

El Tratamiento del Pánico-Agorafobia: **Terapia cognitiva focal más exposición sistemática, en formato de grupo.**

Elia Roca Villanueva

Psicóloga. C.S.M. Malvarrosa, SERVASA, Área 4

RESUMEN

Este artículo hace una breve revisión del conocimiento actual acerca de los tratamientos que se han mostrado eficaces para el trastorno de angustia con o sin agorafobia, con énfasis en las aproximaciones psicológicas, principalmente en una de ellas: la terapia cognitiva focal basada en el modelo cognitivo del pánico-agorafobia. A continuación expone la aplicación de un programa mixto de terapia cognitiva focal más exposición sistemática, en formato grupal, a pacientes con pánico-agorafobia del Servicio Valenciano de Salud y finalmente analiza la importancia de que los psicólogos clínicos, como profesionales de la salud, utilicemos las formas de terapia que se ha demostrado que son más eficaces.

INTRODUCCION

En los últimos 15 años las crisis de angustia (ataques de pánico) 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 angustia y la agorafobia en el DSM-III, en 1980, lo cual suponía el contar con criterios diagnósticos objetivos y consensuados que se han mantenido, con algunas variaciones, hasta la actualidad en el DSM-IV (cuadro 1).

Otras razones importantes para este aumento de interés han sido los alarmantes datos epidemiológicos y una mayor conciencia de la discapacitación que puede producir este trastorno cuando no se trata adecuadamente.

Epidemiología

Estudios comunitarios a gran escala, han mostrado que alrededor de un 10% de la población general adulta experimenta algún ataque de pánico (Myers JK, Weissman MM, et al, 1984; Robins LN, Helzer, Weissman MM, et al, 1984; Angsty, Dobler-Mikola, 1985; Lee CK, Kwak YS, et al, 1985; Yeh EK, Hwu HG et al, 1986). Según el DSM-IV, la prevalencia anual del trastorno de angustia se sitúa entre el 1,5 y el 3,5 %. Otras investigaciones dan cifras aún más elevadas. En estudios realizados en la población general, entre 1/3 y 1/2 de los individuos con trastorno de angustia, presentan también agorafobia. En nuestras clínicas, las cifras de agorafobia son mayores.

Complicaciones

El trastorno de angustia con o sin agorafobia, es uno de los trastornos de ansiedad que produce más discapacitación. En los individuos que padecen un trastorno de angustia que no ha sido tratado o que ha sido mal diagnosticado (cosa que ocurre con bastante frecuencia como veremos más adelante), la creencia de que padecen una enfermedad con peligro vital puede causarles una ansiedad crónica y debilitante y conducirles a visitas excesivas a los centros asistenciales (DSM-IV)

Cuadro I - CRITERIOS DEL DSM-IV PARA EL DIAGNOSTICO DEL TRASTORNO DE ANGSTIA CONY SIN AGORAFOBIA

Según el DSM-IV, las crisis de angustia o ataques de pánico, consisten en la aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañados de 4 o más de los siguientes síntomas que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos: 1) palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca; 2) sudoración; 3) temblores o sacudidas; 4) sensación de ahogo o falta de aliento; 5) sensación de atragantarse; 6) opresión o malestar torácico; 7) náuseas o molestias abdominales; 8) inestabilidad, mareo o desmayo; 9) desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo); 10) miedo a perder el control o volverse loco; 11) miedo a morir; 12) parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo); 13) escalofríos o sofocaciones.

En el trastorno de angustia (trastorno de pánico), hay al menos dos de esas crisis de angustia inesperadas y, al menos una de ellas se ha seguido durante un mes (o más) de uno o más de los siguientes síntomas: a) inquietud persistente por la posibilidad de tener más crisis; b) preocupación por las implicaciones de las crisis o sus consecuencias (por ej., perder el control, sufrir un infarto, «volverse loco»); c) cambio significativo del comportamiento, relacionado con las crisis.

Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ej., drogas, fármacos) o una enfermedad médica (por ej., hipertiroidismo).

Las crisis de angustia no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, como por ej., fobia social (p. ej., aparecen al exponerse a situaciones sociales temidas), fobia específica (p. ej., al exponerse a situaciones fóbicas específicas), trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., al exponerse a la suciedad cuándo la obsesión versa sobre el tema de la contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., en respuesta a estímulos asociados a situaciones altamente estresantes), o trastorno por ansiedad de separación (p. ej., al estar lejos de casa o de los seres queridos).

La Agorafobia consiste en:

A) aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso) o donde, en el caso de aparecer una crisis de angustia inesperada, más o menos relacionada con una situación, o de síntomas similares a la angustia, puede no disponerse de ayuda. Los temores agorafóbicos, suelen estar relacionados con un conjunto de situaciones características, entre las que se incluyen estar solo fuera de casa, mezclarse con la gente o hacer cola, pasar por un puente o viajar en autobús, tren o automóvil.

B) Estas situaciones se evitan (p. ej., se limita el número de viajes), se resisten a costa de un malestar o ansiedad significativos por temor a que aparezca una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia, o se hace indispensable la presencia de un conocido para soportarlas.

C) Esta ansiedad o comportamiento de evitación no puede explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental como fobia social (p. ej., evitación limitada a situaciones sociales por miedo a ruborizarse), fobia específica (ej., evitación limitada a situaciones aisladas como los ascensores) T.O.C. (ej., evitación de todo lo que pueda ensuciar, en un individuo con ideas obsesivas de contaminación). T.P.E.P.T. (p. ej., evitación de estímulos relacionados con una situación altamente estresante o traumática) o trastorno de ansiedad por separación (por ej., evitación de abandonar el hogar o la familia)

American Psychiatric Association, 1994.

Otras consecuencias indeseables que sufren quienes padecen el trastorno de angustia son la experiencia subjetiva de tener problemas de salud física y mental, el deterioro en el funcionamiento social, problemas laborales y la dependencia de los psicofármacos.

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

El trastorno de angustia, suele favorecer la aparición de otras psicopatologías como la depresión mayor (Markowitz

JS, Weissman, et al, 1989) que se halla en alrededor de 1/2 de pacientes con trastorno de angustia. 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 trastorno de ansiedad, principalmente en los casos que desarrollan una agorafobia severa. Diversos estudios revelan que: del 15 al 30% de personas con trastornos de angustia 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.

El interés inicial por las causas y por el tratamiento del trastorno de angustia, se realizó en base a teorías biológicas. Se utilizaba el tratamiento farmacológico, para bloquear los ataques de pánico mientras que el tratamiento conductual se centraba en tratar la ansiedad anticipatoria y las conductas de evitación.

Desde años anteriores, los terapeutas de conducta estaban interesados en el tratamiento de la agorafobia y se

contaba con estudios controlados que avalaban la 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 angustia eran poco eficaces. Al no haberse identificado claramente los estímulos desencadenantes de los ataques de pánico, las aproximaciones de la terapia de conducta tradicional, como la exposición en vivo, no parecían relevantes para tratar este problema.

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 los ataques de 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 lleven a una reevaluación del supuesto peligro que entrañarían esas sensaciones interoceptivas.*

Situación actual

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 y la discapacitación, en la mayoría de pacientes (Ballenger JC, 1993).

La revisión de las publicaciones, sobre investigaciones dirigidas a evaluar la eficacia de los tratamientos, y los estudios de meta-análisis, han mostrado claramente que la terapia cognitivo-conductual es altamente eficaz con el tratamiento del trastorno de pánico con o sin agorafobia (e.g. Chambless y Gillis 1993, Clum, y Surls, 1993; Margraf, Barlow, Clark y Telch, 1993; Michelson y Marchione, 1991; Wolfe y Maser, 1994). En algunos estudios, el tratamiento cognitivo-conductual se ha llevado a cabo en formato grupal con resultados muy satisfactorios (Telch MJ et al, 1993; Nagy LM et al, 1993; Pollack MH, 1994)

Los estudios controlados indican que la terapia cognitivo-conductual elimina los ataques de pánico en más del 80% de pacientes (Bouchard E et al, 1996; Laberge B, Gauthier G et al, 1993).

El tratamiento cognitivo-conductual del pánico-agorafobia, suele incluir: información correctora, reestructuración 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 (internos y externos).

Terapia cognitiva focal

Uno de los tratamientos psicológicos más eficaces para tratar el trastorno de angustia y que se ha investigado más exhaustivamente es la llamada **terapia cognitiva focal** (Clark 1986 y 1995; Clark y Salkovskis, 1986, 1991 a, 1991 b, 1994,

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 como 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 que, por ej., está a punto de morir de un ataque al corazón, reaccionará experimentando el mismo terror que si ello fuese cierto.

Los ataques 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 al ataque de pánico.

Los individuos que sufren repetidos ataques de pánico, los experimentan porque han desarrollado una tendencia estable, a malinterpretar las sensaciones corporales benignas, como indicadores de una catástrofe mental o física inminente. Por ej., las palpitaciones pueden ser interpretadas como evidencia de que están sufriendo un ataque al corazón.

La terapia consistirá pues, 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 et al: 1985; Clark: 1986, 89, 95; Salkovskis: 1988, 96; Salkovskis y Clark: 1986, 91, 94, 95, 96)

1995, 1996; Salkovskis PM 1996,...), que difiere de otros acercamientos cognitivo-conductuales como el programa de Barlow y Craske (Barlow DH y Craske MG, 1989 y 1993) en que da mas prioridad a lo cognitivo (Ver cuadro 2).

Diversos estudios han sugerido un poderoso efecto de esta terapia cognitiva en la frecuencia de crisis y en otras medidas relacionadas (Sokol L, Beck A et al, 1989; Michelson L, Marchione K, et al, 1990; Shear MK, Ball G, 1991). Se han publicado varios estudios controlados sobre la eficacia de la terapia cognitiva y de aproximaciones relacionadas, en el tratamiento de la crisis de pánico (Barlow DH, Craske MG et al, 1989; Beck A, Sokol L et al 1992; Beck A, Stanley MA et al, 1994; Clark D, Salkovskis PM et al, 1994; Klosko, Barlow DH et al 1990; Ost LG y Westling BE, 1995). Otros, solo se han hecho públicos en congresos (Margraf J y Shneider S, 1991), pero se han comentado ampliamente en publicaciones de estos y otros autores (Chambless DL y Gillis MM, 1993; Margraf J, Barlow DH et al, 1993). Por ej., Clark, Salkovskis, et al, 1994; compararon, a) 12 sesiones de terapia cognitiva con: b) relajación aplicada (una adaptación de la propuesta por Ost, 1988, consistente en relajación y exposición gradual), 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 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.

¿Exposición o reestructuración 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 ingredientes activos en la eficacia de los tratamientos.

Parece claro que, tanto la reestructuración cognitiva como la exposición, son técnicas eficaces pero existe controversia acerca de cual de ellas es mas 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 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 en la reestructuración cognitiva: *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, Klark y Hackman, 1991; así como Beck A.T, Stanley 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* (Salkovskis, Clark y Hackman, 1991).

No obstante, los estudios sobre resultados también han mostrado que *no es necesario cuestionar directamente las creencias disfuncionales mediante la reestructuración cognitiva, 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, Swinson et al 1993 y Michelson, Mawissakalian y Marchione, 1988).

La aproximación mas conductual al tratamiento del trastorno de pánico con agorafobia se centra en la exposición a los estímulos interoceptivos y a las situaciones agorafóbicas. Para facilitar la exposición a estímulos interoceptivos, suelen utilizarse la hiperventilación y otros ejercicios que eliciten las sensaciones interoceptivas temidas (Barlow y Craske, 1989). La terapia de exposición habitualmente se programa para ser realizada en forma gradual y se mantiene la exposición a cada estímulo o situación estimular; hasta que la ansiedad se reduce. Esto supone que, en esta forma de terapia, se dedica mucho más tiempo a hacer exposición que en el enfoque cognitivo (Ost, Westling y Hellstrom, 1993).

Margraf y Scheneider (1991) compararon la terapia de exposición y la reestructuración cognitiva y no hallaron diferencias significativas en la finalización del 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 angustia con agorafobia, ni en cuanto a la rapidez con que actúa cada una de estas aproxi-

maciones, 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.

Un mismo mecanismo de aprendizaje.

Es de interés observar, que los cambios duraderos en cuanto a la recuperación del trastorno de angustia van estrechamente vinculados al cambio cognitivo (desaparición de la tendencia a evaluar catastróficamente las sensaciones interoceptivas). No obstante, el cambio cognitivo se produce igualmente, mediante la terapia de exposición sin que se cuestionen directamente las suposiciones distorsionadas del paciente. Se ha sugerido que el cambio terapéutico se produce mediante dos mecanismos diferentes; uno conductual (la habituación) y otro cognitivo (el cambio de creencias). *Sin embargo, las actuales teorías del aprendizaje sostienen que la reestructuración cognitiva y la exposición pueden simplemente operar a través del mismo mecanismo: el aprendizaje* (Bandura 1986, Davey 1992, Foa y Kozack, 1986; Rachman 1991; Rapee, 1991). *Ambas técnicas pueden tener un efecto en la representación interna amenazadora del paciente (esquema). Este puede aprender que las sensaciones corporales son inocuas mediante información verbal (que será más poderosa si va acompañada de alguna comprobación con la realidad similar a la de los experimentos conductuales) o mediante la exposición.*

La organización precisa de este mecanismo de aprendizaje, por el cual tanto la exposición como la reestructuración cognitiva, posibilitan el cambio del esquema (representación interna) de amenaza, aún no ha sido establecida aunque se han propuesto varios (Freeman, 1993; Kendall e Ingram, 1987), pero se supone que se trata de un mismo mecanismo.

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 benzodiacepinas 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).

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-conduc-

tual, no pueden extrapolarse a los pacientes de pánico en general. 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 (Bados A, 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.

Barlow y Brown (1995), hallaron que evaluando de ese modo, el 74% de sus pacientes están libres de pánico a los dos años del tratamiento. Sin embargo, cuando el éxito terapéutico fue evaluado en función de que no hubiesen recibido ningún tratamiento posterior y en la ausencia de pánico durante todo el año anterior, solo el 20'6 de los pacientes cumplían estos criterios dos años después del tratamiento.

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 trastorno de 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 im-

portancia 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 Maser; 1995, citado por Mc Nally RJ, 1996).

En la actualidad sigue la polémica sobre qué tratamiento es más recomendable:

Los problemas con la terapia se derivan de que no siempre están disponibles terapeutas capaces de llevarla a cabo adecuadamente. El problema tradicional de mayor coste de la terapia, se ha reducido enormemente con los actuales enfoques que permiten tratamientos eficaces, muy breves, para este trastorno.

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 SSRIs, que se han convertido en el tratamiento farmacológico de elección para los investigadores farmacólogos (Mc Nally, 1996). En cualquier caso faltan más estudios que apoyen los excelentes resultados que algunos autores han obtenido con los SSRIs.

Algunas voces se han levantado para alertar sobre el hecho de que los grandes intereses de los laboratorios que comercializan los nuevos antidepresivos SSRIs, 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. Desde esta perspectiva, el tratamiento de

elección para el trastorno de pánico sigue siendo la psicoterapia cognitivo-conductual.

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. La medicación parece más eficaz cuando se combina con técnicas cognitivo-conductuales (Ballenger JC, 1993). También se ha utilizado con éxito, la Terapia cognitivo-conductual para tratar a pacientes con trastorno de angustia, resistentes a los fármacos (Pollack MH y Otto MW, 1994).

Aplicación de la terapia cognitiva focal más exposición sistemática a un grupo de pacientes del Área 4 del Servicio Valenciano de Salud.

El tratamiento psicológico de los pacientes con trastorno de angustia con o sin agorafobia, se viene realizando en nuestro Centro, en formato grupal, desde hace tres años. Las razones para realizar este tratamiento en grupo son su eficacia demostrada en diversos estudios y el hecho de que el tratamiento en grupo permite un ahorro en tiempo por parte del terapeuta, cuestión 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 DH y Cerny JA, 1988; Barlow DH y Craske MG 1989 y 1993), 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 ayuda 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 Salkovskis y Clark (cuadros 2 y 3), ya que diversos estudios parecen mostrar su mayor eficacia y ya lo habíamos utilizado 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 de los cuales dos abandonaron durante el curso de la terapia, completando el tratamiento 7 pacientes.

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, se utilizan experimentos conductuales a lo largo de toda la terapia.

(Cuadro 3)

Cuadro 3.- Aplicación de la 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 que describa paso a paso cómo se desarrolló. Ej., si lo 1º que notó el paciente fue una sensación física, la pregunta siguiente, se referirá a la forma en que la interpretó. Ej., «cuándo notaste el latido ¿qué pasó por tu mente en ese momento?»; o bien preguntarle «en ese momento ¿que pensabas que era la peor cosa que podría ocurrirte?». Una vez que un pensamiento o imagen catastrofista es elicitado, 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 te pusiste ansioso acerca de tener un ataque cardíaco? ¿cómo te afectó físicamente?

Una vez que se ha elicitado de este modo, 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 ataque"? ¿"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.

Estas evidencias se basan en: 1) experiencias pasadas (ej., un familiar o amigo que tuvo un infarto tras síntomas parecidos), 2) creencias erróneas. (ej., si no puedo controlar mis pensamientos, me volveré loco), o 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 standar de la terapia cognitiva. Se pone un especial interés en los experimentos conductuales para ponerlos a prueba.

- Experimentos conductuales para poner a prueba sus interpretaciones catastrofistas y/o distorsionadas.

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

Se pide al paciente que respire cómo cuándo tiene pánico. Si se nota que hiperventila, pedirle que siga respirando así durante unos minutos y después que diga que sensaciones físicas ha experimentado. Así se reproducen las sensaciones del pánico en, al menos, el 50% de los pacientes.

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

Después se discute en qué medida esta 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 produce 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; es decir, de la evitación de situaciones agorafóbicas, la evitación de actividades que pueden elicitare las sensaciones temidas (ej., ejercicio físico) y las conductas de ponerse a salvo una vez iniciados los síntomas (ej., sentarse para no caerse).

Los tres tipos de conductas, ayudan a mantener las creencias distorsionadas subyacentes al pánico y/o la agorafobia.

Se les pide, que expliciten qué temen que pueda ocurrir si se exponen a ellas. 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 eran el foco de sus conductas de búsqueda de seguridad. Esto permite una rápida y completa modificación de las conductas de evitación y de las malinterpretaciones.

Salkovskis y Clark, 1995.

Entrevista inicial: Evaluación y explicación del modelo cognitivo del pánico-agorafobia.

En esta entrevista, llevada a cabo individualmente, se llevaron a cabo las siguiente tareas:

- Confirmar el diagnóstico (los pacientes son remitidos por los psiquiatras del Area y ya llegan con el diagnóstico realizado).
- Constatar que el trastorno de angustia, con o sin agorafobia, es su principal problema. Aquí hay que señalar la gran importancia que tiene el realizar correctamente el diagnóstico diferencial, ya que las crisis de angustia pueden hallarse en otros problemas mentales o médicos (ver DSM-IV) y tener en cuenta que, en ocasiones, aunque el pánico-agorafobia sea el problema

primario, existen otros problemas más urgentes que hay que tratar en primer lugar (Ej., ideas suicidas por depresión; alcoholismo, o problemas reales que le crean una gran ansiedad y cuya resolución facilitarían el posterior tratamiento del pánico-agorafobia).

- Explicarles el modelo cognitivo del pánico y la reformulación de éste a través del círculo vicioso personalizado (cuadros: 2 y 1er. párrafo del 3).
- Pedirles, como tarea para casa, que rellenen un registro por cada ataque de pánico que experimenten, que incluye entre otras variables las sensaciones temidas y las interpretaciones catastrofistas acerca de ellas.
- Se les entrega material de lectura y un caset que les explica la hipótesis cognitiva del pánico-agorafobia y el tratamiento que vamos a llevar a cabo.

Para la evaluación, realizada antes y después del tratamiento, así como en el seguimiento que se llevó a cabo 2 meses después, se utilizaron los siguientes instrumentos:

- Registro de ataques de pánico.
- Inventario de agorafobia de Echeburúa y P de Corral con el que medimos las siguientes variables:
 - Lugares que evita y frecuencia con que los evita (suma) -respuestas motoras-
 - Sensaciones internas temidas y grado de temor (suma) -respuestas psicofisiológicas Subjetivas.
 - Interpretaciones catastrofistas y frecuencia con que las piensa (suma) -respuestas cognitivas.
 - Conductas de búsqueda de seguridad (factores que ayudan a reducir la ansiedad en los lugares fóbicos).

Cuadro 4.- Resumen de las puntuaciones obtenidas por cada sujeto en el pretratamiento, por tratamiento y seguimiento:

	S-1	S-2	S-3	S-4	S-5	S-6	S-7	
Ataques de pánico último mes	pre-trat	3	2	9	0	2	0	10
	pos-trat	0	0	0	0	0	0	0
	segto	0	0	0	0	0	0	0
Creencias de pánico y grado de creencia	pre-trat	111	118	208	135	99	109	102
	pos-trat	50	62	83	46	46	60	41
	Segto	52	59	80	48	47	65	41
Sensaciones temidas.....	pre-trat	113	51	130	50	68	100	120
	pos-trat	15	0	23	10	12	37	36
	segto	18	0	15	16	10	18	9
Interpretaciones catastrofistas y frecuencia con que las piensa	pre-trat	46	20	56	22	20	36	69
	pos-trat	8	0	9	6	10	4	9
	segto	4	0	2	0	3	0	2
Lugares que evita y frecuencia con que las evita	pre-trat	200	81	224	20	118	104	180
	pos-trat	12	0	10	4	13	4	6
	segto	2	0	2	0	12	1	4
Conductas de búsqueda de seguridad	pre-trat	8	4	6	10	12	3	10
	pos-trat	2	0	0	3	4	0	5
	segto	2	0	0	2	4	2	1
Depresión.....	pre-trat	27	13	32	10	18	20	36
	pos-trat	13	8	10	11	16	8	9
	segto	15	6	12	8	12	10	4

- Cuestionario de creencias de pánico de Greenberg (Greenberg, 1989).
- Inventario de depresión de Beck.

Los resultados obtenidos se recogen en el cuadro 4, donde se exponen las puntuaciones obtenidas por cada sujeto (S-1, S-2, ... S-7) en cada una de las variables medidas.

La Terapia grupal

Tal como señalábamos antes, para beneficiarnos de la eficacia añadida de la exposición sistemática y para dar una mayor estructura al curso de la terapia, esta se dividió en las siguientes etapas:

1- Explicación-comprensión del modelo cognitivo del pánico (ver cuadros 2 y 3).

2- Manejo de la ansiedad (relajación, respiración, distracción).

3- Exposición interoceptiva mediante hiperventilación y otros ejercicios (Barlow y Craske 1993; Pastor y Sevilla, 1995; Botella y Ballester, 1991 y Salkovskis y Clark 1986, 1994, 1995, 1996,...). Esta exposición se realizó principalmente como experimento conductual para comprobar predicciones y verificar la hipótesis cognitiva. Posteriormente, también se llevó a cabo una especie de sobreaprendizaje con exposición sistemática, tras explicarles la habituación como mecanismo complementario a la reestructuración cognitiva.

4- Exposición a situaciones y actividades antes evitadas.

5- Id que la anterior con inducción de sensaciones temidas en situaciones antes evitadas.

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

En cada etapa, mantuvimos la posición cognitivista de considerar cualquier tarea o aprendizaje de técnicas, como experimentos para poner a prueba la hipótesis catastrofista mantenida al principio por los pacientes, frente a la hi-

pótesis alternativa (realista y adaptativa) propuesta por el modelo cognitivo.

Como tarea para casa, a lo largo de la terapia, los pacientes recogieron en registros: los ataques de pánico experimentados (incluyendo 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 primordialmente 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 última etapa, no pudo llevarse a cabo en forma sistemática, 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 los lugares antes temidos.

Tal como recomiendan Barlow y Craske (1994), se les dieron instrucciones para que afrontasen sistemáticamente todos los lugares y actividades que antes evitaban y que, una vez en ellas, utilizasen 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 los resultados.

Tal como puede verse en el cuadro 4, las evaluaciones pretratamiento y postratamiento, muestran cambios notables en los 7 pacientes que completaron la terapia, mostrando una dramática reducción en todos los síntomas medidos. Estos cambios se mantuvieron en el seguimiento llevado a cabo 2 meses después.

A la hora de 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 ya nos muestra que algunos pacientes han experimentado pocos o ningún ataque de pánico. Esto suele hallarse en muchos pacientes, incluso con cuadros severos, que consiguen reducir la frecuencia e intensidad de las crisis de angustia gracias a la medicación, la evitación y otras conductas de búsqueda de seguridad. No obstante, en estos pacientes persiste una gran ansiedad anticipatoria (terror a que aparezca la temida crisis) y suelen experimentar con frecuencia las sensaciones temidas, aunque no lleguen a la intensidad de un verdadero ataque de pánico, gracias a sus «cuidados» (medicación que muchas veces toman en el momento en que notan el inicio de una crisis, evitación y otras conductas de búsqueda de seguridad).

- *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»* tener en cuenta que 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 lo cual, al tener la escala 41 ítems, puede darse el caso de que *un sujeto que responde a todas las afirmaciones catastrofistas con un 2 (muy en desacuerdo), podría obtener una puntuación de 82.*

- En la variable depresión, medida con el BDI, tener en cuenta 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.

Los resultados obtenidos con este grupo de pacientes, fueron muy buenos en todos aquellos que lo siguieron, quedando libres de pánico, agorafobia y depresión (que en los pacientes que la padecían era claramente secundaria al pánico-agorafobia), y también prácticamente libres 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 una serie de variables como:

- La medicación. Los casos más graves estaban siendo tratados con antidepressivos y alprazolam. No obstante, la mayoría llevaban varios años de tratamiento farmacológico y, aunque la medicación había disminuido la frecuencia e intensidad de los ataques, persistía en todos la ansiedad anticipatoria y, algún tipo de evitación agorafóbica.

- El hecho de que la mayoría de ellos estaban aún tomando medicación en el momento de la finalización del tratamiento y también en el seguimiento, aunque a todos les habían reducido significativamente las dosis.

- 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 combinación de enfoques, tanto

del más cognitivo-focalizado al estilo de Salkouski y Clark, como del más conductual con énfasis en su ingrediente más activo, la exposición: aunque faltan investigaciones al respecto, parece lógico que la combinación de los ingredientes más activos de ambas aproximaciones, de como resultado una mayor eficacia.

Abandonos:

EL grupo inicial era de 9 pacientes: Dos de ellos abandonaron el grupo sin dar ninguna explicación. Al ponernos en contacto con ellos hallamos que uno, que inicialmente tenía pánico ligero sin agorafobia, abandonó la terapia según sus palabras por hallarse totalmente recuperado, hecho que atribuyó a la terapia. El otro paciente, con un cuadro de pánico-agorafobia mas severo, abandonó la terapia porque a raíz de un exagerado optimismo inicial en la etapa 1ª, 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 a destacar serían:

La asignación de pacientes al grupo se hizo incluyendo a todos los casos consecutivos, enviados para recibir tratamiento psicológico en un determinado período de tiempo y cuyo principal problema era el pánico agorafobia. De estos, se excluyeron algunos sujetos por incompatibilidad con su horario laboral y a uno porque se negó a ser tratado en grupo.

- 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 mas antidepressivos (Albus M et al, 1995).

- El hecho de que la mayoría de pacientes estuviesen aún en tratamiento farmacológico, aunque con dosis mínimas, podría hacer temer que al retirar por completo el fármaco 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, podría 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 el 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 les advierte 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 período 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 en la inmensa mayoría se mantienen las ganancias en el momento de la retirada del fármaco y 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».

Algunas limitaciones de este trabajo.

Se trata de un estudio preliminar 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 la generalización de los resultados obtenidos a otras muestras de pacientes con este trastorno.

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 aquel grupo no se realizó una evaluación exhaustiva y detallada antes y después del tratamiento. No obstante, a nivel general, los resultados obtenidos fueron buenos y en la mayoría se mantenían en el seguimiento, que en uno de los grupos se llevó a cabo un año después. No obstante, 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 el 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 lo-

grados 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.

- El seguimiento se realizó solo 2 meses después de la finalización del tratamiento y, como hemos dicho, cuando la mayoría de pacientes aún estaban bajo tratamiento farmacológico; aunque en todos ellos se había reducido a un mínimo o se había retirado.

- 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 EE.UU., 1992), mencionados antes.

Conclusiones

El principal propósito de este trabajo, fue el de hacer un resumen de las publicaciones sobre los estudios acerca de los tratamientos más eficaces para el pánico-agorafobia y difundirlo entre los psicólogos clínicos de nuestro ámbito. Esto lo consideramos, una tarea de interés dada la elevada prevalencia de este trastorno y su carácter discapacitante si no es correctamente diagnosticado y tratado, cosa que todavía ocurre con demasiada frecuencia (Margraf, 1992). Como prueba de esta última afirmación consideremos los resultados de algunas investigaciones:

Un estudio longitudinal multicentros llevado a cabo en Nueva Inglaterra, mostró que la terapia de apoyo, la medicación y la terapia psicodinámica se utilizaba más en el tratamiento del pánico-agorafobia que las técnicas cognitivo-conductuales y cuando se utilizaban técnicas conductuales, se usaban más la relajación o la exposición en la imaginación (dos técnicas poco efica-

ces en el tratamiento de este trastorno) que la exposición en vivo (Goisman-RM et al (1993). En otro estudio, que se llevó a cabo en Massachusetts (EE.UU.), la mayoría de pacientes con trastorno de angustia, estaban siendo tratados con benzodiazepinas y entre las terapias, la más frecuente era la psicodinámica (Goisman RM, 1994). Esto llama poderosamente la atención, ya que no existen evidencias que avalen la eficacia de este tipo de terapias en este trastorno, mientras que disponemos de pruebas abrumadoras sobre la eficacia de los tratamientos cognitivo-conductuales en el pánico-agorafobia.

En otro estudio a gran escala, sobre utilización de los servicios médicos por pacientes con trastornos de ansiedad, se halló que aunque la mayoría de pacientes con trastorno de angustia estaban en contacto con profesionales de salud mental, pocos recibían los tratamientos óptimos (Swinson RP et al, 1992). Los autores hallaron que las benzodiazepinas se prescribían en exceso, mientras que otras formas de tratamiento que está demostrado que reducen la utilización de los Servicios médicos, como la terapia cognitivo-conductual, se utilizaban muy poco.

Aunque no disponemos de estudios equivalentes en nuestro país, es de suponer que la situación no será muy diferente.

El segundo objetivo de este artículo, muy ligado al anterior, es el de ayudar a promover, en nuestra práctica clínica, una forma de hacer terapia que busca la eficacia y la eficiencia como forma deseable de trabajar en un medio -el de la sanidad pública- en que la escasez de psicólogos y el gran número de pacientes, muchas veces severos y crónicos, se une a nuestro carácter de pioneros en un campo tradicionalmente adscrito a los psiquiatras. Tanto por el interés en defender una imagen de eficacia para nuestra profesión, como sobre todo por razones éticas, creemos que *en aquellas psicopatologías en que*

existen tratamientos de reconocida eficacia, como es el caso del pánico-agorafobia, no es admisible el tratar a quienes lo padecen, con formas de terapia que no son eficaces. Sería lo mismo que si cuando estamos enfermos y vamos a la consulta de un médico éste, ignorando las pruebas científicas que avalan la eficacia de un tratamiento, nos administrase un tratamiento inútil, desfasado y/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, se propone el contribuir a difundir una información que puede sernos útil para motivarnos a trabajar en esa línea.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association, 1994, Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4ª Ed). Washington DC, American Psychiatric Press.
- Clark D. Anxiety states (1989) Anxiety states: Panic and generalized anxiety In Cognitive Behaviour Therapy for psychiatric problems, Oxford University Press
- Coté G, Gauthier JG Laberge B, Cormier H y Plamondon J, 1994. Reduced therapist contact in the cognitive behavioral treatment of panic disorder. Behavior therapy, 25, 123-145
- Albus M et al (1995). Fluctuations of symptoms and social functioning in panic disorder with or without concomitant depression. Psychopathology 28 (5) 229 - 34
- Badós A. (1995) Agorafobia vol 1 y 2 De Paidós, 1995
- Ballenger JC (1993) Panic disorder: efficacy of current treatment. Psychopharmacol-Bull, 29 (4) 477-86
- Bandura A. (1986) Social foundations of thought and action. Englewood Cliffs NJ: Prentice Hall;
- Barlow, Craske, Cerny y Klosko, 1989; Behavioral treatment of panic disorder. Behavior Therapy 20, 261-282
- Barlow 1988 Anxiety and its disorders Nueva York: Guilford Press
- Barlow DH (1988) Psychological treatment of panic. New York: Guilford Press
- Barlow DH y Brown (1995) Longterm outcome in cognitive behavioural treatment of panic disorder
- Barlow DH y Craske MG. 1989 Mastery of your anxiety and panic albany N.Y.
- Barlow DH y Craske MG. 1993. Domine su ansiedad y pánico. Julio Martín editor.
- Beck, Stanley, Baldwin, Deagle III y Averill, 1994; Comparison of cognitive Therapy and relaxation training for panic disorder. Journal of consulting and clinical psychology, 62, 818-826
- Beck AT and Emery G (1985) Anxiety disorders and phobias. New York: Basic Books
- Beck AT, Sokol L, Clark DA, Berchick R y Wright F (1992). A crossover study of focused cognitive therapy for panic disorder. American Journal of Psychiatry, 149, 778-783;
- Beck AT, Sokol L, Clark DA, (1992) Focused cognitive therapy of panic disorder: a crossover design and one year follow-up American Journal of psychiatry, 147, 778-783
- Beck JG Stanley MA, Baldwin LE, Deagle EA y Averill PM (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, 1991; Tratamiento psicológico del trastorno de pánico: adaptación del programa cognitivo-comportamental de Clark y Salkovskis. Análisis y modificación de conducta 17, 871-894
- Bouchara S, Gauthier JG et al (1996) The role of beliefs in the treatment of PD with agoraphobia
- Bouman TK y Emmelkamp PMG (1990). Cognitive and exposure ingredients in the treatment of panic disorder with agoraphobia: Basic Res. to clinical intervention (vol 5 pp 119-126) Amsterdam/berwyn: Swets y Zeitlinger.
- Clark, Salkovskis et al (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 Salkovskis PM, 1996. Cognitive therapy of panic and hypochondriasis Oxford: Pergamon Press, 1991
- Clark DA y Salkovskis PM (1986) Cognitive treatment of panic: therapist's manual
- Clark DM, 1986; A cognitive approach to panic. Behaviour research and therapy, 24, 461-470
- Clark DM, Salkovskis PM et al (julio 95) A comparison of standar and brief cognitive therapy for panic disorder: Presentado en el World Congress of behavioural and cognitive therapies, Copenhagen Dinamarca
- Clark DM, 1995 Cognitive Therapy in the treatm of anx. disor. Clinical Neuropharmacology, 18 (sup 2) 27-37
- Clum GA, Clum GA y Suris R, 1993; A metaanálisis of treatments for panic disorders. Journal of consulting and clinical psychology 61, 2, 217-326
- Chambless DL y Gillis MM (1993). Cognitive therapy of anxiety disorders. Journal of consulting and clinical psychology, 61, 248-260
- Davey GCL (1992). Classical conditioning and the acquisition of human fears and phobias: a review and synthesis of the literature. Advances in Behaviour research and therapy, 14, 29-66. Department of psychiatry, University of Oxford, England
- Ehlers A, Margraf J Roth WT (1986). Selective information processing, interoception and panic attacks. In panic and phobias II (Eds I. Hand y HU Wittchen) New York: Springer-Verlag
- Foa EB y Kozack MS (1986). Emotional processing of fear: exposure to corrective information. Psychological bulletin, 99, 20-35
- Freeman A. (1993). A Psychosocial approach for conceptualizing schematic development for cognitive therapy. En Cognitive therapies in action, Evolving Innovative practice (pp 54-87) S. Francisco: Jossey-Bass Publishers Carywind
- Grieg Ey Var de r Hour: MA. (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

- Jendall PC e Ingram R (1987). The future for cognitive assessment of anxiety: Let's get specific. En Michelson LY Ascher LM (Eds) Anxiety and Stress disorders. Cognitive-Behavioral
- Klein 1996 Preventing hung juries about therapy studies. Journal of consulting and clinical psychology, 64, 81-87
- Klosko, JS; Barlow, DH; Tassinari R y Cerny, JA; 1990; A comparison of alprazolam and behavior therapy in treatment of panic disorder. Journal of consulting and clinical psychology 58, 77 - 84
- Laberge B y Gauthier G et al, (1993) Cognitive-behavioral therapy of panic disorder with secondary major depression: a preliminary investigation. Journal of consulting and clinical psychology, 61, 1028 - 1037
- Lee CK, Kwak YS, et al (1985); The epidemiological study of mental disorders in Korea. Journal of corean medical association, 28, 1223 - 1244
- Margraf J y Schneider S (1991) Outcome and active ingredients in cognitive-behavior treatment for panic disorder. Simposium presented at the 25th convention of the Association for the Advancement of Behavior Therapy New York, November 1991;
- Margraf J (1992) When anxiety turns into panic. Frequently wrongly diagnosed and wrongly treated: the panic syndrome. Dtsch-kran kenpfleger Apr 45(4) 246 - 54
- Margraf J, Barlow DH, Clark DM y Telch MJ, 1993; Psychological treatment of panic: work in progress on outcome, active ingredients and follow-up. Behavioural Research and therapy, 31, 1, 1 - 8
- Margraf J y Schneider S (1991) Outcome and active ingredients of cognitive-behavioural treatments for panic disorders. Paper presented at the 25h Annual Meeting of the association for the advancement of behavior therapy New York. November
- Markowitz JS, Weissman MM, et al (1989) Quality of life in panic disorder. Archives of General Psychiatry, 46, 984 - 992
- Marks IM, Swinson RP, et al (1993) Alprazolam and exposure alone and combined in panic with agoraphobia: a controlled study in London and Toronto British Journal of Psychiatry, 162, 776 - 787
- Mc Nally RJ (1996), Nuevos desarrollos en el tratamiento del trastorno de pánico. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica. Vol 1 N° 2 pp 91 - 103
- Michelson L, Marchione K et al (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
- Michelson L, Mawissakalian M y Marchione K, (1985) cognitive-behavioral treatments of agoraphobia: clinical, behavioral and psychophysiological outcome. Journal of consulting and clinical psychology, 53, 913 - 925
- Michelson LK y Marchione K, 1991; Behavioural, cognitive and pharmacological treatments of panic disorder with agoraphobia. Journal of consulting and clinical psychology, 59, 1, 100 - 114
- Myers JK, Weissman MM, et al (1984) Six-month prevalence of psychiatric disorders in three communities. 1980 a 1982. Archives of general psychiatry, 41, 959 - 967
- Nagy LM et al (1993) Longterm outcome of P.D. Journal of Clinical Psychopharmac. Feb 13 (1), 16 - 2
- Ost LG y Westling BE, 1995. Applied relaxation vs. behavior therapy in the treatment of panic disorder Behaviour research and therapy 33, 145-158
- Ost LG, Westing BE 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.
- Ost LG, (1988) Applied relaxation vs progressive relaxation in the treatment of panic disorder. Behaviour research and therapy, 26, 13-22.
- Pastor C y Sevillá J (1996) tratamiento psicológico del Pánico-Agorafobia. Publicaciones del Centro de Terapia de Conducta, Valencia, 1996.
- Pollack MH, Otto MW et al (1994) Cognitive behavioural therapy for treatment refractory panic disorder. J Clin Psychiatry May 55 (5) 200-5
- Rachman S (1991). Neo-conditioning and the classical theory of fear acquisitions. Clin Psychol Rev, 11, 155-173.
- Rapee RM (1991) The conceptual overlap between cognition and conditioning in clinical psychology. Clinical Psychology Review, 11, 193-203
- Robins LN et al (1984) Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders. Arch. of Gen. Psychiatry, 41, 949-958
- Salkovskis P, Klark D y Hackman A, 1991, Treatment of panic attacks using cognitive therapy without exposure or breathing retraining. Behaviour research and therapy, 29, 161-166.
- Salkovskis PM (1996) Avoidance behaviour is motivated by treat beliefs: a possible resolution of the cognition-behaviour debate. In Salkovskis P (De) Key Trends in Cognitive-behaviour Therapy New York: Wiley
- Salkovskis y Clark (1995) Linking theory, research and clinical practice. In 25 years of scientific progress in behavioural and cognitive therapies. Ellinica Gammata Atenas, 1995.
- Salkovskis PM, y Clark DM (1991) Cognitive Therapy for panic disorder. Journal of cognitive psychotherapy, 5, 215-226
- Shear MK, Ball G, et al (1991). Cognitive-behavioral therapy for panic. An open study. Journal of Nervous and Mental Disease. 179, 467-471.
- Sokol L, Beack AT, et al (1989) Cognitive therapy of panic disorder: A nonpharmacological alternative. Journal of nervous and mental disease, 177, 711-716
- Telch MJ, Lucas JA et al (1993); Group cognitive behavioural treatment of panic disorder. Behavior research and therapy, 31, 279-287.
- Weissman MM (1988) The epidemiology of anxiety disorders. Key Biscayne Conf: on Anxiety disorders, panic attacks and phobias, Key Biscayne FL Journal of psychiatric research 22 (suppl 1) 99-114.
- Wittchen HU, 1988. Natural course and spontaneous remissions of untreated anxiety disorders: results of the Munich follow-up study. In Hand Y y Wittchen HU (Eds) panic and phobias (Vol 2 pp 3-17) Berlin: Springer.
- Wolfe y Maser, 1994. Treatment of panic disorder. A consensus Development Conference. Washington DC; American Psychiatric Press.