

**Extracto del libro de Elia Roca y B. Roca "Cómo tratar con éxito el pánico, con o sin agorafobia"**

**Más información en web de Elia Roca: [www.cop.es/colegiados/PV00520](http://www.cop.es/colegiados/PV00520)**

## **CAPÍTULO 7: EFICACIA Y EFICIENCIA EN LA PSICOTERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL DEL PÁNICO**

### **7.1. PANORAMA GENERAL**

En la actualidad existe un amplio reconocimiento de la eficacia del tratamiento cognitivo-conductual en el trastorno de pánico, aunque su práctica plantea algunos problemas relacionados con la eficacia y la eficiencia (relación eficacia-coste) a los que nos referiremos en este apartado.

Una de las críticas frecuentes, con respecto a la eficacia de las psicoterapias, se relaciona con su aplicación ya que, incluso cuando disponemos de tratamientos claramente eficaces y reconocidos (como ocurre con la terapia cognitiva o cognitivo-conductual del pánico) muchas veces, aunque se utilice la terapia adecuada no se aplica correctamente, por lo que los resultados obtenidos no son los óptimos. Para superar este problema, desde los años 60 se empezaron a utilizar manuales detallados para guiar la intervención terapéutica, en los que se expone paso a paso la aplicación de la misma. Estos manuales facilitan una adecuada implementación de la terapia por parte del terapeuta y también son utilizados como guía del tratamiento en los estudios sobre su eficacia. Uno de los más conocidos es el manual de terapia cognitiva de Beck para la depresión. Por lo que se refiere al tratamiento del pánico-agorafobia, el más difundido es el manual de tratamiento de Barlow y Cerny (1988) que no está disponible en castellano, aunque sí que existe una versión, traducida a nuestro idioma, en formato de autoayuda (Barlow y Craske, 1993). Otra de las críticas tradicionales con respecto a las psicoterapias es su elevado coste en tiempo que tiene como resultado el que, en ocasiones, aunque una terapia sea eficaz resulte poco eficiente. Por todo ello, existe una preocupación general por conseguir una mayor eficiencia en las psicoterapias, es decir, un máximo de eficacia a un mínimo de coste. Para conseguir este objetivo se ha recurrido a dos modalidades de tratamiento que describiremos seguidamente: los materiales de autoayuda y la terapia administrada en grupo.

## **7. 2. LOS MATERIALES DE AUTOAYUDA EN EL PÁNICO**

Los libros de autoayuda son materiales ampliamente utilizados por las personas que padecen algún problema psicológico. Basta con dar una mirada a los estantes de las librerías especializadas, o incluso de los grandes almacenes, para comprobar las numerosas publicaciones de este tipo existentes en el mercado, algunas de las cuales pueden ser un complemento útil a determinadas terapias.

Por lo que se refiere al trastorno que nos ocupa, existen dos manuales de autoayuda publicados en castellano. El primero de ellos, al que nos hemos referido en el apartado anterior, es una traducción del manual de autoayuda de Barlow y Craske publicado en inglés cuatro años antes (Barlow y Craske, 1989) que, a su vez, fue una adaptación de un programa de tratamiento ampliamente conocido e investigado (Barlow y Cerny, 1988). Nosotros lo utilizamos durante un tiempo como manual de autoayuda guiada, tanto para la terapia individual como para la terapia grupal, apoyándolo con material complementario elaborado por nosotros. Los resultados obtenidos fueron buenos pero no tanto como los logrados con la terapia cognitiva focal que se expone en la segunda parte de este libro. La segunda de estas publicaciones es un pequeño manual escrito por Pastor y Sevilla (1995) que también encontramos interesante como material de autoayuda complementario.

En la práctica clínica utilizamos habitualmente materiales de autoayuda elaborados por nosotros, que se enumeran en el anexo 2 y cuyo contenido íntegro se halla en el disquete o cuadernillo que se adjuntan a este libro. Estos materiales son de gran utilidad ya que nos permiten obtener mejores resultados con un menor tiempo de contacto paciente-terapeuta.

En cuanto a la investigación en este campo, en los últimos años han aparecido trabajos que estudian la eficacia de diversos programas de autoayuda para el trastorno de pánico, que tienen entre sus componentes terapia cognitiva focal (Clark et al., 1995; Côte et al., 1994; Gould y Clum, 1995; Gould et al., 1993; Lidren et al., 1994; Swinson et al., 1995). En general, estos estudios muestran la eficacia de los programas de tratamiento breves apoyados por materiales de autoayuda.

García (1997) hace una *revisión* de los principales estudios sobre la eficacia de los materiales de autoayuda en el pánico-agorafobia, que resumimos a continuación:

Ghos y Marks (1987) no encontraron diferencias en la eficacia de un tratamiento para la agorafobia llevado a cabo por un terapeuta o utilizando un manual o un ordenador.

Mathews et al. (1977) hallaron que un contacto con el terapeuta de 3,5 horas en total -y el uso de un manual con tareas para casa- era suficiente para conseguir una mejoría significativa en la agorafobia.

Mathews et al. (1981) elaboraron un programa de tratamiento, apoyado en dos manuales de autoayuda (para el paciente y para el coterapeuta), que se puso a prueba en diversos estudios. Entre estos destaca el de Jannoun et al. (1980) que halló resultados eficaces con un contacto paciente-terapeuta no superior a 4 horas.

Côte et al, (1994) compararon la eficacia de un tratamiento cognitivo-conductual para el pánico de 17 sesiones (basado en los programas de Barlow, Beck, Clark y Salkovskis), con otro tratamiento con los mismos componentes pero con sólo 7 sesiones, más 8 breves contactos telefónicos, pero apoyado por un manual de autoayuda (Côte Gauthier y Laberge 1988). Los resultados fueron positivos para ambos tratamientos.

Clum (1990) desarrolló un manual de autoayuda ("Coping with panic") que recoge las técnicas cognitivo-conductuales de eficacia demostrada. Este manual se utilizó como guía para la terapia en una serie de estudios, entre los que destacan los siguientes:

- Gould et al. (1993) compararon los resultados obtenidos con: 1) el tratamiento de Clum en forma de autoayuda con un contacto con el terapeuta de tres horas, 2) un tratamiento de más sesiones (con 10,5 horas de contacto con el terapeuta) pero sin materiales de autoayuda y 3) un grupo control. Ambos tratamientos se mostraron igualmente eficaces, con un 73 % de los pacientes libres de pánico al finalizarlos.

- Lidren et al. (1994) replicaron el estudio de Gould et al. (1993), pero incluyendo seguimientos a los 3 y 6 meses y ampliando la duración del tratamiento a 8 semanas. Se obtuvieron resultados similares y las mejorías se mantuvieron en los seguimientos.

- Gould y Clum (1995) replicaron y mejoraron metodológicamente el mismo tratamiento. Siguieron utilizando el mismo libro de autoayuda pero añadieron una cinta de vídeo

informativa acerca del pánico y un casete con instrucciones de relajación. El tiempo de contacto entre los terapeutas y los pacientes fue de 3 horas. El grupo tratado con este formato de autoayuda obtuvo una mejoría significativamente mayor que el grupo control. El 69% de pacientes estaba libre de pánico al finalizar el tratamiento.

Swinson et al. (1995) compararon la eficacia de un tratamiento para el trastorno de pánico con agorafobia, basado en la exposición y administrado por teléfono (en 8 sesiones de una hora), con un grupo en lista de espera. Los resultados demostraron que este tratamiento era eficaz en la reducción de la evitación agorafóbica, el miedo y la ansiedad anticipatoria. Los logros se mantenían a los 3 y 6 meses.

Clark et al. (1995) presentaron un trabajo en el Congreso Mundial de Terapia Cognitivo-conductual que tuvo lugar en Copenhague en julio de 1995, en el que se comparó la eficacia de la terapia cognitiva focal, tal como se expone en el manual (Clark y Salkovskis, 1987), la terapia cognitiva focal abreviada (con la mitad de tiempo y apoyada con un manual de autoayuda) y un grupo control sin tratamiento. Los resultados mostraron que ambos tratamientos fueron igualmente eficaces.

Sin embargo, como señala García (1997), conseguir tan buenos resultados en tan pocas sesiones requiere que el terapeuta sea muy diestro en la aplicación del programa. Por ej., en el estudio de Côte et al. (1993) se analizaron las características de los terapeutas y se halló que éstos eran expertos en el tema y que fueron muy directivos, proporcionando pautas de trabajo muy claras, asignando tareas y dando instrucciones acerca de cómo realizarlas. También analizaron los progresos y dificultades de los pacientes y dieron un adecuado feedback.

Como conclusión, podemos afirmar que, por lo que se refiere al tratamiento del pánico con o sin agorafobia, los estudios disponibles acerca de este tema han demostrado la utilidad de los materiales de autoayuda, para reducir la duración de la terapia cognitivo-conductual o cognitiva-focal, manteniendo su eficacia.

### **7. 3. TRATAMIENTO GRUPAL**

La preocupación por la eficiencia, es decir, por la relación eficacia-coste, de la terapia ha llevado también a la administración de ésta en forma grupal, para reducir el tiempo de dedicación por parte del terapeuta\* .

Se han llevado a cabo diversos estudios para evaluar la eficacia de esta forma de tratamiento, algunos de los cuales resumimos seguidamente.

Michelson et al. (1990), aplicaron un programa de tratamiento en grupo que incluía: conceptualización del problema, entrenamiento en autoinstrucciones, reestructuración cognitiva (mediante diálogo socrático y experimentos conductuales), respiración controlada, relajación y exposición a las sensaciones temidas. Encontraron que fue muy eficaz en todas las variables evaluadas que incluían pánico, depresión, ansiedad, miedo, cogniciones negativas, y ansiedad y aceleración del ritmo cardíaco al exponerse a las situaciones temidas. Al finalizar el tratamiento, todos los pacientes de este estudio presentaban un buen nivel de funcionamiento global y ausencia de ataques de pánico.

Telch et al. (1993) investigaron la eficacia de la aplicación en grupo de un tratamiento denominado entrenamiento en inoculación del pánico, consistente en: información sobre la naturaleza, etiología y mantenimiento del pánico; reestructuración cognitiva; exposición a las sensaciones internas temidas, y respiración lenta. Los resultados fueron superiores a los del grupo control en las variables de: pánico, ansiedad, evitación agorafóbica, sensibilidad a la ansiedad y depresión. Los sujetos libres de pánico al acabar el tratamiento fueron el 85% y las mejorías se mantenían en el seguimiento a los 6 meses.

Ballester y Botella (1992) adaptaron a un formato grupal el tratamiento de Clark y Salkovskis, que aplicaron en 10 sesiones a 11 pacientes con pánico-agorafobia. Se obtuvieron mejorías significativas en pánico, ansiedad anticipatoria, evitación, cogniciones catastrofistas, ansiedad rasgo y depresión. En el seguimiento a los seis meses, los resultados eran aún mejores. No se utilizó grupo control.

---

\* El ahorro en tiempo por parte del terapeuta no es el único motivo para llevar a cabo esta forma de terapia en grupo. Como señalan Ballester y Botella (1992), otra de las razones que puede hacer aconsejable la administración de esta forma de tratamiento, es el apoyo que puede suponer para muchos pacientes aquejados de este problema, el comprobar que no son los únicos que lo sufren.

Otros estudios sobre la eficacia de la terapia cognitivo-conductual para el pánico-agorafobia, aplicados en grupo, también han mostrado buenos resultados (Nagy et al., 1993; Pollack et al., 1994; Nerón et al., 1995).

Así pues, la revisión de la literatura nos muestra que la eficacia de los tratamientos cognitivo-conductuales aplicados en grupo es similar a la obtenida con el mismo tipo de tratamiento aplicado individualmente.

Como señalábamos en otro apartado, Gould et al. (1995) llevaron a cabo un meta análisis de los estudios de los últimos 20 años acerca de la eficacia de los tratamientos del pánico y concluyeron que las intervenciones con mejor relación eficacia-coste son la imipramina y la terapia cognitivo-conductual en grupo. Además, esta última mostraba un coste menor que el alprazolam y la fluoxetina.

Por tanto, nos parece muy aconsejable utilizar el tratamiento grupal para el trastorno de pánico con o sin agorafobia; sobre todo en ámbitos como el de la salud pública, donde la preocupación por el coste-eficacia de los tratamientos es un tema acuciante y donde se dispone de pocos psicólogos para atender a un elevado número de pacientes.

**Más información en: [www.cop.es/colegiados/PV00520/](http://www.cop.es/colegiados/PV00520/)**