

El Trastorno de Pánico y su Tratamiento: Terapia Cognitiva Focal en formato de grupo. Elia Roca: www.cop.es/colegiados/PV00520/

Resumen

En este artículo se ofrece una revisión del conocimiento científico actual sobre el trastorno del pánico y su tratamiento, con especial énfasis en la terapia cognitiva focal: una modalidad de tratamiento, basada en el modelo cognitivo del pánico, que se ha mostrado altamente eficaz. También se expone la aplicación de esta terapia, en formato grupal, a pacientes con pánico-agorafobia del Servicio Valenciano de Salud. Finalmente se destaca la importancia de que los psicólogos clínicos, como profesionales de la salud, utilicemos sistemáticamente las formas de terapia más eficaces.

Abstract

A review of present knowledge on panic and its treatment is reported in this paper. Emphasis is made on focused cognitive therapy, a kind of treatment based on the cognitive model of panic, which is very effective. A practical application of this therapy to groups of patients of the public Health System of Valencia, Spain, with panic-agoraphobia is described. The importance of adequate use of effective therapies by clinical psychologists is remarked.

Introducción

En los últimos 15 años, las crisis de pánico (crisis de angustia) se han convertido en un tema de gran interés para los investigadores en el campo de la psicopatología y la psicoterapia. Muchas investigaciones clínicas se iniciaron a raíz de la inclusión del trastorno de pánico y la agorafobia en el DSM III, en 1980, lo que suponía contar con criterios diagnósticos objetivos y consensuados que se han mantenido, con algunas variaciones, hasta la actualidad en el DSM-IV (cuadro 1).

Cuadro 1. Criterios del DSM-IV para el diagnóstico del pánico y la agorafobia

Crisis de pánico

Episodio de ansiedad aguda con miedo o malestar intensos, acompañados de 4, o más, de los siguientes síntomas, que aparecen bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos: a) palpitaciones o elevación de la frecuencia cardíaca, b) sudor, c) temblores o sacudidas, d) sensación de ahogo o falta de aliento, e) sensación de atragantarse, f) opresión o malestar en el pecho, g) náuseas o molestias abdominales, h) inestabilidad, mareo o sensación de desmayo; i) sensación de entumecimiento u hormigueo, j) escalofríos o sofocaciones, k) percibir las cosas o percibirse a sí mismo de forma extraña l) miedo a morir, volverse loco o perder el control

Trastorno de pánico

Se dan crisis de pánico repetidas, algunas de las cuales son inesperadas. Al menos una de ellas se ha seguido durante un mes (o más) de alguno de los siguientes síntomas: 1) inquietud persistente por la posibilidad de tener más crisis, 2) preocupación por sus consecuencias, por ej., perder el control, sufrir un infarto o “volverse loco”, 3) cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis.

Además, las crisis de pánico no se deben a los efectos directos de una sustancia ni a una enfermedad médica; ni pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (por ej., la fobia social si las crisis aparecen sólo al exponerse a situaciones sociales temidas).

Agorafobia

Aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso) o donde, en caso de aparecer una crisis de pánico o síntomas similares, puede no disponerse de ayuda. Los temores agorafóbicos suelen relacionarse con situaciones como: permanecer solo fuera de casa, estar en aglomeraciones, hacer cola, o viajar en autobús, tren o automóvil. Estas situaciones se evitan, se resisten a costa de un malestar o ansiedad significativos o se hace indispensable la compañía de un conocido para soportarlas. Esta ansiedad o comportamiento de evitación no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (ej., trastorno por estrés postraumático cuando evita estímulos relacionados con una experiencia muy traumática).

Epidemiología

Por lo que se refiere a las *crisis de pánico*, estudios comunitarios a gran escala han mostrado que alrededor de un 10% de la población general adulta ha experimentado alguna, aunque en la mayoría de casos no llega a desarrollarse el trastorno de pánico (Robins, et al, 1984).

En cuanto al *trastorno de pánico*, un extenso estudio llevado a cabo en 40.000 sujetos de diez países, muestra que el porcentaje de individuos de la población general que lo padece en algún momento de su vida, oscila entre el 1,4% y el 2,9% (Weissman, et al, 1997). Según el DSM-IV, la prevalencia anual se sitúa entre el 1,5 y el 3,5 %.

En estudios realizados en la población general, entre 1/3 y 1/2 de los individuos con trastorno de pánico, presentan también *agorafobia*. En muestras clínicas, las cifras de agorafobia son mayores.

La distribución por sexos es de un hombre por cada dos mujeres en el pánico sin agorafobia, y de un hombre por cada tres mujeres en la agorafobia.

Complicaciones

Diversos estudios muestran que, sin un tratamiento eficaz, el trastorno de pánico es una enfermedad crónica y deteriorante, con periodos de mejoría y de exacerbación.

El trastorno de pánico, con o sin agorafobia, es uno de los trastornos de ansiedad que produce más discapacidad. El pánico suele asociarse a conductas de evitación de actividades y situaciones, que pueden llegar a cumplir criterios de agorafobia (cuadro 1). En quienes padecen un trastorno de pánico que no ha sido tratado adecuadamente o que ha sido mal diagnosticado (lo que ocurre con bastante frecuencia*), la creencia de que sufren una enfermedad con peligro vital puede causarles una ansiedad crónica y debilitante y conducirles a visitas excesivas a los centros asistenciales (DSM-IV).

Otras consecuencias indeseables que suelen derivarse del pánico son el deterioro en el funcionamiento social y laboral, la baja autoestima, las actitudes hipocondríacas, el abuso de alcohol o ansiolíticos, e incluso el incremento de muertes prematuras (Coryel, 1982) y de suicidios (Allgulander, 1994).

El trastorno de pánico, suele favorecer la aparición de otras psicopatologías como la depresión mayor (Markowitz y Weissman, 1989), que se halla en alrededor de 1/2 de pacientes con trastorno de pánico. Algunos utilizan el alcohol o fármacos no prescritos para reducir su ansiedad, pudiendo llegar a desarrollar un trastorno de abuso de sustancias. También es frecuente la comorbilidad con otros trastornos de ansiedad, principalmente en los casos que desarrollan una agorafobia severa. Diversos estudios revelan que: del 15 al 30% de personas con trastorno de pánico tienen también fobia social; del 8 al 10 %, TOC; del 10 al 20 %, fobia específica, y alrededor del 25%, trastorno de ansiedad generalizada (DSM - IV).

Situación anterior a los años 80

Los primeros estudios sobre el trastorno de pánico y su tratamiento se realizaron en base a teorías biológicas. Se utilizaba el tratamiento farmacológico para bloquear las crisis de pánico, mientras que el tratamiento conductual se centraba en tratar la ansiedad anticipatoria y las conductas de evitación agorafóbica.

Desde años anteriores, los terapeutas de conducta estaban interesados en el abordaje de la agorafobia y se contaba con estudios controlados que avalaban la

* Diversas investigaciones muestran que en los tratamientos farmacológicos, las BZD se prescriben en exceso y que cuando se aplican tratamientos psicológicos, la mayoría de veces se usan técnicas que no son eficaces para el pánico, como: terapia de apoyo, terapia psicodinámica, relajación o desensibilización sistemática (Goisman, et al, 1999). Por otro lado, los errores en el diagnóstico son muy frecuentes (Margraf, 92) llegando, según algunos autores, a más del 50% de los casos (Zajacka, 1997).

eficacia de la exposición en el tratamiento de la evitación agorafóbica; pero hasta los primeros años de la década de los 80, los tratamientos disponibles para el trastorno de pánico eran poco eficaces: al no haberse identificado claramente los estímulos desencadenantes de las crisis de pánico, las aproximaciones de la terapia de conducta tradicional, como la exposición en vivo, no parecían relevantes para tratar este problema.

Situación actual

Desde los años 80, la investigación basada en teorías psicológicas ha ampliado la comprensión de este trastorno y ha permitido el desarrollo de tratamientos psicológicos eficaces para el pánico. Los tratamientos psicológicos eficaces se basan en la observación de que lo que teme el paciente con pánico son las sensaciones internas. *Una vez detectado este estímulo fóbico, el tratamiento psicológico se hizo posible: mediante exposición al mismo y / o mediante técnicas cognitivas* que llevan a una re-evaluación del supuesto peligro que entrañarían esas sensaciones.

En la actualidad, siguen discutiéndose diversos conceptos relativos a la etiología, la patogénesis y el mantenimiento de estos trastornos; pero existe un mayor consenso acerca de la eficacia de diversos tratamientos, tanto farmacológicos como psicológicos, con los que se consigue una completa eliminación de los síntomas en la mayoría de pacientes (Ballenger, 1993).

Terapias cognitivo-conductuales

La revisión de las publicaciones sobre investigaciones dirigidas a evaluar la eficacia de los tratamientos, así como los estudios de meta-análisis, han mostrado claramente que la terapia cognitivo-conductual es altamente eficaz en el tratamiento del trastorno de pánico con o sin agorafobia (Clum y Surls, 1993; Margraf, et al, 1993; Michelson y Marchione, 1990; Wolfe y Máser, 1994).

Los estudios controlados indican que la terapia cognitivo-conductual es superior a otros tratamientos para el pánico. Alrededor del 85% de pacientes están libres de síntomas al finalizar el tratamiento y esos resultados se mantienen en los seguimientos (Goldberg C., 1998; Laberge, et al, 1993).

Los tratamientos cognitivo-conductuales del pánico-agorafobia, suelen incluir: información correctora, re-estructuración cognitiva, técnicas de manejo de la ansiedad como la respiración diafragmática y la relajación (esta última de eficacia más controvertida), exposición interoceptiva y exposición a situaciones externas. De entre todas estas técnicas, las más eficaces son la *reestructuración cognitiva focalizada* (de las malinterpretaciones catastrofistas acerca de las sensaciones internas) y la *exposición a los estímulos temidos* (sensaciones internas temidas y actividades o situaciones en que teme que puedan aparecer dichas sensaciones).

¿Qué es más eficaz, la exposición o la re-estructuración cognitiva?

Una revisión de los protocolos de tratamiento utilizados en los estudios sobre resultados de tratamientos del trastorno de pánico, revela que la mayoría utilizan reestructuración cognitiva focalizada y exposición, y que ambas técnicas aparecen como los ingredientes más eficaces de los tratamientos.

Pero existe controversia acerca de cual de ellas es más eficaz, y / o de cual es el elemento crucial (exposición o reestructuración cognitiva) por el que se producen los cambios terapéuticos.

En la **aproximación cognitiva focal** se utilizan diversas técnicas para modificar las suposiciones erróneas y las interpretaciones catastrofistas de las sensaciones corporales. Sin embargo, es difícil evaluar la eficacia específica de la reestructuración cognitiva a solas, esto es, la reestructuración cognitiva sin ningún tipo de exposición. La dificultad se debe a que *los ejercicios llamados experimentos conductuales* o de comprobación de hipótesis (que implican “exposiciones” breves) juegan un rol importante: *se utilizan para comprobar la validez de las creencias del sujeto y para facilitar la reevaluación de los estímulos amenazadores*, al afrontarlos y comprobar que no se producen las catástrofes temidas. Si no se lleva a cabo ningún tipo de exposición, la reestructuración cognitiva no suele ser tan eficaz.

Sin embargo, Margraf y Schneider, 1991; Salkovskis, et al, 1991; así como Beck, et al, 1994; han demostrado que *la reestructuración cognitiva puede ser eficaz incluso en ausencia de cualquier tipo de exposición* interoceptiva o situacional, ni siquiera la de los experimentos conductuales.

No obstante, los estudios sobre resultados también han mostrado que *no es necesario cuestionar directamente las creencias disfuncionales*, para obtener efectos comparables a los de la reestructuración cognitiva en cuanto al cambio de cogniciones (ej. Beck, et al, 1994; Bouman y Emmelkamp, 1990; Griez y van den Hout, 1986; Margraf y Schneider 1991; Marks, et al, 1993, y Michelson, et al, 1988).

La aproximación más conductual al tratamiento del trastorno de pánico con agorafobia se centra en la exposición a las sensaciones internas temidas y a las situaciones agorafóbicas. Para facilitar la exposición a estímulos interoceptivos suelen utilizarse la hiperventilación y otros ejercicios que provocan las sensaciones internas temidas (Barlow y Rasque, 1989). Esta exposición suele llevarse a cabo en forma gradual, manteniendo la exposición a cada estímulo o situación estimular hasta que la ansiedad se reduce. Esto supone que, en esta forma de terapia se dedica más tiempo a hacer exposición que en el enfoque cognitivo (Ost, et al, 1993).

Margraf y Schneider (1991) compararon la eficacia de la terapia basada en la exposición y la basada en la reestructuración cognitiva, y no hallaron diferencias significativas (ni al finalizar el tratamiento ni en el seguimiento) en ninguna de las medidas utilizadas. Bouchard, et al, (1996) tampoco hallaron diferencias significativas en las tasas de cambio en las variables más significativas del trastorno de pánico con agorafobia, ni en cuanto a la rapidez con que actúa cada una de estas aproximaciones, por lo que parecería recomendable que se utilice una aproximación u

otra en función de las preferencias o aptitudes de cada terapeuta, o de las características del paciente.

Los cambios duraderos en la curación del pánico están estrechamente vinculados a la desaparición de la tendencia a evaluar catastróficamente las sensaciones internas. Pero el cambio cognitivo se produce igualmente mediante la terapia de exposición, sin que se cuestionen directamente las suposiciones distorsionadas del paciente. Por eso se ha sugerido que el cambio terapéutico se produce mediante dos mecanismos diferentes: uno conductual (la habituación) y otro cognitivo (el cambio de creencias).

Pero las actuales teorías del aprendizaje sostienen que *la reestructuración cognitiva y la exposición pueden operar a través de un mismo mecanismo: el aprendizaje* (Davey, 1992; Foa y Kozack, 1986; Rachman, 1991; Rapee, 1991). Ambas técnicas pueden tener un efecto en las representaciones internas del paciente (esquemas relacionados con el pánico). El paciente puede aprender que sus sensaciones corporales son inofensivas, mediante información verbal (que será más poderosa si va acompañada de alguna confrontación con la realidad similar a la de los experimentos conductuales) o mediante la exposición (Kendall e Ingram, 1987).

Fármacos y terapia cognitivo-conductual

Numerosos estudios han demostrado la efectividad de los tratamientos con diversos fármacos así como de los tratamientos cognitivo-conductuales, pero existe controversia acerca de cual de las 2 alternativas es más eficaz. El fármaco más investigado en el tratamiento del pánico-agorafobia es un antidepresivo tricíclico, la imipramina. Este fármaco tiene como principal problema los efectos secundarios, por los cuales 1/3 de pacientes con pánico son incapaces de seguir el tratamiento (Barlow 1988). Las BZD de alta potencia como el alprazolam (ej., Trankimazin) son mejor toleradas, pero tienen el problema de la dependencia y de la alta tasa de recaídas en la enfermedad al intentar abandonar el tratamiento. Los nuevos antidepresivos, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRIs)*, administrados gradualmente, parecen reducir significativamente ambos problemas.

Los investigadores de orientación farmacologista defienden que los fármacos, especialmente los SSRIs como la fluvoxamina, son más eficaces que la terapia cognitivo-conductual, destacando asimismo su rapidez de acción y la facilidad de su administración.

Por su parte, los investigadores de orientación cognitivo-conductual siguen convencidos de la superioridad de su enfoque, destacando por su parte, la ausencia de efectos secundarios y los mejores resultados a largo plazo.

Unos y otros consideran que los estudios que muestran la superioridad del enfoque contrario son metodológicamente defectuosos (Mc Nally, 1996).

* Entre los fármacos de este grupo se encuentran la trazodona (Deprax), la fluoxetina (Adofen, Prozac, o Reneuron), la paroxetina (Frosinor y Seroxat), la sertralina (Aremis y Besitran), la fluvoxamina (Dumirox), y el citalopram (Prisdal y Seropram). La más estudiada en el tratamiento del pánico ha sido la fluoxetina.

Algunos investigadores de orientación farmacológica argumentan que los terapeutas cognitivo-conductuales tratan únicamente casos leves de pánico y que, por consiguiente, las elevadas tasas de éxito de la terapia cognitivo-conductual, no pueden extrapolarse a los pacientes con pánico en general. Según estos autores, la práctica de realizar los estudios en muestras de pacientes que presentan trastorno de pánico sin agorafobia o con agorafobia leve, habría contribuido a ello, ya que diversos estudios muestran que los pacientes con agorafobia son más difíciles de tratar que aquellos que solo presentan pánico (Badós, 1995).

La práctica habitual de evaluar la tasa de recuperación en los seguimientos, basándose en la ocurrencia de ataques de pánico en las dos últimas semanas, puede dar también una cifra distorsionadamente elevada de recuperación.

Es evidente, que solo se podrá llegar a acuerdos si los investigadores de ambos enfoques llegan a un consenso en cuanto a los procedimientos estandarizados que deben utilizarse para evaluar el pánico y para caracterizar sus muestras en los trabajos de investigación (Mc Nally, 1996).

En 1992, en la Conferencia sobre Evaluación Estandarizada en el Trastorno de Pánico, una representación significativa de investigadores, tanto de orientación cognitivo-conductual como de orientación farmacológica, llegaron al acuerdo de que la evaluación debe incluir: frecuencia del pánico; evitación agorafóbica, comorbilidad, ansiedad anticipatoria, deterioro psicosocial, gravedad general y miedo a los síntomas corporales. También se subrayó la importancia de establecer una evaluación amplia del trastorno de pánico en la que se obtengan datos referidos a 2 años de seguimiento a partir del tratamiento.

Las preocupaciones sobre comparabilidad de las muestras (Klein, 1996) deberían subsanarse mediante la adherencia a criterios estandarizados de selección y mediante el uso de una evaluación rigurosa para caracterizar a los pacientes (Shear y Másér; 1995, citado por Mc Nally, 1996).

La polémica sobre la eficacia diferencial entre el tratamiento farmacológico y la terapia cognitivo-conductual incluye el análisis de problemas relacionados con cada uno de ellos.

El principal problema de la *terapia cognitivo-conductual* es que muchas veces no se encuentran terapeutas capaces de llevarla a cabo adecuadamente. Para paliar este problema es importante utilizar manuales con guías detalladas de cómo aplicar la terapia, como los de Barlow y Craske (1993); Botella y Ballester (1997), o Roca y Roca (1998), todos ellos publicados en castellano. El problema tradicional del mayor coste de la terapia se ha reducido enormemente con los actuales enfoques que permiten tratamientos eficaces, muy breves, para este trastorno. En este sentido es interesante la utilización de manuales de autoayuda (Roca, 2000) que pueden utilizarse como autoayuda guiada por el terapeuta, con un mínimo de atención por parte de éste.

Los problemas del *tratamiento* farmacológico son los efectos secundarios y las recaídas al dejar el tratamiento. No obstante ambos parecen haberse reducido notablemente con los SSRI, que se han convertido en el tratamiento farmacológico de elección para los investigadores farmacologistas (Mc Nally, 1996). En cualquier

caso, faltan más estudios que apoyen los excelentes resultados que algunos autores han obtenido con los SSRI.

Algunas voces se han levantado para alertar sobre el hecho de que los grandes intereses de los laboratorios que comercializan los nuevos antidepresivos SSRI, están apoyando la realización y difusión de estudios que muestran la eficacia de dichos fármacos para este trastorno y esto podría influir en que se esté dando una imagen exageradamente optimista sobre su eficacia.

Otro tema de investigación, es el del tratamiento combinado de fármacos- psicoterapia. Aunque faltan más estudios, los datos disponibles avalan la eficacia de este tipo de tratamiento cuando se lleva a cabo de forma adecuada (Van Valkom, et al, 1997). No obstante, hay que tener cuidado con la administración de ansiolíticos (Spiegel y Bruce, 1997) teniendo en cuenta que su consumo más allá de las primeras fases del tratamiento, puede disminuir o anular la eficacia del tratamiento cognitivo-conductual (Roca y Roca, 1998).

La Terapia cognitivo-conductual también se ha utilizado con éxito para tratar a pacientes con trastorno de pánico resistentes a los fármacos (Pollack, et al, 1994).

Terapia cognitiva focal

Uno de los tratamientos psicológicos más eficaces para tratar el trastorno de pánico y que se ha investigado más exhaustivamente es la llamada *terapia cognitiva focal* (Clark 1986, 1988, 1989 y 1995; Clark y Salkovskis, 1986, 1996), que difiere de otros acercamientos cognitivo-conductuales como el programa de Barlow y Craske (1989, 1993) en que da más prioridad a lo cognitivo. Esta terapia se basa en el Modelo cognitivo del pánico (cuadro 2).

Cuadro 2: El modelo cognitivo del pánico

Se basa en la **teoría cognitiva de Beck**, según la cual las emociones no son resultado de la situación en sí, sino de cómo la evaluamos; es decir, de lo que pensamos acerca de ella. La ansiedad se asocia a pensamientos de peligro o amenaza percibida, sea esta real o no. Por tanto, si una persona supone, por ej., que está a punto de morir de un ataque al corazón, reaccionará experimentando el mismo terror que si ello fuese cierto.

Las **crisis de pánico** resultan de la malinterpretación de sensaciones interoceptivas, como señal de que va a ocurrir una catástrofe inminente (volverse loco, morir o perder el control). Esta interpretación catastrofista hace que aumente la ansiedad, la cual a su vez incrementa las sensaciones interoceptivas temidas, ya que son sensaciones asociadas a la ansiedad. Así se desencadena un círculo vicioso que da lugar a la crisis.

Las personas que sufren crisis de pánico repetidas, las experimentan porque han desarrollado una tendencia estable, a malinterpretar las sensaciones corporales benignas como indicadores de una catástrofe mental o física inminente. Ej., las palpitaciones pueden ser interpretadas como evidencia de que está sufriendo un ataque al corazón.

Por tanto, la **terapia** consiste en una serie de estrategias dirigidas a que el paciente aprenda a evaluar correctamente dichas sensaciones, superando así tanto su tendencia a hacer interpretaciones catastrofistas como las alteraciones emocionales y conductuales que se derivan de ellas.

Beck y Emery, 1985; Clark, 1986, 1988, 1989, 1995; Salkovskis y Clark, 1991, 1995.

Diversos estudios han sugerido un poderoso efecto de esta terapia cognitiva en la frecuencia de crisis y en otras medidas relacionadas (Sokol y Beck, 1989; Michelson, et al, 1990). Se han publicado varios estudios controlados sobre la eficacia de la terapia cognitiva y de aproximaciones relacionadas, en el tratamiento del pánico (Barlow, et al, 1989; Beck, et al, 1992; Beck, et al, 1994; Klosko, et al, 1990; Ôst y Westling, 1995). Otros, solo se han hecho públicos en congresos (Margaf y Shneider, 1991), pero se han comentado ampliamente en publicaciones de estos y otros autores (Margraf, et al, 1993). Por ej., Clark, et al, (1994) compararon las condiciones siguientes: a) 12 sesiones de terapia cognitiva; b) relajación aplicada; c) imipramina, y d) grupo control en lista de espera. Los resultados mostraron que la terapia cognitiva era significativamente superior a la relajación aplicada, la cual era igual a la imipramina, y que los tres tratamientos eran superiores a la lista de espera. Al finalizar el tratamiento, la proporción de pacientes libres de pánico en los 4 grupos era de 90, 50, 55 y 7 % respectivamente y al año de seguimiento, el 85 % de los pacientes tratados con terapia cognitiva focal seguían libres de pánico.

Pese a algunas discrepancias entre los diferentes estudios, los resultados son muy similares: los porcentajes de pacientes libres de pánico al finalizar el tratamiento van del 75 al 90 %. La terapia cognitiva focal resulta claramente superior a la lista de espera y a tratamientos psicológicos-placebo (como la terapia de apoyo o la relajación progresiva) y aparece al menos tan eficaz como los tratamientos farmacológicos.

En el cuadro 3 se resumen los aspectos más interesantes de esta forma de terapia.

Cuadro 3: Terapia cognitiva focal: Aspectos de interés

Reformulación del problema del pánico: círculo vicioso personalizado

Preguntar al paciente por un episodio reciente de pánico (el último o el más fuerte) y pedirle que describa, paso a paso, cómo se desarrolló. Así, si lo primero que notó el paciente fue una *sensación* física, la pregunta siguiente se referirá a la forma en que la interpretó. Ej., "cuando notaste el latido ¿qué pasó por tu mente en ese momento?"; o bien, "en ese momento ¿qué pensabas que era lo peor que podría ocurrirte"?...

Una vez que se identifica un pensamiento o imagen catastrofista, se le hacen preguntas sobre la ansiedad que experimentó. Ej., "cuando tuviste el pensamiento de que estabas teniendo un ataque al corazón, ¿cómo te hizo sentir? Después se le pregunta "cuando sentiste ansiedad por pensar que estabas sufriendo un infarto, ¿cómo te afectó físicamente, qué sensaciones notaste?"

Después de clarificar en forma similar a este ejemplo el "círculo vicioso" del paciente, se resume verbalmente y se esquematiza en un papel o pizarra.

Se subraya la lógica interna del pánico, reformulando el pánico cómo algo inocuo y "normal" diciéndole, por ej. ¿"cómo crees que se siente una persona que nota que tiene el corazón acelerado y cree que esto significa que le está dando un infarto"?, ¿cómo crees que se siente físicamente"?, etc.

Discusión de las interpretaciones catastrofistas

Partimos de la suposición, de que si el paciente hace interpretaciones catastrofistas es porque tiene "evidencias" que él encuentra convincentes.

Esas evidencias se basan en: 1) experiencias pasadas (ej., un familiar que tuvo un infarto tras síntomas parecidos), 2) creencias erróneas (ej., si no puedo controlar mis pensamientos, me volveré loco), 3) en la intensidad o naturaleza de las sensaciones físicas (ej., me siento tan mareado que me voy a desmayar), etc. La discusión incluye el ayudar al paciente a identificar y evaluar estas evidencias y a considerar explicaciones alternativas. Se lleva a cabo durante toda la terapia.

Se les pide que recojan en registros sus pensamientos catastrofistas y luego se les enseña a cuestionarlos mediante los procedimientos estándar de la terapia cognitiva. Se pone un especial interés en los experimentos conductuales para ponerlos a prueba.

Experimentos conductuales para poner a prueba sus creencias catastrofistas

Uno de los más utilizados es el de la hiperventilación (H.V.), la cual muchas veces juega un papel importante en el pánico, cuando el paciente malinterpreta los síntomas asociados a ella.

En el experimento de HV, se pide al paciente que respire cómo cuando tiene pánico, o se le indica cómo hacerlo (tomando más aire y respirando más deprisa de lo habitual). Se le pide que siga respirando así durante unos minutos. Después se le pregunta qué sensaciones físicas ha experimentado. Así se reproducen las sensaciones del pánico en más del 50 % de los pacientes.

Esta demostración del papel de la H.V. es muy convincente.

Después, se discute en qué medida ésta experiencia de H.V. deliberada es similar o diferente a la que ocurre durante el pánico. Suelen hallar que las sensaciones físicas son similares, pero que no les producen miedo o ansiedad porque las interpretan de forma diferente (no catastrofista). Mediante preguntas se les hace ver cómo ese hecho concuerda con la hipótesis cognitiva del pánico.

Eliminar las conductas de búsqueda de seguridad.

Algunos ejemplos son: la evitación de situaciones agorafóbicas, la evitación de actividades que pueden provocar las sensaciones temidas (ej., ejercicio físico) y las conductas para "ponerse a salvo" una vez iniciados los síntomas (ej., caminar pegado a la pared para "no caerse" cuando nota mareo).

Los tres tipos de conductas (dirigidas por las creencias catastrofistas) ayudan a mantener dichas creencias distorsionadas, responsables del pánico y de la agorafobia.

Se les pide, que expliciten qué temen que pueda ocurrir si dejan de llevarlas a cabo; ej., si se exponen a las sensaciones temidas. Después se les lleva a comprobar cómo exageraban en sus predicciones, tanto en el grado de ansiedad experimentada cómo en los resultados catastrofistas que anticipaban. Así, se van dando cuenta de que no se cumplen las catástrofes que pronosticaban.

Este tipo de ejercicios, integra las técnicas cognitivas con los experimentos conductuales breves. En esos experimentos conductuales, el paciente experimenta una clara disconfirmación de las creencias que antes les llevaban a sus conductas de búsqueda de seguridad. Esto permite una rápida y completa modificación tanto de las conductas de evitación, como de las malinterpretaciones catastrofistas acerca de las sensaciones internas.

Adaptado de Salkovskis y Clark

Aplicación de la terapia cognitiva focal a un grupo de pacientes del Área 4 del Servicio Valenciano de Salud* :

El tratamiento psicológico de los pacientes con trastorno de pánico con o sin agorafobia, se viene realizando en nuestro Centro, en formato grupal, desde hace seis años. Las razones para realizar este tratamiento en grupo son: su eficacia demostrada en diversos estudios y el ahorro en tiempo por parte del terapeuta, algo de notable interés por tratarse de un servicio público en el que existen pocos psicólogos y una gran demanda de asistencia psicológica.

En ocasiones anteriores, el tratamiento se llevó a cabo en base al programa cognitivo-conductual de Barlow (Barlow y Cerny, 1988, Barlow y Craske, 1989) por tratarse de un programa de eficacia probada y por disponer de un manual de autoayuda (que también puede ser utilizado como autoayuda guiada) traducido al castellano (Barlow y Craske, 1993), que sirvió como apoyo para el tratamiento, aunque hubo que completarlo con otros materiales y ejercicios traducidos de las publicaciones en inglés de estos y otros autores.

Para la aplicación que describiremos a continuación, se prefirió utilizar un tratamiento más cognitivo, basado en la aproximación de Clark y Salkovskis (cuadros 2 y 3), ya que diversos estudios parecen mostrar su mayor eficacia y, además, veníamos utilizándolo con éxito en el tratamiento individual de pacientes que, por diversas razones, no pudieron ser tratados en grupo. No obstante, mantuvimos algunos aspectos generales de otras aproximaciones cognitivo-conductuales como la de Barlow y Craske, para facilitar la sistematización del curso de la terapia y para tratar de beneficiarnos de los logros adicionales que pudiesen conseguirse aplicando un mayor tiempo de exposición.

El grupo inicial, se compuso por 9 sujetos consecutivos, remitidos por los psiquiatras del Área en un periodo de dos meses a la consulta de psicología; cuyo principal problema era el pánico-agorafobia y que llevaban más de dos meses sin modificar su tratamiento farmacológico. De estos, se excluyeron tres sujetos por incompatibilidad con su horario laboral y uno porque se negó a ser tratado en grupo. Dos abandonaron durante el curso de la terapia (uno de ellos porque superó sus síntomas) completando el tratamiento 7 sujetos.

Siguiendo las pautas estándar de la terapia cognitiva, a lo largo de toda la terapia nos esforzamos en mantener un *estilo socrático, formulando preguntas dirigidas a que el propio paciente “descubra” las conclusiones a que queremos hacerle llegar*. En todo momento *consideramos (y habituamos al paciente a considerar) sus creencias catastrofistas como hipótesis a verificar*, mientras que le enseñamos a considerar del mismo modo la explicación que ofrece el modelo cognitivo: como hipótesis alternativa para la cual también se buscan pruebas. Con este fin, utilizamos experimentos conductuales a lo largo de toda la terapia.

* Esta aplicación se llevó a cabo como trabajo de Investigación de Doctorado, de la autora de este artículo, llevado a cabo en el Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico de la Universidad de Valencia, durante los cursos 1995-96 y 1996-97. Una exposición más detallada puede verse en Roca y Roca 1998.

1ª Entrevista (individual): Evaluación y explicación del modelo cognitivo del pánico

En esta entrevista, llevada a cabo individualmente, se cumplimentaron las siguientes tareas:

- *Confirmar el diagnóstico* (los pacientes eran remitidos por los psiquiatras del Área y ya llegaban con el diagnóstico realizado).
- *Constatar que el trastorno de pánico, con o sin agorafobia, era su principal problema.* Aquí hay que señalar la importancia de realizar correctamente el diagnóstico diferencial, ya que las crisis de pánico pueden hallarse en otros problemas mentales o médicos (DSM- IV; Roca y Roca, 1998).
- *Explicar el modelo cognitivo del pánico* a través del círculo vicioso personalizado, y reformular la reacción de pánico, como respuesta adaptativa ante situaciones de peligro (real o imaginario). Esta explicación se ilustra con el experimento de la hiperventilación.

A lo largo de todo el tratamiento se les pidió que llevaran a cabo *tareas para casa*. Las correspondientes a esta primera sesión fueron las siguientes:

- Rellenar un registro por cada ataque de pánico que experimenten,
- Leer materiales de autoayuda y escuchar un casete que explican la hipótesis cognitiva del pánico-agorafobia y el tratamiento que vamos a llevar a cabo (Roca y Roca, 1998).
- Completar diversos cuestionarios de evaluación.

Para la *evaluación*, antes y después del tratamiento, y en los seguimientos, se utilizaron los siguientes instrumentos:

- Registros de ataques de pánico
- Inventario de agorafobia de Echeburúa, et al, (1992) que mide: 1) respuestas motoras (lugares que evita y frecuencia con que los evita); 2) respuestas psicofisiológicas subjetivas (sensaciones internas temidas y grado de temor); 3) respuestas cognitivas (interpretaciones catastrofistas y frecuencia con que las piensa).
- Cuestionario de creencias de pánico, de Greenberg.
- Inventario de depresión, de Beck.

Los resultados obtenidos se recogen en el cuadro 4, donde se exponen las puntuaciones obtenidas por cada sujeto en cada una de las variables medidas. Se destacan con sombreado las puntuaciones correspondientes a la evaluación inicial (pre-tratamiento).

Cuadro 4. Puntuaciones obtenidas por cada sujeto, en cada variable, en cada momento de evaluación, y media aritmética (X) del grupo en cada uno de esos momentos

Variables cuantitativas ↓	Momentos de la evaluación ↓	Sujeto 1	Sujeto 2	Sujeto 3	Sujeto 4	Sujeto 5	Sujeto 6	Sujeto 7	X del grupo
Respuestas psicofisiológicas subjetivas (IA)	Pretratamiento	113	51	130	50	68	100	120	90,3
	Postratamiento	15	0	23	10	12	37	36	19
	Seguimiento 1º	18	0	15	16	10	18	9	12,2
	Seguimiento 2º	16	0	4	12	5	2	4	6,1
Respuestas cognitivas (IA)	Pretratamiento	46	20	56	22	20	36	69	38,4
	Postratamiento	8	0	9	6	10	4	9	6,57
	Seguimiento 1º	4	0	2	0	3	0	2	1,7
	Seguimiento 2º	6	3	0	2	1	0	3	2,7
Respuestas motoras (IA)	Pretratamiento	200	81	224	20	118	104	180	132,4
	Postratamiento	12	0	10	4	13	4	6	7
	Seguimiento 1º	2	0	2	0	12	1	4	3
	Seguimiento 2º	3	0	1	2	2	1	3	1,7
Ataques de pánico en el último mes	Pretratamiento	3	2	9	0	2	0	10	3,7
	Postratamiento	0	0	0	0	0	0	0	0
	Seguimiento 1º	0	0	0	0	0	0	0	0
	Seguimiento 2º	0	0	0	0	0	0	0	0
Creencias de pánico (CCP)	Pretratamiento	111	118	208	135	99	109	102	126
	Postratamiento	50	62	83	46	46	60	41	55,28
	Seguimiento 1º	52	59	80	48	47	65	41	56
	Seguimiento 2º	45	60	50	41	41	46	41	46,28
Depresión (BDI)	Pretratamiento	27	13	32	10	18	20	36	22,28
	Postratamiento	13	8	10	11	16	8	9	10,7
	Seguimiento 1º	15	6	12	8	12	10	4	9,57
	Seguimiento 2	12	5	14	9	8	10	4	8,85

IA = Inventario de agorafobia: Echeburúa et al, 1992.

CCP = Cuestionario de creencias de pánico: Greenberg, 1989.

BDI = Inventario de Beck para la depresión: Burns, 1990.

Aplicación de la terapia en grupo

Se dividió en las siguientes etapas:

- 1- Explicación-comprensión del modelo cognitivo del pánico (cuadros 2 y 3)
- 2- Manejo de la ansiedad (relajación, respiración diafragmática lenta y distracción)
- 3- Experimentos conductuales (exposición interoceptiva) mediante hiperventilación, esfuerzo físico, dar vueltas, tomar café, etc. (Barlow y Craske 1993; Salkovskis y Clark, 1995; Roca y Roca, 1998).
- 4- Eliminación de cualquier conducta dirigida a evitar las sensaciones temidas, incluyendo la exposición a situaciones y actividades antes evitadas y la inducción de sensaciones temidas en situaciones antes evitadas.
- 5- Prevención de recaídas.

La *duración* total de la terapia, fue de 20 sesiones de 2 horas, que se llevaron a cabo semanalmente.

En todas las etapas mantuvimos la posición de considerar cualquier tarea o aprendizaje de técnicas como experimento para poner a prueba la hipótesis catastrofista mantenida al principio por los pacientes, frente a la hipótesis alternativa (realista y adaptativa) propuesta por el modelo cognitivo del pánico.

Como *tareas para casa*, a lo largo de la terapia, los pacientes recogieron en registros las crisis de pánico experimentadas (que incluyen el registro de las sensaciones temidas y de las interpretaciones catastrofistas acerca de las mismas), la práctica de habilidades (como respiración diafragmática lenta) y la práctica de “exposición” interoceptiva y a situaciones y / o actividades antes evitadas (planteada como experimentos conductuales para poner a prueba sus cogniciones). Estas tareas se revisaban en cada sesión y se prescribían otras tareas para la semana siguiente.

La cuarta etapa, no pudo llevarse a cabo en forma sistemática con la mayoría de pacientes, ya que la inducción de sensaciones interoceptivas que antes temían, se extendió a la realización de actividades que antes evitaban (ej., hacer ejercicio físico, tomar café, etc.) y los pacientes, conforme avanzaban en la terapia y llevaban a cabo estos ejercicios de “exposición interoceptiva” (planteados inicialmente como experimentos conductuales y después como sobreaprendizaje - habituación), empezaron a ir por su cuenta a todos lugares antes temidos. Por eso, durante esta etapa se permitió que algunos pacientes no asistieran a la mayoría de las sesiones, por haber conseguido ya los objetivos propuestos.

Tal como recomiendan Barlow y Craske (1993) se les dieron instrucciones para que afrontasen sistemáticamente todos los lugares y actividades que antes evitaban y que, una vez en ellas, utilizarasen alguna de las técnicas de inducción de las sensaciones antes temidas (consumo de café, hiperventilar, etc.) haciéndoles ver en todo momento, que cualquier evitación fortalece la tendencia a creer en las interpretaciones catastrofistas que constituyen la raíz del problema.

Estas actividades, como todas las anteriores, se anotaban en registros en que se reflejaban las cogniciones del paciente en relación con la ansiedad, antes durante y después de realizar la tarea. Después se analizaban en la sesión de terapia.

Análisis de resultados

Tal como puede verse en el cuadro 4, las evaluaciones pretratamiento (en sombreado) y postratamiento, ofrecen cambios notables en los 7 pacientes que completaron la terapia, mostrando la mejoría en todos los síntomas medidos. Estas mejorías se mantuvieron en los seguimientos, llevados a cabo el primero a los 2 meses de finalizar el tratamiento y el segundo un año después.

Los resultados obtenidos con este grupo de pacientes fueron muy buenos, quedando todos libres de pánico, agorafobia y depresión (que en los pacientes que la padecían era claramente secundaria al pánico-agorafobia), y también de creencias generadoras de pánico y demás variables relacionadas.

Estos resultados son muy satisfactorios, sobre todo si tenemos en cuenta que la mayoría tenían un grado severo y crónico, pese al tratamiento farmacológico que seguían desde hacía varios años.

Es probable que a estos buenos resultados hayan contribuido factores como:

- el tipo de pacientes y el modelado dentro del grupo. Desde el principio, los pacientes atendidos en este grupo mostraron una actitud muy colaboradora: siguiendo las pautas indicadas, participando activamente y realizando habitualmente las tareas para casa; tema este último que diversas investigaciones muestran como un buen predictor de eficacia psicoterapéutica.
- la realización de exposición sistemática en algunos momentos del tratamiento.
- La utilización de materiales de autoayuda (casetes y lecturas)

Al valorar el significado de las puntuaciones obtenidas, hay que tener en cuenta que:

- La variable *ataques de pánico durante el último mes*, en la evaluación pretratamiento, muestra que algunos pacientes han experimentado pocos o ningún ataque de pánico. Esto es frecuente en muchos pacientes, incluso con cuadros severos, que consiguen reducir la frecuencia e intensidad de las crisis de pánico gracias a sus conductas de escape y evitación. No obstante, en estos pacientes puede persistir una gran ansiedad anticipatoria (terror a que aparezca la temida crisis) y experimentar con frecuencia las sensaciones temidas aunque no lleguen a la intensidad de una verdadera crisis de pánico, gracias a sus “cuidados” (medicación que muchas veces toman en el momento en que empiezan a notar sensaciones que podrían llevarles a experimentar una crisis, evitación de actividades y situaciones, y todo tipo de conductas dirigidas a “evitar el peligro”).

- La variable *“lugares que evita” no siempre se refiere a evitación agorafóbica*. A veces los evitan simplemente porque no les agrada el lugar o por alguna otra razón (ej., un ateo convencido que “evita” ir a las iglesias).

- En la variable *“creencias de pánico”* las respuestas a esta escala se evalúan entre 1 y 6; correspondiendo el 1 a “desacuerdo total” y el 2 a “muy en desacuerdo”. Por tanto, al tener la escala 41 ítems, puede ocurrir que un sujeto que responda a todas las afirmaciones catastrofistas con un 2 (muy en desacuerdo) podría obtener una puntuación de 82.

-Por lo que se refiere a la variable *depresión*, medida con el BDI, recordamos que suele considerarse que existe una depresión clínica cuando las puntuaciones están por encima de 20, y una depresión grave cuando las puntuaciones están por encima de 30

Abandonos

El grupo inicial era de 9 pacientes. Dos de ellos abandonaron el tratamiento. Uno de ellos, que inicialmente tenía pánico ligero sin agorafobia, abandonó la terapia por hallarse totalmente recuperado, hecho que atribuyó a la terapia. El otro paciente, con un cuadro de pánico- agorafobia más severo, abandonó porque a raíz de un exagerado optimismo inicial en la primera etapa se lanzó a realizar una actividad demasiado difícil en la que sufrió un fuerte ataque de pánico que le llevó a cambiar su excesivo optimismo por desconfianza. Hechos similares, aunque no son comunes se han observado en alguna ocasión, por lo que conviene advertirlo en la etapa inicial, ya que la exposición a situaciones demasiado difíciles antes de interiorizar el modelo cognitivo podría llevarles a un retroceso (sensibilización).

Algunas observaciones de interés

Esta aplicación de terapia cognitiva focal en formato de grupo ofreció resultados muy satisfactorios, sin que se mostrara menos eficaz que la misma terapia aplicada en forma individual. Esto coincide con los resultados de varios estudios sobre eficacia de la terapia cognitivo-conductual aplicada en grupo (Telch, et al, 1993; Nagy, et al, 1993; Pollack, et al, 1994).

Los pacientes con depresión mayor al inicio de la terapia, no obtuvieron peores resultados, tal como se ha observado en diversos estudios, al menos en pacientes tratados con psicoterapia más antidepressivos (Albus, et al, 1995).

El hecho de que al finalizar el tratamiento psicológico, algunos pacientes estuviesen aún en tratamiento farmacológico (aunque solo uno tomaba BZD y en dosis mínimas) hacía temer que al retirar por completo los fármacos pudiesen haber algunas recaídas. Para evitar este problema, nuestra práctica habitual es advertir a los pacientes de que la retirada de medicación, sobre todo de ansiolíticos, puede producir un incremento de sensaciones interoceptivas; pero que si ello ocurre, sería deseable porque nos serviría para hacer más exposición interoceptiva y romper así la tendencia que tenían a interpretar automáticamente esas sensaciones en forma catastrofista.

En este punto, es de gran interés coordinarse con los psiquiatras para tratar de que les prescriban la retirada de fármacos, o al menos de las BZDs, en la etapa de la terapia en que se está llevando a cabo la exposición interoceptiva. De no ser así, el tratamiento pierde eficacia porque *el ansiolítico dificulta la experimentación de las sensaciones temidas* (es decir, la *activación del esquema de amenaza* que facilita el que se produzca la reestructuración cognitiva).

En cualquier caso, se advierte al paciente de que no se considera la terapia totalmente finalizada hasta que pasen un par de meses tras la retirada total de los fármacos ya que, aunque haya finalizado la terapia, el momento de retirada de los fármacos es un periodo de riesgo de “recaídas“ en el que es probable que noten un

aumento de las sensaciones que antes temían. Y puede haber algún momento en que olviden lo que han aprendido y vuelvan a creer, transitoriamente, en sus antiguas interpretaciones catastrofistas. Se les pide que si esto ocurre, llamen para llevar a cabo una o varias sesiones de “recuerdo”.

Asimismo, antes del alta, se les pide a todos, que si tienen alguna recaída llamen lo antes posible con la misma finalidad.

La experiencia nos muestra que, si el tratamiento se ha llevado a cabo en forma adecuada, en la inmensa mayoría se mantienen las ganancias, tanto en el momento de la retirada del fármaco como al año de seguimiento. En los pocos casos en que vuelven a aparecer sus antiguos temores, suele bastar un breve repaso de lo aprendido en la terapia, en una sola sesión, para superar esa pequeña “recaída”.

Limitaciones de este trabajo y posibilidades de ampliarlo en el futuro

Se trata de un estudio preliminar, con escaso número de sujetos, sin grupo de control con el cual comparar los resultados obtenidos y sin asignación aleatoria de los pacientes a este grupo, por lo que pueden existir sesgos en la muestra que impiden cualquier generalización de los resultados obtenidos a otras muestras de pacientes con este trastorno.

Las variables medidas y los instrumentos de evaluación utilizados no son los óptimos, al menos a nivel de investigación. Para una investigación de mayor envergadura, sería deseable utilizar las variables e instrumentos consensuados en la Conferencia sobre Evaluación Estandarizada en la Investigación del Trastorno de Pánico (Instituto Nacional de Salud Mental de EEUU, 1992).

No hemos podido realizar una comparación con otros tratamientos grupales llevados a cabo anteriormente en nuestro Centro, en base al programa de tratamiento de Barlow y Craske ya que en aquellos grupos no se realizó una evaluación exhaustiva y detallada antes y después del tratamiento. No obstante, aunque los resultados obtenidos fueron buenos, el porcentaje de pacientes totalmente recuperados al finalizar el tratamiento, no fue tan elevado como el conseguido en esta ocasión con un enfoque más cognitivo-focal.

Sería muy deseable realizar en el futuro una investigación comparativa entre pacientes tratados solamente con fármacos, y pacientes que reciban tratamiento psicológico (a solas, o con tratamiento farmacológico controlado), para que puedan observarse más claramente los beneficios adicionales logrados con la terapia. Para que esta comparación fuese válida, tendríamos que realizar, entre otras cosas, la asignación aleatoria de pacientes a cada uno de los grupos de tratamiento.

Recientemente hemos desarrollado un manual de autoayuda (Roca, 2000) que explica detalladamente los pasos a seguir por el paciente y que supone un notable ahorro de tiempo para el terapeuta, así como una eficaz guía para terapeutas con escasa formación en este tipo de terapia. Con él estamos obteniendo excelentes resultados que también sería muy interesante someter a investigación.

Conclusiones

El principal propósito de este trabajo, fue el de hacer un resumen de las investigaciones sobre el trastorno de pánico y su tratamiento, centrándonos en la forma de tratamiento que se muestra más eficaz y en los aspectos más destacables de esta forma de terapia; para difundir esta información entre los psicólogos clínicos de nuestro ámbito.

Consideramos que este es un tema de gran interés para cualquier psicoterapeuta, ya que el trastorno de pánico es un problema muy común, que con frecuencia adquiere un carácter crónico y discapacitante por no ser diagnosticado y tratado correctamente. Su interés es aún mayor si tenemos en cuenta que los afectados responden muy bien al tratamiento adecuado, lográndose tasas de recuperación superiores al 80% con psicoterapias breves.

Ante este panorama, destaca la importancia de que quienes atendemos a pacientes con estos problemas, estemos al día de los conocimientos científicos necesarios para hacer el diagnóstico correcto y aplicar la terapia más indicada. Creemos que cuando existen procedimientos terapéuticos de eficacia reconocida, como ocurre con el pánico-agorafobia, no es admisible el tratar a quienes lo padecen con abordajes cuyos resultados son dudosos. Sería lo mismo que si, cuando sufrimos una enfermedad orgánica y acudimos a la consulta de un médico, éste ignorando las pruebas derivadas de la investigación científica, nos administrase un tratamiento inútil, desfasado o de eficacia no probada.

Así pues, creemos que es un deber de cualquiera que trabaja en el ámbito de la salud, el estar al día de los avances científicos y utilizarlos en su práctica diaria para dar así una atención de calidad a los pacientes (o clientes) a quienes atendemos. Este trabajo intenta contribuir a difundir una información que puede sernos útil para motivarnos a trabajar en esa línea.

Otra cuestión de interés en la práctica clínica es el tema de la eficiencia; es decir, el de tratar de conseguir los mejores resultados con el mínimo coste.

La aplicación que ofrecemos en este artículo muestra cómo podemos obtener buenos resultados terapéuticos con un menor coste en lo referido al tiempo de dedicación por parte del terapeuta, utilizando materiales de autoayuda o administrando la terapia en grupo.

REFERENCIAS

- Albus, M.; Scheibe, G., y Scherer, J. (1995). Fluctuation of symptoms and social functioning in panic disorder with or without concomitant depression. *Psychopathology*, 28 (5) 229-34.
- Allgulander, C. (1994). Suicide and mortality patterns in anxiety neurosis and depressive neurosis. *Archives of General Psychiatry*, 51, 708-712.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª Ed). Washington DC. American Psychiatric Press.
- Badós, A. (1995). *Agorafobia*. Vol. 1 y 2. Barcelona. Paidós.
- Ballenger, J.C. (1993). Panic disorder: efficacy of current treatment. *Psychopharmacological Bulletin*, 29 (4): 477-86.

- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.
- Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. Nueva York. Guilford Press.
- Barlow, D. H., y Craske, M. G. (1989). *Mastery of your anxiety and panic*. Nueva York. Guilford Press.
- Barlow, D. H., y Craske, M. G. (1993). *Domine su ansiedad y pánico*. Murcia. Julio Martín, editor.
- Barlow, D. H.; Craske, M. G.; Cerny, J. A., y Klosko, J. S. (1989). Behavioral treatment of panic disorder. *Behavior Therapy*, 20, 261-282.
- Barlow, D.H., y Cerny, J. A. (1988): *Psychological Treatment of Panic*. Nueva York. Guilford Press.
- Beck, A. T.; Sokol, L., y Clark, D. A. (1992). Focused cognitive therapy of panic disorder: a crossover design and one year follow-up. *American Journal of psychiatry*, 147, 778-783.
- Beck, A. T.; Stanley, M. A.; Baldwin, L. E.; Deagle, E. A., y Averill, P. M. (1994). Comparison of cognitive therapy and relaxation training for panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 818-826.
- Beck, A.T., y Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias*. Nueva York. Basics Books.
- Beck, J. G.; Stanley, M. A.; Baldwin, L. E.; Deagle, E. A., y Averill, P. M. (1994). Comparison of cognitive therapy and relaxation training for panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 818-826.
- Botella, C., y Ballester, R. (1997). *Trastorno de pánico: evaluación y tratamiento*. Barcelona. Martínez Roca.
- Bouchard, S.; Gauthier, J.; Laberge, B.; French, D.; Pelletier, C., y Godbout, C. (1996). Exposure versus cognitive restructuring in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Behavior Research and Therapy*. 34 (3), 213-224.
- Bouman, T. K., y Emmelkamp, P. M. (1990). *Cognitive and exposure ingredients in the treatment of panic disorder with agoraphobia*. *Basic Research to Clinical Intervention* (vol. 5, pp 119-126). Chambless, D. L., y Gillis, M. M. (1993). Cognitive therapy of anxiety disorders. *Journal of consulting and clinical psychology*, 61, 248-260.
- Clark, D. M.; Salkovskis, P. M.; Hachmann, A.; Middleton, H.; Anastasiades, P., y Gelder, M. G. (1994). A comparison of cognitive therapy, applied relaxation and imipramine in the treatment of panic disorder. *British Journal of Psychiatry*, 164: 759-769.
- Clark, D. A., y Salkovskis, P. M. (1986). *Cognitive treatment of panic: therapist's manual*. Department of psychiatry, University of Oxford, England.
- Clark, D. (1989). Anxiety states: Panic and generalised anxiety. In *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems*. Oxford. University Press.
- Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 461-470.
- Clark, D. M. (1988). *A cognitive model of panic attacks*. En S. Rachman y J.D. Maser (comp.). *Panic: psychological perspectives*. Hillsdale. Erlbaum.
- Clark, D. M. (1989). *Anxiety states: Panic and generalised anxiety*. In *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems*, Oxford. University Press.
- Clark, D. M., y Salkovskis, P. M. (1996). *Cognitive therapy of panic and hipochondriasis*. Oxford. Pergamon Press.
- Clark, D. M.; Salkovskis, P. M.; Hackmann, A; Wells, A., y Gelder., M. (1995, julio). *A comparison of standard and brief cognitive therapy for panic disorder*. Ponencia presentada en el World Congress of behavioural and cognitive therapies, Copenhagen.

- Clark, D. M. (1995). Cognitive Therapy in the treatment of anxiety disorder. *Clinical Neuropharmacology*, 18 (2): 27-37.
- Clum, G. A., y Surls, R. (1993). A metaanálisis de tratamientos for panic disorders. *Journal of consulting and clinical psychology*, 61, 2, 317-326.
- Coryel, W.; Noyes, R., y Clancy, J. (1982). Excess mortality in panic disorders. *Archives of General Psychiatry*, 39, 701-703.
- Davey, G. C. (1992). Classical conditioning and the acquisition of human fears and phobias: a review and synthesis of the literature advances. *Behaviour Research and Therapy*, 14, 29-66.
- Echeburúa, E.; Corral, P.; García, E; Paez, D., y Borda, M. (1992). Un nuevo inventario de agorafobia (IA). *Análisis y Modificación de Conducta*, 18, 101-123.
- Foa, E. B., y Kozack, M. S. (1986). Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychological bulletin*, 99,20-35.
- Goisman, R. M., Warhaw, M. G.; Keller, M. B. (1999). Psychosocial treatment prescriptions for generalised anxiety disorder, panic disorder and social phobia. *American Journal of Psychiatry*. 156 (11): 1819-21
- Goldberg, C. (1998). Cognitive-behavioral therapy for panic: effectiveness and limitations. *Psychiatrics Questions*, 69 (1): 23-44.
- Griez, E., y Van den Hout, M. A. (1986). CO₂ inhalation in the treatment of panic attacks. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 145-150, *Journal of consulting and clinical psychology*, 63, 754-765.
- Kendall, P. C., e Ingram, R. (1987). The future for cognitive assessment of anxiety: Let's get specific. En *Anxiety and Stress disorders*. Philadelphia. Michelson, L. Y., y Ascher, L. M. Eds.
- Klein, D. F. (1996). Preventing hung juries about therapy studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 81-87.
- Klosko, J. S.; Barlow, D. H.; Tassinari, R., y Cerny, J. A. (1990). A comparison of alprazolam and behavior therapy in treatment of panic disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, 58, 77-84.
- Laberge, B.; Gauthier, G.; Côté, G.; Plamondon, J., y Cormier, H. L. (1993). Cognitive-behavioral therapy of panic disorder with secondary major depression: a preliminary investigation. *Journal of consulting and clinical psychology*, 61, 1028-1037.
- Margraf, J. (1992). When anxiety turns into panic. Frequently wrongly diagnosed and wrongly treated: the panic syndrome. *Dtsch-kran kenpfleger*, 45 (4): 246-54.
- Margraf, J., y Schneider, S. (1991). Outcome and active ingredients in cognitive-behavior treatment for panic disorder. Presentado en: the 25th convention of the Association for the Advancement of Behavior Therapy Nueva York, November 1991.
- Margraf, J.; Barlow, D. H.; Clark, D. M., y Telch, M. J. (1993). Psychological treatment of panic: work in progress on outcome, active ingredients and follow-up. *Behavioural Research and therapy*, 31, 1, 1-8.
- Markowitz, J. S., y Weissman, M. M. (1989). Quality of life in panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 46, 984-992.
- Marks, I. M.; Swinson, R. P.; Basoglu, M.; Kuch, K.; Noshirvani, H.; O'Sullivan, G.; Lelliot, P. T; Kirby, M.; Mcnamee, G.; S., y Wicwire, K. (1993). Alprazolam and exposure alone and combined in panic disorder with agoraphobia: a controlled study in London and Toronto. *British Journal of Psychiatry*, 162, 776-787.
- Mc Nally, R. J. (1996). Nuevos desarrollos en el tratamiento del trastorno de pánico. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 1, 2, 91-103.
- Michelson, L. K., y Marchione, K. (1990). Behavioural, cognitive and pharmacological treatments of panic disorder with agoraphobia. *Journal of consulting and clinical psychology*, 59, 1, 100-114.

- Michelson, L.; Marchione, K.; Greenwald, M.; Glanz, L.; Testa, S., y Marchione, N. (1990). Panic Disorder: cognitive-behavioral treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 141-151.
- Michelson, L.; Mawissakalian, M., y Marchione, K. (1988). Cognitive, behavioral and psychophysiological treatments of agoraphobia: a comparative outcome investigation. *Behavior modification*, 19, 97-120.
- Nagy, L. M.; Krystal, J. H.; Charney, D. S., y Merikangas, K. R. (1993). Longterm outcome of Panic disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 13 (1): 16-20.
- Ôst, L. G., y Westling, B. E. (1995). Applied relaxation versus cognitive behavior therapy in the treatment of panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 145-158.
- Ôst, L. G.; Westling, B. E., y Hellstrom, K. (1993). Applied relaxation, exposure in vivo and cognitive methods in the treatment of panic disorders with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 383-394.
- Pollack, M. H.; Otto, M. W.; Kaspi, S. P.; Hammerness, P. G., y Rossenbaum, J. F. (1994). Cognitive behavioural therapy for treatment refractory panic disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, (5): 200-5.
- Rachman, S. (1991). Neo-conditioning and the classical theory of fear acquisitions. *Clinical Psychology Review*, 11, 155-173.
- Rapee, R. M. (1991). The conceptual overlap between cognition and conditioning in clinical psychology. *Clinical Psychology Review*, 11, 193-203.
- Robins, L. N.; Helzer, J. E.; Weissman, M.; Orvaschel, H.; Grunberg, E.; Burke, J.D., y Regier, D. A. (1984). Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Archives of General Psychiatry*, 41, 949-958.
- Roca, E. (2001). *Cómo superar el pánico. Programa de autoayuda*. Valencia. A. C. D. E.
- Roca, E., y Roca, B. (1998). *Cómo tratar con éxito el pánico, con o sin agorafobia*. Valencia. A. C. D. E.
- Salkovskis, P. M., y Clark, D. M. (1991). Cognitive Therapy for panic disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 5, 215-226.
- Salkovskis, P., y Clark, D. (1995). Linking theory, research and clinical practice. In: *25 years of scientific progress in behavioural and cognitive therapies*. Atenas. Ellinica Gammata.
- Salkovskis, P.; Clark, D., y Hackman, A. (1991). Treatment of panic attacks using cognitive therapy without exposure or breathing retraining. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 161-166.
- Sokol, L., y Beck, A. T. (1989). Cognitive therapy of panic disorder: A nonpharmacological alternative. *Journal of nervous and mental disease*, 177, 711-716.
- Spiegel, D. A.; Bruce, T. J. (1997). Benzodiazepines and exposure-based cognitive behavior therapies for panic disorder: conclusions from combined treatments trials. *American Journal of Psychiatry*, 154 (6): 773-81.
- Telch, M. J.; Lucas, J. A.; Schmitdt, N. B.; Hanna, H.; Jaimez, T. L., y Lucas, R. (1993). Group cognitive behavioural treatment of panic disorder. *Behavior Research and Therapy*, 31, 279-287.
- Van Balkom, A. J.; Bakker, A.; Spinhoven, P.; Blaauw, B. M.; Smeenk, S.; Ruesink, B. (1997). A meta-analysis of the treatment of panic disorder with or without agoraphobia: a comparison of psychopharmacological, cognitive-behavioral, and combination treatments. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 185 (8): 510-6.
- Weissman, M. M., Bland, R.C.; Canino, G. J.; Faravelli, C.; Greenwld, S.; Hwu, H. G.; Joyce, P. R.; Karam, E. G.; Lee, C. K.; Llellouch, J.; Lepine, J. P.; Newman, S. C.; Oacley-Browne, M. A.; Rubio-Stipec, M.; Wells, J. E.; Wickramaratne, P. J.; Wittchen, H. U., y Yrh, E. K. (1997). The cross-national epidemiology of panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 54: 4, 305-309.

Más información en: www.cop.es/colegiados/PV00520 y eliar@correo.cop.es