaría en aspectos como:

- Resumen de evidencia empírica: una recopilación de intervenciones de TCC en agorafobia proporcionaría un resumen completo de la evidencia empírica disponible sobre la eficacia de diferentes técnicas. Esto permitiría a los profesionales de la salud mental y a los investigadores acceder rápidamente a los resultados de estudios anteriores y consultar información actualizada sobre las últimas estrategias terapéuticas aplicadas y basadas en evidencia empírica, lo que sería invaluable para los terapeutas que desean mantenerse al día con las mejores prácticas.
- Guía para Terapeutas Principiantes: Para terapeutas que recién comienzan a trabajar con pacientes con agorafobia, una recopilación teórica puede servir

como una guía inicial que les brinda información esencial y estrategias terapéuticas comprobadas.

- Base para Investigación Futura: Esta recopilación podría identificar áreas donde la investigación futura es necesaria. Si ciertas intervenciones o enfoques demuestran ser más efectivos que otros, podría inspirar investigaciones adicionales para comprender mejor los mecanismos detrás de esta eficacia.

La necesidad de ampliar el conocimiento que se tiene de la aplicación de la TCC en la agorafobia surge debido al incremento en la incidencia de este tipo de problemáticas dentro del área clínica, que si bien, comparte una similitud en la sintomatología y comorbilidad con trastornos como el ataque de pánico y ansiedad, en la reciente época con las actualizaciones de manuales como el DSM-5 y la CIE-11, se han establecido criterios específicos para el trastorno agorafóbico.

Por otra parte, la TCC representa uno de los modelos de intervención de mayor utilidad en trastornos incluidos dentro de la clasificación de ansiedad, presentando en algunas ocasiones tratamientos homogéneos aplicados en los diversos trastornos que comparten esta categoría. No obstante, vale la pena analizar los procedimientos enfocados a la intervención de la agorafobia en sus distintas manifestaciones, examinando procedimientos, métodos y resultados, así como los hallazgos de conocimiento en el área.

En resumen, una recopilación teórica de intervenciones de TCC en agorafobia puede servir como una valiosa herramienta para terapeutas, investigadores y pacientes al proporcionar una síntesis de la evidencia empírica actual que se tiene sobre los tratamientos psicológicos (TCC) dirigidos a este trastorno de ansiedad. Además, podría fomentar la investigación futura y la mejora continua de las prácticas terapéuticas en este campo.

Pregunta de investigación

¿Cuál es el nivel de conocimiento que existe sobre el impacto que tiene la Terapia Cognitivo Conductual en el tratamiento de la agorafobia en adultos?

Objetivo

Examinar el nivel de conocimiento que existe sobre el impacto que tiene la Terapia Cognitivo Conductual en el tratamiento de la agorafobia en adultos.

Marco teórico

CAPÍTULO 1. LA AGORAFOBIA

1.1. Antecedentes.

El diccionario de la Real Academia Española define a la agorafobia como el temor excesivo y angustioso de encontrarse solo en espacios abiertos. La agorafobia proviene del vocablo griego *agora* que “era la plaza pública en las ciudades griegas donde se llevaba a cabo la asamblea y que constituía el centro de la vida administrativa, religiosa y comercial” (Cano, 2012, p. 166); por otro lado, “el término fobia deriva de la palabra griega *phobos*, que significa temor, pánico y terror” (Virgen et al., 2009).

Con base a estos orígenes etimológicos, se consideró en sus inicios como una preocupación y temor intensos a los lugares de gran concurrencia o a espacios abiertos, en donde la persona que lo experimenta sentía el temor a sufrir un ataque de pánico en lugares en los que piensa que es difícil escapar o recibir ayuda.

El psiquiatra alemán Carl Westphal acuñó por primera vez el término de agorafobia para describir el miedo y la evitación de lugares públicos en 1871. Concepto que fue reconocido como tal a finales de la década de los 70 (Barlow, 2013). Durante varios años, la agorafobia fue considerada como una fobia más, centrándose los tratamientos aplicados en la reducción de la evitación a los lugares específicos que generaban la presencia de sintomatología agorafóbica (Montseny, 2023).

Por su parte, Sigmund Freud, diferenció la agorafobia de otras, al enfocarse en las sensaciones físicas más que en las situaciones externas; posteriormente Goldstein y Chambless, establecieron en 1978 la teoría de “miedo al miedo”, centrada en las experiencias en sí de miedo y ansiedad, más que el simple miedo a situaciones (Montseny, 2023). En 1980 con la publicación de la tercera edición del DSM, la

agorafobia pasa a ser considerada como una categoría diagnóstica incluida dentro del trastorno de pánico (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 1980).

En un principio, la agorafobia podía confundirse con el trastorno de ansiedad y el ataque de pánico, debido a la generalidad en los criterios diagnósticos, además de que “las fobias pueden aparecer junto con muchos otros síntomas y síndromes psiquiátricos” (Virgen et al., 2009). Sin embargo, dentro de las modificaciones puntualizadas por Asmundson et al. (2014) al DSM-V en comparación con sus versiones anteriores, el trastorno de agorafobia se ha separado del trastorno de pánico, asignando al primero, criterios diagnósticos muy puntuales para diferenciarlo de otros.

Con respecto a la CIE-11 (WHO, 2022), en su versión anterior la mayoría de los trastornos de ansiedad se encontraban en el grupo de los trastornos neuróticos respondientes a factores estresantes y somatomorfos, para posteriormente ser agrupados en una nueva categoría en la que cada trastorno se define de acuerdo con sus características esenciales, enfatizando los estímulos y situaciones que desencadenan la sintomatología ansiosa y el miedo. Esta actualización es similar como bien lo señala Chávez (2019), al reagrupamiento que hizo la APA (2014) en el DSM-5 en comparación con su adaptación previa.

Actualmente el trastorno de agorafobia se encuentra incluido en el grupo clasificado como trastornos de ansiedad en el DSM-5 y en la categoría de trastornos de ansiedad o relacionados con el miedo dentro de la CIE-11; En la tabla 1 se observa la clasificación de los trastornos ansiosos (incluida la agorafobia) en ambos manuales se incluyen las mismas categorías, no obstante, Chávez señala una importante diferencia en su categorización:

Una de las diferencias entre los dos sistemas, es que en el CIE-11 el diagnóstico se hace basándose en una descripción del cuadro clínico; en cambio, el DSM- 5 tiene una estructura más rígida con algoritmos de criterios que se deben cumplir para realizar un diagnóstico y siempre coloca un criterio de exclusión de otros trastornos mentales que puedan explicar mejor la sintomatología. (2019, p. 24).

Tabla 1.

Clasificación de los trastornos ansiosos en el DSM-5 y la CIE-11.

DSM 5: TRASTORNOS DE ANSIEDAD	CIE-11: TRASTORNOS DE ANSIEDAD O RELACIONADOS CON EL MIEDO
Trastorno de ansiedad de separación. Mutismo selectivo. Fobia específica.	Trastorno de ansiedad generalizada. Trastorno de pánico.
Trastorno de ansiedad social (Fobia social) Trastorno de pánico.	Agorafobia. Fobia específica. Trastorno de ansiedad social.
Ataque de pánico como especificador.	Trastorno de ansiedad por separación. Mutismo selectivo.
Agorafobia.	*Trastornos de ansiedad inducidos por sustancias.
Trastorno de ansiedad generalizada Trastorno de ansiedad inducida por sustancias/medicamentos.	*Síndrome secundario de ansiedad. Otros trastornos de ansiedad o relacionados con el miedo.
Trastorno de ansiedad debido a otra condición médica. Otros trastornos de ansiedad específicos.	Especificados. Trastornos de ansiedad o relacionados con el miedo, sin especificación.
Trastorno de ansiedad no especificado.	

Nota. Fuente: Elaboración propia con base a la clasificación de los trastornos ansiosos propuesta en los manuales del DSM 5 y la CIE 11.

1.2. Definición de la agorafobia.

La CIE-11 (WHO, 2022), define a la agorafobia como el miedo o ansiedad marcados o excesivos, que se producen en respuesta a múltiples situaciones en las que escapar podría ser difícil o podría no haber ayuda disponible, como lo es: el usar el transporte público, encontrarse en multitudes, estar fuera de casa solo (como en tiendas, teatros, formados en filas). Peñate et al. (2006) la considera la fobia más compleja e incapacitante que afecta significativamente la calidad de vida y la funcionalidad del individuo en los diferentes ámbitos de desarrollo (laboral, social, familiar, académico, lúdico y personal).

“Puede definirse brevemente la agorafobia como un miedo y evitación de lugares públicos y de estar fuera de casa basados en la anticipación de experimentar niveles elevados de ansiedad o ataques de pánico” (Bados, 2005). La sensibilidad, la vergüenza, las respuestas anticipatorias, los pensamientos catastróficos, así como conductas de escape ante situaciones determinadas, son otras de las características de este trastorno según Peñate et al. (2006).

Dentro de la sintomatología agorafóbica establecida en la CIE-11, las situaciones se evitan activamente, se experimentan bajo ciertas circunstancias específicas, como en presencia de un compañero de confianza, o se vive con miedo o ansiedad intensos. Los síntomas del trastorno agorafóbico persisten durante varios meses y son lo suficientemente graves para provocar un deterioro significativo en las relaciones personales, familiares, sociales, ocupacionales o en cualquier otra área del funcionamiento.

La descripción de la agorafobia es más detallada en el DSM-5 (APA, 2014), al contemplar además de la manifestación de respuestas ansiosas o temor a los espacios abiertos, la inclusión de la estancia en sitios cerrados como otra de las situaciones que pueden llegar a desencadenar la sintomatología agorafóbica. Otros elementos importantes considerados en este manual es el hecho de que la presencia de ansiedad debe ser una idea desproporcionada al peligro real, el estar ligada al contexto sociocultural, y la duración mínima de 6 meses con los síntomas. A continuación, se revisarán los criterios incluidos en ambos manuales mencionados.

1.3. Características y criterios de diagnóstico.

Como bien se muestra en la tabla 2, el DSM-5 presenta una serie de criterios para diagnosticar la agorafobia, información que vale la pena ampliar y complementar con algunas especificaciones características del trastorno.

Tabla 2.

Criterios diagnósticos incluidos en el DSM-5.

<p>A) El diagnóstico de agorafobia requiere ser corroborado por los síntomas que se producen en al menos dos de las cinco situaciones siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Uso del transporte público (ej. automóviles, autobuses, trenes, barcos, aviones). 2. Estar en espacios abiertos (ej. zonas de estacionamiento, mercados, puentes). 3. Estar en sitios cerrados (ej. tiendas, teatros, cines).
--

<p>4. Hacer cola o estar en medio de una multitud.</p> <p>5. Estar fuera de casa solo. Los ejemplos para cada situación no son exclusivos; se pueden temer otras situaciones. Al experimentar el miedo y la ansiedad desencadenados por tales situaciones, los individuos suelen experimentar pensamientos de que algo terrible podría suceder.</p>
<p>B) El individuo teme o evita estas situaciones debido a la idea de que escapar podría ser difícil o podría no disponer de ayuda si aparecen síntomas tipo pánico u otros síntomas incapacitantes o embarazosos (p. ej., miedo a caerse en las personas de edad avanzada, miedo a la incontinencia).</p>
<p>C) Las situaciones agorafóbicas casi siempre provocan miedo o ansiedad.</p>
<p>D) Las situaciones agorafóbicas se evitan activamente, requieren la presencia de un acompañante o se resisten con miedo o ansiedad intensa.</p>
<p>E) La ansiedad es desproporcionada al peligro real que plantean las situaciones agorafóbicas y al contexto sociocultural.</p>
<p>F) El miedo, la ansiedad o la evitación es continuo, y dura típicamente seis o más meses.</p>
<p>G) El miedo, la ansiedad o la evitación causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.</p>
<p>H) Si existe otra afección médica (p. ej., enfermedad intestinal inflamatoria, enfermedad de Parkinson), el miedo, la ansiedad o la evitación es claramente excesiva.</p>

- I) Miedo, la ansiedad o la evitación no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental; por ejemplo, los síntomas no se limitan a la fobia específica, tipo situacional; no implican únicamente situaciones sociales (como en el trastorno de ansiedad social); y no están exclusivamente relacionados con las obsesiones (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), defectos o imperfecciones percibidos en el aspecto físico (como en el trastorno dismórfico corporal), recuerdo de sucesos traumáticos (como en el trastorno de estrés postraumático) o miedo a la separación (como en el trastorno de ansiedad por separación).

Nota. Fuente: Elaboración propia con base en los criterios diagnósticos para el trastorno de agorafobia propuesto por el DSM 5 (APA, 2014).

A partir de la información mencionada, cabe decir que, el DSM V refiere que, dentro del temor a estar fuera de casa, hay que destacar que los ejemplos para cada situación no son exclusivos, por lo tanto, la experimentación de miedo o ansiedad suele ser particular de cada individuo según las situaciones agorafóbicas. Además, el miedo o la ansiedad pueden tomar la forma de un ataque de pánico de síntomas limitados o completo (esto es, un ataque de pánico esperado). El miedo o la ansiedad se evocan casi cada vez que el individuo entra en contacto con la situación temida.

Así también, se tiene contemplado que las situaciones agorafóbicas frecuentemente provocan miedo o ansiedad. No obstante, un individuo que desarrolla ansiedad y sólo de vez en cuando se produce una situación agorafóbica (p. ej., desarrolla ansiedad cuando hace cola en sólo una de cada cinco ocasiones) no sería diagnosticada de agorafobia. Esto quiere decir que el individuo evita activamente la situación o, si no puede o decide no evitarla, la situación le provoca un miedo o una ansiedad intensa.

En lo que se refiere a la evitación activa, lo que hace el individuo es llevar a cabo un comportamiento intencionado del individuo para prevenir o minimizar el contacto con las situaciones de agorafobia. Esta evitación puede ser de naturaleza comportamental (p. ej., cambiar las rutinas diarias, la elección de un trabajo cercano para evitar el uso del transporte público, encargar compras a domicilio para evitar

entrar a las tiendas y supermercados) o cognitiva (p. ej., usar la distracción para superar las situaciones de agorafobia).

Aunado, dentro de los casos más graves del trastorno de agorafobia, la persona se queda confinada en su casa. En algunas ocasiones el individuo puede sentirse en condiciones de hacer frente a la situación temida si va acompañado de alguien (socio, amigo, familiar o un profesional de la salud). Finalmente, se debe destacar el aspecto del contexto sociocultural durante el diagnóstico de la agorafobia, pues ayuda a diferenciar entre temores clínicamente significativos de miedos razonables, o incluso de situaciones que puedan considerarse peligrosas (APA, 2014).

Por otra parte, como se aprecia en la tabla 3, la CIE-11 establece sintomatología similar del trastorno de agorafobia, aunque menos detallada que la del DSM-5. Chávez (2019), puntualiza las inserciones de la CIE-11 sobre las eventualidades que pueden desencadenar el trastorno de agorafobia, como: “estar en sitios cerrados (ej. cine) y/o por el contrario en espacios abiertos (ej. un mercado), también enfatiza que la ansiedad debe ser desproporcional al peligro real y al contexto sociocultural, y que debe durar por lo menos 6 meses”.

Tabla 3.

Criterios diagnósticos incluidos en la CIE-11.

<p>Criterio general: los síntomas psíquicos, conductuales y vegetativos tienen que constituir la manifestación primaria de la angustia y no basarse en otros síntomas como pensamientos delirantes u obsesivos.</p>
<p>Sintomatología: la característica fundamental es la angustia de encontrarse en lugares /situaciones, desde los cuales es difícil o embarazoso retirarse a un “lugar seguro”. La angustia puede referirse a abandonar el hogar, entrar a locales, dirigirse a aglomeraciones de personas o a lugares abiertos, a viajar solo, o bien, a no poder salir de una situación de inmediato a un lugar “seguro”. La angustia puede aumentar hasta el pánico y se acompaña de síntomas vegetativos (taquicardia, dolores torácicos, sudoración, temer, dificultades respiratorias, sentimiento de ahogo, náuseas o vómitos).</p>

<p>Aunque varíe el grado de angustia y la magnitud de la conducta de evitación, esta fobia es la más limitante.</p>
<p>Criterios diagnósticos: La angustia tiene que aparecer en al menos 2 de las siguientes situaciones descritas: en multitudes de personas, en sitios abiertos, en viajes de mucha distancia del hogar o en viajes que la persona realiza sola.</p> <p style="text-align: center;">La evitación de la situación fóbica es el síntoma determinante.</p>
<p>Diagnóstico diferencial: Síntomas depresivos, compulsivos u otros síntomas angustiosos pueden presentarse simultáneamente.</p>

Nota. Fuente: Elaboración propia con base en los criterios diagnósticos para el trastorno de agorafobia propuesto por la CIE-11 (WHO, 2022).

1.4. Trastorno de pánico con y sin agorafobia.

El trastorno de pánico de acuerdo con el DSM-5 (APA, 2014), se encuentra dentro de la clasificación de los trastornos de ansiedad, y se refiere a la aparición súbita de miedo o malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos, en donde el individuo puede pasar de un estado de calma o desde un estado de ansiedad, a la experimentación de síntomas físicos y cognitivos, como el miedo a perder el control, desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (separarse de uno mismo), sudoración, aceleración de la frecuencia cardiaca, temblores y dificultades para respirar.

El trastorno de pánico y la agorafobia son dos de los trastornos de mayor frecuencia e incapacitantes de los clasificados dentro de los referidos a la ansiedad. Ambos coinciden en varios elementos sintomatológicos, de hecho, los síntomas agorafóbicos similares al pánico se refieren a cualquiera de los 13 síntomas incluidos en los criterios diagnósticos que establece el DSM-5 para el ataque de pánico, tales como mareos, desmayos y miedo a morir (por mencionar algunos).

Según el DSM-5 (APA, 2014), el trastorno de pánico se observa con poca frecuencia en la práctica clínica en ausencia de otra psicopatología. La prevalencia del trastorno de pánico es elevada en las personas con otros trastornos, particularmente en los clasificados dentro de la ansiedad (especialmente la agorafobia). Esto indica que la agorafobia puede presentarse sola o en conjunto con el trastorno de pánico

mencionado; en este caso, se requiere que además de cumplirse los requisitos para el diagnóstico agorafóbico, también se deben cumplir los del pánico.

De acuerdo con Bados (2005), la agorafobia regularmente se presenta como una consecuencia de una crisis de pánico, esto debido a que la persona al no ser capaz de explicarse lo que le sucede, termina por asociar lo experimentado con la situación en la que se encuentra y comienza a evitarla. Por otra parte, la agorafobia sin el trastorno de pánico tiene como característica, el que las respuestas de evitación y escape se producen por el miedo a la incapacitación o la vergüenza por alteraciones similares a las del pánico (Bados, 2008).

Por su parte Olivares-Olivares et al. (2016), señala que diversos autores consideran que es necesaria la existencia de un antecedente de crisis pánico para que se produzca un trastorno de agorafobia, aunque de acuerdo con estudios de carácter epidemiológico, se ha observado que la agorafobia sin pánico se presenta con mayor frecuencia para su atención en el área clínica. “El porcentaje de personas con agorafobia que refieren ataques de pánico o trastorno de pánico antes de la aparición de la agorafobia es del 30 % en las muestras de la comunidad y de más del 50 % en las muestras clínicas” (APA, 2014).

El DSM-5 (APA, 2014) distingue entre la agorafobia con y sin pánico como dos subtipos del trastorno. Mientras que la agorafobia con pánico se caracteriza por la presencia de ataques de pánico recurrentes e inesperados que desencadenan el miedo a las situaciones o lugares temidos, la agorafobia sin pánico implica el temor intenso y persistente a dichas situaciones, pero en ausencia de ataques de pánico. Esta distinción es crucial en el proceso de diagnóstico y tratamiento, ya que influye en la elección de estrategias terapéuticas específicas y en la comprensión de la dinámica de cada variante del trastorno.

La CIE-11 también hace la separación entre la agorafobia con trastorno de pánico y la agorafobia sin trastorno de pánico, pero a diferencia de lo establecido en el DSM-5 (APA, 2014), en esta se considera al trastorno fóbico como el padecimiento principal, mientras que las crisis de pánico son tomadas como indicadores para la medición de la gravedad de este. Si bien ambos subtipos comparten similitudes en términos de evitación de situaciones temidas, la agorafobia con pánico a menudo

requiere un enfoque más centrado en el tratamiento de los ataques de pánico, mientras que la agorafobia sin pánico puede implicar un énfasis mayor en la modificación de creencias irracionales y la exposición gradual a las situaciones temidas.

Para Barlow (2008), la distinción entre la agorafobia con y sin pánico, es un aspecto fundamental en la comprensión de este trastorno. La agorafobia con pánico se caracteriza por la presencia de ataques de pánico recurrentes que actúan como desencadenantes de la evitación de ciertas situaciones o lugares. En contraste, la agorafobia sin pánico involucra un temor intenso y persistente a estas situaciones temidas, pero en ausencia de ataques de pánico. Esta distinción es esencial porque tiene implicaciones significativas en el enfoque de tratamiento. En la agorafobia con pánico, la terapia se dirige a la gestión de los ataques de pánico y la modificación de las creencias catastróficas relacionadas. Por otro lado, en la agorafobia sin pánico, el tratamiento a menudo se enfoca en la modificación de creencias irracionales y la exposición gradual para reducir la evitación.

CAPÍTULO 2. MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL

2.1. Antecedentes del modelo cognitivo conductual.

Los orígenes de la TCC se encuentran en la tradición conductual de la psicología. Durante la primera mitad del siglo XX, figuras como Ivan Pavlov y B.F. Skinner desarrollaron teorías y técnicas que enfatizaban la importancia del aprendizaje y la observación del comportamiento. “El comienzo formal de la terapia de conducta como enfoque terapéutico, se gesta gradualmente desde los desarrollos experimentales de la teoría del aprendizaje hasta las primeras aplicaciones clínicas de los principios que se extraían en el laboratorio” (Montseny, 2023).

“La Terapia de Conducta (TC) hace su aparición en el escenario de los tratamientos psicológicos a mediados de los años cincuenta del siglo pasado, como alternativa radical a las psicoterapias imperantes de la época, posicionándose especialmente frente al modelo psicoanalítico” (Ruiz et al. 2012).

Ruiz et al. (2012), puntualiza que el desarrollo y evolución de la TCC se resume a 3 generaciones. La llamada “primera ola” surgió en Sudáfrica, Reino Unido y los Estados Unidos en el período comprendido entre los años 1950-1970; teniendo a

Wolpe con la Teoría de la Inhibición Recíproca, Hans Eysenck con la Terapia Comportamental y a Ogden Lindsley con el uso de técnicas operantes. Una característica peculiar de esta época según el autor es que el terapeuta de conducta es prácticamente un investigador natural que busca llevar a la práctica lo experimentado en laboratorios.

Ruiz et al. (2012), menciona a la “segunda ola”, la cual surge durante la década de los 60 y 70 en Estados Unidos, teniendo como uno de los máximos exponentes al psiquiatra norteamericano Aaron Beck (1967) con su Terapia Cognitiva, la cual surge a partir de sus investigaciones sobre depresión. Al mismo tiempo, gran auge tuvo Albert Ellis con su método llamado Terapia Racional, que más adelante evolucionaría a Terapia Racional Emotiva y posteriormente, a la Terapia Racional Emotiva comportamental.

Por último, la “tercera ola”, inicia en los años 90, teniendo a Jon Kabat – Zinn como pionero con su trabajo en Programas de Reducción de Estrés Basado en Conciencia Plena (Mindfulness), y de acuerdo con de acuerdo con Ruíz et al. (2012) son el principio de técnicas enfocadas a reorientar y ayudar al paciente a lograr cambios comportamentales positivos sin centrarse demasiado en la modificación de pensamientos y sentimientos.

2.2. Definición del modelo cognitivo conductual.

“La TCC es un modelo de tratamiento de diversos trastornos mentales, que trabaja ayudando al paciente a que cambie sus pensamientos, emociones, conductas y respuestas fisiológicas disfuncionales por otras más adaptativas para combatir sus problemas” (Puerta et al. 2011). El mismo autor, describe al modelo cognitivo-conductual como una perspectiva en psicología que combina elementos de la teoría cognitiva y la teoría conductual para entender y abordar los problemas de salud mental. La terapia basada en este modelo “parte de la idea de que toda la conducta (adaptada y desadaptada) es aprendida y puede modificarse mediante los principios del aprendizaje” (Ruiz et al. 2012). Esto implica que sea un modelo cuyo enfoque se basa en la interconexión e influencia mutua de las cogniciones (pensamientos, creencias) y las conductas (comportamientos).

La TCC de acuerdo con Puerta et al. (2011) es un modelo que establece tratamientos para diversos trastornos mentales, y se conforma por intervenciones prácticas y exhaustivas evaluaciones de las características biopsicosociales del paciente; esta forma de psicoterapia se centra en la estructura del problema del individuo, y busca guiarlo en la identificación y monitoreo de pensamientos automáticos negativos, averiguando cómo originan otros pensamientos, conductas y sensaciones somáticas disfuncionales.

“La TCC ha sido un enfoque ampliamente utilizado en varios contextos, y por lo tanto puede ser útil para ayudar a promover y mantener la calidad de vida de las personas” (Ferreira, 2021). Dentro de este modelo es posible identificar:

Tres niveles de respuesta (cognición, emoción y comportamiento), los cuales interactúan entre sí e influyen a su vez los patrones de pensamiento, comportamiento y emoción, el reconocimiento de creencias irracionales, distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos como generadores de los trastornos psicológicos. (González et al., 2017, p. 200).

Se entienden estos tres elementos de la TCC de la siguiente manera:

1. **Cogniciones:** Se refiere a los pensamientos, creencias y percepciones de una persona sobre sí misma, los demás y el mundo. Estas cogniciones pueden ser racionales o irracionales y pueden influir en las emociones y el comportamiento.
2. **Emociones:** Las cogniciones influyen en las emociones de una persona. Por ejemplo, pensamientos negativos pueden llevar a emociones como la tristeza o la ansiedad.
3. **Comportamiento:** Las cogniciones y las emociones influyen en el comportamiento de una persona. Los terapeutas cognitivo-conductuales trabajan en identificar patrones de comportamiento problemáticos y ayudar a los individuos a desarrollar estrategias para cambiarlos.

2.3. Técnicas cognitivo-conductuales.

Como se ha venido mencionando, la agorafobia es un trastorno de ansiedad caracterizado por el miedo intenso y evitación de situaciones o lugares donde escapar podría ser difícil o embarazoso en caso de experimentar síntomas de ansiedad. Las técnicas cognitivo-conductuales han demostrado ser eficaces en el tratamiento de la agorafobia al abordar tanto los pensamientos irracionales como las conductas de evitación asociadas. A continuación, se describen algunas de las principales técnicas utilizadas en este enfoque:

2.3.1. Técnicas de exposición

Las técnicas de exposición según Labrador (2014), son aquellas que buscan impedir que la evitación o escape se conviertan en una señal de seguridad. Es decir, los mecanismos explicativos de la reducción del miedo durante las prácticas de exposición se relacionan con la habituación a estímulos considerados como causas del deseo de evitar o escapar de algo, hasta alcanzar una extinción o cambio de alternativa. “Las técnicas de exposición consisten en afrontar, de forma sistemática y deliberada, situaciones o estímulos internos que generan ansiedad u otras emociones negativas (asco, ira) y/o provocan el impulso de realizar una acción determinada” (Bados y García, 2011).

Técnica de exposición gradual. La exposición gradual es una técnica fundamental en el tratamiento de la agorafobia. Implica enfrentar sistemáticamente las situaciones o lugares temidos, comenzando por aquellas que generan menos ansiedad y avanzando hacia las más desafiantes. Esto se hace de manera controlada y con el apoyo del terapeuta. La exposición permite que la persona experimente gradualmente las situaciones temidas y descubra que sus temores son infundados. Bados y García (2011) señalan que: “el enfoque gradual implica comenzar por situaciones que produzcan un nivel de ansiedad bajo o medio e ir avanzando lo más rápido que se pueda hacia situaciones muy ansiógenas y totalmente evitadas”.

Técnica de exposición en vivo. Además de la exposición gradual, las tareas de exposición en vivo implican realizar actividades específicas en el entorno temido. Esto puede incluir ir de compras, utilizar el transporte público o caminar solo por lugares abiertos. El terapeuta trabaja con el paciente para diseñar y llevar a cabo

estas tareas de manera gradual y estructurada. La técnica de exposición en vivo “Implica exponerse sistemática y deliberadamente a situaciones temidas reales en la vida diaria; por ejemplo, sitios altos, transportes públicos, hablar con figuras de autoridad, extraerse sangre, etc.” (Bados y García, 2011).

Técnica de exposición interoceptiva. Se trata de una técnica basada en terapia conductual en la que se reproducen sensaciones físicas internas (como asfixia o mareos) exponiendo al paciente dentro de un entorno controlado (Yujuan et al., 2007). Los mismos autores, resaltan el contraste con exposiciones como la in vivo, en la que el factor estimulante proviene del exterior y no del mismo paciente; este tipo de técnicas son utilizadas comúnmente para el tratamiento del pánico.

Técnica de desensibilización sistemática y exposición imaginal. Ambas técnicas implican una exposición a estímulos fóbicos a través de la imaginación, con la diferencia de que la exposición imaginal propicia la visualización activa del elemento estimulante con el objetivo de lograr la habituación al mismo y la extinción eventual de la respuesta fóbica, mientras en la desensibilización sistemática, el propósito es la reducción de la reacción fóbica introduciendo como variable una relajación profunda (Yujuan et al., 2007).

2.3.5. Reestructuración cognitiva

La reestructuración cognitiva se enfoca en identificar y cambiar los pensamientos irracionales o negativos que alimentan la ansiedad y la evitación. El terapeuta trabaja con el paciente para cuestionar y desafiar estos pensamientos, fomentando una perspectiva más realista y adaptativa. Por ejemplo, un paciente podría cambiar el pensamiento "No puedo salir de casa porque podría desmayarme" a "Es poco probable que me desmaye, y si ocurre, puedo manejar la situación". De acuerdo con Labrador (2014), se trata de una técnica para modificar las cogniciones desadaptativas del paciente, priorizando el impacto perjudicial que tienen sobre la conducta y las emociones.

2.3.6. Técnicas de respiración y relajación

La agorafobia a menudo se acompaña de síntomas físicos de ansiedad, como palpitaciones y dificultad para respirar. Las técnicas de respiración y relajación, como la respiración diafragmática y la relajación muscular progresiva, ayudan al

paciente a reducir la activación fisiológica asociada con la ansiedad, lo que a su vez puede disminuir la intensidad de los ataques de pánico.

Respiración diafragmática. Esta técnica tiene como objetivo según Vázquez (2021), disminuir las respuestas fisiológicas durante los episodios de pánico y ansiedad, tales como la hiperventilación y el aumento del ritmo cardiaco. Esto a través de una serie de ejercicios que desarrollen en el individuo habilidades para controlar su respiración.

Relajación muscular progresiva. La relajación tiene como objetivo reducir el estado de activación fisiológica, facilitando la recuperación de la calma, el equilibrio mental y la sensación de paz interior. (Ruíz et al., 2012) Se trata de una técnica para que las personas aprendan a reducir la tensión y producir estados de baja activación del sistema nervioso.

CAPÍTULO 3. TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL APLICADA AL TRATAMIENTO DE LA AGORAFOBIA

La Terapia cognitivo conductual aplicada a la agorafobia por sus procedimientos a la hora de implementarse puede conceptualizarse en diferentes modalidades. Las 2 principales actualmente son: la forma convencional o también llamada en vivo, y la de recién surgimiento y denominada realidad virtual (RV).

3.1.1. Convencional o presencial.

La terapia en su modalidad tradicional “son conocidas con el nombre de terapias tradicionales que se basan en la intervención presencial ejecutada bajo el encuadre espaciotemporal específico y perdurable, pues se mantiene durante toda la intervención moderado por cada parte (paciente-terapeuta)” (Blanco et al., 2022). De acuerdo con esto, la terapia desde el enfoque cognitivo conductual se basa en una interacción personal y conversacional con algún profesional de la salud que se lleva a cabo frente a frente, en donde el terapeuta tiene la posibilidad de controlar el contexto ambiente, para el mejor desarrollo del proceso de intervención.

Dentro de un estudio meta analítico sobre tratamientos psicológicos eficaces para la agorafobia, Bados (2001) encontró en la terapia cognitivo conductual un paquete de tratamiento efectivo para los trastornos clasificados dentro de la ansiedad, utilizando técnicas como la respiración controlada, la reestructuración cognitiva, la

exposición interoceptiva, la exposición y auto exposición en vivo, así como autorregistros. Con base a los estudios analizados en dicha revisión, el autor encuentra en la TCC un tratamiento regularmente eficaz para la mayoría de los casos de agorafobia, al igual que en problemas asociados como la ansiedad general y el humor deprimido.

El trabajo realizado por Bados (2001), se constituye de 384 estudios efectuados en un periodo de poco más de 30 años, abarcando desde la década de los 60 a los 90. En las investigaciones revisadas se comparó el uso de la TCC con otras técnicas como la exposición en vivo e incluso el uso de fármacos para los padecimientos relacionados con ansiedad. Entre los hallazgos se observó que la TCC es uno de los tratamientos más eficientes que tiende a producir menos abandonos y menos recaídas; además de ser la TCC una opción indicada para personas que intentaron primeramente algún tratamiento con fármacos y no han encontrado mejores y por lo tanto desean suspender la medicación.

En otro estudio meta analítico Pompoli et al., (2016) revisaron estudios sobre la aplicación de diferentes técnicas (entre ellas la TCC) para el trastorno de pánico con y sin agorafobia en adultos, para comparar y evaluar la eficacia y aceptabilidad en el suministro de las distintas terapias psicológicas en la modalidad cara a cara. La revisión comprendió todos los años anteriores a marzo de 2015, utilizando diversas plataformas de búsqueda. Se incluyeron 60 estudios, de los cuales 32 correspondieron a la TCC, en los que los resultados mostraron los niveles más altos de remisión / respuesta en los pacientes con respecto a las otras intervenciones, concluyendo de esta manera, una mayor eficacia en este tipo de tratamientos.

3.1.2. Intervenciones y terapias basadas en la tecnología.

Las terapias basadas en la tecnología dentro del área de la psicología clínica han ido en aumento debido al inminente avance tecnológico. Dentro de este tipo de intervenciones existe una gran diversidad de terapias y técnicas. Las intervenciones y terapias digitales se definen como:

Tecnologías que ofrecen intervenciones terapéuticas guiadas por programas de software de alta calidad, basadas en evidencia científica obtenida a través de ensayos clínicos metodológicamente rigurosos y confirmatorios (es decir, ensayos

clínicos aleatorios), para prevenir, controlar o tratar un amplio espectro de afecciones físicas, mentales y conductuales (Santoro, 2022)

De acuerdo con González – Peña et al. (2017) al hablar de intervenciones con terapia basada en la tecnología, se hace referencia a la *Telepsicología*, la cual se refiere a toda la actividad en el ámbito de la psicología a distancia apoyado en dispositivos electrónicos o bien, plataformas digitales (teléfono, correo electrónico, Internet, redes sociales, etc.). de aquí parte el término de *Teleterapia*, el cual, según el mismo autor, consiste en llevar a cabo un tratamiento a distancia mediante el contacto virtual sustituyendo al físico, un ejemplo de esto son las videoconferencias o enlaces en vivo.

Los términos mencionados forman parte del campo de la Telesalud, la cual ha demostrado su eficacia en su utilización (McCord et al., 2020). Con base a esto, los autores señalan que existe una gran probabilidad de que este tipo de intervenciones se vuelvan en un futuro una alternativa para dar solución a problemas que la psicoterapia tradicional aún no ha podido resolver, específicamente en lo que se refiere a una reducción en las disparidades de costo y acceso. Según McCord et al. (2020), algunas de las diferentes herramientas utilizadas en esta modalidad son las videoconferencias, el uso de dispositivos móviles inteligentes, computación en la nube, mundos virtuales, realidad virtual y juegos electrónicos.

Independientemente a la reducción de costo y acceso, una de las conveniencias principales de la TCC suministrada bajo esta modalidad específicamente en el tratamiento de la agorafobia, es que nulifica una barrera importante en los pacientes como lo es la imposibilidad para salir de casa. Papola et al., (2022) realizaron una revisión sistemática y metaanálisis con 74 ensayos controlados aleatorios, para establecer una comparativa entre diferentes formatos de administración de TCC en casos de pánico con agorafobia, con el objetivo de evaluar la eficacia y aceptabilidad entre las modalidades estudiadas; de acuerdo con sus hallazgos no existe disparidad significativa de eficacia entre la TCC administrada cara a cara, con aquella autoguiada o apoyada en el uso de diferentes herramientas y dispositivos. Dentro de este tipo de intervenciones mediadas por tecnologías, una de las modalidades más utilizadas para el tratamiento de las fobias es la RV, la cual es

una modalidad dentro de la Telepsicología, en la que se llevan a cabo simulaciones de ambientes estimulantes al individuo (generalmente temidos), ya sea con o sin la guía del terapeuta durante el proceso de realidad virtual (González Peña et al., 2017). De acuerdo con Blanco et al. (2022), se trata de una modalidad de intervención para ayudar a las personas a resolver situaciones utilizando la tecnología y el internet como herramientas comunicativas. Es característico que en este tipo de terapias la comunicación se lleve a cabo sin proximidad ni contacto físico, además de propiciar una alta interactividad y retroalimentación. Es decir, “la RV permite crear un ciberespacio en el que es posible interactuar con cualquier objeto o con cualquier ser” (Cano, 2016). Con esto, el paciente tiene la oportunidad de entrar en contacto con cualquiera que sea la situación de miedo o evitación que presente y ponerse en contacto directo con ella. Es también una ventaja, pues brinda una amplia baraja de opciones en cuanto a las situaciones que se pretendan tratar.

Tratamientos psicológicos basados en la RV y su comparación con otras técnicas.

En los últimos años la RV ha ganado mucha atención en el tratamiento de fobias (Yujuan et al., 2007). Entendiendo a la RV como el conjunto de tecnologías computarizadas ofrecidas en una plataforma interactiva tridimensional que simulan una realidad mediante un ordenador (Delgado y Sánchez, 2019). En la exposición por RV de acuerdo con Yujuan et al. (2007), los escenarios que representan la situación fóbica se realizan por computadora en tiempo real, pantallas visuales y dispositivos de seguimiento corporal y de entrada sensorial. Este procedimiento característico ha llevado a los mismos autores a comparar este tipo de intervención con técnicas como la exposición in vivo y la desensibilización sistemática, encontrando que la RV es igual de efectiva.

Para una condición como la agorafobia de grandes limitantes para el individuo, la RV representa una alternativa viable, con ventajas como la facilidad de construcción del contexto por parte del terapeuta, la nula necesidad de traslado por parte del paciente a diferentes espacios, la manipulación ambiental para evitar la aparición de otros estímulos no previstos y la repetición y prolongación de la exposición en la

cantidad y frecuencia deseada. No obstante, también Delgado y Sánchez (2019) señalan algunas desventajas, como el alto costo de software y hardware, la poca receptividad de algunos pacientes a los dispositivos digitales, la imposibilidad de aplicación a personas con epilepsia o problemas cardíacos y la más importante, que no sustituye por completo a la realidad y tarde o temprano se debe recurrir a esta última.

Aplicaciones de la RV al tratamiento de la agorafobia.

El desarrollo de instrumentos y métodos basados en RV para el tratamiento de la agorafobia ha conjugado de acuerdo con Cárdenas et al. (2005) el conocimiento teórico y aplicado desde ambientes de enseñanza universitaria, hasta el desarrollo de programas de diseminación para promover la incorporación de tecnologías de la realidad virtual a la práctica clínica. Según los autores, el hecho de que los tratamientos experimentales de carácter cognitivo conductual basados en la exposición a los estímulos fóbicos aplicada de diferentes maneras (in vivo e imaginaria) han mostrado una alta eficacia, permite asumir que la RV pueda lograr similares resultados. Tan solo en México, afirma Cárdenas la investigación en esta área ha repercutido de forma directa en 2 grandes funciones:

La primera como objetos de aprendizaje, con los cuales el profesor pueda apoyarse para enseñar a sus alumnos la aplicación de la terapia de exposición basada en realidad virtual; la segunda para que estos ambientes virtuales puedan servir para dar tratamiento a personas agorafóbicas (2005, p. 4).

MÉTODO

Diseño de investigación

El presente trabajo corresponde a una revisión teórica que consistió en la búsqueda, revisión y análisis de diversos artículos científicos, referentes a intervenciones psicológicas con TCC en la agorafobia. Una revisión teórica se puede definir como: Un estudio pormenorizado, selectivo y crítico que integra la información esencial en una perspectiva unitaria y de conjunto. Es un tipo de artículo científico que sin ser original recopila la información más relevante de un tema específico. Su finalidad es

examinar la bibliografía publicada y situarla en cierta perspectiva. (Vera, 2009, pp. 63-69).

Procedimiento

El proceso de selección de los documentos se llevó a cabo mediante una estrategia de búsqueda, que incluyó la utilización de palabras clave específicas como: *agorafobia, trastornos de ansiedad, terapia cognitivo conductual, agorafobia en adultos, agoraphobia, agoraphobia treatment, anxiety disorders, cognitive behavioral therapy, agoraphobia in adults*; Las bases de datos exploradas y de mayor consulta para la recopilación de la información recabada en la presente investigación, fueron: Redalyc, Scielo, Pubmed, Biblioteca Digital UNAM, Google Académico y Dialnet.

El periodo de búsqueda para la compilación del documento fue de 6 meses, iniciando en abril de 2023 y culminando en septiembre de 2023.

Criterios de selección

Se determinaron los criterios de selección de los artículos a revisar, siendo estos los siguientes:

Criterios de inclusión

- Estudios dirigidos a personas adultas de sexo indistinto con diagnóstico del trastorno de agorafobia, con y/o sin pánico, mayores de 18 años.
- Estudios de carácter constitutivo de tipo individual (caso único) o grupal que evalúen en el impacto de intervenciones TCC como tratamiento de la agorafobia.
- Investigaciones en español e inglés.

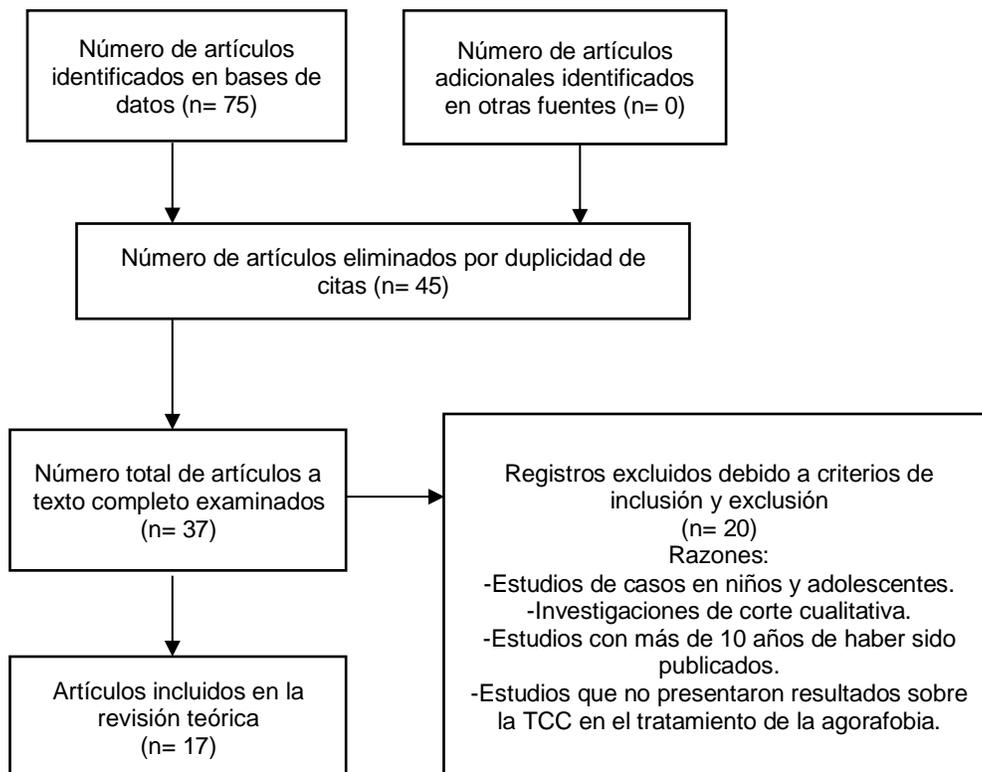
Criterios de exclusión

- Estudios que incluyan a población con otro trastorno diferente al de agorafobia.
- Estudios enfocados a población infantil y adolescente.
- Estudios que no presentaron resultados sobre el impacto de la intervención TCC en la agorafobia.

En la figura 1, se explica de manera breve el proceso de búsqueda, selección y revisión de artículos incluidos en la presente investigación. Identificando en las bases de datos mencionadas al inicio un total de 75 artículos, de los cuales al existir duplicidad de citas se eliminaron 45. El número total de artículos examinados a texto completo fue de 37, para finalmente eliminar 20 con base a criterios de exclusión, e integrar en la revisión teórica un total de 17.

Figura 1.

Diagrama PRISMA de la búsqueda y revisión de artículos.



Nota: Fuente: Elaboración propia adaptada de Sánchez Vera, M., González Calatayud, V., y Prendes Espinosa, M. (2017). "Los MOOC y la evaluación del alumnado: revisión sistemática (2012-2016)". *@tic. revista d'innovació educativa*, 18, 65-73. <http://dx.doi.org/10.7203/attic.18.10013>

RESULTADOS

La presente revisión teórica integró 17 estudios correspondientes a artículos de revistas recopilados de diferentes bases de datos digitales. Respecto a la TCC en su modalidad cara a cara, se revisaron 8 ensayos clínicos grupales aleatorizados y 4 ensayos clínicos N=1. Por otra parte, referente a intervenciones en línea, se incluyó un diseño de prueba piloto grupal de TCC por internet y 4 ensayos clínicos aleatorizados experimentales grupal combinando y comparando la TCC cara a cara, la modalidad online y la realidad virtual. Los artículos incluidos se colocaron en orden cronológico de acuerdo con su fecha de publicación en una tabla que reúne y reporta de manera específica los resultados de los 17 estudios incluidos en esta revisión.

Dentro de los hallazgos más relevantes en las intervenciones de TCC de forma individual cara a cara, se encontraron mejoras significativas en los criterios de agorafobia, con la disminución en niveles de ansiedad, cambios a nivel cognitivo con la modificación de pensamientos catastróficos, así como mejores respuestas en cuanto a la tolerancia a sensaciones somáticas. De los 4 estudios revisados (estudios de caso o N=1), 3 de ellos correspondieron a casos de pacientes del sexo femenino y 1 del masculino, siendo la edad promedio 33 años. Las técnicas más utilizadas en estas intervenciones individuales fueron la psicoeducación, la reestructuración cognitiva, la aceptación emocional, terapia cognitiva, entrenamiento en autoinstrucciones, técnicas de exposición y técnicas de control de respiración; se observó que las técnicas de reestructuración cognitiva, las técnicas de exposición y las técnicas de control de la respiración tuvieron mayor eficacia, al eliminar por completo ataques de ansiedad y la evitación agorafobia en 2 de los estudios.

En la aplicación de TCC cara a cara de forma grupal, en los 4 estudios revisados se llevaron a cabo tratamientos con grupos que compartían síntomas bajo los criterios de la agorafobia al igual que con ataques de pánico y ansiedad. En los pacientes con agorafobia, se observaron mejoras considerables en la sintomatología como respuesta de las intervenciones, detectando reducciones significativas, en

conductas como las preocupaciones interoceptivas, ansiedad anticipatoria, cambios cognitivos relacionados con la aprehensión y la disminución de síntomas fóbicos de evitación y escape. Las técnicas más utilizadas y que mayor eficacia mostraron de TCC cara a cara de manera grupal, fueron técnicas de exposición, de control de pánico y de reestructuración cognitiva. Coincidiendo con las intervenciones de carácter individual en las técnicas mencionadas con mejores resultados observados, a excepción de la psicoeducación y las técnicas de control de la respiración.

En los 6 estudios de intervenciones TCC basadas ya sea en internet, dispositivos móviles y realidad virtual que se revisaron, se observó que las técnicas utilizadas son similares a las empleadas en la modalidad cara a cara. Referente a los hallazgos relevantes, también se observaron mejoras significativas en la reducción de sintomatología agorafóbica, como la capacidad de afrontamiento a estímulos fóbicos, las sensaciones corporales como la ansiedad y/o el pánico y las respuestas cognitivas a ello. Cuando fue suministrada en combinación y para su comparación con la TCC cara a cara, hubo una semejanza considerable en la eficacia mostrada para disminuir los estímulos específicos de la agorafobia. No obstante, también se identificaron algunas diferencias, por una parte, se observaron ligeras mejorías en el control y reducción de sensaciones corporales, así como en la motivación y adherencia a tratamientos basados en la tecnología y la realidad virtual; mientras que, por otro lado, la TCC cara a cara, demostró más eficacia en el trabajo con técnicas de exposición, las cuales, se consideraron como de las principales técnicas para la reducción de síntomas agorafóbicos. En general ambas modalidades se consideran eficaces para el tratamiento de trastornos de ansiedad como lo es la agorafobia.

A partir de lo mencionado, en la Tabla 4 se describen los principales hallazgos y las técnicas utilizadas en las intervenciones de TCC para el tratamiento de la agorafobia en las diferentes modalidades (cara a cara y por internet) y tipos de estudio (casos N=1 y grupales) contemplados en los trabajos incluidos para esta revisión.

Tabla 4.

Artículos revisados sobre la TCC.

Autores y año de publicación	Participantes	Tipo de estudio y programa de intervención	Resultados / hallazgos relevantes
Craske et al. (1997).	N= 38 38 individuos con diagnóstico de trastorno de pánico con agorafobia.	Ensayo clínico aleatorio sobre Terapia Cognitivo Conductual en modalidad cara a cara basada técnicas de reestructuración cognitiva, la exposición interoceptiva (exposición repetida a sensaciones corporales temidas) y la exposición in vivo. Se formaron 2 grupos: a) Aplicación de reestructuración cognitiva, exposición interoceptiva y exposición a situaciones agorafóbicas. b) Reestructuración cognitiva, reentrenamiento respiratorio y exposición a situaciones agorafóbicas. Duración: 16 sesiones. Aplicación de pretest, postest y seguimiento a los 6 meses.	Los hallazgos refieren una reducción en la frecuencia del pánico, ansiedad y miedos fóbicos, permaneciendo a los 6 meses posteriores. El tratamiento de exposición interoceptiva resultó ser el más efectivo.
Craske et al. (2003).	N= 68 68 individuos adultos con diagnóstico de pánico con agorafobia.	Ensayo clínico aleatorio sobre TCC modalidad cara a cara mediante técnica de control de pánico y de exposición in vivo. Se formaron 2 grupos: a) Aplicación de técnica de control de pánico. b) Aplicación de exposición in vivo. Duración de: 16 sesiones.	Los hallazgos refieren mejora con los efectos de la TCC en ambos grupos. La aplicación del tratamiento de control de pánico y la exposición in vivo, disminuyeron significativamente los miedos y las evitaciones agorafóbicas

		<p>Aplicación de pretest, evaluaciones a mitad del tratamiento y postest. Seguimiento a los 6 meses.</p>	<p>relacionados con el pánico. Se observó una reducción significativa en la frecuencia del pánico y a su vez la disminución de la evitación agorafóbica.</p>
<p>Bouchard et al. (2007).</p>	<p>N= 12 individuos adultos con diagnóstico de trastorno de pánico con agorafobia.</p>	<p>Ensayo controlado aleatorio sobre TCC modalidad cara a cara, basada en técnicas de Exposición (E) y Reestructuración Cognitiva (RE). Se midieron 4 variables: a) Fuerza de la creencia principal sobre las consecuencias de un ataque de pánico. b) Autoeficacia percibida para controlar un ataque de pánico en presencia de sensaciones corporales panicogénicas (sensaciones fisiológicas relacionadas con el pánico). c) Autoeficacia percibida para controlar un ataque de pánico en presencia de pensamientos panicogénicos (ideas catastróficas, irracionales, identificadas con el pánico). d) Nivel de aprehensión de pánico ante el ataque de pánico. Duración: 15 sesiones, Aplicación de pretest, durante el tratamiento, postest y seguimiento a los 6 meses.</p>	<p>Los hallazgos refieren mejoras (efectos) en las variables medidas, con la aplicación de la TCC con la E y RE a los participantes, encontrando lo siguiente: Observaron que los cambios cognitivos basados en la reducción de la fuerza de creencias disfuncionales preceden a los cambios en la aprehensión del pánico. Los cambios cognitivos disminuyeron significativamente el nivel de aprehensión ante ataques de pánico y agorafobia, mejorando la autoeficacia de los participantes ante pensamientos panicogénicos como las ideas catastróficas y sensaciones corporales panicogénicas como ansiedad (taquicardia, nerviosismo, sudoración, temblores).</p>

Espada et al. (2007).	N= 1 Mujer de 24 años con diagnóstico de trastorno de pánico con agorafobia.	Ensayo clínico de caso N=1. TCC cara a cara, basado en técnicas de psicoeducación, exposición interoceptiva (producción de manera repetida las sensaciones fóbicas), entrenamiento en control de la ansiedad, entrenamiento en distracción y exposición en vivo, técnicas cognitivas (discusión de pensamientos catastrofistas y entrenamiento en auto instrucciones). La terapia se centró en el afrontamiento de situaciones fóbicas graduadas (sensaciones fóbicas jerarquizadas de menor a mayor). Duración: 12 sesiones, 1 hora a la semana. Aplicación de pretest, postest y seguimiento a los 3 meses vía telefónica y a los 12 meses 1 sesión presencial.	Se observaron cambios importantes en la paciente, como fueron: La reducción significativa del temor a experimentar ataques de pánico. La disminución importante de cogniciones desadaptativas respecto a las crisis de pánico. La desaparición completa de conductas de evitación / escape (hallazgo específico en la agorafobia) Se destaca la exposición en vivo y la terapia cognitivo conductual como técnicas de mayor eficacia.
Madera (2008).	N= 1 Hombre de 20 años con diagnóstico de trastorno de pánico con agorafobia.	Ensayo clínico de caso N=1. TCC cara a cara, basado en técnicas de psicoeducación y reestructuración cognitiva. Duración de la intervención: 12 sesiones semanales de 60 minutos cada una. Se aplicó un pretest y postest, además de un post tratamiento con 3	Los hallazgos refieren una erradicación por completo de ataques de pánico; se redujeron niveles de ansiedad y depresión; se afrontaron las situaciones temidas de evitación referentes a la agorafobia (viaje en el transporte público e ir al cine). Los resultados se mantuvieron tras el seguimiento.

		sesiones adicionales de seguimiento.	
Peñate et al. (2008).	N= 28 28 pacientes con diagnóstico de agorafobia crónica.	Diseño de grupo experimental. Estudio comparativo entre un tratamiento combinado de Exposición a la Realidad Virtual (VRET) y TTC con una intervención de TTC cara a cara (CBT). Se dividieron en 2 grupos: a) 15 individuos recibieron RV. b) 13 recibieron TTC basada en técnicas de: Psicoeducación, entrenamiento en respiración controlada y relajación, reestructuración cognitiva y entrenamiento en autoinstrucciones, exposición en vivo e interoceptiva (producción de manera repetida las sensaciones fóbicas). Duración del tratamiento: 11 sesiones de 35-45 minutos. Aplicación de pretest y postest.	Los hallazgos refieren una mejora significativa en los criterios de agorafobia en ambos grupos, observando una mayor capacidad de afrontamiento a estímulos fóbicos a nivel cognitivo y sensaciones corporales (ansiedad, depresión) en los participantes. El grupo de RV mostró ligeramente mayores mejorías que el de TTC cara a cara.
Vögele et al. (2010).	N= 525 525 pacientes diagnosticados con agorafobia o fobia social. (N= 427) agorafobia. (N= 98) fobia social.	Estudio experimental de Terapia Cognitivo Conductual cara a cara, basada en técnicas de exposición intensiva. Aplicación de pretest y postest, y 1 año después para su seguimiento. Se utilizaron baterías de autorregistro durante el	Los hallazgos refieren una mejora en el grupo de pacientes con agorafobia, observando el efecto de la exposición en cambios cognitivos relacionados con la pérdida de control, disminuyendo los síntomas fóbicos (evitación y escape).

		postest y en el seguimiento. Duración: 6 semanas.	
Gloster et al. (2011).	N= 369 369 pacientes diagnosticados con Trastorno de Pánico y Agorafobia.	Ensayo controlado aleatorio multicéntrico (estudio cuyas fases se realizan en más de un centro) sobre Terapia Cognitivo Conductual cara a cara basada en la Exposición In Situ. Los ejercicios de exposición in situ fueron planificados y supervisados por el terapeuta fuera de la sala de terapia. Tratamiento presencial de 12 sesiones, aplicando pretest y postest durante 6 meses.	Los hallazgos refieren una reducción importante en la sintomatología agorafóbica, con la exposición. Observan una relación dosis – respuesta entre el tiempo y frecuencia de exposición y la disminución de la evitación. La exposición guiada por un terapeuta es más eficaz para tratar la agorafobia.
King et al. (2011).	N= 50 50 individuos con diagnóstico de trastorno de pánico con agorafobia.	Ensayo clínico aleatorio de TCC en modalidad cara a cara. Se formaron 2 grupos: a) Recibió TCC con medicación. b) Recibió solo medicación (antidepresivos tricíclicos o inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina). Las técnicas basadas en TCC aplicadas fueron la psicoeducación, reestructuración cognitiva, control de la respiración, relajación muscular, exposición in vivo y exposición interoceptiva (producción de manera	Los hallazgos refieren mejoras (efectos) en el funcionamiento general del grupo que recibió la TCC, el cual se refiere a reducciones significativas del pánico, ansiedad anticipatoria y evitación agorafóbica.

		<p>repetida las sensaciones fóbicas).</p> <p>La duración del tratamiento fue de 16 sesiones, realizando un pretest y postest.</p>	
Peñate et al. (2014).	<p>N= 80 80 participantes diagnosticados con agorafobia prolongada.</p>	<p>Estudio experimental de grupo para comparar la eficacia de la Exposición a la Realidad Virtual (RV) combinada con TCC (VRET), con la TCC cara a cara en la reducción de síntomas fóbicos relacionados con la agorafobia y tratamiento únicamente con medicación.</p> <p>Se implementaron técnicas de psicoeducación y reestructuración cognitiva para la TCC cara a cara, así como técnicas de exposición en RV con base a situaciones estímulo fóbicos de la agorafobia, como: aeropuertos, plazas, calles y ascensores.</p> <p>El estudio se realizó entre sujetos con 3 condiciones: Grupo (VRET) N= 30 TCC, N= 30 (solo medicación) N= 20 Duración del tratamiento de 11 sesiones de 30 a 45 minutos.</p> <p>Aplicación de pretest, postest y seguimiento a los 6 meses.</p>	<p>Los hallazgos refieren una mejora en los pacientes que recibieron TCC y RV (no hubo diferencias significativas entre ambas), observando una disminución considerable en las respuestas a los estímulos fóbicos.</p> <p>El grupo que recibió la RV mostró mayor motivación y adherencia al tratamiento.</p>
Monterde y Casado (2015).	<p>N= 1 Mujer de 43 años con</p>	<p>Ensayo clínico de caso N=1.</p>	<p>Los hallazgos refieren mejoras en la tolerancia a sensaciones</p>

	<p>diagnóstico de trastorno de pánico con agorafobia.</p>	<p>Tratamiento Cognitivo Conductual cara a cara, basado en técnicas de control de pánico de Barlow y terapia cognitiva para el trastorno de pánico. Tratamiento basado en técnicas de psicoeducación, aceptación emocional, autoobservación, exposición en vivo y entrenamiento en auto instrucciones. Duración del tratamiento de 11 sesiones. Aplicación de pretest y postest. Seguimiento a los 3 meses (2 sesiones).</p>	<p>somáticas y cogniciones sobre la ansiedad. Se observó una disminución significativa en los niveles de ansiedad y cambios a nivel cognitivo con la eliminación de pensamientos catastrofistas.</p>
<p>Olivares-Olivares et al. (2016)</p>	<p>N= 1 Mujer de 33 años con diagnóstico de trastorno de pánico con agorafobia.</p>	<p>Ensayo clínico de caso N=1. Intervención de TCC cara a cara basada en la técnica de desensibilización sistemática para el entrenamiento en relajación y la jerarquización de situaciones estímulo fóbicas. Duración del tratamiento de 15 sesiones de 90 minutos para las primeras 2 y 45 minutos para las restantes. Aplicación de pretest y postest. Se implementaron 3 sesiones de seguimiento: la primera a los 3 meses, la segunda a los 6 meses, y la tercera a los 12 meses.</p>	<p>Los hallazgos refieren una erradicación por completo de ataques de los criterios agorafóbicos presentados inicialmente (sensación de ansiedad y deseos de escape en espacios cerrados o abiertos con aglomeración de personas, en el transporte público y la evitación para salir de casa). Los resultados se mantuvieron tras el seguimiento.</p>

Peñate et al. (2017).	N= 44 44 participantes con diagnóstico de agorafobia.	Diseño experimental multigrupo. Terapia Cognitivo Conductual vía internet y cara a cara. La intervención por internet suministrada con un contacto mínimo con el terapeuta. TCC basada en técnicas de psicoeducación, reestructuración cognitiva, exposición en vivo de forma gradual y entrenamiento cognitivo. Se aplicaron las mismas técnicas en ambas modalidades, a excepción de la exposición in vivo, para la cual se ajustaron escenarios virtuales fóbicos, como un aeropuerto, aviones, plazas, playas u oficina. Cuestionarios y fichas de autocontrol en línea. Se formaron 2 grupos: 25 que recibieron TCC por internet. 20 que recibieron la TCC cara a cara. Duración del tratamiento de 11 sesiones de 30 a 45 minutos. Aplicación de pretest y postest.	Los hallazgos refieren mejora en los efectos de la TCC con base a la reducción en las cogniciones agorafóbicas (pensamientos catastróficos) y las sensaciones corporales de los pacientes. La TCC cara a cara mostró mejorías en las variables medidas: cogniciones agorafóbicas, ansiedad corporal, miedo a situaciones sociales, evitación social y nivel de depresión). En el tratamiento vía internet las mejoras más significativas se observaron en las sensaciones corporales de ansiedad, miedos sociales/movilidad y nivel de depresión. La TCC cara a cara mostró mayor eficacia.
Christoforo u et al. (2017).	N= 170 170 participantes adultos con diagnóstico de agorafobia.	Ensayo clínico aleatorio sobre Terapia Cognitivo Conductual basada en la web y el uso de dispositivos móviles. Se comparó una aplicación móvil diseñada para tratar la	Los hallazgos refieren una eficacia de los dispositivos móviles para el tratamiento de la agorafobia, observando una disminución significativa de los síntomas de ansiedad y

		<p>agorafobia (Agoraphobia Free), con una aplicación móvil diseñada para ayudar con los síntomas de ansiedad en general. Las aplicaciones móviles estaban basadas en juegos con personajes tridimensionales y simulaciones de entornos reales. Las tareas terapéuticas implementadas con los dispositivos consistieron en: psicoeducación, reestructuración cognitiva, exposición, exposición interoceptiva (producción de manera repetida las sensaciones fóbicas) y desensibilización sistemática. Se aplicó un pretest, una medición a la mitad del tratamiento y postest. Duración: 12 sesiones.</p>	<p>agorafobia, como fue la disminución de las cogniciones, los comportamientos de seguridad y la excitación fisiológica ante los estímulos fóbicos.</p>
Mesri et al. (2020).	N= 66 66 participantes con diagnóstico de pánico con o sin agorafobia.	<p>Ensayo controlado aleatorio sobre Terapia Cognitivo Conductual cara a cara basada en técnicas de exposición in vivo, exposición interoceptiva (producción de manera repetida las sensaciones fóbicas) y terapia de control del pánico. Divididos en 2 grupos: N= 32 Terapia del Control del Pánico N= 34 Terapia del Control del Pánico +</p>	<p>Los hallazgos refieren mejora en los efectos de la TCC en ambos grupos al reducir significativamente las preocupaciones interoceptivas primarias y las evitaciones agorafóbicas. Se observó mayor eficacia en la reducción de evitación agorafóbica en el grupo al que se le administró solo la terapia del Control del Pánico.</p>

		Exposiciones In vivo e interoceptiva. Duración: 12 sesiones. Aplicación de pretest, postest y seguimiento a los 6 meses.	
Stech et al. (2020).	10 participantes adultos con diagnóstico de trastorno de pánico y/o agorafobia.	Diseño de prueba piloto abierto. Terapia Cognitivo Conductual en modalidad por internet basada en la exposición de 6 lecciones. Las técnicas implementadas en la intervención fueron: psicoeducación en las primeras lecciones y para la prevención de recaídas. Técnicas de exposición in vivo e interoceptiva (producción de manera repetida las sensaciones fóbicas) y técnicas en resolución de problemas. Duración del tratamiento: 6 lecciones en un periodo de 7 días, aplicación de pretest, postest y un seguimiento durante 8 semanas (2 meses).	Los hallazgos refieren mejora en los efectos de la TCC y exposición por internet, observando reducciones en la gravedad de los síntomas de pánico. Posterior al tratamiento, se mantuvieron durante 2 meses. Se observó reducciones significativas en la evitación de la agorafobia y el deterioro funcional.
Stech et al. (2021).	N= 69 69 participantes adultos con diagnóstico de pánico con o sin agorafobia.	Ensayo controlado aleatorio de Terapia Cognitivo Conductual cara a cara, basada en técnicas de respiración controlada, reestructuración cognitiva y exposición, en comparación con TCC (exposición) vía internet.	Los hallazgos refieren una mejora en los efectos de la TCC en ambos grupos participantes. Se observó una reducción (de mediana a grande) en la gravedad de los síntomas de agorafobia (evitación y escape).

		<p>Se dividieron en 2 grupos:</p> <p>a) N=35 Terapia de exposición por internet.</p> <p>b) N= 34 TCC cara a cara.</p> <p>Duración: 6 sesiones durante 8 semanas.</p> <p>Aplicación de pretest, postest, y un seguimiento a los 6 meses.</p>	<p>Se observó que la terapia de exposición mediante internet es tan eficaz y aceptable como la TCC cara a cara.</p>
--	--	---	---

DISCUSIÓN

Esta investigación parte del cuestionamiento sobre el impacto que la TCC tiene en el tratamiento de la agorafobia en adultos, atendiendo al objetivo de ampliar los saberes referentes al estudio de las intervenciones para tratar este trastorno, como es la forma de suministro de los tratamientos en su forma tradicional (cara a cara) y la digital (como la realidad virtual), las diferentes técnicas utilizadas identificando aquellas de mayor frecuencia y eficacia, así como los efectos producidos en los pacientes. A continuación, se abordan las implicaciones clave de estos hallazgos y se someten a discusión para proponer direcciones futuras para la investigación en estos temas.

Acerca del trastorno de agorafobia

La agorafobia “es una fobia con alto nivel de comorbilidad, especialmente con otros trastornos de ansiedad y con trastornos afectivos” (Peñate et al., 2020), se presenta comúnmente en compañía del trastorno de pánico. De los 17 estudios revisados se encontró que en solo 5 se trataron casos de agorafobia sin la presencia del trastorno de pánico, manifestándose en solitario de forma crónica o prolongada, y en otros casos, en compañía de trastornos como la fobia social. Esto coincide y refuerza lo planteado en investigaciones de Olivares-Olivares et al. (2016), al contemplar por un lado lo que otros autores mencionan sobre la necesidad del antecedente de crisis de pánico para la presencia de la agorafobia, pero al mismo tiempo, considerando que la agorafobia sin pánico es más frecuente en los estudios con muestras clínicas.

Si bien, el trastorno de agorafobia presenta sintomatología de otros trastornos (ansiedad y pánico), se deben tener claros los criterios que la distinguen de estos padecimientos tal y como se establecen tanto en el DSM-5 y la CIE-11, siendo los más frecuentes de acuerdo con los estudios revisados, el miedo, ansiedad o la evitación y escape, ante espacios abiertos y cerrados, el uso del transporte público y la exposición a situaciones sociales.

Técnicas basadas en TCC más utilizadas y de mayor eficacia para el tratamiento de la agorafobia

La TCC es un modelo de gran efectividad para el tratamiento de los trastornos de ansiedad, como bien lo menciona Pompoli et al. (2016) en una revisión de metaanálisis en la que evaluó la eficacia comparativa y la aceptabilidad de diferentes terapias psicológicas y distintas condiciones de control para el trastorno de pánico con o sin agorafobia, en la que demuestra que la TCC es la de mayor uso en la época reciente, por lo que brinda el soporte suficiente para justificar el análisis realizado en este estudio, en el cual se observa que las técnicas más utilizadas en los documentos revisados fueron la psicoeducación, la reestructuración cognitiva y las técnicas de exposición. En menor medida, pero también aplicadas, se encuentran los entrenamientos de control del pánico y ansiedad a través de la relajación muscular y el control de la respiración.

En 10 de los 17 estudios revisados, se observa la presencia de psicoeducación y reestructuración cognitiva. La primera, se presenta como una estrategia viable y efectiva para la disminución de los criterios agorafóbicos, sobre todo brindando conocimiento básico al paciente sobre lo que representa el trastorno. De acuerdo con Hernández (2021) la psicoeducación integra un enfoque educativo - preventivo y psicológico, con el fin de fortalecer las capacidades para afrontar la enfermedad de un modo más adaptativo. Este planteamiento se complementa con lo expuesto por Olivares-Olivares et al. (2016), quien atribuye al desconocimiento por parte del individuo, que al no poder explicarse lo que le sucede y las causas, la relaciona con situaciones en las que se halla y entonces comienza a evitarla.

Por otra parte, la reestructuración cognitiva contribuye en la disminución de las cogniciones desadaptativas de los pacientes, como es la percepción del trastorno,

los pensamientos e ideas catastróficas, los niveles de aprehensión y los deseos de evitación y escape. Esto atiende a lo establecido por Bados (2001) con relación a la idea de considerar a la TCC como un paquete de tratamiento que regularmente incluye educación sobre la ansiedad y el pánico, en complemento con la reestructuración cognitiva, el control de la respiración y las técnicas de exposición. Esto resalta la importancia e impacto que tiene la TCC para la modificación de los pensamientos y favorecer el afrontamiento de trastornos como la agorafobia.

Las técnicas de exposición son las de mayor presencia en el tratamiento de la agorafobia con TCC, entre las que se destacan la exposición en vivo y la interoceptiva como las más utilizadas y eficaces, mostrando efectos significativos en la reducción del miedo y evitación a los estímulos fóbicos y la disminución en las sensaciones corporales panicogénicas (sensaciones fisiológicas provocadas por el pánico) como la taquicardia, la sudoración, el nerviosismo y los temblores. Sin embargo, referente a estas técnicas de exposición Peñate et al. (2006) señala que son estrategias de afrontamiento parcial con cierta validez aparente, que le permite a la persona resistir la presencia del estímulo, pero que posteriormente cumplen un papel poco adaptativo generando una interferencia con los pensamientos y conductas adaptativas, mismas que se deben priorizar en el proceso terapéutico. Esto lleva a destacar lo encontrado en casos incluidos en esta revisión como el estudio realizado por Madera (2008), en donde se eliminó por completo la sintomatología agorafóbica, implementando psicoeducación y prescindiendo de las técnicas de exposición.

La modalidad cara a cara y la basada en herramientas digitales, limitantes y fortalezas

La TCC cara a cara, puede considerarse una ventaja en el tratamiento de la mayoría de los trastornos, pues el acercamiento y la conexión que puede generar la relación personal entre terapeuta y paciente, en los mejores de los casos, propicia ambientes adecuados para la implementación de la psicoterapia. Prueba de esto es la mayor cantidad de estudios encontrados basados en el tratamiento de la agorafobia mediante TCC en esta forma tradicional. Sin embargo, también se debe considerar los pasos agigantados que la modalidad digital ha dado en los tratamientos

psicológicos, sobre todo en modalidades como la telepsicología y la realidad virtual, puesto que la factibilidad que brindan las terapias basadas en estos métodos, puede ir más allá de las limitantes que la agorafobia produce en los pacientes para recibir un tratamiento, pues se trata de una condición que, por su sintomatología, interviene de forma significativa en la vida cotidiana de la persona, resultando un impedimento para realizar tareas consideradas comunes (ir de compras, ir al cine, etc.) y en los casos más extremos imposibilitarlo de salir de casa.

En los estudios analizados que incluyen intervenciones suministradas en ambas modalidades, ya sea para su uso combinado o para su comparación, se muestra una semejanza considerable en cuanto a la eficacia, mostrando en alguno de los casos, una ligera mejoría en los efectos producidos por tratamientos de realidad virtual. Estos últimos son una opción factible para tratar la agorafobia considerando lo incapacitante que resulta este trastorno, en donde la creación de situaciones virtuales que expongan al paciente a los estímulos fóbicos sin la necesidad de salir de casa, podría reemplazar en aceptabilidad a técnicas como las de exposición aplicadas en la modalidad cara a cara. No obstante, Domhardt et al. (2020) en una revisión sistemática y metaanálisis sobre la efectividad del internet y los dispositivos electrónicos para el tratamiento de la agorafobia, encuentra que aun cuando los procesos terapéuticos en modalidad digital muestran una eficacia en pacientes con diagnósticos de pánico con y sin agorafobia, considera la necesidad de investigaciones futuras de calidad, que amplíen la evidencia, especialmente con lo que respecta a la seguridad de los pacientes.

La similitud en los efectos producidos por la TCC cara a cara y su modalidad digital evidenciada en los estudios incluidos en esta revisión, puede compararse con lo encontrado por González-Peña (2017), quien en una revisión sistemática reciente, compara en 11 estudios la alianza terapéutica (relación terapeuta – paciente) implementada de forma presencial y por teleterapia, en este caso, a través de videoconferencia, encontrando una equivalencia entre ambas, observando además, una relación positiva entre la alianza terapéutica y el resultado de la terapia a distancia. Esto puede considerarse como un punto fuerte a tomar en cuenta para atender una de las inquietudes que, según el mismo autor, tienen actualmente los

terapeutas: el crear buenas relaciones con el paciente a través de los recursos tecnológicos, algo parecido a lo expuesto por Domhardt et al. (2020) con relación a la preocupación por la seguridad del paciente.

Otro importante hallazgo en los estudios analizados en la presente revisión que comparan la modalidad cara a cara con la digital fue el de Peñate et al. (2017) referente a la participación del terapeuta, en donde a diferencia de la TCC en su forma presencial, en la que terapia depende ampliamente del actuar del psicólogo, mediante la implementación de tratamientos suministrados por internet esta participación puede ser autoadministrada por el propio paciente, tal y como lo menciona González-Peña (2017), quien encuentra en la teleterapia a través de la terapia en web, una forma práctica y exitosa pues permite la autoaplicación en la que el paciente maneja sus tiempos y dosis de acceso. Sin embargo, cabe destacar que específicamente en el estudio de Peñate et al. (2017), la TCC cara a cara mostró mayor eficacia en cuanto a la reducción de cogniciones agorafóbicas (pensamientos catastróficos, de evitación y escape), la intervención vía internet por su parte demostró mayor eficacia en lo que respecta a la disminución de las sensaciones corporales relacionadas con la ansiedad y la movilidad.

Esta última idea permite analizar la conveniencia entre una y otra modalidad, pues el mismo factor que puede ser considerado como una ventaja (la autoadministración) paradójicamente también representaría un riesgo para la efectividad del tratamiento, atendiendo a barreras que se pueden presentar en las intervenciones digitales como es el acceso a la red de internet, la falta de habilidades de recursos tecnológicos o la carencia de estos, de igual manera, González-Peña (2017) encuentra como limitantes de la modalidad digital, la captación deficiente de la información no verbal en la interacción, la garantía de la confidencialidad y la efectividad de la terapia, situaciones que en la TCC cara a cara se encuentran en mayor posibilidad de resolver.

Duración de las intervenciones de TCC en sus distintas modalidades

En los 17 estudios revisados (ambas modalidades) se observa una semejanza en la aplicación de la TCC hablando del tiempo de los tratamientos, siendo de 6 sesiones la de menor durabilidad y de 16 la mayor. En su mayoría, los estudios

muestran un rango entre 11 y 12 sesiones de duración en los procesos terapéuticos para obtener resultados favorables. Así mismo, en general, las sesiones variaron en una duración temporal desde 30 a 90 minutos. De igual forma, se muestra en gran parte de los trabajos integrados, la aplicación de pretest, postest y la implementación de sesiones de seguimiento, regularmente desde 3 a 6 meses hasta 1 año. Con relación a esto, Garaigordobil (2007), encuentra oportuna la evaluación con base a pretest-postest cuando el objetivo de una investigación es la de validar la intervención.

Relevancia social y direcciones futuras de investigación

La implicación práctica de estos hallazgos es evidente en el diseño de futuras intervenciones, como bien se muestra en los resultados de los estudios analizados en esta revisión y su comparación con los hallazgos de las investigaciones de los diferentes autores mencionados, que la TCC tiene un impacto social importante en el tratamiento de trastornos como la agorafobia que presentan una alta comorbilidad con otras condiciones. Estas reflexiones llevan a identificar en la TCC un conjunto de herramientas con diversas alternativas y en sus diferentes modalidades para la atención de estos casos y el de otros relacionados con la ansiedad. Evidenciando que la combinación de tratamientos convencionales (cara a cara) con los basados en herramientas tecnológicas y digitales (realidad virtual y terapia en web), integran fortalezas en cada uno con base a factores de costes, tiempos y factibilidad en su aplicación, con miras al diseño y planificación de intervenciones que propicien mejores resultados.

Conclusiones

A manera de conclusión es posible recapitular los puntos de mayor importancia en cuanto a lo hallado a lo largo de esta investigación:

Las técnicas de exposición son las más utilizadas en el tratamiento de TCC para la agorafobia en adultos, sobre todo en la modalidad cara a cara por la experiencia de la exposición cercana al estímulo fóbico para reducir las respuestas desagradables originadas, a diferencia de lo que sucede en el modo digital con la realidad virtual, en la que el paciente tiene conciencia de que los estímulos a los que se le expone son simulaciones de la realidad.

Por otra parte, la psicoeducación y la reestructuración cognitiva, según los hallazgos observados, son técnicas de gran eficacia junto con las ya mencionadas de exposición, pues ayudan a alcanzar resultados más sólidos e incluso permanentes en el tratamiento de la agorafobia. Técnicas cognitivas como las autoinstrucciones y las de relajación muscular y de control de la respiración, también son un buen complemento para este tipo de intervenciones, sobre todo al pretender la disminución de las sensaciones corporales que experimenta un paciente desde su propia conciencia y pensamientos.

En cuanto a la diferencia de la terapia según la modalidad, no hay todavía evidencia suficiente que establezca una comparación definitiva entre la TCC cara a cara y la suministrada de forma digital, ambas presentan resultados de eficacia similares, y mientras no se amplíen las investigaciones, pueden ser utilizadas de acuerdo a la conveniencia que el terapeuta identifique en conjunto con el paciente, con base a las características y necesidades de este último, atendiendo cuestiones como: el grado incapacitante producido por el nivel de agorafobia que presente según los criterios de manuales como el DSM-5 y la CIE-11, la forma de interacción que pretenda establecer con el especialista (presencial o a distancia) dependiendo de la factibilidad considerada en cuanto a costes y viabilidad en tiempos de traslado y permanencia, o bien, según las habilidades y el acceso a recursos con los que se cuente, en el caso de terapia en el modo digital con el uso de la red de internet y de dispositivos electrónicos.

Una propuesta para el diseño de tratamientos para futuras intervenciones dentro del área clínica para el trastorno de agorafobia y de otros relacionados con la ansiedad, el pánico e incluso la depresión, es asegurar la inclusión de técnicas de TCC basadas en la educación e instrucción del paciente (psicoeducación, reestructuración cognitiva, entrenamiento cognitivo, control de la respiración y relajación muscular), pues representan en conjunto una herramienta importante para el afrontamiento que hace el individuo de su problema, desde la percepción misma del trastorno hasta el control de las sensaciones fisiológicas producidas en las situaciones fóbicas. Esto independientemente de la modalidad en la que se desarrolle el proceso terapéutico, y su combinación con otras técnicas como la

exposición en vivo en caso de ser cara a cara o con la realidad virtual si se trata de tratamientos digitales.

En conclusión, se considera que esta investigación cumple con los objetivos planteados inicialmente, pues proporciona información valiosa sobre el impacto que la TCC tiene sobre el tratamiento de la agorafobia, ampliando el conocimiento acerca del uso de las técnicas de mayor frecuencia y efectividad en las diferentes modalidades, además, de servir como una referencia más en la investigación dentro del área clínica, para la atención a diversos padecimientos mentales combinando la forma tradicional con las nuevas tecnologías.

REFERENCIAS

American Psychiatric Association. (1980). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.). Washington, DC.

American Psychological Association. (2014). Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5).

Asmundson, G. J., Taylor S., y Smits J.A. (2014). Panic disorder and agoraphobia: an overview and commentary on DSM-5 changes. *Depress Anxiety*. 31(6):480-6. <https://doi.org/10.1002/da.22277>

Bados, A. (2001) Tratamientos psicológicos eficaces para la agorafobia. *Psicothema*, 13(3), 453-464

Bados, A. (2005). *Agorafobia y pánico*. Universidad de Barcelona.

Bados, A. (2008). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la agorafobia. En M. Pérez, J., Fernández, C., Fernández, I., y Amigo V. Guía de tratamientos psicológicos eficaces I: Adultos (247- 270). Ediciones Pirámide.

Bados, A. y García, E. (2011). Técnicas de exposición. Universidad de Barcelona. Facultad de Psicología. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos.

Barlow, D. H. (2008). *Clinical Handbook of Psychological Disorders: A Step-by-Step. Treatment Manual* (4th ed.). The Guilford Press.

Barlow, D. H. (2013) *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. Guilford Publications.

Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. Harper y Row.

Bouchard, S., Gauthier, J., Nouwen, A., Ivers, H., Vallières, A., Simard, S., y Fournier T. (2007). Temporal relationship between dysfunctional beliefs, self-efficacy and panic apprehension in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 38(3), 275-92. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2006.08.002>

Christoforou, M., Sáez Fonseca, J. A., y Tsakanikos, E. (2017). Two Novel Cognitive Behavioral Therapy-Based Mobile Apps for Agoraphobia: Randomized Controlled Trial. *Journal of medical Internet research*, 19(11), e398. <https://doi.org/10.2196/jmir.7747>

Craske M. G., DeCola J. P., Sachs A. D., y Pontillo D. C. (2003). Panic control treatment for agoraphobia. *J Anxiety Disord*, 17(3), 321-33. [https://doi.org/10.1016/s0887-6185\(02\)00203-7](https://doi.org/10.1016/s0887-6185(02)00203-7)

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. *The British journal of clinical psychology*, 36(1), 85–99. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1997.tb01233.x>

Domhardt, M., Letsch, J., Kybelka, J., Koenigbauer, J., Doebler, P., y Baumeister, H. (2020). Are Internet- and mobile-based interventions effective in adults with diagnosed panic disorder and/or agoraphobia? A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 276, 169–182. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.059>

Espada, J., P, Van der Hofstadt, C., y Galván, B. (2007). Exposición en vivo y técnicas cognitivo-comportamentales en un caso de ataques de pánico con agorafobia. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 7 (1), 217-232

Espinosa, A. (2022, 12 de septiembre). *La agorafobia*. Ivanosalud. <https://www.ivanosalud.com/la-agorafobia/>

Ferreira, P. T. (2021). La terapia cognitivo-conductual y su relevancia en el proceso terapéutico. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*, 01(03), 86–97.

Garaigordobil, M. (2007). Perspectivas metodológicas en la medición de los efectos de un programa de intervención con adolescentes: la evaluación pretest-postest y los cuestionarios de evaluación del programa. *Apuntes De Psicología*, 25(3), 357–376.

Gloster, A. T., Wittchen, H. U., Einsle, F., Lang, T., Helbig-Lang, S., Fydrich, T., Fehm, L., Hamm, A. O., Richter, J., Alpers, G. W., Gerlach, A. L., Ströhle, A., Kircher, T., Deckert, J., Zwanzger, P., Höfler, M., y Arolt, V. (2011). Psychological treatment for panic disorder with agoraphobia: a randomized controlled trial to examine the role of therapist-guided exposure in situ in CBT. *Journal of consulting and clinical psychology*, 79(3), 406–420. <https://doi.org/10.1037/a0023584>

González-Peña, P., Torres, R., del Barrio, V., y Olmedo, M. (2017). Uso de las nuevas tecnologías por parte de los psicólogos españoles y sus necesidades. *Clínica y Salud*, 28(2), 81-91. <https://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2017.01.001>

González, D. F., Barreto, A. P., y Salamanca, Y. (2017). Terapia Cognitiva: Antecedentes, teoría y metodología [Investigación documental]. *Revista Iberoamericana de psicología*, 10(2), 99–107. h <https://doi.org/10.33881/2027-1786.rip.10211>

Hernández, J. (2021). La psicoeducación: una herramienta terapéutica fundamental en salud mental. *MediSur*, 19(3), 351-352.

King, A. L., Valença, A. M., de Melo-Neto, V. L., Freire, R. C., Mezzasalma, M. A., Silva, A. C., y Nardi, A. E. (2011). Efficacy of a specific model for cognitive-behavioral therapy among panic disorder patients with agoraphobia: a randomized clinical trial. *Sao Paulo medical journal = Revista paulista de medicina*, 129(5), 325–334. <https://doi.org/10.1590/s1516-31802011000500008>

Madera, C. (2008). Doce sesiones de terapia cognitivo-conductual en un caso de trastorno de pánico con agorafobia. *Ansiedad y Estrés*, 14(2-3), 239-251. <https://www.ansiedadyestres.es/sites/default/files/rev/ucm/2008/anyes2008a18.pdf>

Mesri, B., Xiong, Y., Marjorie Barnes-Horowitz, N., y Craske, M. G. (2020). Avoidance Moderates Cognitive Behavioral Therapy for Panic Disorder and Agoraphobia. *The Journal of nervous and mental disease*, 208(10), 785–793. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001195>

McCord, C., Bernhard, P., Walsh, M., Rosner, C., y Console, K. (2020). A consolidated model for telepsychology practice. *Journal of clinical psychology*, 76(6), 1060–1082. <https://doi.org/10.1002/iclp.22954>

Monterde, N., y Casado, M. I. (2015). Tratamiento Cognitivo Conductual de un caso de trastorno de pánico con agorafobia en un paciente con dolor crónico. *Revista de Casos Clínicos en salud Mental*, 1, 1–17.

Montseny, F. (2023). Trastorno de pánico y agorafobia. *Kibbutz psicología*. <https://kibbutzpsicologia.com/trastorno-de-panico-y-agorafobia-2/>

Olivares-Olivares, P. J., Costa, F. J. y Olivares, J. (2016). Evaluación y Tratamiento de un caso de Agorafobia sin Trastorno de Pánico. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental*, 4(1), 1-13.

Peñate, W., Pitti, C. T., Bethencourt, J. M. y Gracia, R. (2006). Agorafobia (con o sin pánico) y conductas de afrontamiento desadaptativas. Primera parte. *Salud mental*, 29(2), 22-29.

Peñate, W., Pitti, C. T., Bethencourt, J. M., de la Fuente, J. y Gracia, R. (2008). Los efectos de un tratamiento basado en el uso de exposición a la realidad virtual y terapia cognitivo-conductual aplicado a pacientes con agorafobia. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 8 (1), 5-22.

Peñate, W., Roca-Sánchez, M. J., Pitti, C. T., Villaverde, M. L., Bethencourt, J. M., Álvarez-Pérez, Y., de la Fuente, J., y Gracia, R. (2014). Cognitive-behavioral treatment and antidepressants combined with virtual reality exposure for patients with chronic agoraphobia. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14(1), 9-17. [https://doi.org/10.1016/S1697-2600\(14\)70032-8](https://doi.org/10.1016/S1697-2600(14)70032-8)

Peñate, W., Roca-Sánchez, M. J., Pitti, C. T., Villaverde, M. L., Bethencourt, J. M., Álvarez-Pérez, Y., de la Fuente, J., y Gracia, R. (2017). Efficacy of an internet-based psychological treatment for agoraphobia with minimal therapist contact. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 8(2), 85-95.

Peñate, W., Dorta-Concepción, L., Álvarez-Pérez, Y., Pitti, C. T., Villaverde, M. L., y Bethencourt, J. M. (2020). Comorbilidad en una Muestra de Pacientes con Agorafobia: La Presencia de la Ideación Suicida. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 2(55). <https://doi.org/10.21865/RIDEP55.2>

Pompoli, A., Furukawa, T. A., Imai, H., Tajika, A., Efthimiou, O., y Salanti, G. (2016). Psychological therapies for panic disorder with or without agoraphobia in adults: a network meta-analysis. *The Cochrane database of systematic reviews*, 4(4), CD011004. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011004.pub2>

Puerta, J. V., y Padilla D. E. (2011). Terapia cognitiva - conductual (TCC) como tratamiento para la depresión: una revisión del estado del arte. *Duazary*, 8(2), 251-257.

Sánchez, M. M, González, V., y Prendes, M. P. (2017). “Los MOOC y la evaluación del alumnado: revisión sistemática (2012-2016)”. *@tic. revista d'innovació educativa*, (18), 65-73.

Santoro, E. (2022). Interventi psicologici su Internet e terapie digitali nell'ambito della salute mentale: siamo pronti? [Psychological interventions on the Internet and digital therapeutics in the field of mental health: are we ready?]. *Recenti progressi in medicina*, 113(4), 231–233. <https://doi.org/10.1701/3792.37762>

Stech, E. P., Grierson, A. B., Chen, A. Z., Sharrock, M. J., Mahoney, A. E. J., y Newby, J. M. (2020). Intensive one-week internet-delivered cognitive behavioral therapy for panic disorder and agoraphobia: A pilot study. *Internet interventions*, 20, 100315. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2020.100315>

Stech, E. P., Chen, A. Z., Sharrock, M. J., Grierson, A. B., Upton, E. L., Mahoney, A. E. J., Grisham, J. R., y Newby, J. M. (2021). Internet-delivered exposure therapy versus internet-delivered cognitive behavioral therapy for panic disorder: A pilot randomized controlled trial. *Journal of anxiety disorders*, 79, 102382. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2021.102382>

Ruiz, M. Á., Díaz, M. I., y Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales* (2a ed.). Desclée De Brouwer.

Vargas Ordiñola, J. H. (2003). Reseña de "Agorafobia y ataques de pánico" de Bados López, A. *Persona*, (6), 231-236.

Vázquez, J.L., Coca, A., y Sánchez, M. (2021). Protocolo de ecografía de la función diafragmática. *Protoc diagn ter pediatr*, 1, 409-16.

Vögele, C., Ehlers, A., Meyer, A. H., Frank, M., Hahlweg, K., y Margraf, J. (2010). Cognitive mediation of clinical improvement after intensive exposure therapy of agoraphobia and social phobia. *Depression and anxiety*, 27(3), 294–301. <https://doi.org/10.1002/da.20651>

World Health Organization (2022, 12 de septiembre). *ICD-11 for mortality and morbidity statistics (ICD-11 MMS)*. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>