

APLICACION DEL PROGRAMA TERAPEUTICO DE CLARK A UN CASO CON TRASTORNO DE PANICO

Rafael BALLESTER ARNAL y Cristina BOTELLA ARBONA

Dpto de Personalidad Evaluación y Tratamientos Psicológicos

Universidad de Valencia

RESUMEN

Tras realizar una breve introducción acerca de la naturaleza del Trastorno de Pánico y los actuales acercamientos terapéuticos a este problema, en este trabajo se expone la aplicación del tratamiento cognitivo-comportamental de Clark a un caso con pánico. Se describen, tanto los pasos seguidos a lo largo del tratamiento, como la evolución semanal del paciente respecto a una serie de variables criterio.

Palabras clave: Pánico, cognitivo-comportamental, adaptación, eficacia.

ABSTRACT

Application of Clark's treatment to a patient with panic disorder. After making a brief introduction about the nature of Panic Disorder and topical therapeutic approaches, in this paper is presented the application of Clark's cognitive-behavioral treatment to a patient with panic disorder. As procedure employed in the treatment to panic as weekly evolution of patient in some clinical variables are described.

Key words: Panic, cognitive-behavioral, adaptation, effectiveness.

El Trastorno de Pánico constituye en nuestros días uno de los desórdenes de ansiedad más angustiosos para las personas que lo padecen. Debido a la intensa sintomatología aguda que acompaña a este trastorno, los pacientes con pánico suelen pensar que sufren una enfermedad grave que los médicos no logran detectar y que, en alguna crisis, hallarán la muerte debido a un ataque cardíaco, asfixia, derrame cerebral...

Desde que Klein y sus colegas enfatizaron en la década de los 60, la necesidad de

considerar el pánico como un trastorno con entidad diagnóstica propia, se han llevado a cabo numerosos trabajos. En dichos trabajos se plantea una determinada etiología y un abordaje terapéutico acorde con esta orientación (Klein, 1964; Zitrin, Klein & Woerner, 1980; Zitrin, Woerner y Klein, 1981; Zitrin, Klein, Woerner & Ross, 1983). Buena parte de los primeros estudios tenían como objetivo descubrir el proceso fisiológico que subyacía al pánico. Partían pues de una perspectiva biologicista, fortalecida con el descubrimiento de Klein de que los tras-

tornos de ansiedad que cursaban con pánico respondían a la imipramina mientras que los que no cursaban con pánico no lo hacían.

Sin embargo, en la década de los 80, algunos autores (Clark, Beck, Rachman...) comienzan a advertir que una perspectiva exclusivamente biológica puede resultar insuficiente para explicar el problema del pánico. Vuelve a cobrar importancia la concepción del pánico como un problema psicológico, concepción que, dicho sea de paso, Freud ya había defendido hace bastantes años al describir el caso de Catalina.

Por otra parte, en una serie de trabajos en los que se ha inducido el ataque de pánico por medio de manipulaciones bioquímicas o fisiológicas (Clark y Hemsley, 1982; Van der Hout y Griez, 1982) se observan grandes diferencias individuales en la respuesta afectiva de los sujetos, dependiendo ésta de la interpretación que los sujetos realicen de sus sensaciones corporales. Estos resultados permiten que se plantee la idea de que los inductores del pánico no tengan un efecto directo sobre el sujeto, sino que sus consecuencias dependan de la interpretación que éste lleve a cabo. A partir de ese momento, los estudios que abordan el pánico desde una perspectiva psicológica empiezan a ser cada vez más numerosos. Los autores presentan diferentes modelos que puedan explicar el proceso psicológico que interviene en una crisis, así como programas de tratamiento acordes con tales modelos.

Básicamente, encontramos cuatro orientaciones en el tratamiento psicológico del pánico. Por un lado, la representada por Beck y otros autores de corte puramente cognitivo, quienes postulan que el aspecto central en el pánico es la interpretación que los pacientes hacen de ciertas sensaciones corporales, que pueden o no formar parte de la respuesta de ansiedad. De acuerdo con esto, el objetivo del tratamiento del pánico sería ayudar al paciente a identificar y modificar esas interpretaciones catastróficas, sustituyéndolas por

otras más realistas (Beck & Emery, 1985). Otro acercamiento al pánico, muy distinto al defendido por Beck, es el de autores como Lum y Ley para quienes las crisis de angustia son una resultado de la hiperventilación del paciente. El tratamiento, por tanto, debe estar orientado a entrenar al sujeto con pánico en un ritmo de respiración lenta opuesto a la hiperventilación (Lum, 1976; Ley 1985).

Barlow y Cerny ocupan un lugar importante entre los autores que han propuesto alternativas terapéuticas para el pánico. Estos autores elaboraron un programa terapéutico, en el cual, a pesar de incluir diversas técnicas de afrontamiento del pánico, se hace un especial hincapié en la necesidad de exponer al paciente a los estímulos que teme, tanto internos (sensaciones, pensamientos, imágenes...) como externos (situaciones) (Barlow y Cerny, 1988).

Por último, nos interesa señalar el acercamiento terapéutico al pánico defendido por Clark y Salkovskis ya que, bajo nuestro punto de vista, es uno de los más completos. Estos autores, partiendo de la importancia central que en el pánico tiene la interpretación catastrófica que el sujeto hace de sus propias sensaciones corporales, desarrollaron un programa de tratamiento en el que, además de ayudar al paciente a sustituir esta interpretación catastrófica por otra más realista, se incluye un entrenamiento en respiración lenta (de acuerdo con Lum y Ley), así como otras técnicas de control de la ansiedad (por ejemplo, técnicas de distracción), y la programación de experimentos conductuales en los que el sujeto pone a prueba sus pensamientos, al tiempo que se expone a estímulos desencadenantes internos y externos (Clark, 1988; Clark, 1989; Clark & Salkovskis, 1987; Clark, Salkovskis & Chalkey, 1985).

Nosotros hemos realizado una adaptación del programa terapéutico propuesto por Clark y Salkovskis, a partir de todas las directrices que estos autores exponen en sus trabajos. Desde hace aproximadamente tres

años estamos trabajando en su adaptación y aplicación a pacientes con pánico que acuden al Servicio de Asistencia Psicológica que funciona dentro del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos de la Universidad de Valencia creado por la Dra. Botella en el año 1988.

Nuestro objetivo en este trabajo es exponer detalladamente el modo en que hemos aplicado en un caso de pánico, la adaptación estructurada por nosotros del programa terapéutico de Clark y Salkovskis. Se detallan los pasos seguidos en cada sesión, así como la evolución semanal del paciente. Para una mayor información en la descripción de los procedimientos utilizados en cada sesión, es posible consultar un trabajo previo de Botella y Ballester (en prensa).

PRESENTACION DEL CASO

Datos personales

S. es una chica joven, de 22 años de edad y soltera. Cuando acudió al Servicio, se encontraba estudiando tercer curso de Magisterio y vivía con sus padres y una hermana un año menor.

La relación que la paciente mantenía con su familia era buena. Hija de padres con un nivel cultural bajo (EGB) y cuya edad superaba los 50 años en ambos casos, nunca tuvo problemas importantes en el seno de su familia. La paciente, recordaba su infancia como una etapa muy feliz de su vida. La comunicación entre los miembros de su familia era óptima, a pesar de la "tozudez" de su padre que, al parecer, era excesivamente paternalista. Este había sufrido un infarto tres meses antes de que S. acudiera a terapia, lo cual, según informó la paciente, agravó notablemente su problema de ansiedad. S. no estaba realmente satisfecha con los estudios que cursaba, y su propósito era realizar un curso puente que le permitiese estudiar Filología, temática que, desde siempre, la había fascinado.

Sus relaciones sociales, asimismo, eran satisfactorias, no presentaba ningún problema para entablar una buena amistad, independientemente del sexo de la otra persona; aunque tenía cierta timidez inicial cuando le presentaban a alguien. Sin embargo, S. informaba que su problema de ansiedad estaba repercutiendo negativamente en su vida social, ya que temía salir de casa en numerosas ocasiones por miedo a tener una crisis de angustia. Desde hacía tres años, S. salía con su actual pareja, un joven universitario de 25 años. A pesar de la disparidad de gustos y aficiones, ella describió su relación con él como cariñosa y satisfactoria, sintiéndose apoyada en los momentos más difíciles. La relación sexual era sincera y gratificante, y no eran de destacar problemas importantes al respecto.

En general, por tanto, se podría decir que nuestra paciente tenía un grado satisfactorio de adaptación en las distintas áreas de su vida.

Historia clínica

En la primera entrevista que mantuvimos con la paciente S. señaló que su principal problema (y por el que había decidido buscar ayuda especializada) era "su miedo a tener una enfermedad o a morirse".

Este problema existía desde hacía 6 meses, aunque su gravedad (que ella estimaba de 6 en una escala de 0 a 10), había aumentado en los últimos tres meses, coincidiendo con el infarto sufrido por su padre. Un episodio de su vida podría estar relacionado con el inicio del problema: justo unos días antes de que la paciente comenzara a tener estos miedos, un primo suyo murió como consecuencia de un golpe en la cabeza que se dio al caer al suelo en un ataque epiléptico.

S. indica que, durante todo ese tiempo (6 meses), se ponía "muy nerviosa" cada vez que alguien le hablaba de una enfermedad, o cuando oía, leía, o veía algo relacionado con

alguna enfermedad. Cuando eso ocurría, empezaba a tener los síntomas de esa enfermedad y a, asustarse tanto, que pensaba que iba a morir. Este pensamiento estaba asociado a una serie de sensaciones como palpitaciones, mareos, temblores y sudor, principalmente. Todo ello le había llevado progresivamente a evitar una serie de situaciones en las que temía que le pudieran suceder estas “crisis horribles”. Algunas situaciones temidas eran estar sola, ir en bicicleta, ir a un hospital, salir de casa, encontrarse en una situación en que hubiera mucha gente y escuchar cualquier cosa sobre enfermedades. Así, por ejemplo, no asistía a las clases de psicología en Magisterio porque tendía a pensar que ella tenía los problemas que estudiaba, lo que le generaba ansiedad y le desencadenaba una crisis.

El grado de preocupación de S. por su salud física era muy intenso, alcanzando la puntuación máxima en una escala de 0 a 10. Sin embargo, a lo largo de su vida, no había tenido enfermedades importantes y no presentaba hábitos insanos como fumar o beber alcohol. Su apetito era “demasiado bueno”, pero, sí padecía un ligero insomnio motivado por “el miedo a dormirse y no despertar”.

Cuando se exploró si había seguido algún tipo de tratamiento (tanto farmacológico como psicológico), la paciente informó que únicamente había ido al neurólogo quien le prescribió un antidepresivo (anafranil). Sin embargo, los efectos secundarios de esta medicación la llevaron a abandonar el tratamiento farmacológico y buscar una terapia psicológica para superar su problema.

Diagnóstico

La descripción que nuestra paciente hacía de sus “crisis” nos hizo pensar en la posibilidad de que padeciera un trastorno por crisis de angustia. Para explorar esta posibilidad, utilizamos la entrevista estructurada SCID-P de Spitzer y Williams (1987) que sigue los criterios del DSM-III-R.

La paciente informó haber tenido en los últimos seis meses, al menos 4 crisis de angustia cada mes, en las que se había sentido súbitamente asustada y nerviosa y con los siguientes síntomas: falta de aire, mareo, palpitaciones y taquicardia, sudoración, sensación de atragantamiento, molestias de estómago, hormigueo en las piernas, oleadas de calor, opresión en el pecho y un gran miedo a morir o perder el control. Las crisis duraban aproximadamente 10 minutos y cuando empezó a tenerlas no se encontraba enferma físicamente, ni estaba tomando ninguna medicación o droga. Por la frecuencia de sus crisis (20 en el último mes), consideramos su estado como grave, al superar las 8 crisis al mes que fija como criterio la entrevista de Spitzer y Williams.

Por otra parte, la paciente nos había informado en la primera entrevista que evitaba una serie de situaciones por miedo a tener una crisis. Así que cumplimentamos también la entrevista de Spitzer y Williams para el subtipo de Trastorno de Pánico con agorafobia. Los criterios que rigen para la agorafobia eran aplicables a nuestra paciente, por lo que, tras realizar los oportunos diagnósticos diferenciales, se llegó al diagnóstico de **trastorno de pánico con agorafobia**.

Evaluación global

Como es habitual en el Servicio, una vez delimitado el diagnóstico de la paciente, se llevó a cabo una amplia evaluación en la que se tomó en consideración no sólo las cuestiones relacionadas con el pánico, sino también distintas dimensiones de personalidad además de inteligencia.

En este trabajo, solo presentaremos datos acerca de las variables directamente relacionadas con el pánico, ansiedad, depresión (frecuentemente asociada a los problemas de ansiedad). Los cuestionarios utilizados y las variables consideradas en la evaluación global fueron los siguientes:

1. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) de Spielberger, Gorsuch y Lushene (1970): Ansiedad estado y ansiedad rasgo.
2. Escala de depresión del Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-D) de Hathaway y Mckinley (1967) depurada por García Merita, Balaguer e Ibáñez (1984).
3. Inventario de Depresión de Beck (BDI)(1979).
4. Cuestionario de Agorafobia de Echeburúa y Del Corral.
5. Cuestionario de Miedos de Pelechano et al. (1984).

Estos cuestionarios fueron administrados a la paciente en cinco momentos, a saber, antes y después de la terapia y en tres seguimientos realizados a los dos, seis y doce meses después de finalizar el tratamiento. Estos datos aparecen en el Tabla 1.

Establecimiento de la línea base

Además de la evaluación global, que hemos descrito en el apartado anterior, tomamos datos antes del comienzo de la terapia respecto a una serie de variables, directamente relacionadas con el pánico, que nos servirían como criterios de cambio. El período de esta-

	PRE	POST	1ºS	2ºS	3ºS
STAI					
ANSIEDAD ESTADO	24	13	13	12	10
ANSIEDAD RASGO	41	23	20	21	20
MMPI-D					
DEPRESION	17	15	15	10	10
BDI					
DEPRESION	15	1	3	2	1
CUEST. DE AGORAFOBIA					
RESP. MOTORICAS					
LUGARES					
SOLO	30	12	10	13	11
ACOMPANADO	21	4	6	4	5
TRANSPORTES					
SOLO	6	0	1	2	0
ACOMPANADO	2	0	0	0	0
SITUACIONES					
SOLO	45	9	5	7	5
ACOMPANADO	28	4	3	1	1
RESP. FISIOLÓGICAS					
FRECUENCIA	58	18	15	15	14
GRADO DE TEMOR	76	0	5	2	1
RESP. COGNITIVAS	33	8	4	5	3
MIEDOS					
A ANIMALES	1	1	1	1	1
A FENOMENOS METEOROLÓGICOS	0	0	0	0	0
A DAÑO FÍSICO O AMENAZA DE DAÑO	11	7	5	4	5
A LA SANGRE	3	0	0	0	0
A SIMBOLOS-RITO DE LA MUERTE	10	6	4	6	3
A LA MUERTE DE SERES QUERIDOS	8	8	8	7	7
AL FRACASO Y RECHAZO DE LOS DEMAS	5	2	2	3	2
A LA GENTE DESCONOCIDA Y MUCHEDUMBRES	2	1	1	0	1
A LA VIOLENCIA ENTRE PERSONAS	3	5	4	5	3
A LOS LUGARES CERRADOS.	2	0	0	0	0
A IMAGIN. RELAC. CON RELATOS MIEDO	11	4	5	4	6

Tabla 1: Datos sobre variables clínicas de interés.

blecimiento de línea base fue de dos semanas, durante las cuales, la paciente registraba las crisis de pánico que tenía por medio del diario de pánico (Clark y Salkovskis, 1987). En dicho instrumento se recogía información concerniente a las situaciones en que la paciente experimentaba las crisis, la duración de éstas, las sensaciones corporales y la intensidad subjetiva de la crisis en una escala de 0 a 10.

El Cuestionario de Línea Base, construido por Ballester y Botella, nos permitió obtener información sobre la frecuencia de pánico en el último mes y la intensidad y síntomas en las últimas crisis, así como del grado de malestar subjetivo de la paciente en una escala de 0 a 10.

A través del Cuestionario S3A2 (Marks) y el Anxiety Inventory (BAI) de Beck, obtu-

1. **DIARIO DE PANICO** (Adaptado de Clark y Salkovskis, 1987).
—Registra las situaciones, duración, síntomas e intensidad de las crisis.
2. **CUESTIONARIO DE LINEA BASE** (Ballester y Botella).
—Malestar subjetivo en una escala de 0 a 10.
—Frecuencia de crisis en el último mes.
—Intensidad de las últimas crisis (0 a 10)
—Síntomas en las últimas crisis (DSM-III-R)
3. **S3A2** (I. Marks)
—Frecuencia de crisis en última semana
—Ansiedad general en última semana
4. **CUESTIONARIO DE MIEDO/MUERTE** (Adaptado de Marks et al. 1975).
—Sensación de intenso miedo en última semana
—Sensación de intenso miedo en último mes
—Sensación de muerte inminente en última semana
—Sensación de muerte inminente en último mes
5. **CUESTIONARIO DE DEPRESION SITUACIONAL** (La puntuación oscila entre +28 que significa un grado máximo de disforia y -28, representando un grado máximo de euforia.
6. **EVALUACION SUBJETIVA DEL PACIENTE** de la mejoría desde la sesión anterior y desde el comienzo del tratamiento en una escala de 1 a 7, donde 1 es mucho mejor y 7, mucho peor.
7. **EVALUACION SUBJETIVA DEL TERAPEUTA** de la mejoría del paciente desde el inicio del tratamiento, en una escala de 1 a 7 igual a la anterior. Evaluación del estado del paciente, en una escala de 1 a 6, donde 1 significa estado normal y 6, muy gravemente perturbado.
8. **EVITACION/TEMOR AGORAFOBICOS** (Adaptación de Marks et al, 1975). Se evalúa para cada conducta objetivo, el grado de temor y evitación, en una escala de 0 a 10, sabiendo que 10 significa el máximo temor o evitación y 0 el grado mínimo. En nuestra paciente las conductas objetivo fueron: (1) **Subir en bicicleta durante 1 hora;** (2) **Salir de casa;** (3) **Permanecer en aglomeraciones de gente;** (4) **Visitar enfermos o escuchar algo de enfermedades.**
9. **CUESTIONARIO DE ADAPTACION.** (Echeburúa y Del Corral). Evalúa en escalas de 0 a 5, el grado en que el problema del pánico afecta a las áreas laboral, social, ocio, pareja, familiar y global.
10. **INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK** (BAI) (1988), que evalúa el grado en que sintió el paciente una serie de síntomas de ansiedad, en la última semana.
11. **CUESTIONARIO DE PENSAMIENTOS DISTORSIONADOS (CDQ)** (1988) de Beck, evalúa las cogniciones relacionadas con el pánico.
12. **CUESTIONARIO DE EVENTOS AMBIGUOS** (Ballester y Botella). Evalúa el grado de interpretación catastrófica de eventos ambiguos relacionados con sensaciones corporales que suelen preocupar a pacientes con pánico, eventos sociales, otros eventos y sensaciones corporales no específicas de pacientes con pánico.

Tabla 2: Cuestionarios utilizados

vimos información acerca del grado de ansiedad general de S. en la última semana, así como los síntomas más destacados.

Además, evaluamos la frecuencia de sensaciones de intenso miedo y de muerte inminente (Cuestionario de Miedo-muerte de Marks et al.); ánimo depresivo (Cuestionario de Depresión Situacional de Pelechano); grado de evitación-temor agorafóbicos (Cuestionario de Evitación-Temor de Marks et al.); presencia e intensidad de pensamientos relacionados con el pánico (CDQ de Beck); grado de interpretación catastrófica de las sensaciones corporales relacionadas con el pánico (Cuestionario de Eventos Ambiguos de Ballester y Botella); grado de adaptación (Escala de adaptación de Echeburúa y Del Corral; y la valoración subjetiva llevada a cabo, tanto por el terapeuta como por la paciente, acerca del estado de esta última. El grado de evitación y temor estuvo referido a cuatro conductas objetivo que se establecieron en la primera semana de línea base, a saber:

1. Subir en bicicleta
2. Salir de casa sola
3. Ir a una fiesta
4. Ir a un hospital o escuchar hablar sobre enfermedades

Para facilitar la comprensión de los resultados, exponemos los cuestionarios y variables consideradas en el Tabla 2.

Todos estos cuestionarios fueron administrados en cada momento de evaluación de la paciente, esto es, antes y después de la terapia y en seguimientos realizados a los 2, 6 y 12 meses de finalizar ésta. En las Tablas 3, 4 y 5 exponemos los datos obtenidos en tales momentos de evaluación, intentando agruparlos atendiendo a una serie de áreas lógicas.

Secuencia de la terapia: estructura y contenido de las sesiones

Una vez establecida la línea base, todo estuvo preparado para iniciar la terapia. Ya hemos señalado anteriormente que, bajo nuestro punto de vista, el programa terapéutico desarrollado por Clark y Salkovskis para el pánico constituye uno de los acercamientos terapéuticos más completos, al incluir en él, no sólo una serie de experimentos conductuales que tienen por objetivo identificar y modificar las interpretaciones catastróficas del paciente, sino también el entrenamiento en técnicas de afrontamiento del pánico, tales como la respiración lenta y técnicas de distracción.

	ANTES	DESPUES	2 MESES	6 MESES	12 MESES
FREC. CRISIS MES	20	3	0	0	0
FREC. CRISIS SEMANA	6	0	0	0	0
INTENSIDAD CRISIS	6	3	7	0	0
SINTOMAS CRISIS	20	6	16	3	0
ANSIEDAD GEN. SEMANA	7	2	0	1	1
ANSIEDAD GEN. BAI	33	5	3	7	4
FREC. MIEDO SEMANA	5	0	0	0	0
FREC. MIEDO MES	20	3	0	0	0
FREC. MUERTE SEMANA	2	0	0	0	0
FREC. MUERTE MES	10	0	0	0	0
PENSAM. DISTORSIONADOS	32	2	6	6	5
EVENTOS AMBIGUOS CORP.	15	9	7	7	5
EVAL. PACIENTE MEJORIA	4	1	1	1	1
EVAL. TERAPEUTA MEJORIA	4	1	1	1	1
EVAL. TERAPEUTA ESTADO	4	2	1	1	1

Tabla 3: Evolución de la paciente en las variables relacionada con pánico.

		ANTES	DESPUES	2 MESES	6 MESES	12 MESES
EVITACION CONDUCTA	1	10	3	1	0	0
EVITACION CONDUCTA	2	0	0	0	0	0
EVITACION CONDUCTA	3	8	0	3	0	0
EVITACION CONDUCTA	4	10	1	1	0	0
TEMOR CONDUCTA	1	7	3	1	0	0
TEMOR CONDUCTA	2	3	0	0	0	1
TEMOR CONDUCTA	3	3	0	2	1	1
TEMOR CONDUCTA	4	10	2	2	1	1

Tabla 4: Evolución de la paciente en las variables relacionadas con la evitación agorafóbica

Nosotros hemos estructurado dicho programa para que pueda ser aplicado en tan solo diez sesiones (por supuesto, dependiendo de la gravedad del paciente, el número de sesiones puede variarse). La frecuencia de las sesiones se estableció en una cada semana, de una duración aproximada de una hora, excepto las dos primeras que tuvieron una duración de 90 minutos por incluir más puntos en la agenda.

Tal y como se señala en el epígrafe 3, existen una serie de cuestionarios que son cumplimentados en cada sesión, con el fin de que el terapeuta tenga **feedback** de la evolución semanal de la paciente. La información que se obtiene semanalmente es la referida a frecuencia de pánico en la semana, ansiedad general, depresión situacional, evaluación subjetiva del paciente de su mejoría, grado de evitación y temor para las conductas objetivo y evaluación subjetiva del terapeuta respecto a grado de mejoría desde el comienzo del tra-

tamiento y respecto al estado del paciente en ese momento. Se puede apreciar fácilmente la evolución semanal de nuestra paciente en cada una de estos aspectos consultando las Figuras 1, 2 y 3.

En cuanto al estilo terapéutico, se trata de un estilo socrático, en el que el terapeuta, lejos de intentar convencer al paciente, lo que pretende es ayudarlo en la búsqueda de evidencias que pongan en duda la interpretación catastrófica que éste hace de las sensaciones (Botella y Ballester, en prensa).

A continuación, intentaremos ejemplificar en el caso de S. la adaptación que hemos llevado a cabo del tratamiento cognitivo-conductual para el pánico propuesto por Clark y Salkovskis.

Sesión 1

La primera sesión estuvo dirigida a analizar minuciosamente las características que definían las crisis de nuestra paciente.

	ANTES	DESPUES	2 MESES	6 MESES	12 MESES
DEPRESION SITUACIONAL	-11	-24	-25	-24	-25
MALESTAR SUBJETIVO	7	1	1	0	0
ADAPTACION LABORAL	3	0	0	0	0
ADAPTACION SOCIAL	2	0	1	0	0
ADAPTACION OCIO	4	0	1	0	0
ADAPTACION PAREJA	3	0	0	0	0
ADAPTACION FAMILIAR	3	0	0	0	0
ADAPTACION GLOBAL	4	1	1	0	0

Tabla 5: Evolución de la paciente en las variables relacionadas con su adaptación

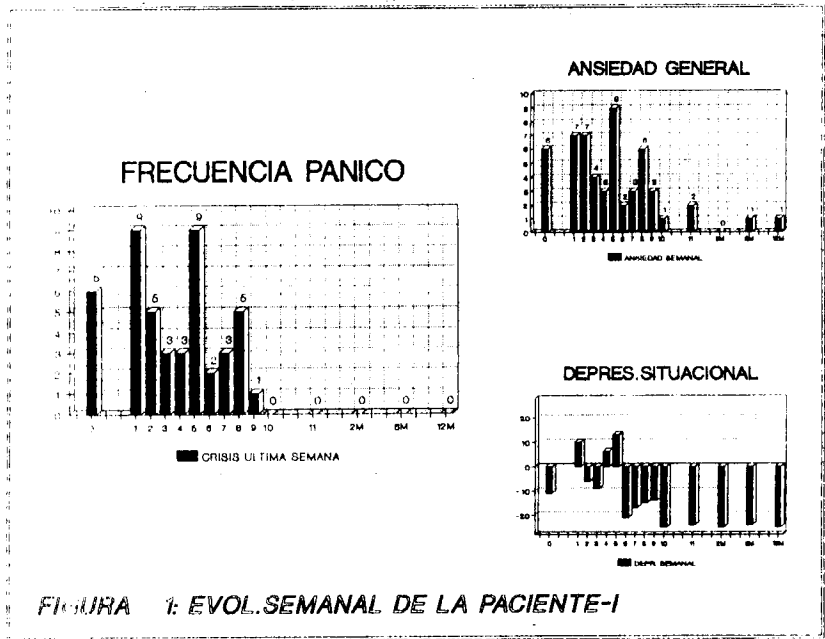


Figura 1: Evolución semanal de la paciente-I

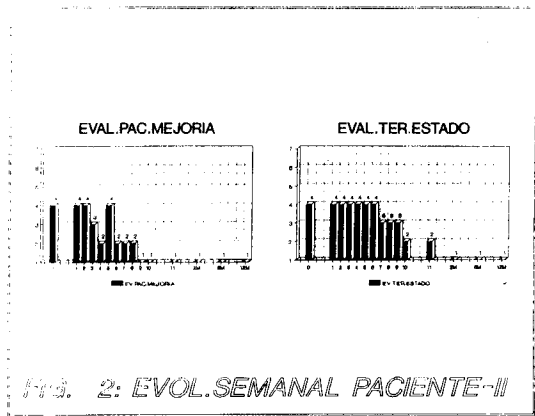


Figura 2. Evolución semanal de la paciente III

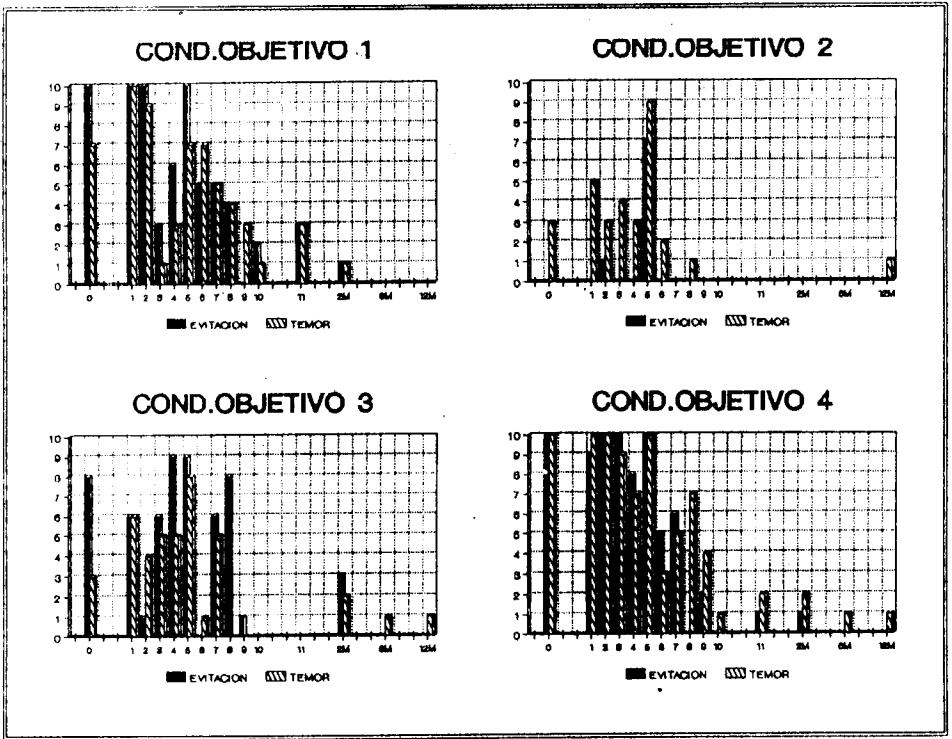


Figura 3. Evolución semanal de paciente III

Se obtuvo información acerca de diferentes aspectos:

1. Descripción de la última crisis
 - 1.1. Situación
 - 1.2. Síntomas corporales
 - 1.3. Pensamientos
 - 1.4. Comportamiento
2. Otras situaciones en que ha tenido crisis.
3. Evitación de situaciones o actividades.
4. Reacción típica ante una crisis.
5. Reacción de otras personas.
6. Existencia de moduladores.

7. Comienzo y curso del problema.
8. Tratamientos que ha recibido.
9. Causa percibida.

Con el fin de averiguar los síntomas y pensamientos más frecuentes en las crisis, se pidió a la paciente que intentara recordar la última crisis, explicando en qué situación se encontraba, qué sintió, qué pensó y cómo reaccionó.

La paciente informó de una crisis ocurrida antes de venir a la sesión. Se había despertado a las 7h de la mañana, ya algo nerviosa, y había ido a llevar a un niño a la parada del autobús escolar. Al volver a casa se

encontraba muy cansada y empezó a pensar que podía tener una enfermedad, pues no era "normal" que estuviera tan cansada. Cada vez se iba sintiendo peor, sentía debilidad y temblor en las piernas. Empezó a pensar en la posibilidad de tener meningitis. Paulatinamente, la ansiedad se hizo mayor, los síntomas más fuertes, y las palpitaciones empezaron a hacer acto de presencia, unidas a una intensa opresión en el pecho. Mientras la intensidad de todas estas sensaciones se incrementaba por momentos, otras nuevas iban apareciendo, tales como dolor muscular, congestión, entumecimiento y hormigueo en las extremidades y dolor de cabeza. La paciente señaló que todo ello hizo que se convenciera de que tenía una grave enfermedad de corazón, y que éste podía detenerse en cualquier momento, igual que le ocurrió a su padre tres meses antes. En efecto, los síntomas se hicieron tan intensos que S. llegó a tener un intenso miedo y la sensación de que la muerte era inminente. Pensó en llamar a un médico pero, ya otras veces lo había hecho y le habían dicho que no tenía nada grave. Así que decidió sentarse en una silla, tomarse una infusión de manzanilla y distraerse jugando con su gata, hasta que todo pasó por sí solo.

Al examinar esta crisis, el terapeuta intentó en primer lugar hacer especial hincapié en la relación existente entre los síntomas experimentados y las cogniciones, (así, la opresión de pecho hizo pensar a la paciente en la posibilidad de un infarto). Por otra parte, se incidió en la relación temporal entre sensaciones y cogniciones, esto es, cuando la paciente empezó a pensar que tenía meningitis y que iba a tener un infarto fue cuando los síntomas se hicieron insoportables. De esta forma, la paciente empezaba a intuir la importancia de los pensamientos en una crisis de angustia.

Sin embargo, la paciente no hallaba explicación para la ansiedad que ya tenía al despertar y eso era una de las cosas que más le angustiaba, el hecho de no saber nunca por

qué empezaba a desencadenarse todo. Esto le provocaba un sentimiento de indefensión ante las crisis. Al examinar que fue lo último que había hecho la noche anterior a la crisis, la paciente informó que había visto una película de intriga (que la suelen poner nerviosa) y había leído un libro. El terapeuta preguntó acerca del contenido de la lectura realizada esa noche. La paciente se sorprendió al recordar que en el capítulo leído, un personaje moría por asfixia, lo que hizo que se sintiera inquieta. Por otra parte, el cansancio matutino podía explicarse por la gripe que parecía amenazar a la paciente desde hacía unos días y por que tenía la menstruación.

Desde que empezó a tener crisis, éstas no siempre habían ocurrido en la misma situación. Recordaba, sobre todo, algunas sufridas al irse a dormir, al salir de casa, cuando estaba a punto de llegar a alguna cita, al ir en bicicleta, hacer deporte, visitar hospitales y sobre todo, cuando oía, veía o pensaba algo relacionado con una enfermedad. Esto le hacía pensar que ella podía tener esa enfermedad y los síntomas empezaban a aflorar, hasta llegar a la crisis. Por otra parte, había tenido crisis estando sola, con sus padres, con su hermana y con su novio. Algunas de las situaciones descritas eran evitadas, en la actualidad, por miedo a tener una crisis y tales situaciones fueron establecidas como conductas objetivo en la línea base.

Su comportamiento ante los ataques era siempre el mismo, tomar manzanilla, empezar a moverse, tranquilizarse y distraerse con algo, sobre todo, hablando con otra persona. Su familia y su pareja reaccionaban ante las crisis quitándoles importancia, lo cual disgustaba a la paciente, que se sentía abandonada.

Respecto a la existencia de moduladores, nuestra paciente había observado que algunos factores aumentaban la probabilidad de una crisis. Estos factores eran: que algo le sentara mal, beber coca-cola, la semana anterior a la menstruación, dormir poco, el cansancio físico, el calor o los cambios de tem-

peratura y la existencia de mucha gente alrededor suyo.

Las últimas preguntas tuvieron como objetivo conocer el comienzo y curso del problema, así como los tratamientos seguidos por nuestra paciente. Como ya hemos señalado anteriormente, todo había empezado hacía seis meses, en una crisis ocurrida al ir a recoger las notas a la Escuela de Magisterio. Sin embargo, se agravó notablemente en los tres últimos meses, a partir de dos sucesos: el infarto sufrido por su padre, y la muerte de un primo muy cercano por una caída derivada de un ataque epiléptico. Precisamente, la paciente pensaba que la causa de todo su problema era que, habiendo estado muy mimada durante toda su vida, en poco tiempo había tenido que padecer dos duros golpes.

A partir de esta sesión (en la que se intentó hacer comprender a S. la importancia de analizar minuciosamente las crisis), se le entregó el diario de pánico en el que tenía que registrar diariamente las situaciones en que ocurrían las crisis, así como su duración, intensidad y las sensaciones corporales experimentadas. El contenido del diario era revisado al inicio de cada sesión.

Sesión 2ª

La segunda sesión tuvo como objetivo principal, presentar el modelo cognitivo del pánico. Los puntos tratados fueron:

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 del pensamiento en el desencadenamiento de la ansiedad.
6. Presentación del modelo cognitivo del pánico.
7. Prueba de hiperventilación.

8. El lugar de la hiperventilación en el proceso del pánico.

Habría que señalar que, tal y como se recomienda en los acercamientos de terapia cognitiva, no se trata de que el terapeuta "cuente" al paciente la información que éste desea recibir. Más bien, es el paciente el que llega a la información, a través de las cuestiones que va planteando el terapeuta acerca de la propia experiencia del paciente. Todos los aspectos fueron tratados a través de ejemplos. Así, para comprender el valor adaptativo y las manifestaciones de la ansiedad, hicimos que la paciente imaginara cómo reaccionaría un negro watusi al encontrarse con un león. Para que la paciente viera el papel de los pensamientos en la ansiedad, expusimos el ejemplo utilizado por Beck, en el cual, se aprecia cómo, ante un ruido extraño en casa, según lo interpretemos como la irrupción de un ladrón peligroso o como la rotura del cristal de una ventana por el viento, la reacción emocional, las sensaciones corporales experimentadas y nuestro comportamiento varían.

El modelo cognitivo del pánico postula que el pánico es una consecuencia de la interpretación catastrófica de una serie de sensaciones corporales derivadas de la aprensión o miedo experimentado ante la percepción de un estímulo desencadenante interno (pensamiento, sensación o imagen) o externo (situación) como amenazante. Terapeuta y paciente, llegaron juntos a la comprensión de este modelo, a partir de la crisis más reciente que había tenido la paciente. En las figuras números 4a y 4b presentamos el modelo del pánico propuesto por Clark así como la ejemplificación de éste modelo en nuestra paciente.

Para evaluar la hiperventilación en S., le pedimos que siguiera un ritmo de respiración rápido y profundo grabado en un casete (para más información sobre la prueba es posible consultar el trabajo citado, Botella y Ballester (en prensa). Hay que señalar que la pa-

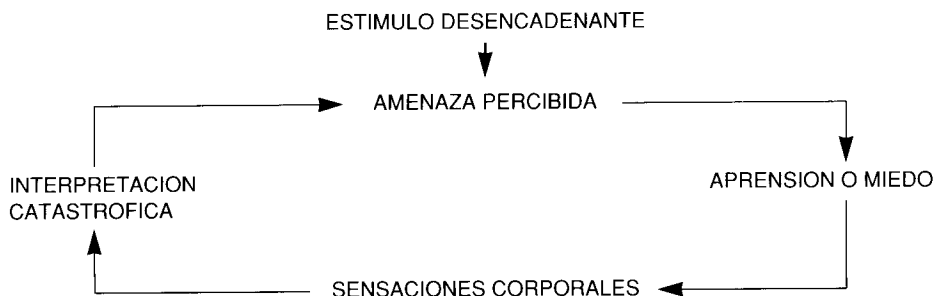


Figura 4a: Modelo cognitivo de pánico (adaptado de Clark y Salkovskis, 1987)

ciente no fue capaz de soportar los dos minutos que dura la prueba, y que manifestó que le había resultado bastante desagradable. Las sensaciones provocadas por la hiperventilación habían sido muy similares a las de una crisis, aunque algo menos intensas. Estas sensaciones fueron: falta de aire, sensación de asfixia, palpitaciones, molestia precordial, sudoración, debilidad, mareo, hormigueo, acaloramientos y temblores, además de un ligero miedo a desmayarse.

La paciente comprendió con esta prueba la importancia de la hiperventilación en sus crisis, y el lugar que ésta ocupaba en el proceso del pánico.

Puesto que en esta sesión se había analizado el papel de los pensamientos en el desen-

cadenamiento de las crisis, se amplió el diario de pánico. A partir de ese momento, S. tendría que registrar la interpretación de las sensaciones en sus crisis, así como el grado de creencia en estas interpretaciones catastróficas.

Sesión 3ª

La agenda de esta sesión incluía básicamente dos puntos (además de las cuestiones habituales que se incluyen en la agenda de todas las sesiones):

1. Dudas de la paciente respecto al modelo cognitivo del pánico y acerca del papel de la hiperventilación en sus crisis.

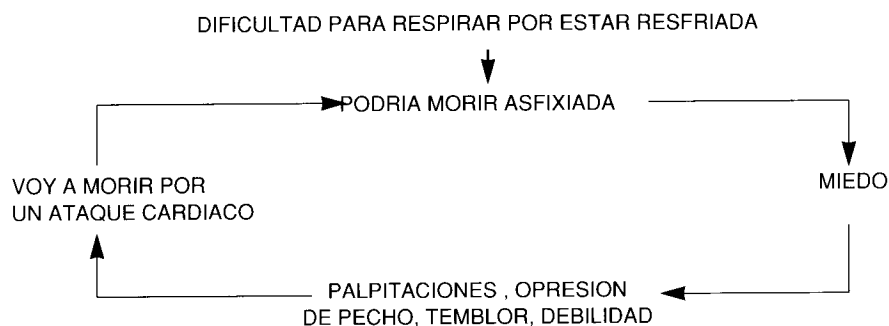


Figura 4b: Ejemplificación del modelo cognitivo de pánico en nuestra paciente.

2. Entrenamiento en respiración lenta (en posición sentada o tumbada).

El objetivo de la tercera sesión era doble: por un lado, comentar las dudas que la paciente presentara respecto al modelo cognitivo del pánico y por otro, entrenarla en un ritmo de respiración lenta opuesto a la hiperventilación.

La paciente informó en esta sesión que le había ayudado mucho comprender por qué ocurría una crisis y cómo hiperventilando se sentía de modo muy similar al de un ataque de pánico. Sin embargo, no entendía cómo podía tener ataques durante la noche, ya que al estar dormida no podía realizar ninguna interpretación catastrófica. Para aclarar esta duda se le preguntó a la paciente si alguna vez se había despertado al oír la voz de una persona a la que estuviera cuidando. O bien, si alguna vez las ganas de orinar la habían despertado. La paciente respondió afirmativamente a ambas preguntas, comprendiendo que una persona puede ser consciente de estímulos internos y externos que la preocupan, a pesar de estar durmiendo. Al despertar bruscamente con un alto nivel de activación aparentemente "sin explicación", la crisis pudo desencadenarse siguiendo el modelo.

Para entrenar a la paciente en el ritmo de respiración lenta, se hizo que hiperventilara de nuevo y se le hizo ver cómo la respiración lenta podía disminuir la intensidad de los síntomas producidos por la hiperventilación. Se le entregó una grabación con el ritmo lento y como tarea se le pidió queiguiera ese ritmo dos veces al día durante media hora en posición tumbada o sentada.

Sesión 4ª

El objetivo a cubrir en esta sesión era comentar los problemas surgidos al realizar la respiración lenta, generalizar su aplicación a la posición de pie, efectuar un experimento

conductual que nos hiciera comprender una vez más la importancia de los pensamientos en las crisis y explorar el papel de la auto-atención en las crisis. Los puntos tratados en la agenda fueron, por tanto:

1. Problemas con la respiración lenta
2. Entrenamiento en respiración lenta en posición de pie.
3. Lectura de pares asociados.
4. Exploración del papel de la auto-atención en las crisis: experimento conductual.
5. Entrenamiento en técnicas de distracción.

No hubo ningún problema con la respiración lenta. Más bien al contrario, la paciente informó que le resultaba muy útil para disminuir su ansiedad. El procedimiento para entrenar a la paciente en la respiración lenta de pie siguió los mismos pasos que en la sesión anterior, y la tarea asignada fue idéntica.

Con el fin de insistir en la importancia de los pensamientos en las crisis, se realizó un experimento conductual a partir del cual se extrajeron algunas implicaciones. El experimento consistió en leer un listado de pares asociados, en los cuales una palabra era un síntoma frecuente en el pánico y la otra, una consecuencia del síntoma que los pacientes suelen temer en sus crisis. Por ejemplo, un par asociado sería palpitaciones-morir. La mera lectura de este listado provocó un estado de ansiedad en la paciente de 4 en una escala de 0 a 10, provocando palpitaciones, dolor de pecho, sudoración, debilidad, mareo, hormigueo, temblores y miedo a morir.

La auto-atención corporal resulta, pensamos, un factor esencial para comprender el proceso del pánico. Desde hace algún tiempo venimos insistiendo en la necesidad de investigar la "conducta de enfermedad" de los pacientes con pánico (Ballester y cols, 1990). Autores como Mechanic (1980) han señalado cómo un alto nivel de introspectividad puede

llevar a una mayor conciencia corporal y, por tanto, un mayor informe de síntomas.

En esta sesión realizamos un experimento conductual para poner de manifiesto la importancia de la auto-atención. Consistió en pedir a la paciente que se concentrara en su corazón e intentara captar sus propias palpitaciones. En pocos segundos, la paciente fue capaz de percibir éstas, lo que le resultó desagradable. Este experimento nos permitió plantear a S. la posibilidad de que aplicar técnicas de distracción pudiera servir de ayuda para controlar el pánico, finalizando la sesión con el entrenamiento en estas técnicas (para más información ver Botella y Ballester, en prensa).

Sesión 5ª

La agenda de la sesión 5 incluyó los siguientes puntos:

1. Problemas aparecidos con la respiración lenta de pie
2. Problemas aparecidos con la aplicación de técnicas de distracción.
3. Discusión cognitiva de las crisis acaecidas durante la semana.

La paciente informó en esta sesión que se había encontrado muchísimo peor que en semanas anteriores. Había tenido 9 crisis. Al parecer, una serie de hechos ocurridos durante la semana le habían generado una buena dosis de ansiedad: a) El padre del niño que ella solía acompañar al colegio, tuvo un infarto. b) A su propio padre le habían comentado la posibilidad de una intervención quirúrgica en el corazón. c) Un amigo suyo pensaba divorciarse y le pedía consejo a la paciente (hecho que a abrumaba). d) La atracaron cuando andaba tranquilamente por la calle. e) Había estado sometida a mucho estrés por sus estudios, y f) además, había hecho mucho calor, algo que a ella le solía influir negativamente.

Toda la sesión estuvo dirigida al análisis de las crisis que había tenido en la semana, especialmente, de las evidencias que tenía la paciente de que sus interpretaciones catastróficas de las sensaciones corporales eran ciertas o realistas. Por otra parte, la paciente informó que las técnicas de distracción no siempre resultaban eficaces, pues le costaba mucho trabajo apartar la atención de sí misma en una crisis. Por otra parte, si al aplicar la respiración lenta no disminuían sus síntomas, empeoraba su ansiedad. Ambos aspectos fueron tratados en la sesión. La tarea para la semana incluyó la aplicación de las técnicas de control de ansiedad (que se habían visto hasta el momento) a su crisis, así como el registro habitual de éstas en el diario de pánico.

Sesión 6ª

Los objetivos a cubrir en esta sesión fueron planteados como sigue:

1. Discusión cognitiva de las posibles crisis ocurridas durante la semana.
2. Experimento conductual destinado a cuestionar la asociación palpitaciones-ataque cardíaco.
3. Planteamiento de la necesidad de empezar a afrontar las situaciones generadoras de pánico.
4. Introducción de un cuestionario destinado a evaluar la exactitud en la predicción del pánico.

Durante esta semana, las crisis habían vuelto a disminuir. Según la paciente, se estaba produciendo un cambio en su forma de pensar acerca de su salud física ("¿Por qué le tenía que pasar nada a ella?". Si le tenía que pasar, ¿de qué servía que pensara en ello?"). Por otra parte, la respiración lenta y el tener mucho trabajo, no le habían dejado tiempo para pensar en las crisis. Las técnicas de distracción seguían sin surtir efecto. El terapeuta intentó que

S. pensara acerca del hecho siguiente: si ella creía que el hecho de tener mucho trabajo no la había dejado pensar esta semana, quizás eso podría significar que el trabajo la había distraído de sí misma y que, por tanto, lo único que necesitaba era encontrar un estímulo distractor lo suficientemente absorbente.

En esta sesión, se realizó un experimento conductual para analizar la relación que, según la paciente, había entre sentir palpitaciones y un ataque cardíaco. El experimento consistió en que terapeuta y paciente corrieran durante 5 minutos, subiéndolo y bajando escaleras. Al finalizar, el terapeuta preguntó a S. qué sensaciones corporales sentía. Las palpitaciones, mareo, falta de aire, acoloramiento y sudoración habían hecho acto de presencia. También estaban presentes en el terapeuta. Sin embargo, ninguno de los dos tuvo un ataque cardíaco. Al parecer, las palpitaciones no "implicaban," necesariamente, un ataque cardíaco.

Como tarea se le pidió que empezara a afrontar durante la semana algunas de las situaciones que evitaba por miedo a una crisis, utilizando las técnicas de control de ansiedad y cumplimentando un cuestionario (P2) diseñado por nosotros siguiendo las directrices de Rachman (1988). En este cuestionario, la paciente debía predecir el miedo, seguridad, posibilidad de una crisis y su intensidad, antes de afrontar la situación. Y, después de hacerlo, debía anotar lo que realmente había ocurrido.

Sesiones 7ª y 8ª

La agenda propuesta por el terapeuta en la sesión 7 y 8 fue bastante similar incluyendo los siguientes puntos:

1. Discusión cognitiva de las crisis ocurridas durante la semana.
2. Evaluación de la exactitud en la predicción del pánico a partir del cuestionario P2.
3. Experimento conductual destinado a

cuestionar la relación entre mareo-desmayo (sesión 7).

Durante estas sesiones fue posible extraer implicaciones de los afrontamientos que la paciente debía realizar como tarea. A través del cuestionario de afrontamiento, paciente y terapeuta pudieron observar la tendencia a sobreestimar la probabilidad de pánico, y su intensidad, así como el miedo ante la situación temida. La seguridad en sí misma solía ser minusvalorada. A este respecto, cabe señalar que en un estudio reciente hemos encontrado que la tendencia a la sobreestimación del pánico resulta característico en los pacientes que presentan este trastorno (Ballester, Botella, Gil y Ferrer, 1991b).

Asimismo, en la sesión 7 se realizó un experimento conductual encaminado a analizar la relación entre la sensación de mareo y el desmayo. Paciente y terapeuta hiperventilaron juntos y se levantaron bruscamente de la silla. Una sensación de mareo sobrevino inmediatamente, la visión se hacía borrosa, y la paciente sentía debilidad en las piernas. Sin embargo, ni paciente ni terapeuta se desmayaron. La paciente aprendió que la ansiedad y el desmayo son fisiológicamente casi incompatibles.

En la sesión 8, el terapeuta pidió a la paciente que reflexionara sobre las crisis de la semana e intentara analizar las evidencias que en este momento tenía a favor y en contra de los pensamientos catastróficos que había tenido ante las sensaciones corporales.

La tarea incluida en ambas sesiones fue simplemente registrar las crisis semanales y afrontar situaciones o actividades temidas.

Sesiones 9ª y 10ª

Las dos últimas sesiones estuvieron dedicadas a la prevención de recaídas. La paciente había mostrado su inquietud ante el fin de la terapia y la posibilidad de recaer volviendo a su estado inicial.

La agenda de la sesión 9 incluía los siguientes puntos:

1. Valoración de la evolución de la paciente a lo largo de la terapia.
2. Repaso del contenido de las sesiones anteriores.
3. Atribución de la mejoría por parte de la paciente.
4. Refuerzo del terapeuta.
5. Valoración de la creencia residual en las interpretaciones catastróficas de las sensaciones corporales.
6. Expectativas futuras de la paciente con respecto al pánico.
7. Posibilidad de generalizar el contenido de terapia a otros síntomas corporales distintos que pudieran aparecer en futuras crisis.
8. Conveniencia de seguir practicando las técnicas aprendidas a lo largo de la terapia.

En la sesión 9, se analizó la evolución de la paciente a lo largo de la terapia, se repasó el contenido que habían tenido las sesiones y se le pidió que realizara una valoración de en qué sentido había cambiado su estado desde que empezó la terapia y hasta qué punto pensaba que la terapia había influido en ese cambio. El terapeuta reforzó a la paciente por el interés demostrado a lo largo del tratamiento. También insistió en la importancia que podía tener asegurarse de que ésta había aprendido lo esencial de la terapia y que, al finalizar, sabría afrontar cualquier crisis como lo venía haciendo. Se evaluó el grado de creencia residual en los pensamientos catastróficos que estaban presentes en sus crisis, observándose cómo éste era muy bajo (2 %) para el miedo al infarto, meningitis, desmayarse, cáncer, morir y padecer enfermedades incurables.

La paciente había aprendido que todo esto podía ocurrirle alguna vez, pero que ella no tenía más probabilidades de cualquier

otra persona y que, de todos modos, pensar en ello no le ayudaba en nada. Informó que los experimentos conductuales la habían ayudado, especialmente, para llegar a comprender esto. La paciente atribuía su mejoría a todo lo que había tenido ocasión de aprender en la terapia. Esto le daba confianza de cara al futuro, pues señalaba eso “siempre lo llevaría consigo”. La sesión 9 finalizó comentando la necesidad de seguir aplicando las técnicas aprendidas en la terapia una vez finalizada ésta, incluso a sensaciones corporales que no eran las habituales en las crisis. La tarea para la sesión 10 consistía en una especie de “examen de pánico”. La paciente debía contestar por escrito a tres preguntas sobre el pánico:

1. Qué es el pánico y cómo se produce.
2. Pensamientos que tenía en una crisis, evidencias a favor y en contra, datos de la terapia que han sido especialmente útiles;
3. Cómo puedo afrontar un ataque de pánico.

La sesión 10 estuvo orientada a comentar con la paciente su respuesta a estas cuestiones de la terapia. Por tanto la agenda para la última sesión del tratamiento fue:

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

Evaluación final (Postest)

En la última sesión la paciente cumplimentó de nuevo todos los cuestionarios de los que hablamos en la evaluación inicial con el fin de poder delimitar la eficacia de nuestro tratamiento (estos datos se exponen también en los cuadros anteriormente citados).

RESULTADOS Y COMENTARIO FINAL

A lo largo de este trabajo hemos pretendido ejemplificar en un paciente el modo en que venimos aplicando el programa cognitivo-conductual desarrollado por Clark y Salkovskis para el pánico. En estudios previos (Ballester, Botella, Gil y Ferrer, 1991a) hemos presentado datos que parecen demostrar la eficacia terapéutica de este tratamiento para el pánico. Pensamos que los resultados obtenidos en el caso expuesto (consultar Tablas y Figuras 1, 2 y 3) hablan claramente a favor de la utilidad de este tratamiento. A continuación comentaremos algunos de los aspectos más sobresalientes.

Por lo que se refiere a las variables relacionadas directamente con el pánico, hay que decir que, tras 10 sesiones de tratamiento, no sólo la frecuencia de las crisis disminuyó notablemente (llegando a desaparecer en el post-test y en los distintos seguimientos), sino que también lo hizo la ansiedad general (medida con diversos cuestionarios: S3A2 y BAI), la sensación de intenso miedo, la sensación de muerte inminente, el número e intensidad de cogniciones catastróficas (CDQ) y la tendencia de la paciente a interpretar catastróficamente eventos corporales ambiguos relacionados con el pánico.

En cuanto a la evaluación subjetiva de la paciente al terminar la terapia fue que había mejorado muchísimo, y esto coincidió con la evaluación que había realizado el terapeuta. Sin embargo, éste no calificó el estado de S. como "normal" hasta ver que los cambios conseguidos se mantenían en el primer seguimiento. La evitación/temor agorafóbicos descendieron notablemente para todas las conductas objetivo.

Atendiendo a aquellas variables que valoran el grado de adaptación de la paciente, es de destacar que el estado de ánimo mejoró con la terapia, y que el grado de malestar subjetivo se redujo a un nivel mínimo. El problema del pánico dejó de afectar, casi totalmente, la vida laboral, social, ocio, de pareja y familiar de S..

Quizás, lo más importante de todos los resultados comentados hasta el momento, sea el hecho de comprobar cómo la mejoría conseguida tiende no sólo a permanecer, sino a aumentar con el tiempo, como se puede ver en los seguimientos realizados a los 2, 6 y 12 meses de finalizar la terapia. Por ejemplo, resulta significativo que nuestra paciente no hubiera tenido ni un solo ataque de pánico al año de terminar la terapia.

Por otra parte, la ansiedad estado y rasgo y la depresión medida con el BDI se han reducido sensiblemente, así como el miedo al daño físico, a la sangre, a símbolos de muerte y las respuestas agorafóbicas.

En general, podemos concluir que la terapia ha resultado muy eficaz para el problema del pánico de nuestra paciente, consiguiendo una mejoría que se mantiene un año después de terminada la terapia. Además, parece que también ha ejercido influencia en otras variables clínicas (especialmente ansiedad y depresión).

Creemos, por tanto, que el tratamiento cognitivo-conductual para el pánico propuesto por Clark y Salkovskis, se revela como una alternativa terapéutica valiosa para el Trastorno de Pánico.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (1987): *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales revisado (DSM-III-R)*. Masson. S.A.: Barcelona
- 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*. Jaén.
- Ballester, R., Botella C., Gil, M.D. & Ferrer, R. (1991a). La eficacia terapéutica del tratamiento cognitivo de pánico. *Congreso Internacional Stress, Ansiedade e Desordens Emocionais*. Universidad do Minho, Braga, Portugal.
- Ballester, R., Botella, C., Gil, M.D. & Ferrer, R. (1991b) Exactitud en la predicción del pánico. *Congreso Internacional Stress, Ansiedade e Desordens Emocionais*. Universidad do Minho, Braga, Portugal.
- Barlow, D.H. & Cernby, J. A. (1988). *Psychological treatment of panic*. New York: The Guildford Press.
- Beck, A.T & Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias. A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Botella, C. & Ballester, R. (1991). Tratamiento Psicológico del Trastorno de Pánico: Adaptación del Programa Cognitivo-Comportamental de Clark. *Análisis y Modificación de Conducta (En prensa)*
- Clark, D. M. (1988). A cognitive model of panic attacks. En S. Rachman y J.D. Maser (Comps.). *Panic: Psychological perspectives*. New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- Clark, D.M. (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*. New York: Oxford University Press.
- Clark, D.M. & Hemsley, DR. (1982). The effects of hyperventilation: individual variability and its relation to personality. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 25, 411-423.
- Clark, D.M Salkovskis, P.M., Chalkley, A. J. (1985). Respiratory control as a treatment for panic attacks. *Journal of behaviour therapy and experimental psychiatry*, 16, 23-30.
- Clark, D.M Salkovskis, P.M, PM. (1987). Cognitive treatment for panic attacks: Therapist's manual. *Manuscrito no publicado*.
- Fenigstein, A., Scheier, M.F., & Buss, A.H. (1975): Public and Private self-consciousness: assessment and theory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 43, 522-527.
- García-Merita, M.L., Balaguer, I & Ibañez, E. (1984): Problemas de validez en la escala de depresión del MMPI. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 39, 313-340.
- Hansell, S. & Mechanic, D. (1985): Introspectiveness and adolescent symptom reporting. *Journal of Human Stress*, Winter, 165-176.
- Hathaway, S.R. & Mckinley, J.C. (1967): *Minnesota Multiphasic Personality Inventory: Manual for administration and scoring*. New York: Psychological Corporation.
- Klein, D.F. (1964). Delineation of two-drug responsive anxiety syndromes. *Psychopharmacologia*, 5, 397-408.
- 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.
- Mechanic, D. (1980): The experience and reporting of common physical complaints. *J. of Health and Social Behavior*, 21, 146-155.
- Miller, L. C., Murphy, R. & Buss, A.H. (1981): Consciousness of Body: private and public. *Journal of Personality and Social Psychology*. 41,397-406.
- Pelechano, V., Baguena, M. J., Botella, C. & Roldan, C. (1984): *Programas de intervención psicológica en la infancia: miedos*. Valencia: Alfaplús.
- Pilowsky, I, Spence, N., Cobb, J. & Katsikitis, M. (1984): The Illness Behavior Questionnaire

- as an aid to clinical assessment. *General Hospital Psychiatry*, 6, 123-130.
- Rachman, S., Lopatka, C. & Levitt, K. (1988). Experimental Analyses of Panic-II. Panic Patients. *Behavior Research and Therapy*, 26, 33-40.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. & Lushene, R.D. (1970): *Manual for the state-trait anxiety inventory*. Palo Alto. California: Consulting Psychologist Press.
- 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, C.M., Woerner, M.G., Kleind, D.F., (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.
- Zitrin, C.M. Keln, D.F., Woerner, M.G. & Ross, DC., (1983): Treatment of phobias. Comparison of imipramine hydrochloride and placebo. *Archives of general psychiatry*, 40, 125-133.