

TRATAMIENTO PSICOLOGICO DEL TRASTORNO DE PANICO: ADAPTACION DEL PROGRAMA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DE CLARK

Cristina Botella Arbona
Rafael Ballester Arnal

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos.
UNIVERSIDAD DE VALENCIA.

RESUMEN

La naturaleza y el tratamiento de las crisis de angustia han recibido una considerable atención en los últimos años. Se han propuesto varios tipos de tratamiento, tanto desde la perspectiva psicológica como desde la perspectiva farmacológica y el enfoque que está teniendo más éxito, por el momento, es el enfoque cognitivo-comportamental. Precisamente, el propósito que nos guía en este trabajo es presentar la adaptación que hemos realizado del programa de tratamiento desarrollado por D. Clark y P. Salkovskis.

Palabras Clave: *Ansiedad, Pánico, Tratamiento Cognitivo-comportamental.*

SUMMARY

The nature and treatment of panic disorder has been the subject of considerable interest and controversy in the recent years. Several pharmacological and psychological treatments for panic has now been proposed. Perhaps, one of the most effective treatments for panic is the cognitive-behavioral approach. The purpose of this paper

is to present our adaptation of the cognitive-behavioral treatment developed by D. Clark and P. Salkovskis for panic disorder.

Key Words: *Anxiety, Panic, Cognitive-Behavioral Treatment.*

1. INTRODUCCION

Las crisis de angustia (también denominadas ataques de pánico) son un fenómeno conocido desde hace relativamente bastante tiempo. Según informa Agras (1985) en el S. XVIII se utilizaba ya el término de "vértigo histérico" para describir la sensación de mareo de que se quejaban frecuentemente algunos pacientes, y en la primera guerra mundial se utilizó el término "corazón de soldado" para referirse a la asociación de agotamiento, ansiedad y síntomas cardíacos. En 1871, Da Costa identificó un conjunto de síntomas a los que, a partir de entonces, se los reconoció como "síndrome de Da Costa" o "corazón irritable". También en 1871 Westphal introdujo el término "agorafobia" y, aunque en la descripción del trastorno enfatizó el miedo a los espacios abiertos, es evidente que lo que en estos momentos se consideraría una crisis de angustia (siguiendo los criterios del DSM-III-R) está presente en, al menos, tres de los cuatro casos que presenta Westphal en su trabajo (Boyd, 1991). Por otra parte, también es posible encontrar una excelente descripción del trastorno llevada a cabo por Freud cuando analiza el caso de Catalina: los ahogos repentinos y los mareos que experimenta esta joven, las palpitaciones, la sensación de aturdimiento, el miedo a morir... de nuevo recuerdan vívidamente los criterios que se plantean en el DSM-III-R.

A partir de Freud, los distintos sistemas de clasificación psiquiátrica han incluido los estados de ansiedad en el grupo de las "neurosis de angustia" caracterizadas por una misma sintomatología, la angustia y una misma etiopatogenia, la psicógena (Ayuso, 1988). No obstante, en la década de los 60 se llevan a cabo una serie de trabajos que dan lugar a que las crisis de angustia o ataques de pánico (AP) puedan ser conceptualizados como una entidad específica con una etiopatogenia distinta a la de otros trastornos de ansiedad. Por una parte estarían los resultados positivos que se obtuvieron en pacientes que presentaban AP utilizando IMAOS (Sargant, 1962) y con Imipramina (Klein, 1964). Más tarde, Pitts y McClure demostraron que era posible reproducir un ataque de pánico utilizando una infusión de lactato sódico en pacientes que previamente lo hubieran padecido de modo espontáneo, mientras que no era posible lograrlo en pacientes sin historia previa de AP.

Todos estos trabajos hacen que se genere un enorme interés hacia este trastorno. El número de investigaciones crece enormemente en la década de los

70 y, todo ello, da lugar a que en la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Sociedad Americana de Psiquiatría (1980), se incluya la categoría Trastorno por Angustia ("Panic Disorders") y se insista en que, "hay pruebas concluyentes de que las Crisis de Angustia tienen, como entidad independiente, una respuesta terapéutica distinta a la observada en otros trastornos en los que sobresale la angustia" (pág. 393). Este mismo proceso de diferenciación se sigue produciendo con mayor fuerza en el DSM-III-R; aquí, el pánico pasa a un primer plano consolidándose y erigiéndose como principio organizador clave (Botella, Ruvira, Peiró, Robert y Romero, 1990). Al parecer, en la próxima edición de este sistema de clasificación (DSM-IV) se defiende también la conveniencia de considerar que el pánico es un fenómeno único y distinto a otros trastornos de ansiedad (Barlow, 1988b). En suma, el pánico ha pasado a ser contemplado no sólo como un importante trastorno por derecho propio, sino también como la base fundamental para el desarrollo de la agorafobia. Esto ha dado lugar, además, a una reconceptualización en el tratamiento de la agorafobia. Desde luego, se tendrá que seguir prestando atención a las conductas de evitación, pero la meta fundamental del tratamiento debería ser el pánico (Barlow, 1988a; Wilson, 1990).

En cuanto al tratamiento del trastorno por angustia como tal, también ha habido considerable controversia en los últimos años. Desde la perspectiva de los defensores de un modelo biológico (Klein, Rabkin y Gorman, 1985) el pánico es el resultado de un mal funcionamiento neurobiológico; lógicamente, de ahí se desprende que el tratamiento de elección debiera ser farmacológico, aunque eso no impediría que también se considerara útil algún procedimiento psicológico (ej. tácticas de exposición) sólo para las "secuelas" del trastorno por angustia, esto es, para la evitación agorafóbica. Fundamentalmente, se han utilizado tres tipos de drogas: benzodiazepinas, antidepresivos tricíclicos y betabloqueantes. Los resultados de los trabajos realizados ponen de manifiesto que algunos fármacos parecen prometedores (Zitrin, Klein y Woerner, 1978, 1980; Zitrin, Klein, Woerner y Ross, 1983; Sheehan, Ballenger y Jacobson, 1980). No obstante, estudios de revisión recientes (Barlow, 1988a; Wilson, 1987; Rachman y Maser, 1988; Michelson y Marchione, 1991) subrayan las dificultades existentes respecto a recaídas o problemas de dependencia en este tipo de tratamientos. Tampoco es posible olvidar otros problemas como efectos secundarios negativos de los fármacos o las dificultades que pueda entrañar su administración a mujeres embarazadas.

A la vista de todos estos problemas, no es de extrañar que en los últimos años se hayan explorado otras alternativas de tratamiento. Entre estas alternativas destacan los trabajos de Clark, Beck, Rachman, Salkovskis... Estos autores insisten en que intentar explicar las crisis de angustia desde perspectivas puramente biológicas puede resultar totalmente insuficiente, y postulan la conveniencia de adoptar una perspectiva cognitiva si queremos llegar a comprender cuales son

los mecanismos que conducen a un individuo a experimentar un ataque de pánico.

A partir del modelo cognitivo del pánico, (Beck y Emery, 1985; Barlow, 1988; Clark y Salkovskis, 1985) se han desarrollado y aplicado programas terapéuticos que parecen ser eficaces en el tratamiento de este trastorno. Concretamente, D. Clark y P. Salkovskis han propuesto un enfoque que, posiblemente, sea uno de los más originales y completos de entre los existentes hasta el momento.

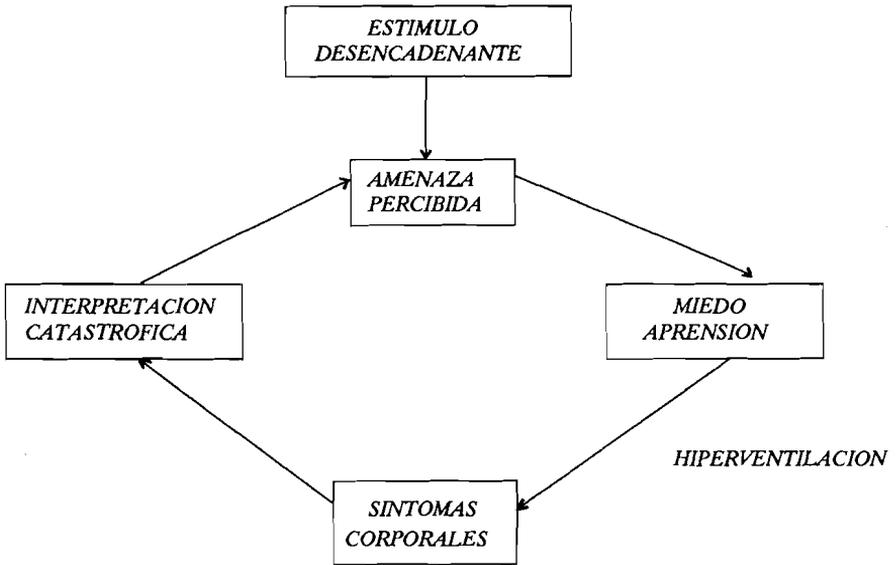
Nosotros, siguiendo las directrices que presentan estos autores (Clark, Salkovskis y Chalkley, 1985; Clark y Salkovskis, 1987; Clark, 1988, 1989) hemos estructurado un programa de tratamiento cognitivo-comportamental para el pánico. Precisamente el objetivo que nos mueve en este trabajo es presentar los aspectos centrales del mencionado tratamiento. En un trabajo posterior (Ballester y Botella, en prensa) ejemplificamos, sesión a sesión, la aplicación del tratamiento en un paciente concreto.

2. EL MODELO COGNITIVO DEL PANICO

El modelo cognitivo del pánico tiene su origen en una serie de estudios experimentales realizados en la década de los 80. En algunos trabajos en que se inducía experimentalmente ataques de pánico a los sujetos (Clark y Hemsley, 1982; Van der Hout y Griez, 1982), se vió que se producían grandes variaciones en las experiencias emocionales que vivenciaban los sujetos, dependiendo éstas de la interpretación que hicieran de sus sensaciones. Tales estudios planteaban la posibilidad, tal como postula Clark (1988), de que las técnicas para inducir el pánico no tengan un efecto directo en la producción de éste, sino que, sólo lo provoquen si las sensaciones corporales son interpretadas de una forma particular, de modo catastrofista. Esta es la tesis central que se encuentra a la base del modelo cognitivo del pánico.

En la figura número 1 aparece representado graficamente dicho modelo. Desde esta perspectiva, 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).

FIGURA 1.- Modelo Cognitivo del Pánico (Clark, 1985)



Según Clark, dos procesos adicionales explicarían el mantenimiento del trastorno de pánico cuando el individuo ya ha desarrollado cierta tendencia a interpretar catastróficamente las sensaciones corporales:

Por un lado, debido al miedo a ciertas sensaciones, el individuo se vuelve hipervigilante, centrando la atención en sí mismo, lo que le lleva a ser consciente de sensaciones que para otras personas no existen. Estas sensaciones son, a su vez, consideradas como evidencia de una enfermedad mental o física grave. Por nuestra parte (Ballester, Botella, Roberts, Romero Ruvira y Peiró, 1990) hemos encontrado un grado de preocupación somática mucho más alto en pacientes con pánico que en un grupo control de sujetos sin ansiedad, alcanzando esta diferencia significación estadística. Además, parece ser que este grado de preocupación somática en los pacientes con pánico se encuentra relacionado con la respuesta ante sensaciones corporales inducidas experimentalmente (Ballester, Botella, Gil y Romero, 1991; Ballester, Botella y Gil, 1991).

Por otro lado, el individuo suele empezar a evitar aquellas situaciones o actividades que le llevan a experimentar las situaciones que teme (tanto los que tienen agorafobia como los que no tienen asociado este diagnóstico), sobreesti-

mando la probabilidad e intensidad del pánico. Hemos podido constatar este hecho constatar en un trabajo reciente (Ballester, Botella, Gil y Ferrer, 1991b). Esta evitación tendría como consecuencia que el paciente mantenga un estilo interpretativo negativo acerca de las sensaciones que implican tales actividades o situaciones, al no permitirse a sí mismo verificar la racionalidad o irracionalidad de sus miedos.

3. EL TRATAMIENTO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DE CLARK Y SALKOVSKIS

El objetivo principal del tratamiento propuesto por Clark y Salkovskis es conseguir que las interpretaciones catastróficas de las sensaciones corporales típicas en los pacientes con pánico, sean sustituidas por un pensamiento más racional y realista acerca de las mismas. Este programa incluye 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. Principalmente, esto se efectúa a través de la realización y discusión de experimentos conductuales, tales como la hiperventilación, lectura de pares asociados, focalización de la atención.... Además, se entrena al sujeto en técnicas de control de pensamiento tales como la distracción.

B- Entrenamiento en respiración lenta, como mecanismo de control de la ansiedad, de acuerdo con el papel importantísimo que, según algunos autores (Lum, 1976), juega la hiperventilación en el pánico.

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.

Su rango de aplicación es amplio, excluyéndose, sin embargo, pacientes en los cuales el pánico está asociado a otro trastorno más grave como psicosis o depresión profunda y en casos con abuso de alcohol y drogas. Ante estos pacientes se debería empezar por el tratamiento del trastorno más grave, pudiéndose beneficiar después del tratamiento del pánico. En los casos con enfermedades orgánicas concomitantes, tales como trastornos cardiovasculares, respiratorios, epilepsias y, también en el caso de las mujeres embarazadas, el programa terapéutico puede ser aplicado, si bien, con algunas modificaciones (por ejemplo, en la prueba de hiperventilación) y con una especial vigilancia médica.

A continuación presentaremos las líneas maestras del programa cognitivo-comportamental para el pánico, propuesto por Clark y Salkovskis, tal como nosotros las hemos estructurado a partir de los trabajos de estos autores.

3.1. Estructura de la terapia

El número de sesiones puede variar, oscilando entre 5 y 20 y siendo aproximadamente de una hora de duración. Las sesiones están altamente estructuradas y el terapeuta presenta, al inicio de cada sesión, la agenda con el contenido que se pretende desarrollar. El papel del paciente es activo a lo largo de toda la terapia, pudiendo solicitar la inclusión en la agenda de cualquier tema relacionado con el pánico que le resulte de interés. En la agenda siempre se incluye la revisión de tareas de la semana anterior, el pase de cuestionarios, y uno o dos problemas específicos que serán el centro de la sesión. Asimismo, en todas las sesiones se le pide al paciente que realice una serie de tareas durante la siguiente semana, cuyo contenido varía a lo largo de la terapia. Es de vital importancia que el paciente cumpla las tareas que le han sido asignadas en cada sesión.

De este modo, 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.

3.2. Estilo General de la Terapia

El estilo general de la terapia sigue las pautas generales establecidas en el enfoque cognitivo de Beck. Se trata pues, de un estilo directivo por parte del terapeuta. Este estructura las sesiones de terapia según un diseño específico que requiere la participación activa del paciente. El terapeuta también se asegura de que los puntos fundamentales de la agenda son tratados en la sesión y se esfuerza continuamente para lograr que el paciente desempeñe un papel tremendamente activo a lo largo de todo el proceso. 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.

El terapeuta se cuida mucho de "convencer" al paciente de nada. A pesar de estar convencido de la irracionalidad de los pensamientos del paciente, el terapeuta no le sermonea acerca de la validez de una alternativa positiva a sus pensamientos. La terapia es similar al trabajo de un equipo científico. Los pensamientos negativos del paciente son tratados como hipótesis y éste, junto con

el terapeuta, trabaja para recopilar evidencias que determinen si tales hipótesis son exactas o útiles. En lugar de proporcionar todas las respuestas a los pensamientos negativos de los pacientes, el terapeuta realiza una serie de preguntas siguiendo un estilo socrático y diseña tareas o experimentos conductuales que ayuden a los pacientes a evaluar y proporcionar sus propias respuestas a sus pensamientos. Se trata pues, como señala Beck, de un "empirismo colaborador".

Por otra parte, es muy importante que el terapeuta establezca en la sesión un *feedback* frecuente que asegure la comprensión mutua. Por ejemplo, resulta deseable que el terapeuta pida al paciente varias veces a lo largo de la sesión que resuma lo que ha entendido hasta el momento, o que exponga las dudas que tiene respecto al contenido de la sesión. Siempre que sea posible, estas dudas serán aclaradas en la misma sesión. Si no lo fuera, éstas serán apuntadas en la agenda y tratadas en la próxima sesión. El terapeuta debe hacer también pequeños resúmenes de lo que ha entendido de los relatos del paciente, siendo éste quien confirma la validez de las conclusiones que el terapeuta ha extraído.

3.3. Evaluación del Pánico

Antes de comenzar la aplicación del tratamiento propiamente dicho, Clark y Salkovskis dedican una sesión a evaluar detalladamente las características del pánico que presenta el paciente. Se trata de obtener la máxima información posible acerca de cómo suelen ser los ataques de pánico del paciente y cómo suele reaccionar éste ante las crisis.

Para ello, la entrevista comienza preguntando al paciente cómo ocurrió su última crisis, por ser ésta la que probablemente recuerde con más detalle. Se intenta obtener información acerca de la situación en que ésta ocurrió, (dónde estaba, qué estaba haciendo, quién estaba presente...), las sensaciones corporales que experimentó (palpitaciones, temblores, mareo...), sus pensamientos o cogniciones (voy a morir, voy a desmayarme, a enloquecer...), su conducta (cómo reaccionó, qué hizo, si abandonó la situación o no...) y la conducta de las otras personas presentes, si es que las hubo.

Una vez el paciente ha ofrecido los datos relevantes de su última crisis, se obtiene información sobre las situaciones en que ha tenido pánico con mayor frecuencia, o con mayor severidad, así como las conductas de evitación que puede haber desarrollado hacia tales situaciones o actividades, haciéndole caer en la cuenta (también utilizando el método socrático) de cómo la evitación puede estar ayudando a mantener el problema.

También se investiga qué moduladores pueden estar afectando las crisis, esto es, se le pregunta al paciente si hay cosas que él haya notado que aumenten o disminuyan la probabilidad o severidad de una crisis, haciéndole pensar

entonces sobre la certeza de la interpretación catastrófica. (por ejemplo, “¿cree usted que si realmente hubiera habido un ataque cardíaco, le hubiera ayudado el distraerse hablando con su hijo?”).

Otra información que puede resultar interesante es la concerniente a las actitudes y conductas de las personas significativas en la vida del paciente cuando éste está muy ansioso, así como las creencias del paciente acerca de las causas del problema que padece. Por último, se le pide al paciente que describa el comienzo y curso del problema, así como la medicación que toma o ha tomado y los tratamientos de cualquier tipo que ha recibido.

Una vez obtenida toda esta información, se le entrega al paciente un diario de pánico (adaptación del utilizado por Clark), donde debe apuntar cada día las crisis que ha tenido, describiendo la situación, duración, sensaciones corporales y severidad del ataque de pánico. En sesiones posteriores, donde se introducen elementos cognitivos se le da una forma ampliada, donde el paciente debe registrar también la interpretación catastrófica de las sensaciones corporales, así como al grado de certeza de tales pensamientos. La información obtenida con este diario es de vital importancia para mantener una evaluación continua del problema y para que el mismo paciente aprenda a identificar los pensamientos que aparecen en sus crisis y la importancia de los mismos en el desencadenamiento del pánico. Gran parte del trabajo realizado en todas las sesiones está basado en la información registrada en los diarios.

3.4. Presentación del Modelo Cognitivo del Pánico

Una vez se ha obtenido la máxima información sobre el problema del paciente, es importante que éste empiece a comprender qué es lo que le ocurre. Generalmente los pacientes con pánico llegan a consulta terriblemente angustiados por la posibilidad de tener un grave problema orgánico que los médicos no acaban de detectar. En este sentido, les resulta de gran ayuda comprender que lo que les ocurre es un problema de ansiedad, que ésta no es peligrosa y conocer cuál es el proceso que se da en un ataque de pánico.

Sin embargo, de acuerdo con lo que comentábamos respecto al estilo de la terapia, el terapeuta cognitivo no debe caer en un rol paternalista o tranquilizador, intentando convencer al paciente, en una especie de “clase magistral,” de que lo que le ocurre “no tiene importancia”. Es importante que el terapeuta elicitte, de un modo socrático, las creencias del paciente sobre la ansiedad y que sea éste el que llegue a sus propias conclusiones sobre qué es lo que le ocurre o le puede ocurrir. El papel del terapeuta es el de enfrentar al paciente con sus propias contradicciones o incoherencias, ayudándole a extraer partido de su propia experiencia.

Siguiendo este estilo general, el terapeuta hace ver al paciente a través de

ejemplos, qué es la ansiedad, cómo se manifiesta, su carácter adaptativo y el papel central que ocupan los pensamientos en el proceso de la ansiedad. Para esto último, Clark suele utilizar el ejemplo de Beck, en el que una persona oye un ruido en una habitación y, dependiendo de que lo interprete como la entrada de un ladrón o el viento, las sensaciones que experimenta el paciente, y su comportamiento resultan totalmente distintos.

Una vez aclarado todo esto, y a partir de la descripción del paciente de una crisis reciente (círculo vicioso comentado anteriormente), terapeuta y paciente llegan juntos a descubrir cuál es el proceso que ocurre en un ataque de pánico. Por supuesto, son numerosas las dudas que los pacientes pueden presentar respecto al modelo y es importante que el terapeuta aclare todas esas dudas a través de experimentos conductuales durante la terapia.

3.5. Experimentos conductuales utilizados en la terapia

Como hemos dicho anteriormente, en el enfoque de terapia cognitiva propuesto por Clark el terapeuta ayuda al paciente a encontrar evidencias que confirmen o invaliden sus pensamientos catastróficos acerca de las sensaciones corporales. Para ello, Clark y Salkovskis utilizan una serie de experimentos conductuales que pueden resultar muy útiles y que ayudan al paciente a encontrar por sí mismo las evidencias en su propia experiencia.

Los experimentos conductuales más utilizados en el tratamiento del pánico son los expuestos a continuación:

A-Hiperventilación

B-Lectura de pares asociados

C-Foco de la atención

D-Ejercicio físico

E-Técnicas de imaginación

F-Provocación de efectos visuales

G-Ingestión de cafeína

H-Intención paradójica

I-Cambios posturales bruscos

A continuación expondremos algunas notas acerca de cada uno de ellos y cuándo puede ser conveniente utilizarlo.

3.5.1. Prueba de Hiperventilación

Algunos autores, como Lum (1976), Ley (1985), Rapee (1985), Avia (1986) y Sandin y Chorot (1991), han destacado el papel central de la hiperventilación en

los ataques de pánico. Clark y Salkovskis no confieren a la hiperventilación el principal papel en el pánico, señalando que es la interpretación catastrófica de sensaciones corporales, producidas o no por una excesiva hiperventilación, lo que en último extremo desencadenaría el pánico.

Sin embargo, estos autores no dejan de utilizar la hiperventilación como un elemento terapéutico de indudable importancia. Mediante la hiperventilación es posible inducir pánico de forma artificial, produciendo síntomas muy similares a los producidos en una crisis. La utilidad de la prueba de hiperventilación es doble:

a) Por una parte, es un modo de exponer al paciente a sensaciones corporales que teme.

b) Por otra, puede ser de gran utilidad para modificar las interpretaciones catastróficas de sensaciones corporales realizadas por los pacientes, sustituyéndolas por otras interpretaciones alternativas más racionales (“no me estoy muriendo, simplemente creo que estoy bastante ansioso y debo estar hiperventilando demasiado”).

El nivel de similitud entre las sensaciones observadas al realizar la tarea de hiperventilación y las de un ataque de pánico, da una idea al terapeuta de en qué grado la hiperventilación constituye un elemento importante en sus ataques de pánico y en qué grado buena parte del tratamiento debe enfocarse hacia la hiperventilación.

Una vez realizada la prueba, se le pregunta al paciente qué piensa del hecho de que realizando una simple tarea respiratoria haya tenido síntomas muy similares a los experimentados en las crisis. Se inicia entonces un proceso de reatribución de las sensaciones corporales que aparecen en las crisis.

Por supuesto, los pacientes pueden realizar una serie de objeciones a la prueba de hiperventilación, como por ejemplo, “las sensaciones son las mismas, pero yo no creo que hiperventile en un ataque de pánico”. Estas objeciones o dudas serán aclaradas por el terapeuta. Por ejemplo, es posible que el paciente solo incremente ligeramente su ritmo respiratorio. Sin embargo, mucho tiempo respirando algo rápido, puede producir el mismo efecto que poco tiempo respirando muy rápido. Es muy importante, siempre que sea posible, realizar un experimento conductual que haga comprender al paciente lo que le queremos transmitir.

Cuando toda la prueba ha finalizado se le explica al paciente el mecanismo fisiológico de la hiperventilación: por qué se produce y cómo origina sensaciones corporales desagradables. También se le explica el lugar que ocuparía la hiperventilación en el círculo vicioso del pánico.

3.5.2. Lectura de Pares Asociados

Clark y Salkovskis utilizan un experimento conductual que puede aportar al paciente evidencia clara de la importancia de las cogniciones en sus crisis. Se trata

de hacer leer al paciente en voz alta una lista de pares asociados, en que se relaciona una sensación corporal y una consecuencia fatal temida por los pacientes con pánico. Se reproduce así, en cierta medida, el tipo de pensamiento que caracteriza a un paciente con pánico en plena crisis. Un ejemplo de varios pares asociados sería el siguiente:

falta de aire - asfixia
 palpitaciones - morir
 irrealidad - locura
 palpitaciones - morir
 vértigo - desmayo
 irrealidad - locura
 falta de aire - asfixia
 palpitaciones - morir

Algunos pacientes tienen un ataque de pánico al leer estos pares asociados y casi todos ellos experimentan un aumento de la ansiedad y las sensaciones corporales. Cuando el paciente ha acabado de leer el listado de pares asociados y ha anotado el incremento en la ansiedad y los síntomas, el terapeuta puede preguntarle qué le hace pensar el hecho de que simplemente leer una lista de palabras incremente su ansiedad o le produzca una crisis. El paciente comprende así fácilmente la importancia de los pensamientos catastróficos en una crisis.

3.5.3. Foco de la Atención

Decíamos en la introducción que los pacientes con pánico tienden a desarrollar una hipervigilancia respecto a sus propias sensaciones corporales por ligeras que éstas sean. Para hacer ver a los pacientes cómo puede influir prestar atención al propio cuerpo en el nivel de síntomas experimentado suele ser útil realizar algún experimento conductual focalizando la atención.

Por ejemplo, a un paciente que teme tener un ataque cardíaco en sus crisis y que continuamente está prestando atención a su frecuencia cardíaca, le resultaría beneficioso el siguiente experimento. Se le puede pedir que cierre los ojos y se concentre en su corazón durante cinco minutos. El paciente se dará cuenta de que simplemente atender a su corazón le permite detectar su pulso en varias partes del cuerpo sin tocarlas. Sin embargo, cuando con los ojos abiertos se le pide que describa la habitación, deja de ser consciente de su corazón. Es el paciente, una vez más, quien debe extraer las implicaciones de este experimento. ¿Presta atención durante sus crisis a su ritmo cardíaco? ¿Y en el período inter-crisis?

También se le puede pedir a los pacientes que se ponen ansiosos al cumplimentar los cuestionarios que expliquen a qué creen que puede ser debido esto.

Enfatizar la importancia de la auto-atención puede ser una buena forma de introducir el entrenamiento en técnicas de distracción como una forma de controlar el pánico.

3.5.4. Ejercicio Físico

Los pacientes con pánico suelen evitar cualquier tipo de actividad que produzca sensaciones corporales, por un miedo aprendido a los síntomas. Esto incluye la evitación del deporte, de la actividad sexual, discusiones, subir escaleras, tomar café, emocionarse... La evitación de estas actividades refuerza el miedo y lleva al paciente a identificar el síntoma con la catástrofe (“No tengo un ataque cardíaco porque evito tener taquicardias”).

Un buen experimento conductual utilizado a veces por Clark y Salkovskis consiste en pedir al paciente que realice un ejercicio físico cualquiera como subir y bajar las escaleras corriendo. Se trata de poner a prueba la hipótesis del paciente: “Si tengo taquicardia, moriré”. Una vez realizado el ejercicio se le pide que anote las sensaciones que tiene y que explique por qué cree que no ha tenido el paro cardíaco si la taquicardia estuvo presente. ¿Quiere esto decir que el hecho de que el corazón lata rápido, no significa que una persona vaya a morir de un paro cardíaco?

3.5.5. Técnicas de Imaginación

Algunos ataques de pánico son desencadenados o mantenidos por breves pero amenazadoras imágenes. Identificar el papel de estas imágenes puede ayudar a hacer de los ataques algo más comprensible y, por lo tanto, menos temible. Hacer visualizar vívidamente a un paciente una escena ansiógena le puede hacer sentir ciertos síntomas corporales y éste podrá darse cuenta de que éstos no indicaban, por tanto, una enfermedad grave (proceso de reatribución).

3.5.6. Provocación de Efectos Visuales

Una proporción pequeña de pacientes experimentan fenómenos visuales inusuales durante un ataque de pánico y los interpretan como indicativos de una anomalía seria como un tumor cerebral. Según Greenberg (Grafton, 1976), estos efectos pueden deberse a una sensibilidad extrema a ciertas frecuencias visoespaciales. Wilkins (Grafton, 1976) ha mostrado que los diseños visuales hechos con bandas blancas y negras de determinada frecuencia producen

ilusiones de color, forma y movimiento a ciertas personas. Un buen experimento conductual en pacientes con pánico podría ser hacerles visualizar la rejilla de Wilkins. Si las sensaciones que se producen son similares a las que tienen en sus crisis, se puede discutir las interpretaciones habituales de los pacientes que temen tener un tumor cerebral al notar las sensaciones, comprendiendo que, más bien, se trata de un fenómeno normal que afecta a cierta gente con una sensibilidad visual acusada.

3.5.7. Sobreingestión de Cafeína

La ingestión exagerada de cafeína puede utilizarse en ocasiones como una forma de inducir el pánico fisiológicamente, cuando pueda ser de utilidad terapéutica. Al igual que la prueba de hiperventilación, con este experimento conductual podemos conseguir la reproducción de síntomas similares a los de las crisis. En este sentido, el trabajo del terapeuta se centraría en los mismos aspectos que hemos comentado al hablar de la prueba de hiperventilación.

3.5.8. Intención Paradójica

Los pacientes con pánico se encuentran a veces en la situación de temer algo cuya evidencia es nula o insignificante. Sin embargo, el temor y, más aún, la evitación mantienen al paciente alejado de cualquier oportunidad de poner a prueba su miedo. Durante la terapia, se debe dar la oportunidad a estos pacientes de verificar o falsar sus pensamientos. Un experimento conductual que puede resultar útil es el que utiliza la técnica de intención paradójica para hacer comprender al paciente que su miedo es infundado. Veamos un ejemplo:

El síndrome de la hiperventilación suele llevar a los pacientes a tener la sensación paradójica de falta de aire, y el miedo a la asfixia. Este mismo miedo aparece cuando los pacientes están aprendiendo técnicas de respiración lenta y creen estar respirando demasiado poco. En estos casos puede ser beneficioso pedir al paciente que intente retener la respiración hasta que se le avise, insistiendo en que, por favor, no vuelva a respirar hasta obtener la señal. Entonces, el terapeuta hace como que mide el tiempo, pero no da nunca la señal de respirar. El paciente, sin poderlo evitar, suelta el aire bruscamente y respira. Entonces se le pregunta al paciente por qué ha respirado si no se le había dado permiso. El paciente informa que no ha podido evitar respirar aunque quería. El terapeuta incide así en el hecho de que es imposible auto-asfixiarse, es imposible respirar demasiado poco, porque un reflejo cerebral lo impide.

3.5.9. Cambios corporales bruscos

Algunos pacientes con pánico llegan a temer sensaciones corporales normales que son respuesta a procesos como el de la hipotensión postural, atribuyendo las sensaciones a enfermedades orgánicas serias. Experimentos conductuales sencillos, como el de pedir al paciente que se ponga en cuclillas y se levante bruscamente, pueden ayudarle a reatribuir estas sensaciones.

3.6. Procedimientos de Control de Pánico

El objetivo principal del tratamiento cognitivo del pánico es identificar y modificar las interpretaciones catastróficas de las sensaciones corporales, sustituyéndolas por otras interpretaciones alternativas más realistas. Es por ello, que la mayor parte de la terapia se centra en el RETO DE LOS PENSAMIENTOS NEGATIVOS a través de experimentos conductuales y con un estilo terapéutico socrático. El paciente aprende desde el principio de la terapia que su problema no reside en la presencia de los síntomas sino en la interpretación negativa de éstos. Así, el paciente es "entrenado" en el análisis racional de las evidencias que sostienen sus pensamientos catastróficos. Algunos de los pasos que el paciente debe seguir en el reto de sus pensamientos catastróficos son:

1-¿Qué evidencia tengo de que lo que temo vaya a ocurrir?.

2-¿Qué probabilidad hay de que eso ocurra?

3-¿Qué evidencia tengo en contra de lo que temo?

4-¿Existen, por tanto, otras interpretaciones alternativas a lo que me está sucediendo?

5-¿Qué ocurriría realmente si sucediera lo que temo?

6-¿Me ayuda pensar en la posibilidad de que lo que temo vaya a suceder, o por el contrario, me pone más ansioso?

Por supuesto, en un principio, el paciente es incapaz de seguir este razonamiento en una crisis, pero, a través de la discusión en las sesiones de las crisis de la semana, el paciente va aprendiendo progresivamente a controlar sus pensamientos.

No obstante, sin perder de vista este objetivo central, en el programa terapéutico para el pánico, desarrollado por Clark y Salkovskis, se incluyen una serie de procedimientos para controlar el pánico, cuyo objetivo es reducir la intensidad de los síntomas corporales, manteniéndolos a un nivel manejable por el sujeto, y por tanto, reduciendo la probabilidad de pensamientos catastróficos y con ellos, el pánico.

En este sentido, los principales elementos terapéuticos introducidos por Clark y Salkovskis son los siguientes:

A-Entrenamiento en respiración lenta

B-Entrenamiento en técnicas de distracción

C-Afrontamiento de estímulos desencadenantes internos y externos (síntomas, pensamientos, imágenes y situaciones o actividades).

A continuación pasamos a reseñar las características más importantes de estos elementos terapéuticos.

3.6.1. Entrenamiento en respiración lenta

El entrenamiento en respiración lenta está especialmente indicado para aquellos pacientes en los que la hiperventilación juega un papel importante. El objetivo del entrenamiento en respiración lenta es enseñar a los pacientes a seguir un ritmo de respiración opuesto a la hiperventilación.

En este sentido este tipo de respiración se caracteriza por ser más lenta y superficial. El paciente, siguiendo un ritmo grabado en un cassette debe realizar cortas inspiraciones por la nariz y largas espiraciones por la boca. Se trata en todo momento de contrarrestar el exceso de oxígeno y déficit de dióxido de carbono provocados por la hiperventilación.

Es muy importante avisar al paciente de la necesidad de practicar este ritmo de respiración en su casa. Se trata de una habilidad que debe aprender y, en la medida en que practique, la automatizará.

Por último, el terapeuta deberá avisar al paciente que la función de la respiración lenta es meramente paliativa, esto es, permite reducir la intensidad de los síntomas, pero, por sí sola no nos garantiza evitar la crisis.

3.6.2. Entrenamiento en Técnicas de Distracción

En ocasiones, el paciente puede tener serios problemas en una crisis para sustituir los pensamientos catastróficos por otros pensamientos alternativos más realistas, dada la dificultad para concentrarse y razonar que acompaña a un ataque de pánico. Entonces puede ser útil, intentar sencillamente dejar de pensar por un momento, dirigiendo la atención fuera del propio cuerpo.

Casi todos los pacientes han utilizado de modo espontáneo e intuitivo alguna forma de distracción en sus crisis antes de llegar a consulta. Sin embargo, puede ayudarles un entrenamiento más sistemático. Para ello, se realiza un experimento conductual que lleve a la comprensión por parte del paciente del papel de la auto-atención en una crisis, como por ejemplo, el que describimos en el epígrafe 3.5.3. (Clark y Salkovskis, 1987). El paciente se concentra en su propio corazón durante 5 minutos intentando captar sus palpitaciones. Cuando ya lo ha conseguido, se le pide que intente describir detalladamente un objeto y

cuando lo está haciendo se le pregunta si todavía es consciente de su corazón. Generalmente la actividad le ha distraído de su corazón y ya no es consciente de su funcionamiento. Entonces se le propone aprender un repertorio de técnicas de distracción que pueden ayudarle. Generalmente, se establecen cinco tipos de técnicas:

- 1-Centrarse en un objeto
- 2-Conciencia sensorial
- 3-Ejercicios mentales
- 4-Actividades absorbentes
- 5-Recuerdos y fantasías agradables

Todas estas técnicas son introducidas por el terapeuta a través de experimentos conductuales, en los que se centra la atención del paciente en su cuerpo y después se le pide que lleve a cabo la técnica de distracción. Al igual que sucedía con la respiración lenta, se avisa al paciente de la importancia de practicar estas técnicas, observando cuáles de ellas consigue distraerle más y pensando en qué situaciones podría aplicar cada una de ellas. Una vez más, se trata de una habilidad que hay que automatizar.

3.6.3. Afrontamiento de estímulos desencadenantes internos y externos

Una vez el paciente ya ha aprendido estrategias para controlar el pánico, Clark y Salkovskis le animan a que empiece a afrontar progresivamente aquellas situaciones, actividades, pensamientos, imágenes o sensaciones que evitan por miedo a una crisis.

El terapeuta habla al paciente sobre la función que está teniendo la evitación en su problema y cuáles serían las ventajas de empezar a afrontar sus miedos.

El fin del afrontamiento sería doble:

A-Por una parte, si el paciente afronta situaciones que le producen mucha ansiedad, tendrá la oportunidad de poner a prueba las estrategias de control del pánico que ha aprendido, observando si se producen problemas en su aplicación, para así resolverlos con la ayuda del terapeuta.

B-Por otra, los afrontamientos se pueden plantear como experimentos conductuales que sirven al paciente para poner a prueba sus pensamientos catastróficos como si de hipótesis se tratara. El paciente puede comprobar así su tendencia a sobreestimar la probabilidad e intensidad del pánico, y a partir de este material, se puede hacer un trabajo interesante en las sesiones.

3.7. Prevención de recaídas

En el programa desarrollado por Clark y Salkovskis se prevee la importancia de dedicar algunas sesiones a la prevención de recaídas. El grado en que un

paciente será vulnerable a futuros ataques de pánico dependerá del grado en que todavía tenga cierta tendencia a interpretar catastróficamente las sensaciones corporales. Para ello, resulta interesante evaluar hasta qué punto estas interpretaciones dejan de estar presentes en el sujeto, esto es, si el paciente ha aprendido lo esencial del tratamiento.

Hay varias fuentes potenciales de recaída en un paciente con pánico:

- 1-La creencia residual en las interpretaciones catastróficas originales.
- 2-La preocupación por que el pánico (no las consecuencias temidas) recurra.
- 3-Creencia disfuncional sobre la toxicidad de las sensaciones corporales en general.

4-Creencia sobre la vulnerabilidad a las situaciones estresantes.

5-Hipervigilancia continua.

Todos estos aspectos deben ser tratados en las últimas sesiones que irán espaciándose cada vez más. Es importante que el paciente haya automatizado las técnicas de control del pánico, pero lo es más, que se haya producido un cambio cognitivo que sustituya las interpretaciones catastróficas por otras más realistas.

Otro aspecto que resulta fundamental rastrear es si el paciente atribuye su mejoría al trabajo terapéutico o al azar. En la medida en que la atribución se dirija a la terapia, la posibilidad de recaída será menor.

En general, una buena forma de asegurarnos de que el paciente se encuentra preparado para abandonar la terapia es pedirle que conteste por escrito a tres cuestiones:

1-¿Qué es un ataque de pánico y cómo se produce?.

2-¿Qué pensamientos tenía en un ataque de pánico?. ¿Qué evidencias tenía a favor de esos pensamientos?. ¿Qué evidencias tengo ahora en contra?.¿Qué aspectos de la terapia me han resultado más útiles para vencer esos pensamientos?.

3-¿Qué debo hacer en un ataque de pánico?. ¿Cómo puedo cortar el círculo vicioso?.

Por último, cabe en lo posible que el paciente tuviera en el futuro alguna crisis por la aparición de nuevos síntomas de ansiedad que no eran habituales en él y que, por tanto, de nuevo interpreta catastróficamente. En este sentido, hay que avisar al paciente de esta posibilidad y hablarle de la conveniencia de aplicar todo lo que ha aprendido en la terapia a cualquier tipo de síntoma que pudiera sobrevenirle en un futuro.

4. COMENTARIO FINAL

En la década de los 80, se ha producido un avance importante en el tratamiento de este trastorno. Acercamientos terapéuticos provenientes de distintas disciplinas, tales como la psiquiatría y la psicología, han realizado

aportaciones interesantes coherentes con sus respectivos modos de entender el trastorno del pánico. Los tratamientos farmacológicos para el pánico han resultado útiles hasta cierto punto (Michelson y Marchione, 1991). Por su parte, los acercamientos psicológicos que se plantean en la actualidad para el pánico incluyen aspectos como la identificación y modificación de la interpretación catastrófica de las sensaciones corporales presente en estos pacientes (Beck y Emery, 1985), el entrenamiento en respiración lenta (Lum, 1976; Ley, 1985), entrenamiento en relajación aplicada y la exposición a estímulos internos (Rachman, 1987). Algunos autores han desarrollado programas terapéuticos que incluyen varios elementos de los citados anteriormente. Tal es el caso de Barlow y Cerny, (1988), que inciden especialmente en la exposición del pacientes a estímulos internos, y el de Clark y Salkovskis (1987).

De entre estos últimos, el tratamiento cognitivo-comportamental propuesto por Clark y Salkovskis, nos parece, sin duda, uno de los más completos, por cuanto que incluye no sólo la modificación de las interpretaciones catastróficas del paciente, sino también el entrenamiento en técnicas de control del pánico tales como la respiración lenta y técnicas de distracción. En el Servicio de Asistencia Psicológica puesto en marcha por la Dra. Botella dentro del Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos de la Universidad de Valencia, hemos adaptado el programa terapéutico de estos autores y venimos aplicándolo desde hace algunos años. A pesar de que hemos comprobado reiteradamente la eficacia de este tratamiento para el pánico (Ballester, Botella, Gil y Ferrer, 1991a), pensamos que sería enormemente interesante realizar estudios que nos permitieran delimitar qué elementos, de entre todos los que incluye resultan necesarios, y qué elementos son accesorios.

Desde el punto de vista de Clark y Salkovskis, es el reto de los pensamientos negativos lo que permite, en definitiva, controlar el pánico. Sin embargo, no hay estudios controlados que comparen la eficacia de los distintos elementos incluidos en este y en otros programas terapéuticos (por ejemplo Barlow y Cerny, 1988)(Botella, Roberts, Peiró, Ruvira, Ballester y Romero, 1990). En palabras de Barlow y cols. (1989) "es importante que la investigación futura cuide de dismantelar estos paquetes de tratamiento en un intento por identificar los componentes esenciales" (pág. 279).

Por otro lado, son también escasos los estudios que comparan la eficacia terapéutica de los tratamientos psicológicos del pánico respecto a los tratamientos farmacológicos. Destacan los trabajos de Klosko, Barlow, Tassinari y Cerny (1990), el de Clark y Salkovskis (1990) y la revisión de Michelson y Marchione (1991).

En el primer estudio, Klosko y colaboradores compararon la eficacia terapéutica de un tratamiento fármacológico basado en el alprazolam y un tratamiento psicológico basado especialmente en la exposición de los pacientes

a estímulos internos, aunque también se incluía el entrenamiento en técnicas de control del pánico, respiración lenta, relajación aplicada, y técnicas de distracción. Estos autores establecieron además, un grupo placebo y un grupo control lista de espera. Los resultados mostraron que con el tratamiento psicológico, un 87% de los pacientes se vieron libres de las crisis de angustia; con el alprazolam, un 50% vieron solucionado su problema; un 36% en el grupo placebo, y un 33% en el grupo control.

Los resultados preliminares del trabajo de Clark y Salkovskis en el que se compara la terapia cognitiva (TC) (su programa de tratamiento), entrenamiento en relajación aplicada (RA), el "antidepressivo por excelencia", esto es, imipramina (I) y un grupo control lista de espera (LE) indican que al finalizar el tratamiento los porcentajes de sujetos libres de pánico eran los siguientes: TC = 90%; I = 55%; RA = 52%; LE = 10%

Finalmente, Michelson y Marchione revisan varios trabajos para estudiar la eficacia terapéutica de los siguientes tratamientos: betabloqueantes, benzodiazepinas, IMAO's, entrenamiento en relajación, exposición graduada, imipramina junto con exposición graduada, terapia cognitiva junto con exposición graduada y un tratamiento cognitivo-comportamental del pánico que incluía terapia cognitiva, respiración lenta, exposición a estímulos internos y relajación aplicada. El análisis de Michelson y Marchione muestra que la alternativa más eficaz para combatir el pánico es el tratamiento cognitivo-comportamental. Los fármacos pueden ser útiles en el tratamiento del pánico, cuando lo que se busca es una acción rápida. Sin embargo, el alto índice de recaídas en los pacientes que siguen un tratamiento farmacológico, comparados con los que siguen un tratamiento psicológico, constituye un problema difícil de explicar para los defensores de un acercamiento exclusivamente médico al pánico.

Lo que indican los datos, por tanto, es que en contra de lo que se venía manteniendo en los últimos años, la Psicología tiene algo que decir frente a un trastorno cuyas raíces psicológicas ya puso de manifiesto Freud. A este respecto, resulta ilustrativo señalar el cambio de posición que se han producido en Klein (1990) al describir la fenomenología de los ataques de pánico, este autor señala que quizás se haya prestado una atención excesiva a las manifestaciones cardíacas del trastorno olvidando los síntomas respiratorios y, desde ahí, se plantea una nueva perspectiva para explicar la etiología de los AP.

No obstante, quizá sea prematuro afirmar nada de modo tajante o mostrarse excesivamente triunfalista. Lo único sensato es seguir investigando. Por nuestra parte, además de seguir analizando las dificultades que puedan surgir al aplicar este tratamiento a nivel individual nos esforzamos por dar respuesta a otras cuestiones:

a. Estamos estructurando y sometiendo a prueba la utilidad y/o posibilidad de aplicar el tratamiento en grupo.

b. También estamos comparando la eficacia de este programa frente a un tratamiento farmacológico (alprazolam).

c. Finalmente estamos sometiendo a prueba las predicciones que se derivan del modelo cognitivo del pánico (Clark, 1988b).

Esperamos contribuir con ello a ampliar y profundizar el conocimiento sobre un problema que, para nosotros puede resultar fascinante, pero que, desgraciadamente, es vivenciado por el paciente como algo enormemente terrorífico.

BIBLIOGRAFIA

- AGRAS, S. (1985). *Panic, facing fears, phobias and anxiety*. New York: Freeman and company.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1980): *DSM-III: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Ed. Mason.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1988): *DSM-III-R: Revisión del DSM-III*. Ed. Mason
- AVIA, MD (1986). Hiperventilación, ansiedad persistente y control respiratorio. *Análisis y Modificación de Conducta*, 12, 347-367.
- AYUSO, J.L. (1988). *Trastornos de angustia*. Barcelona: Martínez Roca.
- BALLESTER, R., BOTELLA, C., GIL, MD. & FERRER, R. (1991a). La eficacia terapéutica del tratamiento cognitivo del pánico, *Congreso Internacional Stress, Ansiedad e Desordens Emocionais*. Universidad do Minho, Braga, Portugal. 1 al 3 de Julio de 1991.
- BALLESTER, R., BOTELLA, C., GIL, M.D. & FERRER, R. (1991b) Exactitud en la predicción del pánico. *Congreso Internacional Stress, Ansiedad e Desordens Emocionais*, Universidad do Minho, Braga, Portugal. 1 al 3 de Julio de 1991.
- BALLESTER, R., BOTELLA, C., & GIL, MD. (1991). Los efectos diferenciales de la hiperventilación en pacientes con trastorno de pánico y un grupo control. *II Congreso Internacional "Latini dies"*. Sitges, del 2 al 4 de Mayo.
- BALLESTER, R., BOTELLA, C., GIL, M.D. & ROMERO, R. (1991) Relación entre la respuesta a la hiperventilación y el grado de hipocondría en pacientes con pánico y un grupo control. *I Simposium Nacional de Psicología Conductual*. Jaen, del 1 al 5 de Abril.
- BALLESTER, R., BOTELLA, C., ROBERTS, C., ROMERO, R., RUVIRA, P. & PEIRO, G. (1990). Conducta de enfermedad y los actuales tratamientos

- cognitivos del pánico. **II Simposium de Psicología Clínica Aplicada**. Jaen del 2 al 6 de Abril de 1990.
- BALLESTER, R. & BOTELLA, C. (1991). Aplicación del paquete cognitivo-conductual de Clark a un caso con trastorno de pánico. *Psicothema* (En prensa)
- BARLOW, D.H. (1988a). **Anxiety and its disorders. The nature and treatment of anxiety and panic**. The Guildford Press.
- BARLOW, D.H. (1988b). Future directions. En C.G.Last y M.Hersen(eds). **Handbook of anxiety disorders**. New York.Pergamon.
- BARLOW, D.H. & CERNY, J.A (1988). Psychological treatment ofpanic. The Guildford Press.
- BARLOW, D.H., CRASKE, M.G., CERNY, J.A. & KLOSKO, J.S. (1989).Behavioral treatment of panic disorder. *BehaviorTherapy*, 20, 261-282.
- BECK, A.T & EMERY, G. (1985). **Anxiety disorders and phobias. A cognitive perspective**. New York, Basic Books.
- BOTELLA, C., ROBERTS, C., PEIRO,G., RUVIRA,P., BALLESTER,R. &ROMERO,R. (1990). Tratamiento cognitivo de los ataques e pánico. **Congreso de Psicología de Barcelona. Hacia una Psicología del año 2000**. Noviembre, 1990.
- BOTELLA, C., RUVIRA, P., PEIRO, G., ROBERT, C. & ROMERO, R.(1990). Trastorno de pánico y agorafobia: análisis de las clasificaciones diagnósticas. **II Simposium de Psicología Clínica Aplicada**. Jaen. 2-6 Abril.
- BOYD, J.H. (1991). Westphal's agoraphobia. *Journal of Anxiety disorders*, 5, 77-86.
- CLARK, D.M. (1988). A cognitive model of panic attacks. En S.Rachman y J.D. Maser (Comps.). **Panic: Psychological perspectives**, Lawrence Erlbaum Associates.
- 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. Apractical guide**. Oxford University Press.
- CLARK, DM. & HEMSLEY, DR. (1982). The effects ofhyperventilation: individual variability and itsrelation to personality. *Journal of Behavior Therapyand Experimental Psychiatry*. Vol. 25, 5, pp. 411-423.
- CLARK, D.M., SALKOVSKIS, P., GELDER, M., KOEHLER, C., MARTIN, M.,ANASTASIADIS, P., HACKMAN, A., MIDDLETON, H. & JEAVONS,A. (1988): Tests of a cognitive theory of panic. En I.Hand & H.V.Wittchen (eds). **Panic and Phobias, II**.Berlin. Springer-Verlag.
- CLARK, DM & SALKOVSKIS, PM. (1987). Cognitive treatment for panic attacks: Therapist's manual. **Manuscrito no publicado**.
- CLARK, DM. & SALKOVSKIS, P. (1990). Cognitive model of panic: acompa-

- rative outcome study. **Ponencia presentada en la International Conference on Panic Disorders**, Gothenburg, Sweden.
- CLARK, DM., SALKOVSKIS, PM., CHALKLEY, A.J. (1985). Respiratory control as a treatment for panic attacks. **Journal of behaviour therapy and experimental psychiatry**, 16,23-30.
- GRAFTON, C.B. (1976). **Optical designs in motion with moire overlaps**. New York: Dover Publications.
- KLEIN, D.F. (1964). Delineation of two-drug responsive anxiety syndromes. **Psychopharmacologia**, 5, 397-408.
- KLEIN, D.F. (1990). Panic attacks. **Simposium sobre "Long term management issues in panic disorder"**. American Psychiatric association. New York. 13 de Mayo.
- KLEIN, D.F., RABKIN, J.G. & GORMAN, J.M. (1985). Etiological and pathophysiological inferences from the pharmacological treatment of anxiety. En A.H. Tuma y J.D. Maser (eds). **Anxiety and the anxiety disorders**. Hillsdale, New Jersey: Erlbaum.
- KLOSKO JS, BARLOW, D.H., TASSINARI, R. & CERNY, J.A. (1990). **Journal of Consulting and Clinical Psychology**. Vol. 58,1. pp. 77-84.
- LEY, R. (1985). Agoraphobia, the panic attack and the hyperventilation syndrome. **Behavioral research therapy**, 23, 79-81.
- LUM, L.C. (1976): The syndrome of habitual chronic hyperventilation. En O.W. Hill (ed): **Modern trends in psychosomatic medicine** (vol 3). London. Butterworths.
- MICHELSON, L.K. & 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.
- PITTS, F.N. Y McCLURE, J.N. (1967). Lactate metabolism in anxiety neurosis. **New England Journal of Medicine**, 277,1329-1336.
- RACHMAN, S. (1987). Panics and their consequences: a review. In S. Rachman and J.D. Maser (Comps). **Panic: Psychological Perspectives**. Lawrence Erlbaum Associates.
- RAPEE, R. (1985): The alleviation of panic attacks in the case of panic disorder. **Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry**, 16, 63-65.
- SANDIN, B. Y CHOROT, P. (1991): Trastornos de pánico: consideraciones sobre su naturaleza, etiología y tratamiento. En G. Buela-Casal y V.E. Caballo (eds). **Manual de Psicología Clínica Aplicada**. Madrid: Sº XXI.
- SARGANT, W. (1962). The treatment of anxiety and atypical depression by the monoamine oxidase inhibitor drugs. **Neuropsychiatry**, 5, 96-103.
- SHEEHAN, D.V., BALLENGER, J.C. Y JACOBSON, C. (1980). Treatment of endogenous anxiety with phobic hysterical and hypochondriacal symptoms.

Archives of general psychiatry, 37, 51-59.

- VAN DER HOUT, M.A. & GRIEZ, E. (1982). Cognitive factors in carbon dioxide therapy. **Journal of Psychosomatic Research, 26**, pp. 209-214.
- WILSON, G.T. (1990). Fear reductions methods and the treatment of anxiety disorders. En C.M.Franks, G.T. Wilson, P.C.Kendall y J.P. Foreyt (eds). **Review of behaviortherapy. Theory and practice. Vol 12.** New York: Guilford Press.
- ZITRIN, C.M. (1983). Differential treatment of phobias: use of imipramine for panic attacks. **Journal of behavior therapy and experimental psychiatry, 14:** 11-18.
- ZITRIN, C.M., KLEIN, D.F. & WOERNER, M.G. (1978). BehaviorTherapy, supportive psychotherapy, imipramine and phobias. **Archives of general psychiatry, 37, 63-72.**
- ZITRIN, C.M., KLEIN, D.F. & WOERNER, M.G. (1980). Treatment of agoraphobia with group exposure in vivo and imipramine. **Archives of general psychiatry, 37, 63-72.**
- ZITRIN, CM., KLEIN, DF., WOERNER, MG. & ROSS, DC. (1983): Treatment of phobias. Comparison of imipramine hydrochloride and placebo. **Archives of general psychiatry, 40, 125-133.**
- ZITRIN, CM., WOERNER, MG., KLEIN, DF. (1981): Differentiation of panic anxiety from anticipatory anxiety and avoidance behaviour. En D.F. Klein & J. Rabkin (eds): **Anxiety: New Research and changing concepts.** New York, Raven Press.