

De la Teoría a la Práctica en la Superación del Pánico. A Propósito de un Caso.

From Theory to Practice in Overcoming Panic. A Case Report

Susana Amodeo Escribano
Fundación Jiménez Díaz, España

Resumen. El trastorno de pánico es, en muchos casos, invalidante para la persona que lo sufre. En este artículo se expone un caso clínico que cumple criterios diagnósticos de trastorno de pánico con agorafobia. El tratamiento aplicado se fundamenta en el modelo cognitivo-conductual, el cual cuenta con un sólido aval empírico acerca de su eficacia para este tipo de trastornos. Se describe el proceso terapéutico hasta que la paciente supera el miedo a sus propios síntomas de ansiedad lográndose un cambio en el esquema mental relacionado con el pánico. Se subraya la importancia que tiene que los psicólogos clínicos, como agentes de salud, guíemos nuestras actuaciones basándonos en la evidencia.

Palabras clave: trastorno de pánico, agorafobia, modelo cognitivo-conductual, tratamientos psicológicos eficaces.

Abstract. Panic disorder, in many cases, paralyzes people who suffer it. This article presents a clinical case that meets diagnostic criteria for panic disorder with agoraphobia. The treatment applied is based on the cognitive-behavioral model, which has strong empirical support of its efficacy and success for these disorders. The therapeutic process that has been presented goes until the patient overcomes the fear of his own symptoms of anxiety and achieves a change in the cognitive structure associated with panic disease. It is also underlined as a very important fact that clinical psychologists as health workers must guide their actions based on evidence.

Keywords: panic disorder, agoraphobia, cognitive-behavioral, psychological treatments effective.

El trastorno de pánico es una patología frecuente, a menudo invalidante por el que los pacientes experimentan crisis recurrentes e inesperadas de angustia, seguidas al menos de un mes de inquietud persistente acerca de la posibilidad de sufrir nuevas crisis, preocupación por las implicaciones de las crisis o cambios significativos de comportamiento (por ejemplo, evitación) relacionadas con ellas (American Psychiatric Association, 2000).

Para poder diagnosticar TP, las crisis no pueden obedecer a los efectos fisiológicos de una sustancia o de un trastorno médico, ni deben explicarse mejor en base a episodios de ansiedad asociados a otros trastornos psiquiátricos como la fobia social, la fobia específica, el trastorno de estrés postraumático o la depresión.

Los ataques de pánico son periodos de miedo, aprensión o malestar intensos que surgen de forma repentina y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos.

Según criterios de DSM-IV-TR se requiere la presencia de 4 de 13 síntomas (palpitaciones, sudación, tem-

La correspondencia sobre este artículo debe enviarse al e-mail: samodeo@ono.com

blores, sensación de ahogo, sensación de atragantamiento, presión torácica, náuseas o molestias abdominales, inestabilidad, mareo o desmayo, desrealización o despersonalización, miedo a volverse loco o a perder el control, miedo a morir, parestesias y escalofríos o sofocaciones) para diagnosticarlo. Las crisis que cursan con menos de 4 síntomas se denominan crisis sintomáticas limitadas.

La mayoría de los síntomas de las crisis de angustia son somáticos. Esto puede explicar la elevada presencia de estos pacientes en las consultas de medicina general y la alta tasa de utilización de servicios médicos.

El inicio brusco de las crisis y su naturaleza episódica la distinguen de los síntomas más difusos de la ansiedad anticipatoria o generalizada.

Las crisis de angustia no son exclusivas del trastorno de pánico. Pueden ocurrir en cualquiera de los trastornos de ansiedad tras la anticipación o exposición a los acontecimientos temidos.

Una característica importante del trastorno es la respuesta fóbica del paciente a las propias crisis de angustia y a sus consecuencias (“*estoy sufriendo un ataque al corazón*”, “*voy a perder el control*”, “*me voy a desmayar*”). La intensidad y frecuencia de las crisis de angustia varían de paciente a paciente.

La agorafobia complica a menudo el trastorno de angustia. En el medio clínico más de tres cuartos de los pacientes refieren evitación agorafóbica. El diagnóstico de agorafobia alude al miedo o evitación por parte del paciente de situaciones de las que resulta difícil o embarazoso escapar o de las que no se puede salir fácilmente en caso de sufrir una crisis de angustia, o bien situaciones donde el paciente ya ha experimentado previamente una crisis de angustia.

En la población general la prevalencia del trastorno de pánico (con o sin agorafobia) oscila entre el 1 y el 3,5%. En la población clínica (atendidos en centros de salud mental) aproximadamente es del 10%. En centros de asistencia médica general la prevalencia oscila entre el 10 y el 30%. Se diagnostica dos veces más en el sexo femenino (American Psychiatric Association, 2000).

En cuanto al curso, la edad de inicio varía considerablemente, pero lo más frecuente es que el inicio tenga lugar entre el final de la adolescencia y la mitad de la cuarta década de la vida. Un reducido número puede iniciarse en la infancia y en mayores de 45 años, aunque es poco frecuente. El curso es crónico con oscilaciones (American Psychiatric Association, 2000).

El trastorno de pánico suele presentarse asociado a otras patologías como fobia social, trastorno de ansiedad generalizada, fobias específicas, trastorno de estrés postraumático, depresión mayor y abuso o dependencia de alcohol (American Psychiatric Association, 2000).

Existe patrón familiar; los pacientes de primer grado tienen hasta 8 veces más probabilidades de presentar este trastorno. Si el trastorno es anterior a los 20 años, los pacientes de primer grado tienen hasta 20 veces más probabilidades de padecerlo (American Psychiatric Association, 2000).

En cuanto a las repercusiones del trastorno de pánico, los datos de una muestra epidemiológica revelaron que las tasa de deterioro psicosocial de los pacientes con trastorno de pánico eran similares o mayores que las de los pacientes con depresión mayor y otras enfermedades médicas crónicas (Markowitz, Weissman y Ouellette, 1989).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en base a un estudio clínico aleatorizado sobre atención primaria (Simon y Vonkorff, 1991), alertó que el diagnóstico de trastorno de pánico se omite en la mitad de los casos que aparece en atención primaria, debido en parte a la manifestación de la sintomatología somática. Pero no sólo la mitad de pacientes con trastorno de pánico se diagnostica correctamente en atención primaria, sino que de los pacientes con diagnóstico correcto, sólo el 64% recibe algún tratamiento farmacológico o psicológico (Roy-Byrne, Wagner y Schraunafel, 2005). En España los pacientes que sufren trastorno de pánico, en comparación con otros trastornos de ansiedad, visitan con mayor frecuencia las consultas de atención primaria y de salud mental (Fernández, Haro, Cordony, Vilagut, Martínez-Alonso y Antonell, 2006). En concreto, este tipo de paciente utiliza aproximadamente 4 veces más los servicios de psiquiatría y de psicología y supone la primera causa de derivación desde la consulta de atención primaria (46%) a los servicios de salud mental (Martín et al., 2009). Otro dato; en España tan sólo recibieron tratamiento mínimamente adecuado el 29.6% por parte de su psiquiatra y el 23% por parte de su psicólogo (Fernández et al., 2006). Probablemente esta sea la causa

de la hiperfrecuentación de estos pacientes en las consultas de atención primaria y la cronificación del trastorno de pánico. Es pues, fundamental diagnosticar adecuadamente el trastorno, conocer qué tratamientos se han demostrado más eficaces, difundirlos y aplicarlos; el diagnóstico en atención primaria y su posterior tratamiento es imprescindible dada la constatación de que el tratamiento induce un alivio sintomático, mejora la actividad global, disminuye notablemente el uso de los servicios sanitarios y reduce costes totales.

Dentro de los diferentes paradigmas psicoterapéuticos, la terapia de corte cognitivo-conductual ha sido ampliamente estudiada y se ha mostrado eficaz en el tratamiento del trastorno de pánico con o sin agorafobia (Botella, 2001; Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000; Margaf, Barlow, Clark y Telch, 1996; Nathan y Gorman, 1998). Este tipo de tratamientos suele incluir información acerca de la naturaleza del trastorno, técnicas de manejo de la ansiedad como la respiración diafragmática y la relajación muscular, reestructuración cognitiva y exposición a estímulos temidos (tanto internos como externos).

Hoy en día se sabe que uno de los principales indicadores psicométricos de vulnerabilidad del trastorno de pánico es el índice de sensibilidad a la ansiedad. Este se entiende como el miedo a los propios síntomas de ansiedad. Generalmente, se asume que este se produce por la creencia de que la experiencia de miedo/ansiedad posee consecuencias somáticas, psicológicas o sociales que pueden resultar peligrosas. En su definición original del concepto, Reiss y McNally (1985), conceptualizaron dicha vulnerabilidad como una variable de diferencias individuales distinta del rasgo de ansiedad; una persona puede ser propensa a experimentar ansiedad (nivel elevado de rasgo de ansiedad) y sin embargo no experimentar miedo a los síntomas de ansiedad, es decir, bajo nivel de sensibilidad a la ansiedad (Sandin, Chorot y McNally, 2001). Aunque se sugirió que la sensibilidad a la ansiedad fuera una consecuencia secundaria a los ataques de pánico, varios estudios longitudinales retrospectivos mostraron que se trata de un factor de riesgo que precede a los ataques de pánico y puede ser adquirido por diferentes vías (condicionamiento, aprendizaje vicario, etc.) (Reiss, 1991). Las propiedades de la sensibilidad a la ansiedad para amplificar las reacciones de ansiedad sugieren que puede desempeñar un papel relevante en la intensificación de las sensaciones corporales que llevan al ataque de pánico. Los pacientes con pánico presentan niveles de sensibilidad a la ansiedad superiores a personas con otros trastornos (incluidos otros trastornos de ansiedad) o sin trastorno. Estudios longitudinales revelan que la sensibilidad a la ansiedad predice la ocurrencia de ataques de pánico, incluidos los ataques de pánico inesperados característicos del trastorno de pánico (Taylor, 1999).

Existe cierta controversia acerca de la eficacia de la terapia basada en la exposición respecto a la basada en la reestructuración cognitiva no encontrándose diferencias significativas entre ambas (Margaf y Schneider, 1991; Bouchard et al., 1996).

La disminución de la tendencia a evaluar catastróficamente las sensaciones internas asociadas al pánico es central en el tratamiento psicológico del pánico. Las teorías del aprendizaje sostienen que ese cambio cognitivo se puede producir mediante reestructuración cognitiva y mediante exposición, pues ambas modifican creencias a través del aprendizaje (Davey, 1992; Foa y Kozack, 1986; Rachman, 1991; Rapee, 1991). Ambas técnicas pueden modificar representaciones internas o esquemas relacionados con el pánico. El paciente puede aprender que sus sensaciones corporales asociadas al pánico son inofensivas mediante información verbal o mediante exposición (Kendall e Ingram, 1987).

Dos de los tratamientos psicológicos considerados bien establecidos o con suficiente evidencia empírica según criterios de la APA-Task Force (Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures, 1995) son, por un lado, el programa del grupo de Barlow (Barlow y Cerny, 1988, Barlow y Craske, 2000) el cual da una importancia central a la exposición y la llamada terapia cognitiva focal del grupo de Clark (Clark, 1986, 1988, 1989; Clark y Salkovskis 1986 y 1996) la cual, da prioridad al componente cognitivo y se basa en la teoría cognitiva de Beck, según la cual, las emociones resultan de la evaluación que hacemos de las situaciones. La ansiedad es la emoción resultante de la percepción de amenaza, sea esta real o no. Los ataques de pánico resultan de una interpretación catastrofista de sensaciones interoceptivas. Esta interpretación catastrofista y la focalización atencional sobre dichas sensaciones producen a su vez un mecanismo de aumento de

las mismas desencadenándose así un círculo vicioso que culmina en una crisis de pánico. La terapia tiene como objetivo que el paciente aprenda a evaluar correctamente dichas sensaciones (Beck y Emery, 1985; Clark, 1986, 1988, 1989; Salkovskis y Clark 1991, 1995).

No podemos dejar de mencionar las terapias farmacológicas utilizadas en el trastorno de pánico con o sin agorafobia dada su alta frecuencia de uso. Hay que tener muy en cuenta que cuando un paciente llega a la consulta del psicólogo clínico en el ámbito público viene derivado o bien del médico de atención primaria o de otro especialista médico o bien, de un psiquiatra del propio equipo. En muy pocos casos, el paciente llega "limpio" de medicación. Aunque cada vez más, vemos en nuestra consulta pacientes que quieren controlar la ansiedad "por ellos mismos" y no desean ser medicados. También, cada vez más, los médicos en general valoran positivamente la utilidad práctica de las técnicas psicológicas.

Existe controversia a cerca de la eficacia comparada entre los tratamientos farmacológicos y los psicológicos. Los investigadores de orientación farmacologista así como los investigadores de orientación cognitivo-conductual siguen convencidos de la superioridad de su enfoque acusándose mutuamente de deficiencias metodológicas (Mc Nally, 1996).

Los fármacos actualmente más utilizados para el tratamiento farmacológico del trastorno de pánico con o sin agorafobia son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS). Existen ensayos randomizados para sertralina, paroxetina, flouxetina, fluvoxamina, citalopram y escitalopram. La eficacia de los diferentes ISRS ha sido demostrada similar en la disminución de la frecuencia de las crisis, las conductas de evitación y la ansiedad anticipatoria (Roy-Byrne, 2009). Los antidepresivos tricíclicos (ADT) imipramina y clorimipramina también han demostrado después de varios ensayos clínicos randomizados, su eficacia en la disminución en la frecuencia de los ataques de pánico, pero con un efecto muy variable en la ansiedad anticipatoria y las conductas de evitación (Roy-Byrne, 2009). Un metaanálisis con 6 estudios randomizados y controlados con placebo acerca de la discontinuación de tratamiento con antidepresivos (ISRS y ADT) mostró una tasa de recaídas de 25-50%. El grupo de fármacos benzodiazepinas, (BDZ) también muy utilizado para este tipo de trastornos, presentan una tasa de recaídas del 70%. (Noyes, Garvey, Cook y Suelzer, 1991; Roy-Byrne, 2009). Cuando se combina el tratamiento cognitivo-conductual con BZD se obtienen resultados contradictorios. Varios estudios randomizados muestran efectos deletéreos de la adicción de BDZ a la terapia cognitivo-conductual; mayores tasas de abandono, una pobre mejoría y mayores posibilidades de recaída a largo plazo (Craske, 2009). Las benzodiazepinas a demanda, además, supusieron peores resultados que si estaban pautadas o no se tomaban. (Westra, Stewart y Conrad, 2002).

Los datos encontrados en ensayos controlados y metaanálisis apuntan a una eficacia similar si comparamos la terapia cognitivo-conductual con tratamiento farmacológico para el trastorno de pánico, aunque probablemente, la primera consiga menos tasa de recaídas. (Barlow, Garman, Shear y Woods, 2000; Roy-Byrne, 2009). La combinación de terapia cognitivo-conductual con antidepresivos potencia la eficacia del tratamiento psicológico en el postratamiento, pero no en los seguimientos (Mitte, 2005). Las mejoras adicionales al combinar fármacos y tratamiento cognitivo-conductual desaparecen al discontinuar el fármaco, en cambio, los efectos del tratamiento cognitivo-conductual perduran en los seguimientos a corto, a medio y a largo plazo (hasta 9 años de duración) y el porcentaje de recaídas es mucho más bajo (20-25% contra 25-50% en el tratamiento combinado) (Badós, 2005).

PRESENTACIÓN DEL CASO

Identificación de la paciente

La paciente, que llamaremos Cristina (no corresponde a su verdadero nombre), tiene 27 años, soltera, vive con sus padres y trabaja como administrativa en una empresa. Es la menor de 2 hermanas, su otra hermana (33 años) está independizada. Cristina tiene pareja desde hace 2 años.

Las únicas preocupaciones de las que informaba la paciente era acerca del problema que le trajo a consulta y una cierta insatisfacción laboral.

Presenta un buen estado de salud. No consume tóxicos.

Motivo de consulta

Cristina acudió a consulta porque padecía ataques de ansiedad de diferente intensidad con síntomas tales como disnea, sudoración, opresión torácica, taquicardia, temblor, sensación de irrealidad durante la crisis y cogniciones catastrofistas asociadas a miedo a perder el control y a morir.

Historia del problema

El problema se remonta dos años atrás, cuando sufrió el primer ataque de pánico volviendo a casa en metro. Comenzó a sentir “falta de aire, taquicardia, temblor, sensación de irrealidad, opresión en el pecho”, empezó a pensar que estaba atrapada entre mucha gente y no podría salir. Las sensaciones iban a más. Pensó que iba a morir. En el momento que se abrieron las puertas del vagón salió rápidamente y cómo pudo, salió a la calle. Esa misma tarde fue al médico de atención primaria, el cual le recetó lorazepam para cuando aparecieran los síntomas. Pero el miedo se fue generalizando. Cristina comenzó a sentirse cada vez más insegura cuando se alejaba de su casa, o si estaba en algún lugar dónde pensara que en caso de necesitarla, no podría recibir ayuda. Igualmente ocurría en situaciones en las cuales fuera difícil escapar en caso de que ocurriera una crisis. Comenzó a evitar medios de transporte públicos, centros comerciales y a conducir sola (iba y venía al trabajo en el coche de un compañero o la llevaba su padre).

Antecedentes personales. Desde pequeña refiere reacciones de ansiedad pero de intensidad baja y siempre ligada a situaciones concretas.

Antecedentes familiares. Su madre y hermana sufren también problemas de ansiedad, pero con menor intensidad que Cristina.

Evaluación

La evaluación se realizó en base a la entrevista clínica, autorregistro, el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979).

La paciente cumplía criterios DSM-IV TR. para el diagnóstico de trastorno de pánico con agorafobia.

Se estableció una línea base durante dos semanas utilizando el autorregistro. La frecuencia aproximada de las crisis era de 2 por semana a pesar de evitar situaciones y actividades por miedo a padecer un ataque de pánico. La intensidad media de las crisis en una escala de 0-10 era de 8 y la duración de las crisis tenía una de media

Tabla 1

Fecha	Situación	Grado de intensidad de la crisis (0-10)	Duración de la crisis (minutos)
1 de Febrero	Al levantarme por la mañana para ir al trabajo.	9	17
3 de Febrero	Tras dificultad para respirar por congestión nasal.	7	13
7 de Febrero	Al sentir taquicardia por acelerar el paso por la calle.	8	14
11 de Febrero	En un centro comercial con mucha gente.	7	15

de 15 minutos. La puntuación en el STAI-E se situaba en el percentil 70 y en el STAI-R en el percentil 80, ambas puntuaciones nos informaban de altos niveles de ansiedad-estado y de ansiedad-rasgo. La puntuación en el BDI era de 16, lo que indicaba una leve perturbación en el estado de ánimo.

Análisis funcional

Cuando comenzó el problema, hace dos años, las crisis solían ser inesperadas, pero poco a poco se fueron condicionando a diferentes estímulos externos e internos.

Los estímulos antecedentes internos (experimentar dificultad respiratoria y taquicardia por cualquier causa y encontrarse especialmente fatigada) así como los estímulos antecedentes externos (transporte público, aglomeraciones, atascos, la lejanía de su casa o cualquier otra situación donde Cristina anticipara cognitivamente que escapar o recibir ayuda sería difícil o embarazoso en caso de sufrir una crisis), desencadenaban en ella la percepción de peligro, lo cual producía un aumento de los síntomas físicos de ansiedad; disnea, taquicardia, temblor, opresión torácica y el etiquetaje cognitivo de que esas sensaciones son signo de catástrofe. Estas sensaciones eran interpretadas como indicadoras de un desastre interno inminente produciéndose pensamientos catastrofistas del tipo; *“me voy a asfixiar”*, *“me va a dar un infarto”*, *“voy a perder el control”*, *“voy a morir”*. Todo lo cual la llevaba al escape yéndose a casa, tomándose una benzodiacepina y metiéndose en la cama produciéndose así un reforzamiento negativo a corto plazo de la conducta de escape. Por otro lado, la atención que recibía en tales momentos por parte de sus padres y novio actuaba como refuerzo positivo. La anticipación cognitiva de la posibilidad de las crisis fue dando paso a la evitación generalizada (evitación de ir al trabajo-incapacidad laboral transitoria-, evitación del ejercicio físico, a salir de casa, a ir a centros comerciales, a conducir, etc.), así como las consecuencias negativas a nivel laboral, disminuían dramáticamente la tasa de reforzadores lo cual explicaba en parte el bajo estado de ánimo de nuestra paciente. También la expectación aprensiva acerca de la ocurrencia de los ataques de pánico y la percepción de ausencia de control sobre su ansiedad, consideramos que también actuaban negativamente en el estado de ánimo de Cristina.

Tratamiento

La paciente fue tratada en un Centro de Salud Mental público de la Comunidad de Madrid. La evaluación, tratamiento y seguimiento se llevaron a cabo en 12 sesiones de 40 minutos. Las 10 primeras sesiones (2 de evaluación y 8 de tratamiento) tuvieron una frecuencia mensual y las 2 últimas (seguimiento) se espaciaron en intervalos de 6 y 12 meses.

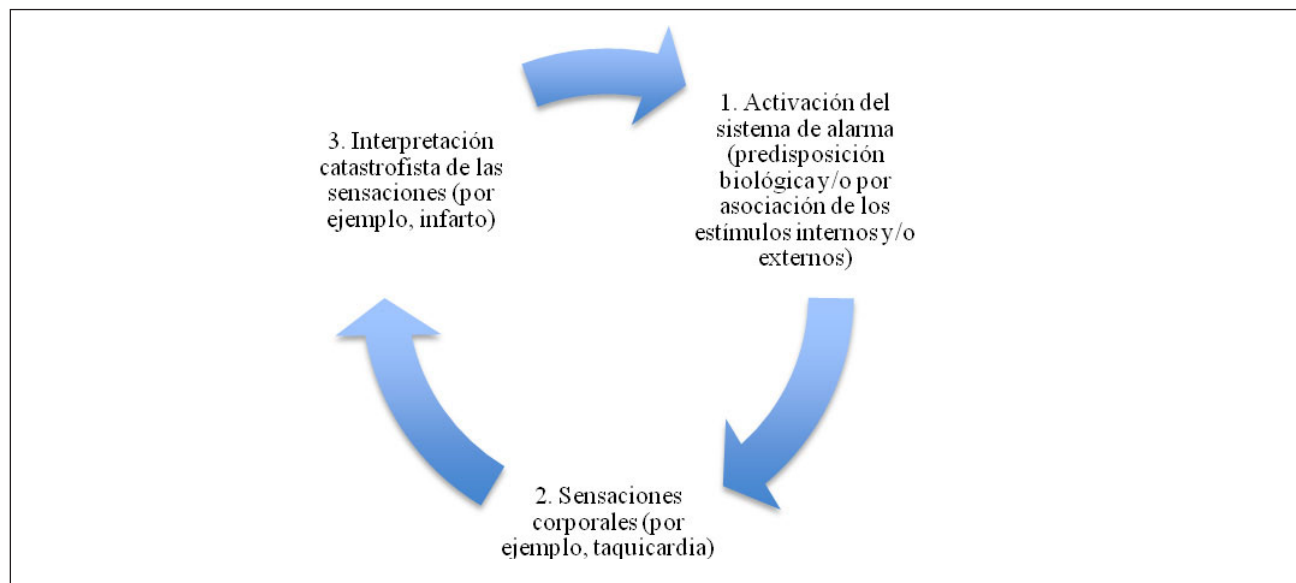
Se aplicó un paquete de técnicas cognitivo-conductuales con los siguientes componentes:

a) Información de qué es el pánico y cómo se produce

Era necesario, en primer lugar, que Cristina comprendiera en qué consiste el trastorno de pánico, cómo se produce y cómo se puede reducir. Se explicó a la paciente el valor adaptativo de la ansiedad y del miedo y cómo nos han ayudado a sobrevivir como especie. En el trastorno de pánico, sin embargo, el cerebro lanza una respuesta de alarma como si estuviera ante un peligro inminente y esa respuesta de alarma prepara inmediatamente al organismo para la lucha-huida lo cual conlleva cambios corporales drásticos (aumento de la tasa cardíaca, tasa respiratoria, aumento de la tensión muscular, sudoración, cambios en la demanda de sangre en determinadas áreas cerebrales y corporales en detrimento de otras, dilatación pupilar, etc.). Estas sensaciones las interpretaba como indicadoras de un desastre interno inminente produciéndose los típicos pensamientos catastrofistas del

pánico. Estos pensamientos incrementaban la alarma y con ella las reacciones fisiológicas de la ansiedad, constituyéndose así un verdadero círculo vicioso de retroalimentación positiva culminando en un ataque de pánico.

Figura 1. Círculo vicioso del pánico



De esta manera, la aparición de cualquier estímulo interno asociado con el miedo (por ejemplo taquicardia), desencadenaba un ataque de pánico. Lo mismo ocurría en cualquier situación externa que la paciente asociaba a las crisis o preveía que en caso de ocurrir no podría escapar o recibir ayuda.

b) Entrenamiento en respiración diafragmática

Cuando se dispara la señal de alarma, uno de los primeros cambios que suele ocurrir en el organismo es el incremento en la tasa respiratoria dando lugar a un patrón respiratorio más rápido y superficial. Este patrón conlleva una modificación en la entrada y salida de gases produciéndose una reducción del dióxido de carbono en sangre y aumento del pH sanguíneo. Ambas circunstancias provocan taquicardia y sensación de falta de aire lo cual fuerza al sujeto a respirar más. Este círculo vicioso aumenta la disminución de dióxido de carbono y la sensación de ahogo.

Para revertir estos síntomas se entrenó a Cristina en técnicas de respiración lenta o diafragmática que básicamente consiste en aprender a hacer inspiraciones y espiraciones lentas y profundas utilizando el movimiento voluntario del diafragma. Este patrón respiratorio caracterizado por inspiraciones y espiraciones lentas y profundas produce una ligera hipercapnia (leve aumento de dióxido de carbono en sangre), lo cual tiene un efecto parasimpaticomimético.

c) Entrenamiento en técnicas de relajación muscular

Otro de los síntomas de las crisis era un aumento de la tensión muscular, por lo cual, el entrenamiento en relajación muscular proporcionó una herramienta que disminuyó la intensidad de la ansiedad a través de un mecanismo de información interoceptiva.

Para reforzar el aprendizaje de las técnicas de respiración diafragmática y relajación muscular, se le proporcionó un CD con las técnicas grabadas en audio para que las practicara en casa diariamente.

d) *El autodiálogo interno catastrofizador de las sensaciones corporales*

Los pacientes con trastorno de pánico tienen en común la tendencia a interpretar catastróficamente las sensaciones corporales propias de la ansiedad, lo cual, aumenta aún más los niveles de ansiedad. En este punto, se trata primero que el paciente sea consciente de ese autodiálogo interno para, a partir de ahí, debatir socráticamente la veracidad-o no-de sus cogniciones. A través de una serie de preguntas se cuestiona la evidencia de su pensamiento negativo o catastrofizador. Por ejemplo, uno de los pensamientos de Cristina cuando, en plena crisis de ansiedad, notaba latir su corazón más fuerte y cierta presión precordial, era; "me va a dar un infarto". La primera pregunta que debía hacerse es ¿qué estoy pensando?; "pienso que voy a tener un infarto". La segunda pregunta sería ¿qué evidencias tengo en contra y a favor de ese pensamiento?; "en contra: nunca me ha dado un infarto ante tales síntomas y además respirando lentamente desaparece la taquicardia y la presión, a favor; por ahora no tengo ninguna evidencia a favor". El tercer tipo de pregunta lleva a la reflexión de la utilidad de tales pensamientos; ¿a que me lleva pensar de esta manera (catastrofizadora)?; "a generarme yo misma más ansiedad". Esta discusión cognitiva ha de hacerse de forma sistemática ante cualquier pensamiento catastrofizador por parte del propio paciente con el fin de lograr una reatribución de sus sensaciones corporales.

e) *Exposición a situaciones temidas*

Mediante la exposición a situaciones temidas se logra ajustar la predicción por parte del paciente de la probabilidad de sufrir una crisis, el grado de intensidad de la misma, así como el grado de control sobre la misma. Cristina tendía a exagerar las probabilidades de sufrir una crisis, a sobrestimar su intensidad e infravalorar su capacidad de control sobre la misma. Se le propuso, pues, exponerse gradualmente a situaciones temidas y que anotara antes y después de la exposición su predicción con la realidad.

Ejemplo: hacer ejercicio físico hasta notar taquicardia.

Tabla 2

	Predicción	Realidad
Grado de seguridad-control (0 - 10)	4	7
¿Ataque de pánico?	Si	No
Intensidad del ataque(0 - 10)	8	0

Evolución y resultados

Desde el inicio del tratamiento, tras explicar a la paciente la naturaleza de los ataques de pánico y la forma de controlarlos, ya se apreció un descenso en la preocupación que le generaba el trastorno. Las crisis fueron disminuyendo en frecuencia, duración e intensidad en las últimas semanas de tratamiento sin volver a aparecer en el periodo de seguimiento de 18 meses. Disminuyeron también otras variables clínicas más generales como son la ansiedad-estado, la ansiedad-rasgo y el grado de depresión evaluado con el BDI. Según nos informó la paciente, ya no dependía de nadie para poder hacer su vida normal, por ejemplo conducir sola, hacer deporte, ir a un centro comercial o salir de viaje, entre otros. Al finalizar el tratamiento no tenía miedo a su propia ansiedad. No volvió a recurrir al loracepam, ni a ningún otro fármaco. Comprendió que la ansiedad cumple una función adaptativa y aprendió a controlarla. La paciente verbalizó percibir control sobre su ansiedad y ese control estaba en ella misma, no situado en otro o en un fármaco.

Tabla 3

	Pre	Post	Seg. 1	Seg. 2
Intensidad de la crisis (0-10)	8	4	2	—
Duración de la crisis	15 min.	6	4	—
Frecuencia semanal de la crisis	2	0,5	—	—
STAI-E (percentiles)	70	40	20	10
STAI-R (percentiles)	80	70	55	40
BDI	16	8	6	6

Figura 2. Resultados de seguimiento

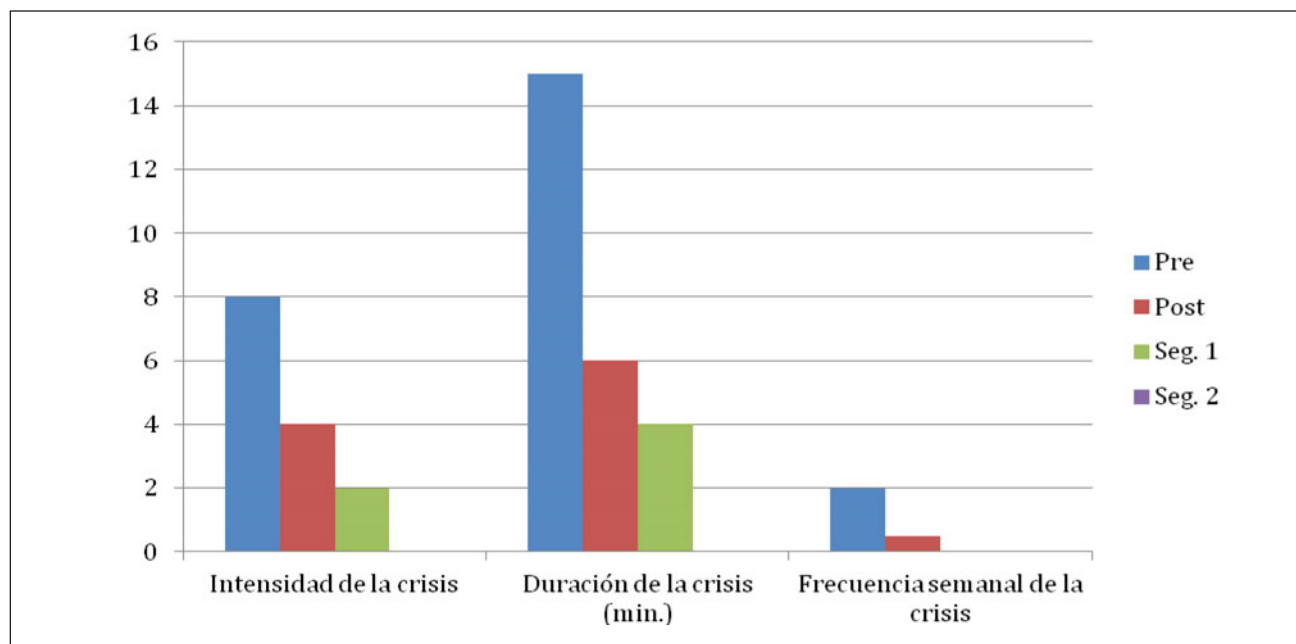
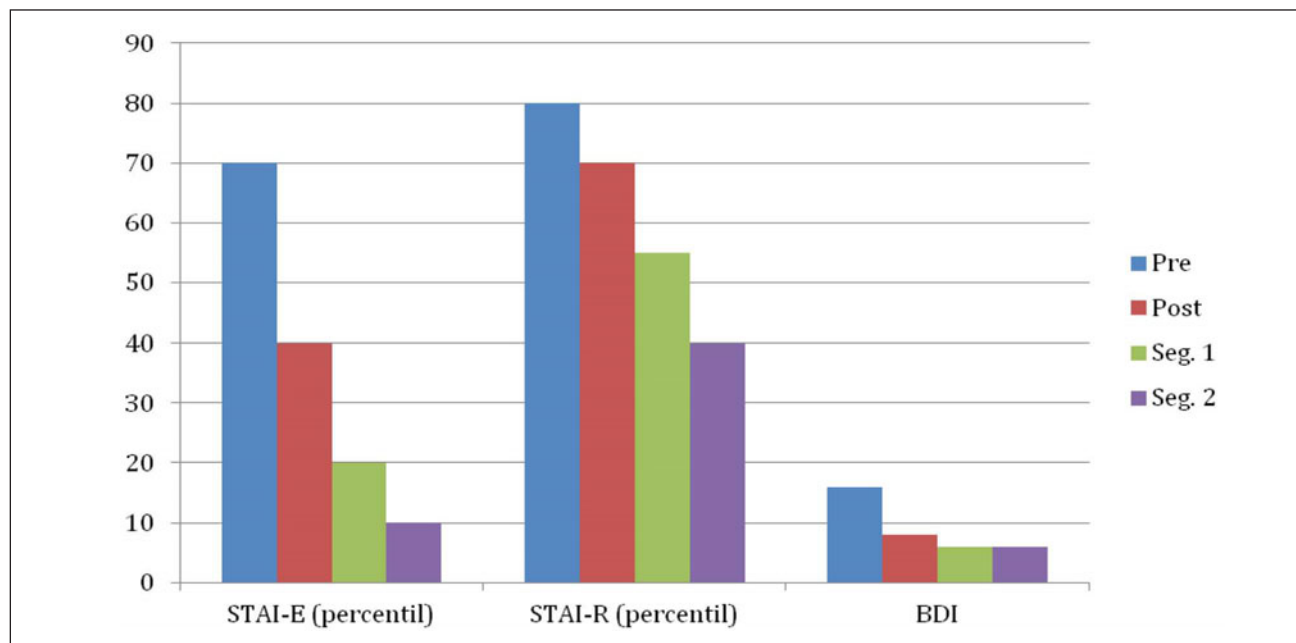


Figura 3. Resultados de cuestionarios



Conclusiones

Este artículo presenta un caso de trastorno de pánico con agorafobia tratado en un centro de salud mental público y pese a las limitaciones propias de la presión asistencial, se obtienen buenos resultados terapéuticos.

El trastorno de pánico, en este caso complicado con agorafobia, supone un importante sufrimiento y deterioro en el funcionamiento psicosocial de la persona con afectación de su entorno. La explicación adecuada acerca de la naturaleza del problema, cómo actuar ante las crisis y fundamentalmente la modificación de los esquemas relacionados con el pánico, modifica el sombrío pronóstico del que nos advierten los manuales al uso. La DSM-IV-TR describe el curso típico del trastorno de carácter crónico, con altas y bajas, pero la evidencia que nos ofrece la práctica diaria nos muestra que los pacientes que completan el programa de tratamiento reconocen un antes y un después respecto al grado de preocupación que le genera la aparición de una posible crisis, ya que han aprendido a evaluar correctamente las sensaciones asociadas a la ansiedad y como disminuir las mismas; los supuestos pacientes crónicos que describe la DSM-IV-TR dejan de ser “pacientes” para ser parte activa de su tratamiento y de sus vidas.

Como ya hemos señalado en la introducción, los pacientes con trastorno de pánico, no son bien diagnosticados en la mitad de los casos y de estos, tan sólo un 29.6% y un 23% reciben un tratamiento adecuado por parte de su psiquiatra o de su psicólogo respectivamente, probablemente esta sea la causa de la hiperfrecuentación de estos pacientes en las consultas de atención primaria y la cronificación de su trastorno. La detección y abordaje precoz del trastorno de pánico mediante intervenciones adecuadas y buscando el formato (individual o grupal) que optimice la relación coste-beneficio ahorraría mucho sufrimiento a los pacientes y reduciría significativamente la saturación las consultas de atención primaria y especializada.

Como agentes de salud, los psicólogos clínicos estamos obligados a aplicar los tratamientos validados empíricamente, mejorarlos, desarrollar otros nuevos y ponerlos a disposición de mas personas.

Eysenck y Rachman (1965) ya nos pedían que nuestras intervenciones tuvieran apoyo empírico, hacer otra cosa conlleva demasiado peligro. Nathan y Gorman (1998), en el prefacio de su libro, lo dejaban muy claro, “En ausencia de la ciencia, la opinión prevalece” (pag. ix)

Referencias

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*. (4th Edition). Text Revision. Washington: American Psychiatric Association.
- Badós, A. (2005). Trastorno de pánico y agorafobia. En J. M. Farré y M. A. Fullana (Coords.), *Recomendaciones terapéuticas en terapia cognitivo-conductual*. Barcelona: Ars Médica. <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/358/1/115.pdf>
- Barlow, D. y Cerny, J. A. (1988). *Psychological treatment of panic*. Nueva York: Guilford Press.
- Barlow, D. y Craske, M. G. (2000). *Mastery your anxiety and panic: client workbook for anxiety and panic*. San Antonio: Graywind Psychological corporation.
- Barlow, D., Garman, J. M., Shear, M. K. y Woods, S. W. (2000). Cognitive- behavioral therapy, imipramine or their combination for panic disorder. A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 283, 2529- 2536. doi: 10.1001/jama.283.19.2529
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, A.T. y Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias*. Nueva York: Basics Books.
- Botella, C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno de pánico. *Psicothema*, 13, 465-478.
- 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, 213-224.

- 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 generalized anxiety. *Cognitive behavior therapy for psychiatric problems*. Oxford: University Press.
- Clark, D. A. y Salkovskis, P. M. (1986). *Cognitive treatment of panic: Therapist's manual*. England: Department of psychiatric. University of Oxford.
- Clark, D. M. y Salkovskis, P. M. (1996). *Cognitive therapy of panic and hypochondriasis*. Oxford. Pergamon Press.
- Craske, M. (2009). *Psychotherapy for Panic disorder I: (Update)*. Waltham: Basow D.S.
- 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. doi: 10.1016/0146-6402(92)90010-L
- Eysenck, H. J. y Rachman, S. (1965). *The causes and course of neurosis*. Londres: Routledge and Kegan Paul.
- Fernandez, A., Haro, J. M., Cordony, M., Vilagut, G., Martínez Alonso, M. y Antonelly, J. (2006). Treatment adequacy of anxiety and depressive disorders: primary versus specialised care in Spain. *Journal of Affective Disorders*, 96, 9-20.
- Foa, E. y Kozack, M. S. (1986). Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- Kendall, P. C. e Ingram, R. (1987). The future for cognitive assessment of anxiety: Let's get specific. En L. Y. Michelson y L. M. Ascher (Eds.). *Anxiety and Stress disorders: Cognitive behavioral assesment and treatment*. (pp. 84-104). Nueva York: Guildford Press.
- Labrador, F. J., Echeburúa, E. y Becoña, E. (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos. Hacia una nueva psicología clínica*. Madrid: Dykinson.
- Margraf, J. y Schneider, S. (November, 1991). *Outcome and active ingredients in cognitive-behavior treatment for panic disorder*. Trabajo presentado en the 25th convention of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, New York.
- Margraf, J., Barlow, D. H., Clark, D. M. y Telch, M. J. (1996). 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., Weissman, M.M. y Ouellette, R. (1989). Quality of live in panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 46, 984-992.
- Martin, J. C., Garriga, A., Pujalte, M. L., Balanza, P., San Llorente, C. y Guijarro, L., Hurtado, A. Martínez-Moya, A. y Martínez-Artero, M. C. (2009). Generalización y efectividad de la aplicación del modelo del control del pánico en Centros de Salud Mental, una estrategia de benchmarking. *Psicología.com*, 13(2). Recuperado de <http://www.psiquiatria.com/articulos/ansiedad/trpanico/47212/>
- McNally, R.J. (1996). Nuevos desarrollos en el tratamiento del trastorno de pánico. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 1, 91-103.
- Mitte, K. (2005). A meta-analysis of the efficacy of psycho-and pharmacotherapy in panic disorder with and without agoraphobia. *Journal of Affective Disorders*, 88, 27-45.
- Nathan, P. E. y Gorman, J. M. (1998). *A guide to treatments that work*. Oxford University press.
- Noyes, R. J., Garvey, M., Cook, B. y Suelzer, M. (1991). Controlled Discontinuation of benzodiazepine Treatment for patients with Panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 148, 517-523.
- Rachman, S. (1991). Neoconditioning 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.
- Reiss, S. (1991). Expectancy model of fear, anxiety and panic. *Clinical Psychology Review*, 11, 141-153.

- Reiss, S. y McNally, R. J. (1985). Expectancy model of fear. En: Reiss S. y Bootzin R.R. (Eds.). *Theoretical issues in behavior therapy* (pp. 107-122). Nueva York: Academic Press.
- Roy-Byrne, P. P. (2009). Pharmacotherapy for Panic Disorder. UpToDate. Recuperado de <http://www.uptodate.com/contents/pharmacotherapy-for-panic-disorder>
- Roy-Byrne, P. P., Wagner, A. W. y Schraufnagel, T. J. (2005). Understanding and treating panic disorder in the primary care setting. *Journal of clinical psychiatry* 66 (4). 16-22.
- Salkovskis, P. M. y Clarck, D. M. (1991). Cognitive Therapy for panic disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 5, 215-226.
- Salkovskis, P. M. y Clarck, D. M. (1995). Linking theory, research and clinical practice. En Y. Kaviskis (ed.), *25 years of scientific progress in behavioural and cognitive therapies*. Atenas: Ellinica Gammata.
- Sandin, B., Chorot, P. y McNally, R. J. (2001). Anxiety sensitivity index: Normative data and its differentiation from trait anxiety. *Behaviour Research and therapy*, 39, 213-219.
- Simon, G. E. y VonKorff, M. (1991). Somatization and psychiatric disorders in the NIMH Epidemiologic Catchment Area study. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1494-1500.
- Spielberger, C. C., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1970). *Manual for The State-Trait Anxiety Inventory*, Palo Alto: Consulting Psychologist Press.
- Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures (1995). Training and dissemination of empirically-validated psychological treatments: Report and recommendations. *The Clinical Psychologist*, 48, 3-29.
- Taylor, S. (1999). *Anxiety Sensitivity: Theory, research and treatment of the fear of anxiety*. Mahwah NJ: Erlbaum.
- Westra, H. A., Stewart, S. H. y Conrad, B. E. (2002). Naturalistic manner of benzodiazepine use and cognitive behaviour therapy outcome in panic disorder with agoraphobia. *Journal Anxiety Disorders* , 16, 233-246.

Manuscrito recibido: 15/10/2012

Revisión recibida: 18/07/2013

Manuscrito aceptado: 23/07/2013