

CAPÍTULO 5. TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

Como hemos señalado en la introducción, el interés inicial por las causas y por el tratamiento del trastorno de pánico se basaba en teorías biológicas. Hasta los años 80, el tratamiento de las crisis de pánico se llevaba a cabo con fármacos mientras que el tratamiento psicológico (conductual) se centraba en tratar la ansiedad anticipatoria y las conductas de evitación agorafóbica.

Desde los años 70 se contaba con estudios controlados que avalaban la eficacia de la exposición en el tratamiento de la agorafobia, y se sabía con certeza que la exposición al estímulo temido era un tratamiento eficaz para las fobias simples. Pero hasta principios de los años 80, no se disponía de tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno de pánico porque no se habían detectado los desencadenantes de las crisis que constituyen la base de este trastorno. Una vez clarificado que lo que teme el paciente con pánico son las sensaciones internas, se hizo posible el tratamiento psicológico eficaz mediante la exposición a dichas sensaciones o mediante técnicas cognitivas que llevan a una reevaluación del supuesto peligro.

A continuación, analizaremos las principales formas de tratamiento psicológico del pánico que cuentan con estudios acerca de su eficacia.

En primer lugar, nos referiremos a dos aproximaciones de carácter paliativo: la respiración diafragmática lenta y la relajación; que se han usado ampliamente en el tratamiento del pánico y que siguen utilizándose como coadyuvante de los ingredientes más activos, representados por la exposición y la reestructuración cognitiva, a las que nos referiremos más adelante.

5. 1. RESPIRACIÓN DIAFRAGMÁTICA LENTA

Algunos autores como Lum (1976) y Ley (1987, 1988, 1993) consideran que el trastorno de pánico es desencadenado y mantenido por un hábito crónico de hiperventilación, que puede producir síntomas parecidos a los que se experimentan en las crisis de pánico (ver apartados 3.1 y 3.2). De acuerdo con este supuesto, se

empezó a utilizar la respiración diafragmática lenta para contrarrestar los efectos de la hiperventilación.

Sin embargo, investigaciones posteriores sugieren que la reducción de los síntomas del pánico que se observa al practicar la respiración diafragmática lenta, no está mediada por una reducción de la hiperventilación. La mejoría parece deberse a que se proporciona al paciente una explicación tranquilizadora y creíble de los síntomas amenazantes, y a que la técnica respiratoria produce relajación y facilita la distracción (Garssen et al., 1992). Otros autores señalan que la práctica de la respiración diafragmática lenta proporciona una sensación de control y de autoeficacia que disminuye la ansiedad anticipatoria y el miedo al miedo.

En nuestra práctica clínica encontramos provechoso, con la mayoría de pacientes, la utilización de la respiración diafragmática lenta en la primera etapa del tratamiento, aunque -como ocurre con cualquier técnica de control de la ansiedad- en etapas más avanzadas hay que tener cuidado para que no se convierta en una conducta de búsqueda de seguridad (escape sutil) que impida al paciente comprobar que sus predicciones catastrofistas son contrarias a la realidad (ver apartado 3.4.3 y apartado 8.2, etapa 4).

5. 2. RELAJACIÓN APLICADA

Esta técnica desarrollada por Öst (1988) consiste en enseñar a los pacientes la relajación muscular progresiva (apartado 8.2) y después utilizarla para afrontar gradualmente, primero las sensaciones corporales que pueden desencadenar el pánico y después las actividades y situaciones que antes evitaban.

La relajación aplicada se ha utilizado en diversos estudios, en algunos de los cuales se ha comparado con otros tratamientos cognitivo-conductuales. Los resultados han sido variables. Öst obtiene buenos resultados, superando en algunos estudios a la exposición o a la terapia cognitiva (Öst et al., 1993), pero esto no ocurre cuando es estudiada por otros autores. Parece que estas variaciones en los resultados obtenidos son debidas a que la técnica se aplica de forma diferente por cada autor.

También se ha hallado que la eficacia de la relajación aplicada se debe al componente de exposición sistemática, que forma parte de esta técnica, más que a la relajación. De hecho, varias investigaciones muestran que la relajación progresiva no es un ingrediente activo en el tratamiento del pánico.

No obstante, la relajación sigue utilizándose ampliamente para tratar este trastorno y puede ser útil como complemento de la reestructuración cognitiva focalizada o de la exposición, al menos en algunos casos.

Un dato a tener en cuenta es que, como la relajación produce determinadas sensaciones interoceptivas, algunos pacientes muestran temor y rechazo a esta técnica, porque tienden a hacer interpretaciones catastrofistas de las sensaciones que notan al relajarse. Cuando ocurre esto, se utiliza para ilustrar la explicación del modelo cognitivo, ayudando al paciente a ver que el origen de las sensaciones es mucho menos relevante que la interpretación que se hace de ellas. Así, en estos casos utilizamos la relajación, además de como técnica de control de la ansiedad, como experimento conductual y como técnica de inducción de sensaciones temidas (ver apartado 8.2).

En la práctica clínica la relajación es de utilidad, sobre todo en el tratamiento de pacientes con pánico que tienen un componente de ansiedad severa y crónica o un exceso de tensión muscular. Además, al igual que ocurre con la respiración diafragmática lenta, puede ayudar al paciente al favorecer su sentido de autocontrol y autoeficacia. Sin embargo, su utilidad difiere mucho de unos pacientes a otros y la mayoría encuentra más útil la respiración diafragmática lenta que la relajación.

5.3. TRATAMIENTOS QUE SE CENTRAN EN LA EXPOSICIÓN INTEROCEPTIVA A LAS SENSACIONES TEMIDAS

Los tratamientos del trastorno de pánico basados en *modelos conductuales* (apartado 3.3), suelen incluir la modificación de la llamada “conducta cognitiva”, por lo que muchas veces se denominan tratamientos cognitivo-conductuales. No obstante, se considera que su principal componente es la modificación de la conducta mediante la exposición a sensaciones y situaciones antes evitadas (estímulos condicionados), con

el objetivo de lograr la desaparición de las respuestas condicionadas de ansiedad o miedo a través del mecanismo de habituación.

El autor más representativo de esta orientación es Barlow (Barlow, 1986, 1988 a y b; 1997; Barlow y Craske, 1988, 1989, 1993; Barlow y Brown, 1995; Barlow, et al, 1984; Barlow, et al, 1985; Barlow, et al, 1989; Craske y Barlow, 1988; Craske y Barlow, 1993).

Partiendo de algunos estudios no controlados, que sugerían que la exposición interoceptiva podía ser una técnica eficaz, Barlow diseñó un programa de intervención cuyo principal componente es la exposición sistemática a las sensaciones temidas en los ataques de pánico. El objetivo del tratamiento propuesto por Barlow es la eliminación del miedo a través de la habituación, al igual que en cualquier tratamiento de exposición.

No obstante, su programa consta de diferentes módulos que incluyen: información acerca del problema (psicoeducación), reestructuración cognitiva, técnicas de control de la ansiedad como la relajación o la respiración diafragmática lenta, y exposición, tanto a las sensaciones interoceptivas como a los estímulos externos temidos.

Barlow y Cerny (1988) sistematizaron esta terapia en un manual que ha servido de base para realizar estudios acerca de su eficacia, pero que no está editado en castellano.

La investigación ha mostrado claramente la eficacia del tratamiento propuesto por Barlow y también ha demostrado que es más eficaz que otros acercamientos como la relajación aplicada (Barlow y Brown, 1995; Barlow, et al, 1989; Craske, et al, 1991; Craske, 1996).

En 1989 se publicó un manual que describe dicho tratamiento en formato de autoayuda (Barlow y Craske, 1989), del que si que existe una versión en castellano (Barlow y Craske, 1993). Este formato permite una reducción significativa del tiempo de dedicación por parte del terapeuta, y se ha demostrado que la eficacia de la terapia no disminuye (Côte, et al, 1994; Gould y Clum, 1995; Gould et al, 1993; Lidren, et al, 1994).

Los estudios controlados indican que la terapia de Barlow y otras similares, que suelen denominarse terapias cognitivo-conductuales, eliminan los ataques de pánico

en alrededor del 80% de pacientes (Bouchard, et al, 1996; Laberge, et al, 1993; Barlow, et al, 1989; Beck, et al, 1992; Beck, et al, 1994; Clark, et al, 1994; Klosko, et al, 1990; Öst y Westling, 1995).

5. 4. TERAPIA COGNITIVA FOCAL

Como señalábamos en el apartado 3.4 (modelo cognitivo), la terapia cognitiva para el tratamiento del trastorno de pánico ha sido desarrollada a partir de los planteamientos de Beck (1985, 1988) y ha sido adaptada como terapia específica para el pánico por Clark y Salkovskis (Clark 1986, 1988, 1989, 1993 y 1995; Clark y Salkovskis 1987, 1996). Se trata de uno de los tratamientos psicológicos para el pánico más investigados en la actualidad (Arntz y Van den Hout, 1996) y diversos estudios la señalan como la forma de tratamiento más eficaz y con mejor relación eficacia-coste en el tratamiento de este trastorno.

El modelo cognitivo del pánico considera que el elemento crucial que desencadena y mantiene al trastorno de pánico son las *interpretaciones catastrofistas* de determinadas sensaciones interoceptivas. Por tanto, el tratamiento se dirige a que el paciente se cuestione esas creencias, las ponga a prueba y finalmente las modifique.

Para conseguir este objetivo se siguen las pautas básicas de la terapia cognitiva de Beck con: aprendizaje guiado, dialogo socrático y experimentos conductuales diseñados para probar hipótesis acerca de las creencias disfuncionales; pero centrándose en las creencias distorsionadas típicas del pánico. Por eso se la conoce como terapia cognitiva focal o focalizada, para diferenciarla de otras intervenciones cognitivas que no se centran específicamente en la reestructuración de estas interpretaciones catastrofistas.

Los experimentos conductuales, que se utilizan ampliamente en esta modalidad terapéutica, implican exposición a las sensaciones temidas y a las actividades y situaciones antes evitadas pero, a diferencia de lo que ocurre en la terapia de conducta, en la terapia cognitiva focal, el objetivo perseguido no es la habituación sino la disconfirmación de las creencias catastrofistas, por lo que los tiempos de exposición

son más cortos y los procedimientos terapéuticos se centran más en la reestructuración cognitiva.

La descripción más detallada de esta terapia puede verse en la parte 2, apartado 8.2.

5.5. ESTUDIOS SOBRE LA EFICACIA DE LA TERAPIA COGNITIVA FOCAL

Los estudios acerca de la eficacia de esta terapia en el trastorno de pánico deben analizarse con cuidado ya que, en ocasiones se confunde la terapia cognitiva focalizada, aproximación que estamos teniendo en cuenta aquí y que es la que se muestra más eficaz en el pánico, con otros tipos de terapia cognitiva. La terapia cognitiva focalizada se centra en la modificación de las creencias relativas a las malinterpretaciones catastrofistas que hace el individuo de sus sensaciones interoceptivas y no debe confundirse con otras formas de terapia cognitiva que buscan la modificación de otros tipos de creencias o esquemas básicos.

Además, como explican Beck, Clark y Salkovskis, los procedimientos cognitivos que operan sólo a un nivel superficial, modificando los pensamientos o autoverbalizaciones, son poco eficaces en el tratamiento de trastornos como el pánico. Por el contrario, el tratamiento debe dirigirse a modificar las creencias o esquemas básicos, que incluyen componentes emocionales y conductuales, por lo que la terapia deberá incluir la modificación de todos ellos.

Otra cuestión a tener en cuenta es que, como esta forma de terapia utiliza también la exposición (experimentos conductuales); la mayoría de publicaciones suelen incluirla en el término genérico de terapias cognitivo-conductuales.

Una vez aclarados los puntos anteriores, nos centraremos en revisar los principales estudios llevados a cabo para evaluar la eficacia de la terapia cognitiva focal.

Los primeros estudios fueron series de caso único (Salkovskis y Clark, 1986) que utilizaban un diseño cuasi-experimental, con mediciones de línea base y del post-tratamiento. Los resultados mostraron una elevada eficacia, con la mayoría de pacientes libres de pánico al finalizar el tratamiento y con un mantenimiento de esos

cambios en los seguimientos efectuados al cabo de un año. Sin embargo, estos estudios fueron criticados por problemas metodológicos.

En un estudio sin grupos de control, Sokol y Beck (1986) trataron a 25 pacientes con técnicas cognitivas, combinadas con exposición en vivo y con exposición interoceptiva, durante una media de 17 sesiones individuales. Los ataques de pánico desaparecieron en los 17 pacientes que no tenían el diagnóstico añadido de trastorno de personalidad. Estos resultados se mantenían un año después.

Un informe preliminar de Margraf et al., (1989) sugirió que las estrategias cognitivas, aplicadas sin procedimientos de exposición, también son muy eficaces en el tratamiento del pánico. En 1991, Salkovskis et al. publicaron otra serie de casos en que se mostraba cómo se lograba una importante reducción de los ataques de pánico con un tratamiento muy breve, de sólo 2 horas, y puramente cognitivo, sin ningún tipo de exposición.

Beck et al. (1992) y Beck et al. (1994) llevaron a cabo estudios controlados en los que se comparó a la terapia cognitiva focal con otras formas de terapia. La terapia cognitiva focal se mostró superior a las otras aproximaciones con las que se comparó (terapia centrada en el cliente y entrenamiento en relajación) y se constató que daba excelentes resultados a corto y largo plazo.

Clark et al. (1991), compararon la eficacia de: la terapia cognitiva focalizada, la relajación aplicada, la imipramina y un grupo control en lista de espera. Todos los tratamientos redujeron significativamente la ansiedad general, la evitación agorafóbica y la frecuencia de ataques de pánico, pero en diferente grado. La terapia cognitiva resultó superior a las otras intervenciones, al finalizar el tratamiento y al año de seguimiento, en todas las variables evaluadas (frecuencia de pánico, pensamientos catastrofistas, miedo a las sensaciones corporales, evitación y ansiedad general). El porcentaje de pacientes libres de pánico y el índice de mejoría global también fueron mejores en el grupo tratado con terapia cognitiva focal.

En un estudio controlado, Clark et al. (1993) compararon 1) la terapia cognitiva, que incluía autoexposición presentada como experimento conductual, 2) la relajación aplicada y 3) la imipramina. Después de un promedio de 10 sesiones de tratamiento, 18 de los 20 pacientes que completaron la terapia cognitiva estaban libres de pánico y los resultados se mantenían en 17 de ellos al cabo de un año.

En otro estudio llevado a cabo por Clark et al. (1994) se compararon las condiciones siguientes: a) 12 sesiones de terapia cognitiva, b) relajación aplicada, c) imipramina y d) grupo control en lista de espera. Al finalizar el tratamiento, la proporción de pacientes libres de pánico en los 4 grupos era del 90, 50, 55 y 7 % respectivamente. Al año de seguimiento el 85 % de los pacientes tratados con terapia cognitiva focal seguían libres de pánico.

En un trabajo no publicado (Clark et al., 1995; citado por García, 1997) compararon la eficacia de la terapia cognitiva focal, tal como se expone en su manual (Clark y Salkovskis, 1987), con una versión abreviada de la misma (que supone la mitad de tiempo y está apoyada con un manual de autoayuda) y con la ausencia de tratamiento. Los dos tratamientos se mostraron igual de eficaces.

Botella y Ballester realizaron una adaptación del tratamiento de Clark y Salkovskis con el que obtuvieron resultados positivos en varios estudios llevados a cabo en nuestro ámbito (Ballester et al., 1991; Ballester y Botella, 1992).

Recientemente se han publicado los resultados de un estudio que se está llevando a cabo en Castellón para evaluar un tratamiento abreviado del pánico-agorafobia, basado en la terapia cognitiva de Clark y Salkovskis. Dicho tratamiento consta de sólo de cinco sesiones, y utiliza materiales de autoayuda. Los resultados son muy buenos en todas las variables medidas y no hay diferencias significativas con otro tratamiento más largo con el que se compara (García, 1997).

Algunos de los estudios llevados a cabo para evaluar la eficacia de la terapia cognitiva focal sólo se han hecho públicos en congresos, por ej., el de Margaf y Shneider (1991), pero se han comentado ampliamente en las publicaciones especializadas (Chambless y Gillis, 1993; Margraf et al., 1993) y también apoyan los buenos resultados de esta forma de terapia.

En general, pese a algunas discrepancias entre los diferentes estudios, los resultados obtenidos con la terapia cognitiva focal son muy favorables: los porcentajes de pacientes libres de pánico al finalizar el tratamiento van del 75 al 90 %. Esta terapia resulta claramente superior a la ausencia de tratamiento y a tratamientos psicológicos como la terapia de apoyo o la relajación progresiva. También muestra una eficacia igual o mayor (según los diferentes estudios) a los tratamientos farmacológicos más eficaces o a los tratamientos psicológicos basados en la exposición.

5. 6. ¿QUÉ ES MÁS EFICAZ, LA EXPOSICIÓN O LA REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA?

Una revisión de los paquetes de técnicas utilizadas en los estudios sobre resultados de tratamientos del trastorno de pánico revela que la mayoría de los tratamientos eficaces utilizan reestructuración cognitiva focalizada y exposición, y que ambas técnicas aparecen como los ingredientes más activos en los tratamientos. Pero existe controversia acerca de si el tratamiento más eficaz es el de orientación más conductual o el de orientación más cognitiva y acerca de cuál 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 o interpretaciones catastrofistas acerca 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 papel 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 et al. (1991), así como Beck, et al. (1994) han demostrado que la reestructuración cognitiva puede ser eficaz en ausencia de cualquier tipo de exposición interoceptiva o situacional, incluso sin la que suele llevarse a cabo en los experimentos conductuales.

Por otro lado, los tratamientos basados en la exposición también incluyen elementos cognitivos como los correspondientes a la fase educativa y diversos tipos de reestructuración cognitiva.

Además, los estudios sobre resultados de los tratamientos también han demostrado que no es necesario cuestionar directamente las creencias disfuncionales, mediante la reestructuración cognitiva, para obtener efectos comparables en el cambio

de cogniciones; es decir, que la mera exposición puede producir reestructuración cognitiva (Beck et al., 1994; Bouman y Emmelkamp, 1990; Griez y van den Hout, 1986, Margraf y Schneider 1991; Marks et al., 1993 y Michelson et al., 1988).

Por lo que se refiere a la eficacia de una forma u otra de terapia, Margraf y Schneider (1991) no hallaron diferencias significativas al comparar la terapia de exposición y la de reestructuración cognitiva en ninguna de las medidas utilizadas, ni a la finalización del tratamiento ni en el seguimiento.

En otro estudio llevado a cabo por Bouchard et al. (1996) tampoco se hallaron diferencias significativas ni en el grado de reducción de los síntomas, ni en la rapidez con que actúa cada una de estas terapias, por lo que recomiendan que se utilice una aproximación u otra en función de las preferencias o aptitudes de cada terapeuta, o según las características del paciente.

La investigación muestra que los cambios duraderos en la recuperación del trastorno de pánico, van estrechamente vinculados al cambio cognitivo; es decir, que la desaparición de la tendencia a evaluar catastróficamente las sensaciones interoceptivas es el mejor predictor de que no habrá recaídas. Esto parece indicar la prioridad de los procesos cognitivos en el pánico, pero no hay que olvidar que el cambio cognitivo también se produce 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). Pero como hemos visto en el capítulo 3, desde la moderna psicología experimental basada en el paradigma del procesamiento de la información, esta diferenciación no tiene sentido porque se considera que el condicionamiento, al igual que las cogniciones, forman parte del procesamiento de la información (Rapee, 1991). De hecho, las actuales teorías del aprendizaje sostienen que la reestructuración cognitiva y la exposición pueden operar simplemente a través del mismo mecanismo: el aprendizaje (Bandura, 1986; Davey, 1992; Foa y Kozack, 1986; Rachman, 1991; Rapee, 1991).

Según este punto de vista, que cada vez cuenta con más apoyo teórico y empírico, ambas técnicas pueden tener un efecto en la representación interna del paciente (modalidad de amenaza). Así, el paciente puede aprender que las

sensaciones corporales son inocuas mediante la 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.

Aunque se han propuesto algunas hipótesis, aún se desconoce la organización precisa del mecanismo de aprendizaje por el cual tanto la exposición como la reestructuración cognitiva posibilitan el cambio de la modalidad o representación interna de amenaza (Freeman, 1993; Kendall e Ingram, 1987).

