

INTRODUCCIÓN: EVOLUCIÓN HISTÓRICA Y SITUACIÓN ACTUAL

En la literatura especializada sobre el trastorno que nos ocupa se utilizan las denominaciones de “pánico” o “angustia” como sinónimos, pero en el desarrollo de este trabajo emplearemos preferentemente la de pánico por ser la más usada en la actualidad.

El origen de la palabra pánico viene del dios Pan, que en la mitología griega simbolizaba el miedo intenso.

Según el diccionario de la Real Academia Española (Madrid, 1992) el término “pánico” significa “miedo grande o muy intenso”. Por su parte, el miedo puede definirse como una experiencia humana común, relacionada con un mecanismo de supervivencia de la especie, que surge ante una situación de peligro o amenaza, sea esta real o imaginaria (Beck et al., 1985).

Como señala García (1997), la conceptualización del trastorno de pánico ha ido evolucionando a través del tiempo.

En la segunda mitad del siglo XIX empezaron a aparecer descripciones médicas de patologías similares a lo que hoy conocemos como trastorno de pánico. En 1871 Da Costa observó, entre los soldados de la guerra civil norteamericana, un cuadro que incluía mareos y palpitaciones al que llamó “síndrome del corazón irritable”. En 1917 Lewis describió una alteración muy parecida, en soldados de la primera guerra mundial, a la que llamó “síndrome de esfuerzo”. Llegó a la conclusión de que se daba en sujetos que experimentaban un agotamiento extremo debido al estrés de la guerra, o que tenían una constitución débil a nivel físico o psicológico. Oppenheim, en 1918, y Cohen y White en 1950, identificaron un síndrome similar al que llamaron “astenia neurocirculatoria” y señalaron su parecido con otros cuadros hallados en la literatura médica de aquellos años con denominaciones como taquicardia nerviosa, neurosis vasomotora o agotamiento nervioso.

Desde posiciones más próximas al campo de la Psicología, Westphal (1871) acuñó el término agorafobia que describió como “ansiedad desencadenada por los espacios abiertos” que se acompañaba de temor anticipatorio y miedo a morir.

En 1894 Freud definió los ataques de ansiedad -lo que hoy llamamos ataques de pánico- como el inicio repentino de un estado de intensa ansiedad, acompañado de miedo a morir y de alteraciones fisiológicas (en la respiración, la actividad cardiaca, etc.). Freud fue el primero en señalar la relación existente entre las crisis de pánico y la agorafobia, explicando que “la agorafobia suele iniciarse tras la experimentación de estas crisis” y que “lo que el paciente realmente teme es volver a sufrirlas en situaciones en las que cree que no podría escapar” (Freud 1894, edición en castellano, 1972). Esta formulación es muy similar a la visión moderna del trastorno de pánico y de la agorafobia. Freud consideraba que la ansiedad (lo que hoy llamamos ansiedad general) y los ataques de ansiedad (crisis de pánico) sólo se diferenciaban en el grado de intensidad; es decir, la diferencia era sólo cuantitativa. Esta visión de la ansiedad como un continuo fue aceptada hasta finales de los años 50, en que empezó a cuestionarse.

Entre los años 1959 a 1964, Klein realizó una serie de estudios sobre los efectos de la imipramina en los esquizofrénicos. Partía de la hipótesis de que este fármaco pudiese ser un tratamiento eficaz para los síntomas psicóticos, pero se comprobó que no era así. Sin embargo, se observó que suprimía las crisis de pánico en los esquizofrénicos que las padecían y que, pese a la mejoría en las crisis, no mejoraba su estado de ansiedad general. Esto resultaba extraño ya que desde Freud se consideraba que los ataques de pánico eran la forma más extrema de ansiedad, y no parecía lógico que la imipramina mejorase la ansiedad extrema y no mejorase la ansiedad más moderada. Por eso, Klein (1964) llegó a la conclusión de que se trataba de dos cuadros de diferente naturaleza. Así se empezó a considerar que los ataques de pánico eran un trastorno cualitativamente diferente a otros tipos de ansiedad, y que tenían una base biológica, ya que respondían a la imipramina.

La conceptualización de las crisis de pánico como cualitativamente diferentes a la ansiedad general fue recogida por el DSM-III (APA 1980) en el que, por primera vez, aparecía el pánico como un trastorno con entidad propia. Esto se debió a la influencia de Klein, y también a la de Marks por sus conocidos trabajos sobre los trastornos de ansiedad (Marks, 1969; 1970).

En 1985, Beck expuso un modelo explicativo de los trastornos de ansiedad, en el que afirmaba que los ataques de pánico denominados “espontáneos” estaban en

realidad vinculados a cogniciones catastrofistas acerca de ciertas sensaciones internas. Beck consideraba a estas cogniciones catastrofistas como “la pieza perdida en el puzzle” que daba sentido al desencadenamiento de estas crisis (Beck et al., 1985). Así sentaba las bases del modelo cognitivo para la ansiedad y el pánico que, años después, desarrollarían Clark y Salkovskis (y el mismo Beck) para el tratamiento del trastorno que nos ocupa.

En los últimos años, el trastorno de pánico se ha convertido en un tema de gran interés para los investigadores y ha llegado a ser el trastorno de ansiedad que cuenta con un mayor número de investigaciones y de publicaciones en la literatura especializada (Norton, et al., 1995). Muchas investigaciones clínicas se iniciaron a raíz de su inclusión en el DSM-III en 1980, lo que suponía el disponer de criterios diagnósticos, objetivos y consensuados, que facilitaban la investigación. Otras razones importantes que justifican el aumento del interés por la investigación de este trastorno son los estudios epidemiológicos que indican que se trata de un problema mucho más común de lo que se creía, y la mayor concienciación sobre la discapacitación que puede producir cuando no es tratado de forma adecuada.

Hasta los años 80, la investigación de este trastorno se centraba en la agorafobia ya que se tendía a considerar que la agorafobia era el problema principal, y que el pánico era una complicación de esta. Sin embargo, desde el final de la década de los 80 hasta la actualidad, la investigación se ocupa mucho más del trastorno de pánico porque, cada vez más, se tiende a considerar al pánico como el problema básico, y a la agorafobia como una complicación del mismo. No obstante, algunos autores siguen defendiendo la prioridad de la agorafobia sobre el pánico, siendo esta la posición defendida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la décima edición de su manual de clasificación de trastornos mentales y conductuales (ICD-10, 1992).

Por lo que se refiere al *tratamiento* del trastorno de pánico podemos diferenciar dos etapas, la anterior a los años 80 y la que abarca desde mediados de los 80 hasta nuestros días.

En la primera etapa, el tratamiento del pánico se sustentaba en teorías biológicas y se utilizaban fármacos para bloquear las crisis. La terapia conductual se centraba en el tratamiento de la ansiedad anticipatoria y de la evitación de situaciones

externas. Desde los años 70 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 no se dispuso de un tratamiento eficaz para el trastorno de pánico. Al no haberse identificado 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 contamos con modelos psicológicos que han mejorado la comprensión del trastorno de pánico, y que han permitido el desarrollo de tratamientos psicológicos eficaces para el mismo. Ambos se basan en la observación de que lo que temen estos pacientes son las sensaciones internas. Una vez detectado este estímulo “fóbico” se hizo posible el tratamiento psicológico mediante exposición al mismo o mediante técnicas cognitivas que llevan a una re-evaluación del supuesto peligro que entrañarían esas sensaciones.

En la actualidad siguen discutiéndose diversos conceptos relativos a la etiología y el mantenimiento de este trastorno, pero existe un mayor consenso acerca de la eficacia de diversos tratamientos, tanto farmacológicos como psicológicos, con los que se consigue una completa eliminación de los síntomas en la gran mayoría de pacientes (Ballenger, 1993). Por lo que se refiere a la eficacia del tratamiento psicológico, la revisión de las publicaciones sobre este tema y los estudios de meta-análisis han mostrado claramente que la terapia cognitivo-conductual es altamente eficaz en el tratamiento del trastorno de pánico con o sin agorafobia (Chambless y Gillis, 1993; Clum et al., 1993; Margraf et al., 1993; Michelson y Marchione, 1991; Wolfe y Maser, 1994). Los estudios relativos a la eficacia de los diferentes tratamientos del pánico se analizan en los capítulos 5, 6 y 7.