

**APLICACION DEL PROGRAMA COGNITIVO-
COMPORTAMENTAL DE
CLARK Y SALKOVSKIS EN GRUPO: UNA ALTERNATIVA
PARA EL TRATAMIENTO DEL PANICO.**

**Rafael Ballester Arnal
Cristina Botella Arbona**

Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos.
Universidad de Valencia

RESUMEN

En este artículo presentamos la aplicación en grupo del programa cognitivo-comportamental desarrollado por Clark y Salkovskis para el tratamiento del pánico. Tras describir las adaptaciones realizadas para hacer posible esta aplicación en grupo, presentamos algunos resultados acerca de su eficacia terapéutica.

Palabras Clave: *Pánico, tratamiento cognitivo-comportamental, aplicación en grupo.*

SUMMARY

In this paper is presented the application in group of cognitive-behavioral treatment for panic developed by Clark and Salkovskis. After describing the adaptations made to make possible a group application, we present some results about therapeutic effectiveness of this treatment.

Key Words: *Panic, cognitive-behavioral treatment, group application.*

1.- INTRODUCCION

Desde la perspectiva del DSM-III-R (APA, 1987) el trastorno por angustia ("panic attacks") consiste en crisis de angustia recurrentes, esto es, episodios de miedo intenso o aprensión acompañados por una serie de síntomas como falta de aliento, sudoración, palpitaciones, temblores, sofocación... Generalmente, estas crisis se presentan de forma súbita, inesperada que el paciente suele describir como "llovidas del cielo", hecho que, a sus ojos, hace que todavía resulten más amenazadoras.

En los últimos años, la problemática relacionada con los ataques de pánico ha pasado a ocupar un primerísimo plano dentro de los trastornos de ansiedad; tanto es así que desde 1980 se les ha dado un papel cada vez más importante en la clasificación de dichos trastornos. También se han desarrollado una serie de modelos psicofisiológicos sobre el pánico que están recibiendo una gran atención y apoyo empírico (para una revisión, consultar Margraf, Ehlers y Roth, 1986; Ehlers, Margraf y Roth, 1988). Desde estas mismas perspectivas, se han estructurado una serie de estrategias cognitivo-comportamentales que han demostrado tener una notable eficacia (Clark, Salkovskis y Chalkley, 1985; Salkovskis, Jones y Clark, 1986; Beck, 1988; Barlow y Cerny, 1988; Barlow, Craske, Cerny y Klosko, 1989; Sokol, Beck, Greenberg, Wright y Berchick, 1990; Michelson, Marchione, Greenwald, Glanz, Testa y Marchione, 1990).

Como acertadamente ha puesto de manifiesto Barlow (1988), el problema en la actualidad ya no es construir tratamientos que resulten eficaces ante los ataques de pánico, ese paso ya está logrado, el problema que resta es delimitar qué componente o componentes son los responsables del cambio que se logra en terapia. Esto es, descomponer los actuales programas de tratamiento en sus componentes esenciales y poder desechar todos aquellos que resulten accesorios con el objetivo de llegar a ser lo más eficaces posible en terapia, dadas las crecientes presiones existentes respecto a la relación costo beneficio. Un trabajo pionero en esta línea (Salkovskis, Clark y Hackman, 1991) ya ha mostrado la importancia de los procedimientos cognitivos dirigidos a modificar las interpretaciones erróneas y catastróficas que lleva a cabo los pacientes de las sensaciones corporales que experimentan.

Nuestra preocupación en este trabajo, aunque desde una perspectiva distinta, también se centra en la problemática costo-beneficio. El objetivo que perseguimos es investigar si resulta posible aplicar en grupo el programa de tratamiento estructurado por Clark y Salkovskis y si aplicado de este modo el procedimiento resulta eficaz. Esta estrategia permitiría reducir los costes en tiempo y en dinero que supone la aplicación del tratamiento individual. Por otra parte, en nuestra experiencia clínica hemos podido comprobar que muchos pacientes que presentan este trastorno están muy asustados ante una sintomatología que les parece

grave y que les hace sentirse únicos. Dichos pacientes, generalmente, se muestran encantados ante la perspectiva de conocer a otras personas que están pasando por esa misma experiencia y cuando les preguntamos su opinión acerca de llevar a cabo un tratamiento en grupo señalan que están convencidos de que eso les ayudaría. Sin embargo, paradójicamente, al revisar la literatura sobre el tema nos hemos encontrado con la inexistencia de trabajos que describan la aplicación en grupo de ninguna modalidad de tratamiento psicológico para el pánico.

En trabajos previos (Botella y Ballester, 1991; Ballester y Botella, en prensa) ya presentamos la adaptación realizada por nosotros a partir de las directrices de Clark y Salkovskis (Clark, Salkovskis y Chalkley, 1985; Clark y Salkovskis, 1987; Clark, 1988, 1989). Aquí analizaremos las modificaciones que hemos introducido en el programa de tratamiento individual para que resulte posible su aplicación en grupo así como algunos datos que nos hablan de su eficacia.

2. METODO

2.1. Muestra utilizada

Para poner a prueba la eficacia del tratamiento para el pánico aplicado en grupo, utilizamos sujetos que acudieron solicitando ayuda al Servicio de Asistencia Psicológica para Problemas de Ansiedad que funciona dentro del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos de la Facultad de Psicología de Valencia. No obstante, habría que señalar que este trabajo hay que incardinarlo dentro de un proyecto de investigación más amplio que lleva la Dra. Botella sobre los trastornos de ansiedad.

El proceso general de selección de la muestra fue el siguiente: cuando los pacientes se ponían en contacto con el servicio demandando asistencia psicológica entraban en una lista de espera y en cuanto resultaba posible (de quince días a un mes) se concertaba una cita con ellos. En esta primera entrevista (de aproximadamente una hora de duración) el terapeuta seguía las pautas de una entrevista semiestructurada que servía para explorar la existencia de algún problema de ansiedad. El objetivo que se perseguía era delimitar si realmente esa persona tenía un problema que podía ser tratado en el servicio (solo trastornos de ansiedad) o, por el contrario, resultaba conveniente derivarla a otro lugar.

Una vez se encontraban indicios de que realmente el paciente presentaba un trastorno de ansiedad, se le pasaba la entrevista estructurada de Spitzer y Williams (1987), en donde aparecen los criterios del DSM-III-R para el diagnóstico de los distintos problemas de ansiedad. A partir de estos criterios se establecía el diagnóstico de los pacientes y, dependiendo del diagnóstico establecido, se

les asignaba a distintos diseños de investigación. Más tarde se les volvía a citar para comenzar el proceso de evaluación inicial.

Todas las personas que tomaron parte en este estudio cumplían los criterios que establece el DSM-III-R para el diagnóstico de trastorno de angustia con agorafobia. Se establecieron además los siguientes criterios de exclusión:

- No padecer alcoholismo, adicción a drogas, enfermedad orgánica severa, depresión mayor o psicosis.

- Estar disponible todo el tiempo que durara el estudio y aceptar ajustarse al programa marcado.

- Firmar una hoja de consentimiento acerca de la participación en el estudio una vez que la persona había sido suficientemente informada.

Contamos con 11 pacientes que cumplían estas condiciones, de los cuales 4 eran hombres y 7 mujeres. Las edades oscilaban entre los 22 y los 48 años.

Antes de pasar a describir la muestra es necesario aclarar que, en el momento en que se puso en marcha este trabajo, 7 de estos pacientes se encontraban tomando distintas dosis de psicofármacos, dado que habían formado parte de un diseño de investigación en el que se había sometido a prueba la eficacia diferencial de una benzodiazepina, el alprazolam, frente al tratamiento cognitivo-comportamental de Clark y Salkovskis. En dicho trabajo, en el momento de asignar a los pacientes a los dos grupos se les prometió que, una vez finalizados los tratamientos y los seguimientos, aquellos pacientes que lo desearan podrían recibir el tratamiento alternativo. Estos pacientes no habían quedado satisfechos, en absoluto, de los resultados obtenidos con el tratamiento farmacológico y por ese motivo solicitaron que se les aplicara el tratamiento psicológico¹. Los cuatro pacientes restantes eran personas que acudieron al servicio solicitando ayuda después de haberse puesto en marcha el trabajo de investigación mencionado y que aceptaron recibir el tratamiento en grupo.

Las dosis de alprazolam que estos 7 pacientes estaban tomando en el momento en que se puso en marcha el tratamiento en grupo oscilaban de 1'5 a 3 miligramos diarios. Por nuestra parte en este trabajo no intervenimos en las pautas de medicación seguidas por estos pacientes.

En cuanto a la homogeneidad de la muestra comparamos estos dos subgrupos (grupo de fármacos vs. grupo de no fármacos) antes de comenzar a aplicar el tratamiento psicológico, respecto a las variables: frecuencia de pánico en el último mes (P1) y cogniciones relacionadas con el pánico (CDQ). No se observaron diferencias significativas entre ambos grupos².

1. A este respecto, quisiéramos señalar que ninguno de los pacientes del grupo de tratamiento psicológico solicitó, una vez terminado éste, recibir el tratamiento farmacológico.

2. En un trabajo posterior presentaremos de forma individualizada los resultados obtenidos en cada uno de los pacientes.

En la TABLA 1 resumimos las características de la muestra.

TABLA Nº 1.- Descripción de la muestra.

	EDAD						
	20-30		30-40		40-50		TOTAL
	H	M	H	M	H	M	
CON PSICOFARMACOS	0	2	0	3	2	0	7
SIN PSICOFARMACOS	2	1	0	1	0	0	4
TOTAL	2	3	0	4	2	0	11

2.2. Instrumentos utilizados

A continuación ofrecemos un listado de los instrumentos y cuestionarios utilizados para medir la eficacia de nuestro tratamiento. No entramos en el detalle de los instrumentos por encontrarse ya descritos en otros trabajos (Botella y Ballester, 1991; Ballester y Botella, en prensa).

- DIARIO DE PANICO (FORMA SIMPLE). Adaptación del diario utilizado por Clark y Salkovskis (1987).

- DIARIO DE PANICO (FORMA AMPLIADA)(Clark y Salkovskis, 1987). Incluye la interpretación catastrófica que el paciente ha hecho de las sensaciones corporales.

- CUESTIONARIO P-4 (Ballester y Botella). Incluye información concierne a distintos aspectos:

- a.- Malestar subjetivo que presenta el paciente, en una escala de 0 a 10.
- b.- Frecuencia de crisis de pánico en el último mes.

- S3A2. Es una adaptación de la utilizada por I. Marks y nos permite averiguar la frecuencia de crisis en la última semana, y ansiedad general en una escala de 0 a 10.

- STAI. Cuestionario de ansiedad estado-rasgo, desarrollado por Spielberger, Gorush y Lushene (1970) que pretende medir la ansiedad como estado y como rasgo.

- BDI. Inventario de depresión de Beck (1978).

- CUESTIONARIO DE PENSAMIENTOS DISTORSIONADOS. Es una traducción del cuestionario de Beck (1988). A través de una escala tipo Likert

el paciente valora la presencia e intensidad de una serie de cogniciones relacionadas con el pánico en el momento de las crisis.

- CUESTIONARIO DE EVENTOS AMBIGUOS (Ballester y Botella). Evalúa la tendencia a interpretar de modo catastrófico eventos referidos a sensaciones corporales relacionadas con el pánico.

- ESCALA S-1 de Marks. A través de este instrumento adaptado de Marks et al. (1975), el paciente puede establecer una serie de conductas objetivo (situaciones o actividades que evita por miedo a tener un ataque de pánico) y valorar el grado de evitación y temor para cada una de ellas en una escala de 0 a 10.

- CUESTIONARIO DE ADAPTACION (Echeburúa y De Corral, 1991). Evalúa en escalas que van de 0 (nada) a 5 (muchísimo), el grado en que el problema de pánico está afectando a distintas áreas de la vida del paciente, concretamente, el área laboral, social, ocio, pareja, familiar y global.

- ESCALA S-6 de Marks. (Paciente). En este cuestionario el paciente evalúa el grado de mejoría subjetiva desde la última visita y desde que comenzó la terapia, a través de dos escala que van de 1 a 7, donde 1 es "muchísimo mejor" y 7, "muchísimo peor".

- ESCALA S-5 de Marks (Terapeuta). Se trata de la evaluación global del terapeuta respecto al estado del paciente y su grado de mejoría. El estado del paciente se puntúa dentro de una escala de 1 a 6, donde 1 es "normal" y 6, "muy gravemente perturbado". El grado de mejoría oscila entre 1 y 7, donde 1 es "mejoradísimo" y 7 es "muchísimo peor".

2.3. Diseño

Tras el diagnóstico de los pacientes, establecimos un período de línea base de tres semanas a lo largo de las cuales el paciente iba registrando sus crisis a través del diario de pánico y el terapeuta iba recabando información por medio de los distintos cuestionarios. Tras este período de línea base, el terapeuta establecía un juicio acerca del estado y gravedad del caso, a través de la Escala S-5.

Se establecieron cuatro momentos de evaluación en los cuales el terapeuta recogió datos respecto a variables clínicas relacionadas con el pánico. Estos momentos fueron:

1. Antes del tratamiento (semana 0)
2. Después del tratamiento (semana 11)
3. Primer seguimiento dos meses después del postest (semana 19)
4. Segundo seguimiento seis meses después del postest (semana 35).

De los 11 pacientes que comenzaron el tratamiento solo se produjo un abandono en la cuarta sesión. En el primer seguimiento no acudió a la cita establecida un paciente y otro paciente tampoco lo hizo en el segundo seguimiento.

El esquema resumen del diseño seguido para poner a prueba la eficacia del tratamiento en grupo se presenta en la tabla número 2.

TABLA Nº 2.- Esquema del diseño seguido en el trabajo

	PRE	POST	1SEGU.	2SEGU.
	SEM.0	SEM.11	SEM.19	SEM.35
NUMERO DE SUJETOS	11	10	9	8

2.4. Tratamiento aplicado

El tratamiento que se aplicó al grupo tuvo una duración de 10 sesiones además de las dos entrevistas de evaluación al principio y final del tratamiento, y las realizadas en los posteriores seguimientos. Todas las sesiones fueron llevadas a cabo por el mismo terapeuta, el cual había sido entrenado previamente en el tratamiento cognitivo-conductual del pánico y tenía experiencia clínica en el tratamiento individual de este trastorno. Además, hubo un coterapeuta que se encargaba de ayudar al terapeuta en las discusiones cognitivas y la administración de cuestionarios. El objetivo principal era conseguir que las interpretaciones catastróficas de las sensaciones corporales típicas en los pacientes con pánico fueran sustituidas por un pensamiento más racional y realista acerca de las mismas. Para ello se incluyeron básicamente tres elementos:

A.- Técnicas cognitivas cuyo fin es ayudar al paciente a identificar y modificar las interpretaciones negativas que hace de sus sensaciones corporales, a través de la realización y discusión de experimentos conductuales y del entrenamiento en técnicas de control de pensamiento tales como la distracción.

B.- Entrenamiento en respiración lenta, como mecanismo de control de la ansiedad.

C.- Afrontamiento de estímulos desencadenantes internos y externos frecuentes en las crisis del paciente, como medio de practicar las técnicas aprendidas en las sesiones y de someter a prueba la exactitud de sus predicciones de pánico.

El estilo general de la terapia siguió las pautas generales establecidas en el enfoque cognitivo de Beck. Se trata pues, de un estilo directivo por parte del terapeuta quien estructura las sesiones de terapia según un diseño específico que

requiere la participación activa del paciente. El paciente deberá intervenir no sólo en el establecimiento de la agenda y la realización de tareas semanales sino (y de modo fundamental) en la propia discusión y puesta a prueba de sus pensamientos catastróficos. Paciente y terapeuta se asocian en un "empirismo colaborador" en el que éste último juega un papel socrático. El terapeuta establece en la sesión un *feedback* frecuente que asegure la comprensión mutua. Todas las sesiones tienen la misma estructura, variando el contenido en cada una de ellas. Esta estructura es la siguiente:

1. Saludo inicial.
2. Presentación de la agenda.
3. Revisión de la tarea.
4. Pase de cuestionarios semanales.
5. Contenido específico de la sesión.
6. Asignación de tarea.
7. Fijación de la próxima cita.

En el apéndice A se describe detalladamente la agenda y el contenido de cada una de las diez sesiones.

3.- RESULTADOS.

Con el fin de ofrecer una idea lo más clara posible de los resultados del tratamiento cognitivo-conductual aplicado en grupo, exponemos en las tablas números 3, 4, 5 y 6 las medias desviaciones típicas y el nivel de significación de las diferencias obtenidas antes frente a después de la terapia y en los dos seguimientos. En las tablas se presentan en primer lugar, variables relacionadas directamente con el pánico como la frecuencia semanal de crisis; en segundo lugar, aspectos afectivos como la ansiedad general y depresión; en tercer lugar, variables que hacen referencia a cogniciones relacionadas con el pánico; en cuarto lugar, variables de evitación-temor referentes a la agorafobia que todos nuestros pacientes padecían como diagnóstico asociado al pánico; en quinto lugar, variables que ofrecen información sobre el nivel general de adaptación de los pacientes; y por último, variables que se refieren a la evaluación subjetiva de pacientes y terapeuta sobre el grado de mejoría.

Como se puede ver en la tabla 3 las puntuaciones de los sujetos en todas las variables contempladas han disminuido tras el tratamiento, alcanzando estas diferencias en su mayor parte significación estadística.

Si concretamos nuestro análisis de los resultados podemos ver que, en el grupo de variables relacionadas directamente con el pánico, no solo se ha reducido el nivel de malestar subjetivo sino, lo que es más importante, ha disminuido notablemente la frecuencia semanal de crisis (antes, 1.55 y después, 0.40). Se entiende perfectamente que no se haya alcanzado significación estadística en la frecuencia

TABLA Nº 3.- Eficacia terapéutica. Diferencias antes-después. Prueba de Wilcoxon (N=10)

	X1	DS1	X2	DS2	P
MALESTAR SUBJ.	6.55	2.07	3.20	1.99	0.005**
FREC.PAN.MES	3.82	4.40	0.70	0.95	0.117
FREC.PAN.SEM.	1.55	1.81	0.40	0.70	0.043*
ANS.GEN.SEM.	5.27	2.24	3.30	2.21	0.012**
ANS.ESTADO	33.50	10.14	17.33	11.51	0.017**
ANS.RASGO	41.10	6.44	31.67	8.70	0.017**
DEPRESION	18.82	10.22	7.00	3.46	0.012**
CDQ	26.00	9.96	17.10	8.76	0.005**
EV.AMBIGUOS	17.92	1.98	14.18	1.78	0.005**
EVIT.COND.1	7.00	2.86	3.50	3.60	0.008**
EVIT.COND.2	8.09	2.51	5.30	3.16	0.018*
EVIT.COND.3	7.10	3.18	3.88	4.02	0.043*
EVIT.COND.4	5.50	3.74	2.14	2.04	0.068
TEMOR COND.1	7.09	2.34	4.40	3.57	0.015**
TEMOR COND.2	7.09	2.88	4.70	3.20	0.008**
TEMOR COND.3	7.22	1.99	4.25	4.06	0.042*
TEMOR COND.4	6.14	2.19	2.57	2.64	0.046*
ADAPT.LABORAL	2.90	1.29	2.60	0.97	0.418
ADAPT.SOCIAL	2.91	1.45	1.90	1.66	0.128
ADAPT.OCIO	3.27	1.10	2.30	1.49	0.075
ADAPT.PAREJA	2.70	1.64	1.44	1.42	0.030*
ADAPT.FAMILIA	2.45	1.63	1.40	1.71	0.052*
ADAPT.GLOBAL	3.64	1.12	2.40	1.35	0.021*
EVAL.PAC.MEJ.	4.00	0.00	1.80	0.79	0.005**
EVAL.TER.MEJ.	4.00	0.00	2.00	0.47	0.005**
EVAL.TER.EST.	3.36	0.81	1.80	0.63	0.005**

NOTA: X1: Media antes; X2: Media después; DS1: Desviación estándar antes; DS2: Desviación estándar después; MALESTAR SUBJ: Malestar subjetivo; FREC.PAN.MES: Nº crisis en último mes; FREC.PAN.SEM.: Nº de crisis en la última semana; ANS.GEN.SEM.: Ansiedad general en la última semana; ANS.ESTADO: Ansiedad estado evaluada por el STAI; ANS.RASGO: Ansiedad rasgo evaluado por el STAI; DEPRESION: Depresión evaluada con el BDI de Beck; CDQ: Pensamientos distorsionados; EV.AMBIGUOS: Tendencia a interpret. catastrófica de sensac. de pánico; EVIT.COND.1: Evitación de la conducta objetivo número uno; EVIT.COND.2: Idem. conducta objetivo 2; EVIT.COND.3: Idem conducta 3; EVIT.COND.4: Idem conducta 4; TEMOR COND.1: Nivel de temor para la conducta objetivo 1; TEMOR COND.2: Idem conducta 2; TEMOR COND.3: Idem conducta 3; TEMOR COND.4: Idem conducta 4; ADAPT.LABORAL: Adaptación laboral; ADAPT.SOCIAL: Adaptación social; ADAPT. PAREJA: Adaptación a la vida de pareja; ADAPT.FAMILIA: Adaptación familiar; ADAPT.GLOBAL: Adaptación global; EVAL.PAC.MEJ.: Evaluación del paciente de su mejoría; EVAL.TER.MEJ.: Evaluación del terapeuta de la mejoría del paciente; EVAL.TER.EST.: Evaluación del terapeuta del estado del paciente;

TABLA Nº 4.- Eficacia terapeutica. Diferencias después-primer seguimiento. Prueba de Wilcoxon (N=9).

	X2	DS2	X3	DS3	P
MALESTAR SUBJ.	3.20	1.99	1.89	2.42	0.050*
FREC.PAN.MES	0.70	0.95	0.00	0.00	0.068
FREC.PAN.SEM.	0.40	0.70	0.00	0.00	0.180
ANS.GEN.SEM.	3.30	2.21	2.11	2.26	0.043*
ANS.ESTADO	17.33	11.51	17.14	4.71	0.866
ANS.RASGO	31.67	8.70	28.29	8.38	0.046*
DEPRESION	7.00	3.46	7.29	2.43	0.500
CDQ	17.10	8.76	19.88	9.93	0.272
EV.AMBIGUOS	14.18	1.78	13.20	2.04	0.110
EVIT.COND.1	3.50	3.60	2.44	3.32	0.345
EVIT.COND.2	5.30	3.16	2.89	2.80	0.123
EVIT.COND.3	3.88	4.02	1.75	3.01	0.173
EVIT.COND.4	2.14	2.04	1.14	1.07	0.106
TEMOR COND.1	4.40	3.57	2.56	3.40	0.028*
TEMOR COND.2	4.70	3.20	2.89	2.71	0.093
TEMOR COND.3	4.25	4.06	2.25	3.01	0.025*
TEMOR COND.4	2.57	2.64	2.14	2.12	0.345
ADAPT.LABORAL	2.60	0.97	0.78	1.64	0.012**
ADAPT.SOCIAL	1.90	1.66	1.11	1.62	0.106
ADAPT.OCIO.	2.30	1.49	0.67	1.32	0.018*
ADAPT.PAREJA	1.44	1.42	0.88	1.73	0.177
ADAPT.FAMILIA	1.40	1.71	1.22	1.48	0.787
ADAPT.GLOBAL	2.40	1.35	1.33	1.50	0.043*
EVAL.PAC.MEJ.	1.80	0.79	1.44	0.73	0.068
EVAL.TER.MEJ.	2.00	0.47	1.22	0.67	0.402
EVAL.TER.EST.	1.80	0.63	1.33	0.71	0.484

NOTA: X2: Media después; DS2: Desviación estándar después; X3: Media primer seguimiento; DS3: Desviación estándar primer seguimiento; MALESTAR SUBJ: Malestar subjetivo; FREC.PAN.MES: Nº crisis en el último mes; FREC.PAN.SEM.: Nº de crisis en la última semana; ANS.GEN.SEM.: Ansiedad general en la última semana; ANS.ESTADO: Ansiedad estado evaluada por el STAI; ANS.RASGO: Ansiedad rasgo evaluado por el STAI; DEPRESION: Depresión evaluada con el BDI de Beck; CDQ: Pensamientos distorsionados; EV.AMBIGUOS: Tendencia a interpret.catastrófica de sensac.relacionadas con pánico; EVIT.COND.1: Evitación de la conducta objetivo número uno; EVIT.COND.2: Idem. conducta objetivo 2; EVIT.COND.3: Idem conducta 3; EVIT.COND.4: Idem conducta 4; TEMOR COND.1: Nivel de temor para la conducta objetivo 1; TEMOR COND.2: Idem conducta 2; TEMOR COND.3: Idem conducta 3; TEMOR COND.4: Idem conducta 4; ADAPT.LABORAL: Adaptación laboral del paciente; ADAPT. SOCIAL: Adaptación social; ADAPT.PAREJA: Adaptación a la vida de pareja; ADAPT.FAMILIA: Adaptación a la vida familiar; ADAPT.GLOBAL: Adaptación global; EVAL. PAC.MEJ.: Evaluación del paciente de su mejoría; EVAL.TER.MEJ.: Evaluación del terapeuta de la mejoría del paciente; EVAL.TER.EST.: Evaluación del terapeuta del estado del paciente;

TABLA Nº 5.- Eficacia terapeutica. Diferencias primer seguimiento-segundo seguimiento. Prueba de Wilcoxon (N=8).

	X3	DS3	X4	DS4	P
MALESTAR SUBJ.	1.89	2.42	1.00	1.77	0.715
FREC.PAN.MES	0.00	0.00	0.00	0.00	1.000
FREC.PAN.SEM.	0.00	0.00	0.00	0.00	1.000
ANS.GEN.SEM.	2.11	2.26	1.25	1.98	0.593
ANS.ESTADO	17.14	4.71	15.40	9.94	0.500
ANS.RASGO	28.29	8.38	23.60	9.21	0.068
DEPRESION	7.29	2.43	7.40	7.40	0.500
CDQ	19.88	9.93	11.38	6.84	0.035*
EV.AMBIGUOS	13.20	2.04	11.67	3.57	0.063
EVIT.COND.1	2.44	3.32	2.13	3.44	0.789
EVIT.COND.2	2.89	2.80	1.50	2.33	0.106
EVIT.COND.3	1.75	3.01	0.29	0.76	0.273
EVIT.COND.4	1.14	1.07	1.00	2.00	1.000
TEMOR COND.1	2.56	3.40	1.88	3.36	0.465
TEMOR COND.2	2.89	2.71	1.63	2.67	0.068
TEMOR COND.3	2.25	3.01	0.57	0.79	0.109
TEMOR COND.4	2.14	2.12	1.17	1.94	0.593
ADAPT.LABORAL	0.78	1.64	0.25	0.46	1.000
ADAPT.SOCIAL	1.11	1.62	0.13	0.35	0.177
ADAPT.OCIO	0.67	1.32	0.13	0.35	0.317
ADAPT.PAREJA	0.88	1.73	0.50	1.41	0.655
ADAPT.FAMILIA	1.22	1.48	0.00	0.00	0.068
ADAPT.GLOBAL	1.33	1.50	0.13	0.35	0.043*
EVAL.PAC.MEJ.	1.44	0.73	1.00	0.00	0.180
EVAL.TER.MEJ.	1.22	0.67	1.00	0.00	1.000
EVAL.TER.EST.	1.33	0.71	1.13	0.35	1.000

NOTA: X3: Media primer seguimiento; X4: Media segundo seguimiento; DS3: Desviación estándar primer seguimiento; DS4: Desviación estándar segundo seguimiento; MALESTAR SUBJ: Malestar subjetivo; FREC.PAN.MES: Nº crisis en el último mes; FREC.PAN.SEM.: Nº de crisis en la última semana; ANS.GEN.SEM.: Ansiedad general en la última semana; ANS.ESTADO: Ansiedad estado evaluada por el STAI; ANS.RASGO: Ansiedad rasgo evaluado por el STAI; DEPRESION: Depresión evaluada con el BDI de Beck; CDQ: Pensamientos distorsionados; EV.AMBIGUOS: Tendencia a interpret.catastrófica de sensac.relacionadas con pánico; EVIT.COND.1: Evitación de la conducta objetivo número uno; EVIT.COND.2: Idem. conducta objetivo 2; EVIT.COND.3: Idem conducta 3; EVIT.COND.4: Idem conducta 4; TEMOR COND.1: Nivel de temor para la conducta objetivo 1; TEMOR COND.2: Idem conducta 2; TEMOR COND.3: Idem conducta 3; TEMOR COND.4: Idem conducta 4; ADAPT.LABORAL: Adaptación laboral del paciente; ADAPT.SOCIAL: Adaptación social; ADAPT.PAREJA: Adaptación a la vida de pareja; ADAPT.FAMILIA: Adaptación a la vida familiar; ADAPT.GLOBAL: Adaptación global; EVAL.PAC.MEJ.: Evaluación del paciente de su mejoría; EVAL.TER.MEJ.: Evaluación del terapeuta de la mejoría del paciente; EVAL.TER.EST.: Evaluación del terapeuta del estado del paciente;

TABLA Nº 6.- Eficacia terapeutica. Diferencias después-segundo seguimiento. Prueba de Wilcoxon (N=8)

	X2	DS2	X4	DS4	P
MALESTAR SUBJ.	3.20	1.99	1.00	1.77	0.091
FREC.PAN.MES	0.70	0.95	0.00	0.00	0.109
FREC.PAN.SEM.	0.40	0.70	0.00	0.00	0.317
ANS.GEN.SEM.	3.30	2.21	1.25	1.98	0.043*
ANS.ESTADO	17.33	11.51	15.40	9.94	0.893
ANS.RASGO	31.67	8.70	23.60	9.21	0.043*
DEPRESION	7.00	3.46	7.40	7.40	1.000
CDQ	17.10	8.76	11.38	6.84	0.080
EV.AMBIGUOS	14.18	1.78	11.67	3.57	0.051*
EVIT.COND.1	3.50	3.60	2.13	3.44	0.249
EVIT.COND.2	5.30	3.16	1.50	2.33	0.035*
EVIT.COND.3	3.88	4.02	0.29	0.76	0.109
EVIT.COND.4	2.14	2.04	1.00	2.00	0.285
TEMOR COND.1	4.40	3.57	1.88	3.36	0.028*
TEMOR COND.2	4.70	3.20	1.63	2.67	0.018*
TEMOR COND.3	4.25	4.06	0.57	0.79	0.068
TEMOR COND.4	2.57	2.64	1.17	1.94	0.273
ADAPT.LABORAL	2.60	0.97	0.25	0.46	0.012**
ADAPT.SOCIAL	1.90	1.66	0.13	0.35	0.028*
ADAPT.OCIO.	2.30	1.49	0.13	0.35	0.018*
ADAPT.PAREJA	1.44	1.42	0.50	1.41	0.465
ADAPT.FAMILIA	1.40	1.71	0.00	0.00	0.109
ADAPT.GLOBAL	2.40	1.35	0.13	0.35	0.012**
EVAL.PAC.MEJ.	1.80	0.79	1.00	0.00	0.068
EVAL.TER.MEJ.	2.00	0.47	1.00	0.00	0.018*
EVAL.TER.EST.	1.80	0.63	1.13	0.35	0.068

NOTA: X2: Media después; DS2: Desviación estándar después; X4: Media segundo seguimiento; DS4: Desviación estándar segundo seguimiento; MALESTAR SUBJ: Malestar subjetivo; FREC. PAN.MES: Nº crisis en el último mes; FREC.PAN.SEM.: Nº de crisis en la última semana; ANS.GEN.SEM.: Ansiedad general en la última semana; ANS.ESTADO: Ansiedad estado evaluada por el STAI; ANS.RASGO: Ansiedad rasgo evaluado por el STAI; DEPRESION: Depresión evaluada con el BDI de Beck; CDQ: Pensamientos distorsionados; EV.AMBIGUOS: Tendencia a interpret.catastrófica de sensac.relacionadas con pánico; EVIT.COND.1: Evitación de la conducta objetivo número uno; EVIT.COND.2: Idem. conducta objetivo 2; EVIT.COND.3: Idem conducta 3; EVIT.COND.4: Idem conducta 4; TEMOR COND.1: Nivel de temor para la conducta objetivo 1; TEMOR COND.2: Idem conducta 2; TEMOR COND.3: Idem conducta 3; TEMOR COND.4: Idem conducta 4; ADAPT.LABORAL: Adaptación laboral del paciente; ADAPT. SOCIAL: Adaptación social; ADAPT.PAREJA: Adaptación a la vida de pareja; ADAPT. FAMILIA: Adaptación a la vida familiar; ADAPT.GLOBAL: Adaptación global; EVAL. PAC. MEJ.: Evaluación del paciente de su mejoría; EVAL.TER.MEJ.: Evaluación del terapeuta de la mejoría del paciente; EVAL.TER.EST.: Evaluación del terapeuta del estado del paciente;

semanal en el último mes, si tenemos en cuenta desde la séptima sesión de tratamiento (esto es, quedaba aún un mes por finalizar la terapia) hasta el post-test.

Centrando nuestro análisis en los aspectos afectivos, podemos comprobar que todas las puntuaciones han disminuido de forma significativa (.01), tanto la ansiedad general en la última semana, como la ansiedad-estado y rasgo (en teoría, una variable bastante estable y difícil de modificar) y el grado de depresión medido con el cuestionario de Beck.

Por lo que respecta a las variables que se refieren a las cogniciones relacionadas con el pánico, hay que decir que, tanto las cogniciones distorsionadas evaluadas con el C.D.Q de Beck, como la tendencia a evaluar de modo catastrófico sensaciones de pánico, han disminuido tras el tratamiento, alcanzando esta diferencia significación estadística (.01).

Todas las diferencias observadas en las puntuaciones correspondientes a las variables relacionadas con la evitación y/o temor a situaciones ansiógenas (excepto la evitación a la conducta-objetivo número 4) han alcanzado significación estadística.

Por lo que se refiere a las variables que nos hablan del grado en que el pánico interfiere en aspectos de la vida de los pacientes (adaptación), hay que decir que esta interferencia disminuye en todos los casos, alcanzando significación estadística en la vida de pareja, familiar y a nivel global.

Por último, los datos referentes a la evaluación subjetiva del paciente y terapeuta acerca del nivel de mejoría indican la percepción de una evolución favorable, alcanzando las diferencias significación estadística al nivel de .01.

Si analizamos los datos expuestos en la tabla número 4, que contiene las diferencias entre las puntuaciones del post-tratamiento y del primer seguimiento, podemos extraer en principio una información interesante. Todas las variables (excepto las cogniciones distorsionadas evaluadas con el CDQ y la depresión evaluada con el BDI que aumentan ligeramente), siguen cambiando, en el sentido de una progresiva mejoría en el primer seguimiento realizado a los pacientes dos meses después de finalizar el tratamiento. Este cambio alcanza incluso significación estadística en algunas variables como el malestar subjetivo, la ansiedad general y la ansiedad-rasgo, el nivel de temor para las conductas número uno y tres, el nivel de adaptación laboral, de ocio y global. Otra información que merece destacarse es que la frecuencia de pánico en la última semana y también en el último mes es de cero en todos los pacientes en el primer seguimiento realizado.

Algo muy similar cabría decir respecto a la diferencia entre las puntuaciones correspondientes al primer y segundo seguimientos (tabla número 5). Todas las variables siguen evolucionando en el sentido de una progresiva mejoría, exceptuando un ligerísimo aumento en el nivel de depresión. Hay que destacar

el notable descenso de las cogniciones distorsionadas evaluadas con el CDQ (variable que había aumentado ligeramente en el primer seguimiento), que alcanza significación estadística, junto con el nivel de adaptación global. Asimismo, resulta de gran interés observar cómo en el segundo seguimiento realizado a los 6 meses de finalizar la terapia, la frecuencia de pánico en la última semana y mes, sigue siendo de cero en todos los pacientes.

Por último, hemos calculado las diferencias entre las puntuaciones correspondientes al post-tratamiento y al segundo seguimiento (Tabla número 6). En la tabla número 6 se puede observar que la diferencia entre las puntuaciones alcanza significación estadística en algunas variables que en comparaciones anteriores no la habían alcanzado. Estas variables son la tendencia a interpretar catastróficamente sensaciones relacionadas con el pánico, el grado de evitación y temor de la conducta número dos, el nivel de adaptación laboral y la evaluación de mejoría realizada por el terapeuta.

Con el fin de seguir mejor la evolución de nuestros pacientes a lo largo de los distintos momentos de evaluación presentamos las figuras 1, 2, 3 y 4. En la FIGURA número 1, aparece la evolución de los pacientes en la frecuencia semanal de crisis, y la evitación-temor agorafóbicos para las cuatro conductas objetivo. En la FIGURA número 2, se encuentran representadas las puntuaciones en ansiedad-estado y rasgo, así como depresión a lo largo de la terapia. En la FIGURA número 3, se presenta la evolución de las variables relacionadas con las cogniciones de pánico. Por último, en la FIGURA número 4, aparece la adaptación global de los pacientes, así como la evaluación subjetiva de terapeuta y paciente acerca de la mejoría de éste último.

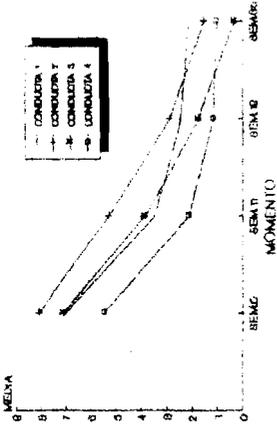
Un comentario aparte, creemos, merece la cuestión farmacológica. En este sentido, habría que decir que todos los pacientes que en el momento del inicio del tratamiento psicológico estaban tomando medicación, eliminaron gradual y voluntariamente el fármaco (en el segundo seguimiento las dosis oscilaban entre 0 y 0'50 miligramos). Recuérdese, a este respecto, que dichos pacientes se habían negado a dejar la medicación una vez finalizó el tratamiento farmacológico, dado que al intentarlo habían tenido problemas. Teniendo esto en cuenta, se podría argüir que la eficacia terapéutica lograda se debe a los efectos de la medicación. Sin embargo, ante esta argumentación señalaríamos lo siguiente:

1) Estos pacientes previamente habían tomado el mismo fármaco a dosis mucho más elevadas durante meses sin éxito. Desde que finaliza el tratamiento farmacológico y hasta el momento en que pasan a formar parte del grupo de terapia psicológica lo que está pretendiendo el psiquiatra que ha pautado dicho tratamiento es precisamente *retirarlo*.

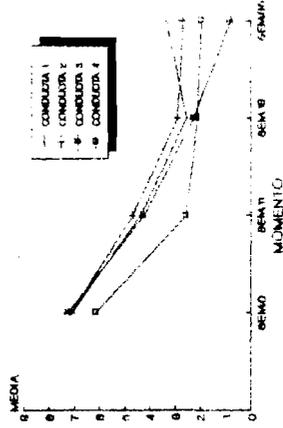
2) Se compararon las puntuaciones de los pacientes que no tomaban alprazolam frente a los que sí lo hacían (Ude Mann-Whitney) en cada uno de los momentos de la evaluación y no se detectaron diferencias estadísticamente significativas.

FIGURA 1. VARIABLES DE PANICO Y AGORAFOBIA

EVITACION AGORAFOBICA



TEMOR AGORAFOBICO



FRECUENCIA SEMANAL CRISIS

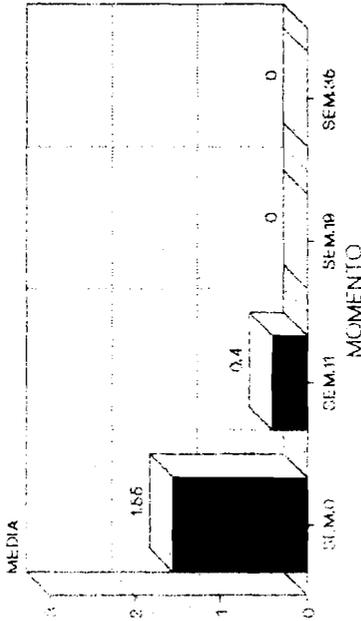
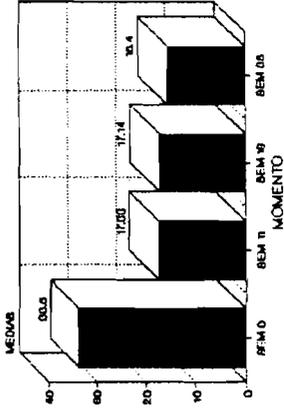
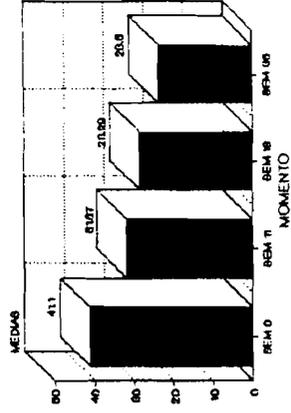


FIGURA 2.- Variables afectivas

ANSIEDAD ESTADO



ANSIEDAD RASGO



DEPRESION

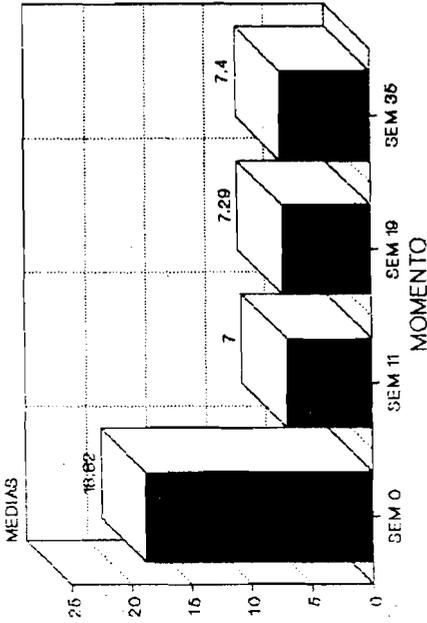
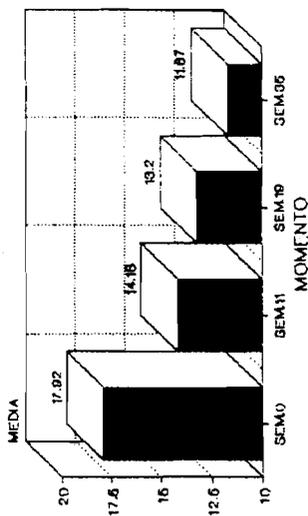


FIGURA 3.- Variables cognitivas relacionadas con el pánico

INTERPRET. CATASTROFICA



COGNICIONES DISTORSIONADA

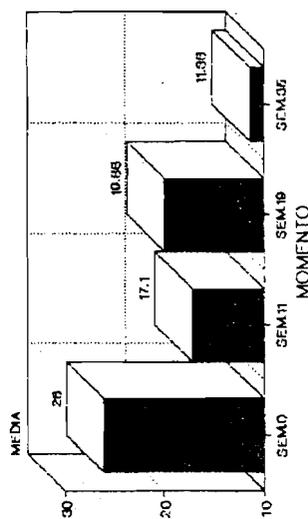
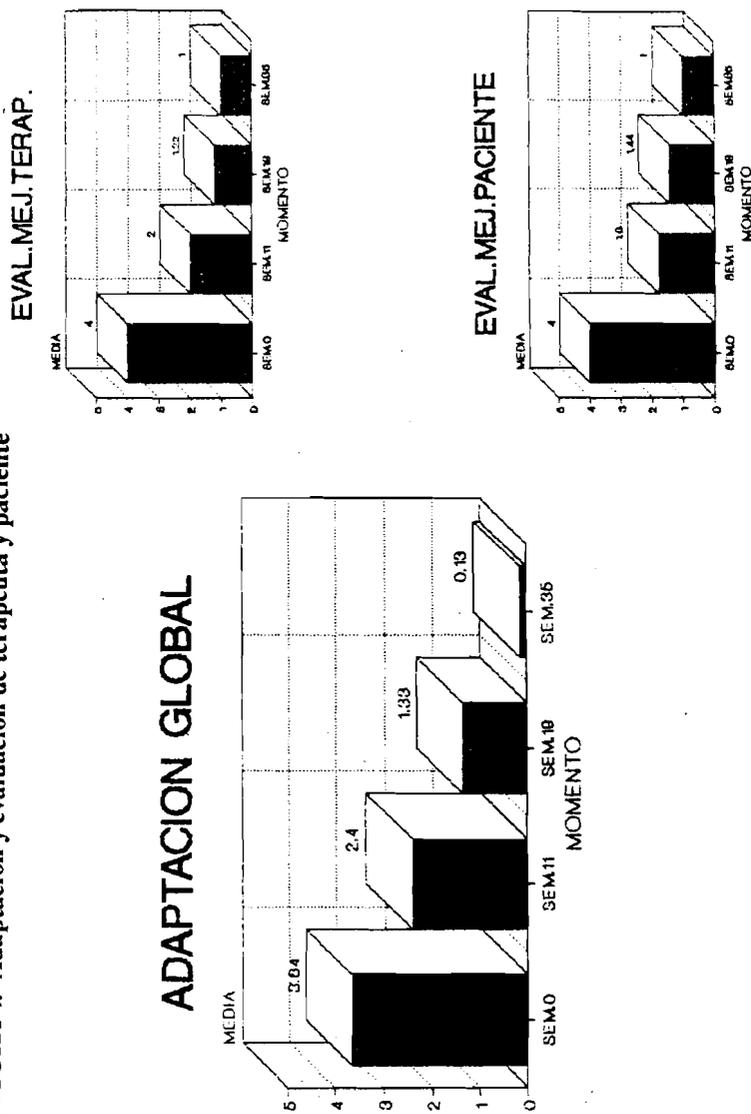


FIGURA 4.- Adaptación y evaluación de terapeuta y paciente



4. CONCLUSIONES.

A partir de los resultados obtenidos podemos concluir que la adaptación que hemos realizado del tratamiento cognitivo-conductual de Clark y Salkovskis para su aplicación en grupo resulta eficaz. Hemos comprobado que disminuyen aspectos directamente relacionados con el pánico (como la frecuencia de crisis) y la agorafobia (evitación-temor), así como la ansiedad estado y rasgo, el nivel de depresión. También disminuyen las cogniciones, y esto nos parece de gran importancia ya que, según el modelo cognitivo del pánico, dichas cogniciones pueden estar a la base de este trastorno.

Además, hay que añadir que con este tratamiento, no sólo hemos conseguido alterar estas variables, sino, lo que resulta más difícil, hemos mantenido e incluso aumentado ese cambio a lo largo de los seguimientos realizados. Por supuesto, habrá que esperar para ver si en futuros seguimientos continúa la tendencia señalada y en este sentido estamos trabajando.

Por otra parte, queremos insistir en que este tratamiento fue eficaz también para combatir los efectos de rebote bien conocidos que se producen al abandonar la ingesta del alprazolam (Michelson y Marchione, 1991).

Como decíamos en un epígrafe anterior, no hemos encontrado en la literatura ningún trabajo en el que se describa la aplicación en grupo del tratamiento para el pánico, por lo que no podemos comparar nuestros resultados con los de otros autores. Sin embargo, podemos decir que los resultados que hemos obtenido con la aplicación en grupo del programa cognitivo-conductual de Clark y Salkovskis son, cuanto menos, comparables a los que hemos logrado en su aplicación individual.

Teniendo en cuenta los esperanzadores resultados obtenidos al aplicar en grupo el programa, queremos señalar una serie de ventajas que, a nuestro entender, puede tener la aplicación en grupo sobre el tratamiento individual. Básicamente, destacaríamos las siguientes:

1. Con el tratamiento en grupo, los pacientes descubren que su experiencia de pánico (que les parecía única y exclusiva), es más común de lo que pensaban. Se dan cuenta de que otras personas han sentido lo mismo que ellos, lo cual les hace sentir un "apoyo o validación social" que antes no poseían.

2. Con la aplicación del tratamiento en grupo, los pacientes pueden aprender "en cabeza ajena" (además de en la suya propia). Los pacientes extraen en cada sesión conclusiones a partir de los registros o experimentos conductuales realizados con sus compañeros.

3. El tratamiento en grupo permite reducir el coste terapéutico en tiempo dedicado a cada paciente, lo cual puede constituir una gran ventaja de cara a la implantación de estos tratamientos en los centros de salud comunitarios.

Sin embargo, nuestra experiencia nos dice que, si se quiere que todos los

pacientes se beneficien de las ventajas de una terapia en grupo, resulta necesario que el terapeuta esté alerta en todo momento acerca del ritmo individual de progreso de cada paciente, siendo aconsejable en algunos casos, alguna sesión individual de refuerzo a algún paciente. Por otra parte, resulta imprescindible un estilo más directivo por parte del terapeuta (en comparación al mantenido en la terapia individual) si se quiere evitar que algunos pacientes intenten acaparar toda la atención y que se lleve a cabo la agenda preestablecida.

En conclusión, pensamos que nuestra adaptación del tratamiento cognitivo-conductual de Clark y Salkovskis para su aplicación en grupo puede resultar de gran interés por la eficacia terapéutica obtenida, además de las ventajas sobreañadidas que ofrece frente al tratamiento individual de estos pacientes. Sin embargo, sería necesario realizar estudios comparativos de ambos tipos de aplicación para extraer conclusiones más definitivas.

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer la colaboración prestada por M^a Consuelo Tomás Benlloch y Cristina Robert Flors como coterapeutas en este tratamiento.

APENDICE A

PRIMERA ENTREVISTA: Fue realizada individualmente. En ella se estableció el diagnóstico de los pacientes y se evaluó distintas áreas de funcionamiento del sujeto. Tuvo una duración de dos horas.

SESION DE PRESENTACION a la que asistieron todos los pacientes que seguirían este tratamiento y en la que se trabajaron los siguientes aspectos:

- a. Presentación del terapeuta.
- b. Aclaración de los objetivos de esta reunión.
- c. Presentación de los pacientes en la que debían dar a conocer algunos datos personales (nombre, edad, estudios o trabajo..), su situación actual con respecto al pánico, medicación que tomaban (gran parte del grupo tomaba medicación), antigüedad del problema y cualquier aspecto que consideraran interesante que conociera el grupo.
- d. Explicación por parte del terapeuta de las líneas generales en que iba a consistir el tratamiento psicológico en grupo.
- e. Opinión del grupo sobre el tipo de terapia que se iba a seguir y expectativas respecto al proceso y resultado terapéutico.
- f. Pase de cuestionarios (toma de línea base)
- g. Fijación de la próxima sesión.

Como todas las sesiones posteriores, esta sesión tuvo una duración de dos horas y media.

SESION 1 DE TRATAMIENTO.

El objetivo central de esta sesión fue la anamnesis de pánico en la que se requería de cada paciente la misma información que se pedía en la terapia individual (Ballester y Botella, en prensa). El único cambio consistió en que cada pregunta iba siendo contestada de forma ordenada por todos los pacientes, antes de pasar a la siguiente. El terapeuta hacía un resumen de lo que había creído entender a nivel grupal después de la contestación a cada pregunta. Cuando era necesario hacía un esquema en una pizarra de la información que se iba recabando. La agenda fue pues, la siguiente:

1. Descripción de la última crisis
 - 1.1. Situación
 - 1.2. Sensaciones corporales
 - 1.3. Cogniciones
 - 1.4. Comportamiento
2. Otras situaciones en que ha tenido crisis
3. Evitación de situaciones o actividades
4. Reacción habitual frente a una crisis
5. Reacción de otras personas
6. Existencia de moduladores de las crisis
7. Comienzo y curso del problema
8. Tratamientos que ha recibido
9. Causa percibida del problema.

SESION 2 DE TRATAMIENTO

El contenido esencial de esta sesión fue, igual que en la terapia individual, la presentación del modelo cognitivo del pánico. Desde el modelo defendido por Clark y Salkovskis un amplio rango de estímulos pueden provocar un ataque. Estos estímulos pueden ser externos (por ejemplo un supermercado para un agorafóbico) o internos (pensamiento, imagen o sensación corporal). Si estos estímulos son percibidos como una amenaza, la consecuencia es un estado de aprensión o miedo. Este estado está acompañado por un gran número de sensaciones corporales. Cuando estas sensaciones producidas por la ansiedad son interpretadas de un modo catastrófico sobreviene un gran incremento del miedo. Esto produce un aumento de la intensidad de las sensaciones corporales y así, sucesivamente, hasta formar un círculo vicioso que culmina con un AP (Clark y Salkovskis, 1987).

La agenda de esta sesión incluye los siguientes puntos:

1. Qué es la ansiedad
2. Valor adaptativo de la ansiedad
3. Ausencia de consecuencias perjudiciales de la ansiedad para el organismo.
4. Formas de manifestarse la ansiedad (Triple Sistema de Respuesta)
5. Importancia central del pensamiento en el desencadenamiento de la ansiedad. (Ejemplo de Beck).
6. Presentación del modelo cognitivo del pánico. Ejemplificación.

La forma en que el terapeuta hacía que los pacientes expusieran su punto de vista sobre estos aspectos podía variar: en ocasiones se realizaba un *brainstorming* y todos los pacientes aportaban de forma desordenada ideas acerca de lo que se les preguntaba; en otras ocasiones, según el interés del terapeuta, todos los

pacientes contestaban a una cuestión de forma ordenada y secuencial; por último, en ocasiones el terapeuta pedía sólo a un paciente, que diera respuesta a la pregunta planteada. El paciente podía ser una persona cualquiera del grupo o bien uno en concreto según conviniese. El *feedback* entre terapeuta y pacientes era constante, pudiendo intervenir cualquiera de ellos en el momento que lo deseara siempre y cuando lo que fuera a decir tuviera relación con el tema de que se hablaba.

A diferencia de la terapia individual, en esta sesión no dio tiempo a realizar la prueba de hiperventilación, que pasó a la agenda de la sesión siguiente.

SESION 3 DE TERAPIA

La agenda de la sesión 3 de la terapia en grupo recogió fundamentalmente los siguientes aspectos:

1. Aclaración de las dudas o problemas respecto al modelo cognitivo del pánico (I): los ataques de pánico nocturnos.
2. Prueba de hiperventilación.
3. Papel de la hiperventilación en el círculo vicioso del pánico.
4. Aclaración de las posibles dudas o problemas respecto a la comprensión del papel que juega la hiperventilación en el pánico(I): “en las crisis tengo muchos más síntomas y de más intensidad”.

El terapeuta procuró que todos los pacientes interviniesen en la aclaración de las dudas de cada paciente respecto al modelo cognitivo del pánico, y el papel de la hiperventilación. Por lo que se refiere a la cuestión de “cómo es posible tener crisis nocturnas si el pensamiento no está funcionando”, el terapeuta preguntó a los pacientes si pensaban que mientras dormían estaban totalmente ausentes de su cuerpo y su ambiente, a lo que contestaron afirmativamente. Entonces, el terapeuta instó a los pacientes a decir si alguna vez se habían despertado al oír el cambio en la respiración de alguien a quien estaban cuidando, o bien si alguna vez se habían despertado por las ganas de orinar. Como es de suponer todos los pacientes habían experimentado alguna vez estas cosas, lo cual significaba que cuando uno duerme no deja de prestar atención a estímulos internos y externos que le resulten significativos.

La duda con la hiperventilación consistió en la diferencia de síntomas experimentados al hiperventilar y los propios de una crisis. El terapeuta enfatizó el grado de similitud sin entrar excesivamente en las posibles causas de esta diferencia. Aún así preguntó al paciente cuáles pensaba que podían ser las causas de esta diferencia, llegando, entre todos, a la conclusión de que si los pacientes hubieran experimentado las mismas sensaciones sin estar presente el terapeuta y sin saber que se trataba de una prueba experimental controlada, seguramente hubieran llegado al pánico.

Respecto a la prueba de hiperventilación hay que decir que, con el fin de evitar que la respuesta de cada paciente se viese influida por la reacción de los restantes, se introdujo una variación. El terapeuta dió la instrucción de que ningún paciente expresara verbal o gestualmente su reacción ante la prueba de hiperventilación antes de que todos ellos hubieran terminado en cumplimentar su cuestionario P-5 y el cuestionario de similitudes, tras lo cual comentarían la experiencia.

En esta sesión los pacientes propusieron hablar del tema de cómo el pánico interfería en sus relaciones sociales. De acuerdo con el papel activo del paciente en el establecimiento de la agenda, este tema fue incluido en ella, pero, por falta de tiempo tuvo que ser relegado para la siguiente sesión.

SESION 4 DE TERAPIA

En la sesión 4 la agenda incluyó los siguientes puntos:

1. Aclaración de dudas o problemas respecto al modelo cognitivo del pánico y el papel de la hiperventilación en las crisis (II): "no noto que hiperventile en una crisis", "¿cómo puedo estar hiperventilando si tengo la sensación de falta de aire?".
2. ¿Cómo es posible cortar el círculo vicioso del pánico?
3. ¿Cómo puede interferir el pánico en las relaciones sociales de los pacientes?. Posibles actuaciones ante este problema.

Ante la duda de una paciente de que hiperventilara en una crisis pues no notaba que lo hiciera, el terapeuta realizó un experimento conductual consistente en hacer que la paciente tomara una inspiración extra cada 7 segundos aproximadamente (a la señal del terapeuta) mientras seguían hablando. A los 5 minutos le preguntó cómo se sentía, a lo que la paciente respondió sentir sensaciones parecidas a las de la hiperventilación y las crisis. La paciente comprendió que en realidad hiperventilar era sobrerrespirar, lo cual podía hacerse sin necesidad de respirar a un ritmo tan rápido. La paciente reconoció suspirar a menudo cuando estaba ansiosa. Además de esto, el terapeuta pidió a la paciente que le dijera a algún familiar que observara su respiración durante las crisis, porque posiblemente ella no fuese consciente, en momentos de tanta tensión, de este aspecto.

La segunda duda consistió en que un paciente no comprendía cómo podía hiperventilar en una crisis si tenía la sensación subjetiva de falta de aire. El terapeuta aclaró esta duda explicando la causa de esta sensación paradójica y haciendo recordar a algunos pacientes que, cuando hicieron la prueba de hiperventilación informaron haber sentido falta de aire.

A pesar de que el punto tres de la agenda retrasaba bastante la marcha de

la terapia tal como la tenía prevista el terapeuta al inicio de la misma, éste parecía constituir para todo el grupo un tema de gran interés. Se aclaró la relatividad de los conceptos normal-anormal y los distintos criterios seguidos para considerar una conducta como normal. Asimismo, se entrenó a los pacientes en solución de problemas aplicado a sus relaciones sociales y en técnicas de asertividad.

SESION 5 DE TERAPIA

La agenda para esta sesión fue la siguiente:

1. Aclaración de dudas o problemas respecto al modelo cognitivo del pánico y el papel de la hiperventilación en las crisis (III): diferencia entre ansiedad y estrés; ¿hiperventilar puede resultar agradable en algunos casos?; ¿qué ocurre cuando en una crisis no parece haber ningún estímulo desencadenante?; ¿cómo puede afectar la regla al pánico?.
2. Entrenamiento en respiración lenta en posición sentado.
3. Discusión cognitiva de algunas de las crisis de la semana.

Las dudas expresadas por los pacientes al inicio de la sesión fueron incluidas en el punto uno de la sesión y aclaradas por el terapeuta quien no dejó de valerse para ello de la propia experiencia de los pacientes que conformaban el grupo.

Tanto el entrenamiento en respiración lenta, como la discusión cognitiva de algunas de las crisis de la semana, se realizaron en los mismos términos que en la terapia individual.

En el caso de la respiración lenta, en la terapia individual se pedía al paciente que hiperventilara y después se le pedía que realizase la respiración lenta a la señal del terapeuta. Como es de suponer al realizar el entrenamiento en grupo, el momento en que cada paciente empezaba a experimentar los síntomas con la hiperventilación era variable, por lo que cuando el terapeuta puso la grabación de la respiración lenta, no todos los pacientes habían experimentado ya sensaciones desagradables. Una posible solución a este problema hubiera podido ser avisar previamente al grupo que cada uno eligiese el momento para comenzar la respiración lenta esperando a experimentar sensaciones desagradables. Sin embargo, esto hubiera sido posible sólo si los pacientes ya hubieran sabido realizar la respiración lenta sin necesidad de grabación, lo cual no era factible tratándose del primer día de entrenamiento en respiración. Como en la terapia individual se puso las grabaciones referentes a los dos ritmos de respiración (8 y 12 resp/min) y a cada paciente se le facilitó un casete con el ritmo que le había resultado más cómodo.

Respecto a la discusión cognitiva de las crisis semanales, el único cambio

introducido fue la utilización de la experiencia de todos los pacientes para retar los pensamientos catastróficos de cada uno de ellos.

SESION 6 DE TERAPIA

La agenda de la sesión 6 incluía en principio los siguientes puntos:

1. Problemas con la respiración lenta en posición sentado o tumbado.
2. Entrenamiento en respiración lenta de pie.
3. Prueba de pares asociados

El único problema con la respiración lenta que plantearon los pacientes fue que tenían miedo a respirar excesivamente poco cuando la llevaban a cabo, con el peligro consiguiente de autoasfixiarse. Para solucionar esta duda, el terapeuta animó al paciente a realizar un experimento conductual que consistía en dejar de respirar durante un momento hasta que el terapeuta diese la orden de tomar aire de nuevo. El procedimiento del experimento fue exactamente el mismo que el descrito para la terapia individual. Los pacientes comprendieron así la imposibilidad de autoasfixiarse respirando excesivamente poco debido a la existencia de un reflejo cerebral que provoca la inspiración. Por lo que respecta al entrenamiento en respiración lenta en posición de pie, fue muy similar al realizado la sesión anterior, con el cambio de posición. La única diferencia consistió en que, esta vez, al haber aprendido ya los pacientes a internalizar la respiración lenta sin ayuda del casete, se les dio la instrucción de que cada uno iniciase esta respiración por sí mismo, en el momento en que empezase a sentir sensaciones desagradables provocadas por la hiperventilación.

Finalmente, se propuso a los pacientes la realización de un experimento conductual que les ayudaría a comprender la importancia de los pensamientos en una crisis de pánico. Se trataba de la prueba de pares asociados. El procedimiento seguido en la terapia individual sólo fue alterado en un aspecto para poder ser aplicado en grupo. Ante la imposibilidad de que todos los pacientes leyeran en voz alta a la vez la lista de pares asociados, fue el terapeuta quien realizó la lectura, dando a los pacientes la instrucción de que ninguno comentara nada acerca de su reacción ante la lectura de los pares asociados hasta haber cumplimentado el cuestionario P-3. De esta forma se impedía que las respuestas de los pacientes se influyeran entre sí.

La realización de esta prueba se vio truncada por un hecho que impidió que fuera acabada. Una paciente tuvo una crisis de pánico ante la lectura de los pares asociados. Esto hizo que se aplazase este experimento conductual para la siguiente sesión. A cambio fue posible que el grupo presenciara la intervención en el momento de una crisis (reto de pensamientos negativos y respiración lenta), lo que les resultó de gran ayuda.

El coterapeuta salió de la sesión con la paciente hasta que ésta volvió a tranquilizarse. Mientras tanto, este hecho suscitó algunas preguntas entre el resto de pacientes que fueron comentadas con el grupo.

La tarea de esta semana consistió en seguir practicando la respiración lenta (de pie) dos veces al día de 30 minutos cada vez.

SESION 7 DE TERAPIA

Los puntos incluidos en la agenda de la sesión 7 fueron los siguientes:

1. Comentario y conclusiones de la crisis provocada la sesión anterior por la lectura de pares asociados.
2. Prueba de pares asociados.
3. Experimento conductual sobre la importancia de la autoatención corporal.
4. Entrenamiento en técnicas de distracción.

La crisis ocurrida la sesión anterior y el incremento de ansiedad provocado en los pacientes al leer los pares asociados en la presente sesión ayudó a comprender al grupo, una vez más, en el papel central que los pensamientos tienen en el pánico.

El experimento conductual sobre la importancia de la autoatención y el entrenamiento en técnicas de distracción fue exactamente igual al realizado en la terapia individual, salvo en pequeños detalles. En la terapia en grupo, se pidió a todos los pacientes que, con los ojos cerrados, prestaran atención a su corazón intentando sentir sus palpitaciones y levantando la mano cuando fueran capaces de sentir las. Cuando prácticamente todos los pacientes habían levantado la mano, se pidió a uno de ellos que describiera un objeto de la habitación. Cada técnica de distracción fue ejemplificada en un paciente distinto.

El hecho de que los pacientes tuvieran los ojos cerrados mientras se concentraban en su corazón tuvo dos funciones. Por un lado, evitaba que los pacientes se distrajesen con otros estímulos externos. Por otro, nos asegurábamos de que ningún paciente se sintiera presionado a levantar la mano indicando que sentía sus latidos porque los demás lo hubieran hecho.

Durante la sesión una paciente planteó una serie de creencias negativas acerca de su vida, siendo respaldada por otros pacientes del grupo. Mientras el terapeuta discutía cognitivamente estas creencias, una paciente planteó la posibilidad de establecer como tarea que cada uno escribiese una lista de aspectos positivos en sus vidas. El terapeuta estuvo de acuerdo con esta idea y así fue aceptado por el grupo.

Puesto que, en este momento ya se habían presentado a los pacientes ya se hallaban en poder de todas las técnicas de control de la ansiedad incluidas en la terapia, la tarea consistió también en empezar a afrontar estímulos externos e internos que temiesen, como medio de poner en práctica las técnicas aprendidas

y de poner a prueba la exactitud de sus predicciones de pánico. Para esto último, se les entregó el cuestionario P-2, y se les explicó el modo de cumplimentarlo.

SESION 8 DE TERAPIA

La agenda de la sesión 8 fue la siguiente:

1. Problemas aparecidos con las técnicas de distracción.
2. Discusión cognitiva de alguna de las crisis ocurridas durante la semana.
3. Resumen de la información recogida en los cuestionarios P-2, al afrontar situaciones temidas. Implicaciones.
4. Comentario sobre la tarea de la sesión anterior consistente en escribir en una lista aspectos positivos de la vida de los pacientes.
5. Experimento conductual sobre la relación mareo-desmayo.

El mayor problema que encontraron los pacientes con las técnicas de distracción fue la dificultad de hallar un estímulo suficientemente poderoso para poder acaparar totalmente su atención, apartándola de su propio funcionamiento fisiológico. Se aclaró la función exclusivamente paliativa de estas técnicas.

La discusión cognitiva de alguna de las crisis fue realizada de la misma forma que se detalla en la terapia individual.

Quizás lo más interesante de esta sesión fue extraer las implicaciones de todos los afrontamientos realizados por los pacientes en esta semana. en un cuadro resumen que confeccionó el terapeuta en el encerado de la habitación, los pacientes pudieron ver fácilmente cómo solían errar en sus predicciones de pánico, tendiendo en casi todos los casos a sobreestimar la probabilidad e intensidad del pánico y miedo experimentado en sus crisis.

Durante la sesión, una paciente insistió en el miedo que tenía a desmayarse en sus crisis como consecuencia de la intensa sensación de mareo que experimentaba. Puesto que dio tiempo en esta sesión, esto fue incluido en la agenda y se realizó un experimento conductual para demostrar a la paciente la imposibilidad de desmayarse en una crisis. Para ello, se le dijo que iba a hiperventilar de pie hasta sentir la sensación de mareo. Se le pidió que predijera qué pensaba que iba a pasar y se le invitó a que comprobara por sí misma que le ocurría realmente al hiperventilar de pie. La paciente pudo comprobar que el mareo había aparecido y sin embargo, el desmayo, una vez no estaba presente. Ayudada por el terapeuta comprendió que el desmayo y la ansiedad son casi incompatibles fisiológicamente si atendemos al criterio de la presión arterial.

La tarea de esta sesión fue seguir afrontando estímulos internos y externos temidos, utilizando el cuestionario P-2.

SESION 9 DE LA TERAPIA

El objetivo esencial de la sesión 9 fue, como en la terapia individual, la prevención de recaídas, y su contenido fue exactamente el mismo. La única diferencia consistió en que, al tratar cada uno de los puntos de la agenda se hacía intervenir de forma ordenada a todos los pacientes del grupo, lo cual resultaba especialmente enriquecedor para el grupo. Los aspectos incluidos en la agenda de la sesión 9 fueron, pues, los siguientes:

1. Repaso de la evolución de los pacientes a lo largo de la terapia.
2. Valoración por parte de los pacientes de esta evolución.
3. Repaso del contenido de las sesiones anteriores.
4. Atribución de la mejoría por parte de los pacientes.
5. Refuerzo del terapeuta
6. Valoración de la creencia residual de los pacientes en las interpretaciones catastróficas de sus sensaciones corporales
7. Expectativas futuras de los pacientes respecto al pánico.
8. Posibilidad y conveniencia de generalizar el contenido de la terapia a otras sensaciones corporales distintas que pudieran aparecer en futuras crisis.
9. Conveniencia de seguir practicando las técnicas aprendidas a lo largo de la terapia como medio de mantener y mejorar el cambio logrado.

Puesto que existieron diferencias individuales en el grado de mejoría alcanzado por los distintos pacientes, se intentó comentar los posibles factores que pudieron influir en la evolución de cada paciente en concreto.

La tarea para la próxima sesión fue idéntica a la que se establece en la terapia individual, a saber, la respuesta por escrito a estas tres cuestiones:

1. ¿Qué es el pánico y cómo se produce?
2. Pensamientos negativos que tenía o tengo en mis crisis Evidencias a favor y en contra. Datos de la terapia que han sido especialmente útiles.
3. ¿Cómo puedo afrontar un ataque de pánico?

SESION 10 DE TERAPIA.

En la última sesión del tratamiento los puntos a tratar en la agenda fueron simplemente dos:

1. Comentario de las respuestas dadas por los pacientes a las cuestiones planteadas en la sesión anterior.
2. Valoración final de la terapia

Al igual que en la sesión anterior, para cada cuestión se estableció una ronda en la que todos los pacientes intervinieron.

EVALUACION FINAL Y SEGUIMIENTOS

Al finalizar el tratamiento se evaluó a todos los pacientes utilizando para ello los mismos cuestionarios de la evaluación inicial. Esto mismo fue realizado en dos seguimientos de los pacientes llevados a cabo a las 8 y 24 semanas de finalizar e tratamiento.

BIBLIOGRAFIA

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1987): *Diagnosis and statistical manual of mental disorders. DSM-III Revisado*. Washington D.C.: A.P.A. (Traducción castellana en editorial Mason).
- BALLESTER, R. y BOTELLA, C. (1992). Aplicación del programa cognitivo-conductual de Clark a un caso con trastorno de pánico. *Psicothema* (en prensa).
- BARLOW, D.H. (1988). Future directions. En C.G.Last y M.Hersen (eds). *Handbook of anxiety disorders*. New York.Pergamon.
- BARLOW, D.H. y CERNY, J.A. (1988). *Psychological treatment of panic*. The Guildford Press.
- BARLOW, D.H., CRASKE, M.G., CERNY, J.A. y KLOSKO, J.S. (1989). Behavioral treatment of panic disorder. *Behavior Therapy*, 20, 261-282.
- BECK, A.T. (1988) Cognitive approaches to panic disorder: theory and therapy. In S. Rachman and J.D. Maser (Comps). *Panic: Psychological Perspectives*. Lawrence ErlbaumAssociates. New Jersey.
- BOTELLA, C., y BALLESTER, R. (1991). Tratamiento psicológico del trastorno de pánico: adaptación del programa cognitivo-conductual de Clark. *Análisis y Modificación de Conducta*, 17, 871-894.

- CLARK, D.M. (1988). A cognitive model of panic attacks. En S.Rachman y J.D. Maser (Comps.). **Panic: Psychological perspectives**. Lawrence Erlbaum Associates. New Jersey.
- CLARK, DM. (1989). Anxiety states. Panic and generalized anxiety. En K. Hawton, P.M. Salkovskis, J. Kirk & D.M. Clark: **Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems. A practical guide**. Oxford University Press.
- CLARK, D.M. y SALKOVSKIS, P.M. (1987). Cognitive treatment for panic attacks: Therapist's manual. **Manuscrito no publicado**.
- CLARK, DM., SALKOVSKIS, PM. y CHALKLEY, A.J. (1985). Respiratory control as a treatment for panic attacks. **Journal of behaviour therapy and experimental psychiatry**, 16,23-30.
- ECHEBURUA, E. y DE CORRAL, P. (1990). Escala de Adaptación. En prensa.
- EHLERS, A., MARGRAF, J. y ROTH, W. (1988). Selective information processing, interoception and panic attacks. In I.Hand& H.U. Wittchen: **Panic and Phobias 2**, 129-148. Berlin.Springer-Verlag. 1988.
- MARGRAF, J., EHLERS, A. y ROTH, W. (1986). Biological models of panic disorder and agoraphobia: a review. **Behavioral Research and Therapy**, 24, 553-567
- MARKS, I., HODGSON, R. y RACHMAN, S. (Treatment of chronic obsessive-compulsive neurosis by in vivo exposure: A 2 year follow-up. **British Journal of Psychiatry**, 127,349-364.
- MICHELSON, L.K. y MARCHIONE, K. (1991). Behavioral, cognitive and pharmacological treatments of panic disorder with agoraphobia: critique and synthesis. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**. Vol. 59, 1, pp.100-114.
- MICHELSON, L., MARCHIONE, K., GREENWALD, M., GLANZ, L., TESTAS., y MARCHIONE, N. (1990). Panic disorder:cognitive-behavioral treatment. **Behavioral Research and Therapy**. Vol. 28, 2, pp 141-151.
- SALKOVSKIS, P.M., CLARK, D.M. y HACKMAN, D. (1991). Treatment of panic attacks using cognitive therapy without exposure or breathing retraining. **Behavior Research and Therapy**.
- SALKOVSKIS, P.M., JONES, D.R. y CLARK, D.M. (1986): Respiratory control in the treatment of panic attacks: replication and extension with concurrent measurement of behaviorand pCO₂. **British Journal of Psychiatry**, 148, 526-532.
- SOKOL-KESSLER, L, BECK, A., GREENBERG, R.,BERCHICK, R., yWRIGHT, F. (1990). Cognitive Therapy of panic disorder:a non pharmacological alternative. **Journal of Nervous and Mental Disease**, 177, 711-716.
- SPIELBERGER, C.D., GORUSH, R.L. y LUSHENE, R.D. (1970): Manual for the state-trait anxiety inventory Palo Alto. California. Consulting Psychologist Press.