



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

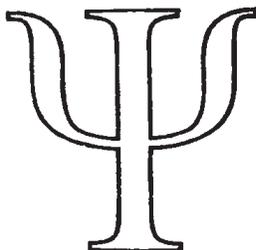
FACULTAD DE PSICOLOGIA

EL TRASTORNO DE PÁNICO

T E S I S I N A
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A:
VÍCTOR EFRÉN ELIZALDE GONZÁLEZ

DIRECTORA: LIC. JOSETTE BENAVIDES TOURRES

SINODALES: LIC. ASUNCIÓN VALENZUELA COTA
MTRA. MARÍA CONCEPCIÓN MORÁN MARTÍNEZ
LIC. GUADALUPE SANTAELLA HIDALGO
DR. SAMUEL JURADO CARDENAS



MÉXICO, D.F.

2006



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

Dios mío Jesucristo te alabo y te doy gracias por que me has permitido hacer y terminar mi tesina en este tiempo de dificultad. Te agradezco que me hayas reafirmado que solo Tú tienes el control de todas las cosas.

“Por Cristo, con El y en El; a ti Dios Padre Omnipotente en la unidad del Espíritu Santo, todo honor y toda gloria, por los siglos de los siglos. Amén”.

Mamá y Papá, ésta tesina es para ustedes, ya que los dos siempre me han amado, y también por que me han apoyado y animado a ser una mejor persona y a saber enfrentarme a la vida y sus pruebas. Y lo más importante, les dedico este trabajo por que los amo mucho. Gracias por ser mis papás.

Espero que este trabajo que ha costado desgaste físico y mental, así como desveladas y todo lo demás, sirva o aporte un poco de motivación a ustedes, mis dos hermanos, para que sigan adelante, y si se proponen a hacer algo de bien para su desarrollo personal, sepan que se puede lograr. Los quiero mucho y les agradezco el que me soporten tanto.

Fam. González Franco y fam. Elizalde Gutiérrez gracias por demostrarme que me quieren mucho y que a pesar de las muchas adversidades que existen, siempre se logra lo que se quiere. Gracias por demostrarme que la familia siempre es un gran apoyo.

A mi segunda casa que es y será la UNAM.
Agradezco a cada uno de los profesores que pusieron un importante granito de arena para que me apasionara y tratara de comprender la Psicología.
Gracias a mis maestras Josette B. que creyó en ésta tesina, y a Concepción M. por animarme y más que ser una profesora es una gran amiga.

Amigos gracias por siempre tener una sonrisa, una canción, un apapacho, un regaño, unas palabras de aliento, un apoyo, simplemente por estar ahí. Gracias.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS

RESUMEN

INTRODUCCIÓN.....1

CAPÍTULO I

TRASTORNOS DE ANSIEDAD.....	3
I.1.- Antecedentes Históricos.....	3
I.2.- Trastornos de Ansiedad.....	6
I.1.1.- Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG).....	6
I.1.2.- Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC).....	9
I.1.3.- Trastorno por Estrés Postraumático.....	12
I.1.4.- Trastorno de Pánico (TP).....	15

CAPÍTULO II

DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO DE PÁNICO.....	20
II.1.- Epidemiología.....	20
II.2.- Criterios de Diagnóstico del DSM-IV para la crisis de Angustia.....	21
II.3.- Criterios de Diagnóstico del CIE-10 para el Trastorno de Pánico.....	22
II.4.- Diagnóstico Diferencial.....	24
II.4.1.- Enfermedades Psiquiátricas.....	24
II.4.2.- Enfermedades no Psiquiátricas.....	26
II.5.- Escalas que diagnostican el Trastorno de Pánico.....	26

CAPÍTULO III

BASES BIOLÓGICAS DEL TRASTORNO DE PÁNICO.....	30
III.1.- Cambios fisiológicos en el Trastorno de Pánico.....	30
III.2.- Hipótesis y Teorías.....	32
III.2.1.- Teoría Noradrenérgica del Locus Coeruleus.....	33
III.2.2.- Amígdala.....	33
III.2.3.- Corteza frontal.....	35
III.2.4.- Hipotálamo.....	35
III.2.5.- Teoría Serotoninérgica.....	35
III.2.6.- Herencia del Trastorno de Pánico.....	36
III.2.7.- Hipótesis del Lactato.....	37
III.2.8.- Hipótesis de la Respiración.....	37
III.2.9.- Hipótesis Adenosinérgica.....	38

CAPÍTULO IV

TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE PÁNICO.....	40
IV.1.- Psicoterapias.....	41
IV.1.1.- Psicoterapia Conductual.....	41
IV.1.1.1.- Desensibilización Sistemática.....	43
IV.1.1.2.- Terapia de inundación o “flooding”.....	43

IV.1.1.3.- Procedimientos operantes.....	44
IV.1.2.- Psicoterapia Racional-Emotiva.....	45
IV.1.2.1.- El ABC de la terapia Racional-Emotiva.....	46
IV.1.2.2.- Centrarse en inferencias vs. creencias.....	51
IV.1.2.3.- Centrarse en la tendencia a catastrofizar vs. la tendencia a horribilizar.....	51
IV.1.2.4.- Creencia específicas vs. Creencias irracionales.....	51
IV.1.2.5.- Técnicas de distracción.....	52
IV.1.2.6.- Ansiedad sobre la terapia.....	53
IV.1.2.7.- Manejo de los problemas secundarios.....	53
IV.1.3.- Terapia Cognitivo-Conductual.....	54
IV.1.3.1.- El componente educativo.....	54
IV.1.3.2.- Pensamientos catastróficos.....	56
IV.1.3.3.- Entrenamiento en respiración lenta.....	59
IV.1.3.4.- Entrenamiento en técnicas de distracción.....	60
IV.1.3.5.- Experimentos conductuales.....	62
IV.1.3.6.- Prevención de recaídas.....	64
IV.1.4.- Musicoterapia.....	65
IV.1.4.1.- Efectos biológicos y neurofisiológicos de la musicoterapia.....	66
IV.1.4.2.- Ondas cerebrales.....	66
IV.1.4.3.- El sistema límbico y su relación con la música.....	67
IV.1.4.4.- Efectos psicológicos de la música.....	67
IV.1.4.5.- Musicoterapia y trastornos emocionales.....	68
IV.1.4.6.- Trastorno de Ansiedad.....	69
IV.1.5.- Tratamiento Farmacológico.....	70
IV.1.5.1.- Antidepresivos.....	70
IV.1.5.1.1.- Antidepresivos tricíclicos.....	70
IV.1.5.1.2.- Inhibidores de la monoaminoxidasa.....	71
IV.1.5.1.3.- Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.....	72
IV.1.5.2.- Benzodiacepinas.....	72
IV.1.5.2.1.- Alprazolam.....	72
IV.1.5.2.2.- Clonazepam.....	73

GUÍA O FOLLETO INFORMATIVO PARA PERSONAS QUE PUDIERAN TENER EL TRASTORNO DE PÁNICO.....	75
--	-----------

REFLEXIONES FINALES.....	80
---------------------------------	-----------

REFERENCIAS.....	83
-------------------------	-----------

RESUMEN

Esta tesina es un trabajo de investigación bibliográfica que explica, el encuadre clínico del Trastorno de Pánico, y el diagnóstico diferencial de los demás trastornos de ansiedad. Se aborda, también, la epidemiología de éste trastorno, así como algunas escalas que miden ansiedad y que se utilizan para su evaluación.

También se analiza lo que sucede a nivel neurofisiológico al estar presente el Trastorno de Pánico en el organismo, la ubicación y funciones de los órganos cerebrales que contribuyen en su aparición. Esta tesina ofrece una visión clara de cuales son las alternativas terapéuticas para contrarrestar el Trastorno de Pánico.

Por último, éste trabajo de investigación propone un folleto de orientación, para las personas que pudieran padecer el Trastorno de Pánico, explicándoles con un lenguaje accesible, acerca de lo que está ocurriendo en sus cuerpos y sobre las alternativas de intervención a que puede acceder.

ABSTRACT

This thesis is a bibliographic investigation that explains the clinical framework for panic attack and the different diagnosis for anxiety disorders. It also includes the epidemiology of these disorder. As well as scales that measure anxiety and are used for its evaluation.

We also find an analysis of the neuro-physiological responses that are present in the human body due to a panic attack. It also explains the function and location of de cerebral portions that play a role in this disorder. This thesis offers a clear vision of the alternative therapies that are available to treat panic attack.

Lastly, this investigation includes an orientation pamphlet for people effected by panic attack. It explains in a modern, clear, brief and consice way the phsiological effects, as well as, intervention alternatives that are available.

INTRODUCCIÓN

Se dice que alguna vez en la vida de cualquier hombre o mujer en ciertas situaciones, por pequeñas que sean, de la vida diaria ya sea en el trabajo, en las labores del hogar, la escuela, etc..., o simplemente "haciendo nada" sorprendentemente son invadidos por una serie de síntomas "extraños" en su cuerpo, que al parecer nunca los habían sentido, tales como la falta de aire, sensación de asfixia, una especie de "hormigueo" en manos, brazos y piernas, palpitaciones del corazón muy rápidas, que se sienten en la boca del estómago, espasmos de temblor en todo el cuerpo, sensación de mareo y desvanecimiento, sensación de "balde de agua fría" , en fin... -una sensación real de muerte-. A esto se le llama una crisis de ansiedad. (*Botella C. 1993, cit. Por Caballo V. 1995*)

También a esto se le llama comúnmente crisis de nerviosismo intenso y al parecer, ante éste fenómeno, la gente no sabe que hacer, en muchas ocasiones por falta de información. Desafortunadamente un tanto por ciento de los que vivimos en México, ya sea fuera del Distrito Federal y dentro de éste, no saben que está ocurriendo en sus cuerpos, o no se imaginan que le esté ocurriendo al otro que esta pasando por una crisis intensa. Después de que ocurre esto, van de médico en médico sin saber realmente lo que pasa sin tener un diagnóstico claro.

Este trastorno es tan común que por lo general los médicos dicen: "no es nada serio, solo son sus nervios, no hay de que preocuparse". De igual manera es tan común que casi no se toma en cuenta la situación psicológica del enfermo.

El problema se va haciendo más grave ya que al ocurrir con más frecuencia estos ataques en la gente, ésta queda incapacitada tanto por los síntomas como por el miedo que le producen los ataques. Esto trae como consecuencia conductas de evitación en la sociedad como son el estar solos fuera de sus casas, estar en lugares concurridos en general, estar en teatros, restaurantes, centros comerciales, iglesias, estar en espacios cerrados, viajar en trasportes públicos, conducir en autopistas, estar en un puente, hacer cola, estar sentado en la silla de la peluquería o del dentista etc. (*Foa, Steketee y Young, 1984, cit. por Belloch 1995*)

Según estadísticas y publicaciones en diversas revistas de investigación en Psiquiatría y Psicología clínica, se trata de un suceso real que al parecer no tiene una razón visible de ser, pero ahí esta. También se ha observado que este tipo de problemática va en aumento. Las cifras de enfermos con este tipo de trastorno confirman que cada vez existen más pacientes que van a cita con médicos generales, internistas, con psiquiatras y psicólogos presentando las características arriba mencionadas.

Un ejemplo son los resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica que nos dicen que el trastorno por pánico es uno de los más prevalentes y más crónico, igualmente que su edad de inicio es cada vez más temprana (Medina- Mora y cols. 2003)

A través de una minuciosa investigación bibliográfica de los temas relacionados con el Trastorno por pánico, este trabajo informa, al público en general y a los estudiosos del tema sobre éste trastorno, a qué se debe, como se diagnostica este trastorno y cuál es su composición neurofisiológica. Así también cuáles son algunos instrumentos o escalas utilizadas para diagnosticar este trastorno, de igual manera los diferentes tratamientos utilizados para contrarrestar esta enfermedad.

El método que se utilizó en este trabajo fue cualitativo, es decir que se hizo un extenso análisis bibliográfico, con el fin de recabar datos referentes a los propuestos en el objetivo.

Ya consultadas las referencias bibliográficas, los capítulos que componen la Tesina son los siguientes:

- a) El primero de ellos explica qué son los trastornos de ansiedad, algunos de sus diferentes variantes como el Trastorno de Ansiedad Generalizada, el Trastorno de Pánico, al cual se le dará mayor importancia, Trastorno de estrés postraumático, Trastorno Obsesivo Compulsivo, entre otros.
- b) El segundo capítulo se refiere al diagnóstico del Trastorno de Pánico. En este capítulo se aborda la epidemiología del trastorno, el encuadre del desorden de pánico o crisis de ansiedad. Para esto se consultaron los manuales de desordenes mentales como el DSM IV y el CIE-10. También brevemente se nombran algunas de escalas que miden la ansiedad.
- c) En el tercer capítulo se analiza lo que pasa a nivel neurofisiológico al estar presente el trastorno de ansiedad en el organismo, la ubicación y funciones de los órganos cerebrales que contribuyen en él.
- d) El cuarto capítulo ofrece una visión clara de cuáles son las alternativas terapéuticas para contrarrestar el Trastorno de Pánico, por ejemplo la farmacología, algunas psicoterapias dirigidas al síndrome y terapias alternativas, como por ejemplo la musicoterapia.

Ya por último y como una aportación a éste trabajo, se propone un folleto de orientación, a manera de guía, para las personas que pudieran tener éste padecimiento, explicándoles de manera clara, breve y concisa, con un lenguaje entendible, acerca de lo que está ocurriendo en sus cuerpos como resultado del trastorno que puede padecer (Trastorno de Pánico) y sobre las alternativas de intervención a que puede acceder.

CAPITULO I TRASTORNOS DE ANSIEDAD

I.1.- Antecedentes Históricos

Todo el mundo experimenta ansiedad, una sensación de aprehensión difusa, desagradable, y vaga que suele ir acompañada por sintomatología autónoma. La ansiedad normal es una respuesta apropiada ante una situación amenazante. Por ejemplo los niños pequeños que se sienten amenazados por la separación de sus padres, los niños en su primer día de colegio, los adolescentes en su primera cita amorosa, los adultos que se acercan a la vejez y a la muerte. Este tipo de ansiedad suele ser provocada por crecimiento individual, cambios, nuevas experiencias y descubrimientos de identidad y del sentido de la vida. Por el contrario, la ansiedad patológica, en virtud de su intensidad y duración, es una respuesta inapropiada a un estímulo dado.

Los diccionarios de psicología nos dicen que la ansiedad es un sentimiento vital asociado a situaciones apuradas, a tensiones psíquicas, a desesperación, que presenta la característica de pérdida de la capacidad de dirigir voluntaria y razonablemente la personalidad. También se considera, la ansiedad como un sentimiento o afecto originado por el instinto de protección contra el peligro, que provoca una perturbación del ánimo elemental, en parte de un modo agudo y brusco y en parte en una forma lenta.

El miedo es un sentimiento vital de amenaza. Tiene una cierta analogía con la angustia; pero en el miedo, el temor se refiere a un objeto preciso. Además, el miedo guarda relación con la naturaleza y magnitud de la amenaza. También nos dicen que el miedo es un sentimiento de inquietud causado por un peligro real o imaginario. Este último término es el pánico, y es el que describiremos más a fondo.

El Pánico se define como un terror súbito sin ningún fundamento. La palabra pánico viene de pan, dios de los pastores, y se refiere al miedo intenso que aparece bruscamente y priva de discernimiento a quien lo experimenta. Se presenta individualmente y también colectivamente, en masas. Se dice especialmente de estados de intenso miedo en masas de individuos, con reacciones caóticas de huida. (Dorsch, 1976)

El fenómeno de los trastornos con “ataques de angustia” fue advertido por distintos especialistas: clínicos, cardiólogos, neurólogos y psiquiatras. Entre sus diversas denominaciones figuran las siguientes: *Nervous palpitations* , Hope 1832; *Nervoses Herzklopfen*, Stokes 1855; *Inframammary pain*, Cooté 1858; *Herzneurose*, Friedrich 1867. Pero es a Jacob Mendes Da Costa a quien se le adjudica la descripción original del “*Irritable Heart*”.

Por la misma época (1870), Myers-cirujano militar de la Guardia de Coldstream describe un síntoma similar que lo llama “corazón de soldado”.

En 1872 el psiquiatra alemán Westphal da a conocer sus observaciones sobre la aparición repentina y sin razón aparente de “fobias”, dedicándose en especial al estudio de la agorafobia. Es quien acuña la expresión “*Angst vor Angst*” (miedo frente al miedo).

En 1880, George Beard popularizó el cuadro de la “neurasthenia”. Con dicho término intentaba abarcar un conjunto de enfermedades que se denominaban, hasta entonces, postración nerviosa, astenia o discapacidad nerviosa.

Uno de los primeros en iniciar la conceptualización de la angustia, desde el punto de vista psicológico fue Sigmund Freud, ya que pudo observar que éste fenómeno era el principal síntoma del que se quejaban la mayoría de sus pacientes. Dice Freud que la angustia es el principal factor en la génesis de la neurosis. Así, al elaborar su primer teoría sobre ella, la conceptualiza como producto de la frustración o descarga incompleta del orgasmo sexual. Según él, la excitación sexual que no se descargaba, se acumulaba y entonces se producía ese tipo de sensación de angustia. (Thompson, C. 1966)

Para Jung la ansiedad o angustia es una amenaza a la organización de la personalidad, de pugna por la autoafirmación del Yo. La angustia funciona como señal de alarma para el Yo del sujeto consciente que se encuentra frente a las influencias del inconsciente que amenaza con inundarlo con una regresión.

El sentimiento de soledad y separatividad que afronta el ser humano en su vivir constituyen en esencia el tema central sobre el cual gira toda la obra de Fromm. Este autor considera que esta vivencia de soledad y separatividad es la que provoca la angustia y es por cierto la fuente de toda angustia (Fromm, E. 1970)

Karen Horney al igual que Freud, también considera a la angustia como el núcleo dinámico de las neurosis. Ella encuentra que tanto el miedo como la angustia son reacciones emocionales frente a un peligro que se diferencian. Indica que en el miedo el peligro es evidente y objetivo, mientras que en la angustia es oculto y subjetivo, condicionado e intensificado por la actitud del propio sujeto.

Sullivan nos dice que siempre que un individuo no puede satisfacer sus necesidades biológicas de forma socialmente aceptable, esto es, de la manera como el individuo fue adiestrado en su infancia, experimenta sentimientos de inseguridad y de desazón, es decir angustia. La angustia siempre está relacionada con un aumento de tensión muscular. Los músculos dispuestos para una acción socialmente inaceptable se inhiben, pues su actividad puede provocar una desaprobación. Por ejemplo la inhibición de llorar o de gritar produce una tensión en los músculos del cuello. La angustia es una consecuencia del conflicto existente entre la necesidad de satisfacción y la necesidad de seguir unas normas socialmente aceptables en la persecución de la satisfacción. (Wolman, B. 1970)

La ansiedad es un fenómeno muy amplio. Por eso se puede ver a través de distintos enfoques. Uno de ellos es precisamente a través de las teorías del condicionamiento y aprendizaje. Dollard y Miller basan su teoría de que la ansiedad es un impulso que se adquiere o sea se aprende. Para ellos el miedo y la ansiedad son términos equivalentes. Pero cuando aluden a ésta equivalencia, naturalmente, no se refieren al miedo innato, al que instintivamente producen un animal, un objeto o alguna situación, si no al miedo que provoca un estímulo neutro como consecuencia de su asociación simultánea con un

estímulo incondicionalmente aversivo o doloroso. Así la ansiedad, miedo condicionado, se aprende (Hall C.S. , 1974)

I.2.- Trastornos de Ansiedad

Cuando se hace referencia a los trastornos de ansiedad, nos encontramos con una diversidad de síntomas que se pueden presentar tanto en uno como en otro. Por ésta razón es necesario revisar varios trastornos de ansiedad como el Trastorno de ansiedad generalizada, el Trastorno Obsesivo compulsivo, entre otros, con la finalidad de hacer diagnóstico diferencial y así saber claramente cuales son las manifestaciones concretas del Trastorno de Pánico.

I.2.1.- TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA)

El Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) se caracteriza por un sentimiento de ansiedad de carácter persistente, insidioso y generalizado. La ansiedad, síntoma básico de este trastorno, por lo general se acompaña de sensación de tensión interna y dificultad para relajarse. Esta tensión frecuentemente puede producir temblor de manos en reposo e incluso durante los movimientos intencionales.

En la gran mayoría de los casos se detecta una hiperactividad del sistema nervioso autónomo o vegetativo que regula la actividad visceral. Los pacientes se quejan con frecuencia de cefalea, usualmente descrita como una banda apretada que rodea la cabeza asociada a sensación de mareo. Son quejas comunes: la visión borrosa a consecuencia de la dilatación pupilar, la disminución de la salivación y excesiva sudoración, especialmente en manos, pies, axilas y cara. Constituyen también molestias típicas de hormigueos en miembros, los dolores musculares erráticos, la pesadez en piernas y brazos, la fatigabilidad precoz, la palidez facial, el insomnio de conciliación, la irritabilidad y un sentimiento vago de zozobra, impaciencia, preocupación y aprensión.

Comúnmente se asocian síntomas depresivos de escasa relevancia en el perfil clínico. La línea divisoria entre una exacerbación de la ansiedad generalizada y los ataques de angustia puede ser borrosa, pero en general las exacerbaciones de la ansiedad generalizada

tienden a presentarse de forma más gradual, remiten más lentamente y los síntomas somáticos concomitantes no tienen tanta relevancia. Raras veces el paciente siente la amenaza inminente de muerte, la locura o la pérdida de control. Por otra parte, después de las crisis de angustia los pacientes habitualmente se sienten exhaustos, circunstancia menos común en las agudizaciones de la ansiedad generalizada.

La característica esencial del TAG es la preocupación. A los individuos con este trastorno se les describe como preocupados e informan de un amplio rango de preocupaciones sobre una serie de circunstancias de la vida. Además de las preocupaciones, los individuos con un TAG relatarán una serie de síntomas motores y síntomas mentales. Estos pacientes presentan reacciones de activación autónoma mucho más modestas que el resto de los pacientes con ansiedad. La mejor forma de conceptualizar a la típica persona con un TAG quizás sea como una personalidad ansiosa. Esos individuos a menudo permanecerán despiertos por la noche preocupándose por el día que han pasado y el que va a venir, verán peligro y problemas en las situaciones más benévolas o de buena voluntad y se verán a sí mismos como incapaces de evitar la catástrofe. A menudo manifiestan una serie de características típicas de la personalidad, incluyendo el perfeccionismo, la dependencia y la falta de asertividad.

En el TAG la ansiedad no se limita a ninguna situación en particular, sino que ocurre de forma crónica, sin que la persona sea capaz de discriminar que situaciones producen exactamente sus síntomas.

La edad media de comienzo del TAG se encuentra generalmente en la mitad de la adolescencia. Las mujeres predominan en los trastornos de ansiedad. Sin embargo, el porcentaje de mujeres con un TAG no parece ser tan alto como en el caso de otras formas de ansiedad tales como el trastorno por pánico o la fobia específica.

A pesar del hecho de que la ansiedad crónica se ha reconocido como un grave problema durante décadas y de que el TAG se ha diagnosticado formalmente desde hace unos quince años, existe todavía, sorprendentemente, poca investigación dirigida a la comprensión y al tratamiento del trastorno. Esta falta de investigación es bastante desafortunada, ya que se ha alegado que el TAG puede considerarse como el trastorno por ansiedad “mas básico”, sugiriendo así que la comprensión del TAG ayudará a la comprensión de todos los trastornos por ansiedad.

Muchos individuos con trastorno de ansiedad generalizada se consideran ansiosos o nerviosos de toda la vida. Aunque más de la mitad de los que acuden a consulta manifiestan que el trastorno de ansiedad generalizada comenzó en la segunda infancia o la adolescencia, no es raro que el trastorno se inicie a partir de los 20 años de edad.

Estos son los criterios diagnósticos para el diagnóstico de F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada (300.02) según el DSM IV-TR

- A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan mas de 6 meses.
- B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.
- C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido mas de 6 meses)
 - 1) inquietud o impaciencia
 - 2) fatigabilidad fácil
 - 3) dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco
 - 4) irritabilidad
 - 5) tensión muscular
 - 6) alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador)
- D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno del Eje 1; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización), o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.
- E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

- F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. Ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. Ej., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno general del desarrollo.

1.2.2.- TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO (TOC)

El trastorno obsesivo compulsivo es una enfermedad de curso crónico o recurrente caracterizada por la presencia de obsesiones y de compulsiones. La obsesión (del latín *obsidere*, que significa asediar) se refiere a las ideas no deseadas que asedian la conciencia y que determinan una angustia patológica a pesar de los esfuerzos desplegados por el sujeto para evitarlas. La compulsión (del latín *compellere*) hace referencia al acto de forzar al individuo a obrar en contra de su voluntad.

Los fenómenos obsesivos, que se distribuyen en pensamientos obsesivos y temores obsesivos, tienen como rasgos característicos: el carácter coercitivo con imposibilidad de control eficaz, la tendencia a la repetición incesante, la absurdidad del contenido, la resistencia por parte del sujeto, que opone una lucha interna, la vivencia angustiosa que provocan.

En el plano del pensamiento se trata de ideas u ocurrencias que de forma repetida se introducen en la conciencia del sujeto e interfieren el flujo normal del pensamiento y causan malestar o sufrimiento. Puede tratarse de palabras, frases o rimas. Frecuentemente el contenido es obsceno, blasfemo o absurdo. Otras veces el sujeto vive atormentado por las imágenes o representaciones obsesivas, escenas imaginadas con gran intensidad, comúnmente de naturaleza violenta o sexual, que reiteradamente asedian su mente. Probablemente los temas más universales de las obsesiones hacen referencia a la escrupulosidad física (contaminación) o moral (pecado) y a la duda o imposibilidad de inclinarse por una opción. Son también frecuentes las rumiaciones obsesivas consistentes en cavilaciones interminables y agobiantes sobre un tema concreto con exclusión de otros intereses. Las compulsiones o rituales representan en el plano de la acción lo que las ideas obsesivas en el plano del pensamiento. Ambos fenómenos tienen en común el carácter de

apremios e imposiciones, la tendencia reiterativa, la oposición por parte del sujeto, lo ilógico, absurdo o ridículo del contenido y la expresión molesta, angustiada o insoportable.

Las modalidades según el contenido de las compulsiones son muy numerosas: cantar, tocar, mirar, colocar objetos, lava, anotar, comprobar, ordenar, coleccionar, repetir algo un número determinado de veces, etc.

Las compulsiones que implican la manía de limpieza se expresan en continuos lavados de manos y de otras partes del cuerpo, lavados de objetos y de ropa, con profusa utilización de detergentes y antisépticos, hasta llegar a producirse lesiones dermatológicas.

En otros casos la persona se siente compelida a contar en forma automática sin importarle realmente el resultado. Cuenta letras, palabras, las baldosas de un piso, las ventanas de un edificio, las matrículas de los coches de una marca determinada o realiza operaciones aritméticas (aritmomanía) sin objetivo concreto.

Una forma de expresar en el plano de la actividad las obsesiones de duda consiste en la necesidad imperiosa de comprobar sistemáticamente la ejecución de cualquier acto. El obsesivo no abandona el hogar sin antes verificar que las llaves del agua o del gas estén cerradas, y no archiva una factura sin repasar los conceptos y repetir la suma. La duda patológica no permite posibilidad de error por mínima que sea, y la comprobación implica con frecuencia repetir la operación un número determinado de veces como expresión de una creencia mágica.

La duda morbosa, la repetición incesante, la manía de precisión y la minuciosidad patológica justifican el ceremonial de lentificación que lleva al sujeto a emplear horas en la ejecución de las tareas mas simples y en los actos mas rutinarios, como abotonarse la camisa, atarse las agujetas, colocar la colcha de la cama o cepillarse los dientes.

Los contenidos de los temores obsesivos se corresponden con la temática general de los escrúpulos: temor a la contaminación, a las enfermedades, a los gérmenes, a lesionar a

alguien, a las armas potenciales como cuchillos o tijeras, a la suciedad, o a lo impuro o lo descompuesto. Estos temores condicionan conductas de evitación: no utilizan los lavabos públicos, no tocan los picaportes de las puertas, los periódicos o billetes de banco (Ayuso, 1988)

El TOC se suele iniciar en la adolescencia o a principios de la edad adulta, también puede hacerlo en la infancia. La edad de inicio es menor en los hombres que en las mujeres: entre los 6 y 15 años para los hombres, y entre los 20 y 29 años para las mujeres.

Estos son los criterios diagnósticos de F42.8 Trastorno obsesivo-compulsivo (300.3) según el DSM IV-TR

A. Se cumple para las obsesiones y las compulsiones:

Las obsesiones se definen por:

- 1) Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados, y causan ansiedad o malestar significativos.
- 2) Los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real.
- 3) La persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos.
- 4) La persona reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivas son el producto de su mente.

Las compulsiones se definen por:

- 1) Comportamientos (p. Ej., lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (p. Ej., rezar, contar o repetir palabras en silencio) de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente.
- 2) El objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situación negativos; sin embargo, estos comportamientos u operaciones mentales o bien no están conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir o bien resultan claramente excesivos.

B. En algún momento del curso del trastorno la persona ha reconocido que estas obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales.

C. Las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínico significativo, representan una pérdida de tiempo (suponen mas de 1 hora al día) o interfieren

marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales (o académicas) o su vida social.

- D. Si hay otro trastorno del Eje 1, el contenido de las obsesiones o compulsiones no se limita a él (p. Ej., preocupaciones por la comida en un trastorno alimentario, arranque de cabellos como en la tricotilomanía, inquietud por la propia apariencia en el trastorno dismórfico corporal, preocupación por las drogas, en un trastorno por consumo de sustancias, preocupación por estar padeciendo una enfermedad grave en la hipocondría, preocupación por las necesidades o fantasías sexuales en una parafilia o sentimientos repetitivos de culpabilidad en el trastorno depresivo mayor).
- E. El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. Ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

1.2.3.- TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

El trastorno por estrés postraumático abarca las consecuencias psicológicas tanto inmediatas como a largo plazo de las experiencias traumáticas de carácter extremo o catastrófico. La angustia alcanza tales dimensiones que deja de funcionar como señal de peligro para constituirse en fuente de peligro.

El trastorno por estrés postraumático fue ya estudiado en el siglo antepasado, tras una ola de desastres ferroviarios por Erichsen (1866), quien expuso una sintomatología similar a la que ofrecen las descripciones clínicas recientes: ansiedad, representaciones mentales relacionadas con el accidente ferroviario, insomnio y desinterés por el entorno del sujeto. Pero las descripciones más completas y abundantes proceden de la experiencia bélica, cuyas observaciones han aportado un material clínico que en nada difiere de los cuadros clínicos expuestos con ocasión de las grandes catástrofes civiles.

Durante la primera guerra mundial (1914-1918) se suscitó un gran interés por las neurosis traumáticas de la guerra, describiéndose profusamente en los combatientes el llamado “shock” por las granadas. En esa época, los síndromes crónicos residuales asociados al estrés del combate fueron calificados de neurosis de guerra, pero, aunque precipitados por los acontecimientos bélicos, se mantenía que el factor causal fundamental residía en las alteraciones de la personalidad y en la disposición personal, subestimando el efecto traumático de la batalla.

La investigación centrada en las consecuencias psíquicas de los traumas bélicos adquirió un gran desarrollo en la segunda guerra mundial. El término preferido para calificar oficialmente las consecuencias psicológicas del combate fue el de agotamiento de combate. La experiencia acumulada por los militares permitió desarrollar eficaces métodos de tratamiento como el narcoanálisis – forma de análisis abreviado con la ayuda de la administración intravenosa de barbitúricos de acción leve- y la psicoterapia de grupo.

En la guerra de Vietnam se suscitó un gran debate sobre las secuelas de los traumas psicológicos y se arrinconó la formulación psicoanalítica tradicional que mantenía que, en la vida adulta, el estrés solo podía causar una neurosis si el sujeto había sufrido un conflicto de carácter edípico en la infancia.

Más tarde se comprueba un renovado interés por el trastorno por estrés postraumático en cuyo desarrollo han contribuido diversos factores como la mayor preocupación por el impacto de la violencia en la infancia, la atención prestada por el movimiento feminista a las consecuencias de la violación y del incesto, la sorprendente alta incidencia de reacciones diferidas de estrés en los veteranos de guerra del Vietnam y el conocimiento de las consecuencias psiquiátricas de la tortura por móviles políticos.

De acuerdo con la experiencia se puede afirmar que los síntomas centrales son bastante constantes en una variedad de estresores. Se requiere para su producción el impacto de un trauma de excepcional importancia capaz de generar síntomas psicológicos importantes en la mayoría de la población afectada. Se trata de experiencias amenazantes para la vida o de situaciones en las que el sujeto se siente profundamente desamparado e impotente para evitar graves lesiones o la muerte, como pueden ser interrogatorios coercitivos y tortura a personas privadas de la libertad, secuestro, violación, etc.

Las situaciones estresantes generadoras del síndrome por estrés postraumático pueden referirse a desastres naturales (inundaciones, terremotos, erupciones volcánicas, incendios, huracanes), desastres accidentales (accidentes industriales, derrumbe de edificios,

accidentes ferroviarios o de aviación, naufragios) y acciones deliberadas (violación, secuestro, tortura, bombardeo, campo de concentración, explosión atómica, etc.).

El trauma puede afectar individualmente (violación, atraco, secuestro, accidente doméstico), en grupo (incendio, accidente naval, ferroviario, de aviación o de tránsito) o a importantes masas (guerras, campos de concentración, terremotos, explosión atómica, tornados, volcanes).

El síndrome por estrés postraumático ofrece un cuadro clínico articulado en torno a tres síntomas básicos: 1) evocación reiterada e involuntaria del acontecimiento traumático, 2) reducción del nivel general de respuesta a los estímulos cotidianos y 3) aumento del estado de vigilia.

El paciente se encuentra asediado por la rememoración desagradable del evento traumático, lo que tiene lugar de forma variada: pesadillas terroríficas que interrumpen el sueño del sujeto hasta el punto de obligarle a permanecer levantado por miedo a su reaparición; recuerdos que persisten a pesar de los repetidos intentos por olvidar el suceso y fijar la atención en otros aspectos de la vida; estados disociativos en los que hay un estrechamiento de la conciencia que permite al sujeto actuar o sentir como si el hecho traumático volviera a ocurrir. Otro síntoma constante es el estado de hipervigilancia. Inmediatamente después del suceso traumático tiene lugar una gran descarga simpática, con el correlato psicofisiológico de hiperalerta, respuesta exagerada de sobresalto, aumento de la frecuencia cardíaca, sudoración excesiva, tensión muscular, temblor y sensación subjetiva de ansiedad (Ayuso, 1988)

Estos son los criterios diagnósticos de F43.1 Trastorno por estrés postraumático (309.81) según el DSM IV-TR

- A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido:
- 1) la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.
 - 2) La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos.
- B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:

- 1) Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones.
- 2) Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que produce malestar.
- 3) El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback)
- 4) Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático
- 5) Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausentes antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:

- 1) Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el asunto traumático.
- 2) Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.
- 3) Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.
- 4) Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas
- 5) Sensación de desapego o enajenación frente a los demás
- 6) Restricción de la vida afectiva
- 7) Sensación de un futuro limitado (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, tener la esperanza de una vida normal)

D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausentes antes del trauma), tal y como lo indican dos (o más) de los siguientes síntomas:

- 1) Dificultad para conciliar o mantener el sueño.
- 2) Irritabilidad o ataques de ira
- 3) Dificultades para concentrarse
- 4) Hipervigilancia
- 5) Respuestas exageradas de sobresalto.

E. Estas alteraciones (síntomas de los criterios B, C y D) se prolongan más de un mes

F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

Agudo: si los síntomas duran menos de 3 meses

Crónico: si los síntomas duran 3 meses o más

Especificar Si:

De inicio demorado: entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.

1.2.4.- TRASTORNO DE PÁNICO

El Trastorno de pánico se ha definido habitualmente como un trastorno en el que se presenta de forma recurrente el ataque de pánico. Ha sido considerado históricamente como “neurosis de ansiedad” y posteriormente, como un “estado de ansiedad”.

Respetando el sentido griego original $\pi\alpha\nu\ \epsilon\iota\chi\omicron\zeta$, la palabra *Panik* en alemán proviene de la abreviatura de *Pan- Ikone*, el icono del Dios Pan (o *Pánicos*), dios del bosque y de los pastores, que se disfrazaba para ocultar su identidad y asustar mediante bromas terroríficas a las personas incautas. Sus bromas causaban “pánico”, y se dice que también causó pánico entre los persas en el Maratón. La denominación *ataque de pánico* suele emplearse para denominar la experiencia, de aparición brusca (súbita), de intenso miedo acompañado de síntomas fisiológicos.

Pánico: del latín “*panicus*”, dicese de un miedo grande o temor excesivo sin causa justificada, está emparentado con el Schreck alemán. Alude a una declaración súbita e instantánea de miedo/angustia.

En 1894 Freud definió el ataque de pánico (o ataque de ansiedad) de forma muy similar a como se entiende actualmente. Tres características principales destacó Freud en el estado de pánico: 1) comienzo espontáneo y brusco de intensa ansiedad, 2) miedo a morir o estar enfermo, y 3) presencia de síntomas fisiológicos destacados. El sentimiento de ansiedad, dice Freud puede darse solo, sin ideas asociadas, o puede darse a interpretaciones plausibles (aceptadas) como creer que le ocurrirá la muerte súbita, un ataque al corazón o el comienzo de alguna enfermedad. Las manifestaciones somáticas, dice este autor, suelen implicar perturbaciones de la respiración (dificultades respiratorias), de la actividad cardiaca o de la actividad glandular (sudoración).

La sintomatología clínica de la “neurosis de angustia” (*Angstneurose*), tal como la caracterizo Freud en 1895 comprende los siguientes síntomas:

- 1) Hiperexcitabilidad general (*allgemeine Reizbarkeit*) con presencia de hiperestesia auditiva que muchas veces puede ser causa de insomnio.
- 2) Espera angustiosa (*angstliche Erwartung*): nos hallamos ante un cuántum de angustia libremente flotante (*ein Quántum Angst frei Flottierende*) que denomina la espera y decide la elección de las representaciones a las que se haya dispuesta a

enlazarse. Esta se da también mitigada en lo normal y comprende todo aquello que designamos con el nombre de “ansiedad” (*Angstlichkeit*), tendencia a la visión pesimista de las cosas que algunos enfermos reconocen como una obsesión. Cuando la espera angustiosa se refiere a la propia salud, se reserva el viejo término de hipocondría. Otras manifestaciones: miedo a la propia conciencia, escrúpulos exagerados. Si irrumpe de repente, provoca el “ataque de angustia” (*Angstanfall*). El ataque puede consistir solamente en la sensación de angustia asociada a la representación de la muerte o la locura, acompañada por una parestesia cualquiera o enlazada a la perturbación de funciones físicas: la respiración, la circulación, la inervación vasomotora o la actividad glandular. El paciente se queja de “palpitaciones, disnea, sudores, bulimia, etc.”

- 3) Para el diagnóstico presenta gran importancia la proporción de los síntomas presentes, ya que pueden presentarse “ataque de angustia” (*Angstanfall*) o “equivalente del ataque” (*Äquivalente des Angstanfalles*).

Las formas del ataque pueden ser: a) perturbaciones de la actividad cardiaca: palpitaciones, arritmias breves, taquicardias duraderas, a veces de difícil diagnóstico respecto de una afección orgánica; b) perturbaciones de la respiración; c) ataques de sudor a veces nocturno; d) temblores y convulsiones que pueden parecer histéricos; e) bulimia y vértigos, f) diarreas; g) vértigo locomotor; h) congestiones; i) parestesias.

- 4) Pavor nocturno (*nachtliche Aufschrecken*) en los adultos acompañado por alguna de las formas de ataque de angustia.
- 5) Desde el simple mareo hasta el ataque de vértigo, el “vértigo” ocupa un lugar sobresaliente.
- 6) Sobre la base de la espera angustiosa o de los ataques de angustia pueden desarrollarse fobias, que son modos de perdurar en el recuerdo de los pacientes el momento o circunstancia del surgimiento de la angustia y el temor a que se repita en cualquier momento. Este grupo de fobias incluye la agorafobia.
- 7) Perturbaciones digestivas: náuseas, diarreas, etc.
- 8) Incremento de la sensibilidad al dolor. Parestesias.

9) Muchos de los síntomas mencionados pueden ser padecimientos crónicos y, por tanto, difíciles de descubrir. (Baumgart, 2001)

Existen algunos estudios (Grandi, Fava y Luria, 1988; Borden, Clum y Broyles, 1989; Ballester y Botella, 1993) que apoyan la existencia de un alto grado de preocupación somática y convicción de enfermedad en estos pacientes o incluso la alta probabilidad de que el curso espontáneo del trastorno por pánico conduzca al desarrollo de una hipocondría.

Los pacientes con trastorno por pánico buscan ayuda profesional con más frecuencia que pacientes con cualquier otro trastorno.

En el Manual de Desórdenes Mentales (DSM IV), como veremos en el siguiente capítulo, se define el síndrome del ataque de pánico como un episodio de intenso miedo o molestia, durante el cual aparecen bruscamente y alcanzan el pico en los 10 minutos al menos cuatro de los siguientes síntomas: 1) palpitaciones, golpeo del corazón o ritmo cardíaco acelerado, 2) sudoración, 3) temblor o sacudidas musculares, 4) sensación de respiración dificultosa o ahogo, 5) sensación de asfixia, 6) dolor o molestias en el pecho, 7) náuseas o malestar abdominal, 8) sensación de vértigo, inestabilidad, mareo o pérdida de conciencia, 9) desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (sentirse separado de sí mismo), 10) miedo a perder el control o volverse loco, 11) miedo a morir, 12) parestesias (sensaciones de adormecimiento u hormigueo), y 13) ráfagas de frío o calor.

A partir de esta definición se deduce fácilmente que el pánico es una forma de ansiedad cuyas manifestaciones sintomatológicas son básicamente de índole somático. Si bien es cierto que las manifestaciones sintomáticas del ataque de pánico son básicamente de tipo somático, uno de los mitos que han sido desterrados durante la pasada década es que los ataques de pánico sean siempre de naturaleza espontánea (esto es que se aparezcan sin estímulos desencadenantes).

El sufrimiento que comporta este trastorno es tal que en no pocas ocasiones el trastorno por pánico esta acompañado de problemas secundarios como el abuso de drogas, alcoholismo y depresión.

Desde el punto de vista psicosomático, la angustia puede manifestarse de un modo extraordinariamente variado y afectar a todas las funciones vegetativas y a casi todo órgano. Pero se sabe también que actúa sobre funciones corporales aun cuando el sujeto no las perciba.

Muchos individuos se sienten libres de ansiedad aun cuando su presencia se denuncia al observador por la expresión tensa del rostro, la dilatación de las pupilas, lo precipitado del gesto o de los actos de comer o de beber, o bien de la respiración entrecortada. Otros logran enmascarar de tal modo su angustia, que ni ellos mismos ya son conscientes de ésta, ni tampoco se revela a los ojos de los demás. Lo que hallamos entonces son alteraciones localizadas sobre todo en los tractos gastrointestinal y genitourinario (disminución de la secreción salival, diarreas, espasmos del esfínter vesical, trastornos de la menstruación, dismenorrea)

Con base en esta información que se menciona en este primer capítulo, sobre lo que es el Trastorno de Pánico, ya que debemos diferenciar entre los diversos trastornos de ansiedad. El segundo capítulo se referirá al diagnóstico del Trastorno por Pánico. En este capítulo se abordará la epidemiología del trastorno, el encuadre de éste desorden. Para esto se consultarán los manuales de desordenes mentales como el DSM IV y el CIE-10. También brevemente se nombrarán algunas escalas que miden la ansiedad.

CAPITULO II DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO DE PÁNICO

Por su elevada prevalencia los trastornos de ansiedad forman uno de los grupos más comunes de los trastornos psiquiátricos. Tanto es así que se asume que son los trastornos psicológicos más frecuentes en la población y los más frecuentes dentro de los contextos clínicos (la mayor parte de los problemas que requieren tratamiento en los centros de salud mental son problemas de ansiedad); aparte de su implicación en otros problemas psicológicos y en múltiples facetas de la salud.

II.1.- Epidemiología

Según estadísticas y publicaciones en diversas revistas de investigación en psiquiatría y psicología clínica, el trastorno por pánico, se trata de un suceso real que al parecer no tiene una razón visible de ser, pero ahí está. También se ha observado que éste tipo de problemática va en aumento. Las cifras de enfermos con éste tipo de trastorno confirman que cada vez existen más pacientes que van a cita con médicos generales, internistas, con psiquiatras y psicólogos presentando las características que abajo expondremos a detalle.

Los estudios más consistentes indican que aproximadamente entre el 1% y el 3% de la población general padece un trastorno de pánico. De éstos, un 70% presentan agorafobia en mayor o menor intensidad. Las mujeres padecen el trastorno entre 2 y 3 veces más que los hombres. Sorprendentemente, solo un 7%-10% de los pacientes buscan ayuda médica.

En general la enfermedad suele aparecer entre los 15-35 años y los datos indican que es muy rara después de los 65.

Un ejemplo, de esto que se menciona, son los resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, que nos muestra que el trastorno por pánico es uno de los más prevalentes y más crónicos, igualmente que su edad de inicio es cada vez más temprana (Medina-Mora y cols. 2003)

Estos datos proceden de estudios de tipo epidemiológico, donde habitualmente se investigan fenómenos como la frecuencia del trastorno, por ejemplo la prevalencia o número de casos existentes y los factores de riesgo. La prevalencia se mide en términos temporales: por ejemplo, en el momento presente (prevalencia actual), en seis meses (prevalencia seis meses o semestral) o durante toda la vida del sujeto (prevalencia vital). La edad de comienzo, el sexo y otros factores sociodemográficos como la educación, el estatus marital, la etnia, etc., son considerados importantes para conocer los factores asociados a los trastornos clínicos de la ansiedad.

II.2.- Criterios de diagnóstico del DSM IV –TR para la crisis de angustia

Los trastornos de ansiedad conforman uno de los grupos de trastornos que aparecen más a menudo en psiquiatría. También son los que con más frecuencia se pasan por alto o se diagnostican mal. Este hecho es especialmente desafortunado, ya que se trata de trastornos muy bien definidos y para los cuales se cuenta con tratamientos efectivos.

La crisis de angustia se caracteriza por la aparición súbita de síntomas de aprensión, miedo pavoroso o terror, acompañados habitualmente de sensaciones de muerte inminente. Durante estas crisis también aparecen síntomas como falta de aliento, palpitaciones, opresión o malestar torácico, sensación de atragantamiento o asfixia y miedo a volverse loco o perder el control.

La característica principal de una crisis de angustia es la aparición aislada y temporal de miedo o malestar de carácter intenso, en ausencia de peligro real, que se acompaña de al menos 4 de un total de 13 síntomas somáticos o cognoscitivos. Las crisis se inician de forma brusca y alcanza su máxima expresión con rapidez (habitualmente en 10 minutos o menos), acompañándose a menudo de una sensación de peligro o de muerte inminente y de una urgente necesidad de escapar.

Aparición súbita, temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro (o más) de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos:

- 1).- palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca
- 2).- sudoración
- 3).- temblores o sacudidas
- 4).- sensación de ahogo o falta de aliento
- 5).- sensación de atragantarse
- 6).- opresión o malestar torácico
- 7).- náuseas o molestias abdominales
- 8).- inestabilidad, mareo o desmayo
- 9).- desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo)
- 10).- miedo a perder el control o volverse loco
- 11).- miedo a morir
- 12).- parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo)
- 13).- escalofríos o sofocaciones

II.3.- Criterios de diagnóstico del CIE- 10 para el trastorno de pánico

A. Ataques de pánico recurrentes que no se asocian de modo constante a una situación u objeto específicos, y que a menudo se presentan de forma espontánea (es decir, de un modo imprevisible). Los ataques de pánico no se deben a un ejercicio intenso o a la exposición a situaciones peligrosas o amenazas para la vida.

B. Un ataque de pánico se caracteriza por todo lo siguiente:

- 1.- Es un discreto episodio de temor o de malestar.
- 2.- Se inicia bruscamente.
- 3.- Alcanza su máxima intensidad en pocos segundos y dura algunos minutos.
- 4.- Deben hallarse presentes por lo menos cuatro de los síntomas listados a continuación:

Síntomas autonómicos

- a) Palpitaciones o golpeo del corazón o ritmo cardiaco acelerado.
- b) Escalofríos.
- c) Temblores o sacudidas.
- d) Sequedad de boca (no debida a medicación o deshidratación).

Síntomas relacionados en el pecho o abdomen

- e) Dificultad para respirar.
- f) Sensación de ahogo.
- g) Dolor o malestar en el pecho.
- h) Nausea o malestar en el pecho (p.ej. estómago revuelto)

Síntomas relacionados con el estado mental

- i) Sensación de mareo, inestabilidad o desvanecimiento.
- j) Sensación de irrealidad (desrealización), o de sentirse fuera de la situación (despersonalización)
- k) Sensación de perder el control, de volverse loco o de perder el conocimiento.
- l) Miedo de morir.

Síntomas generales

- m) Oleadas de calor o escalofríos
- n) Adormecimiento o sensación de hormigueo

C. Criterio de exclusión más usado: El trastorno no es debido a ningún trastorno somático, trastorno mental orgánico, ni a otros trastornos mentales tales como la esquizofrenia y trastornos relacionados, trastornos del humor (afectivos) o trastorno somatomorfo.

El grado de variabilidad individual, tanto del criterio como de la gravedad es muy grande, por lo que mediante un quinto dígito pueden especificarse dos grados, moderado y grave.

Trastorno de pánico moderado: al menos cuatro ataques de pánico en un periodo de cuatro semanas.

Trastorno de pánico grave: al menos cuatro ataques de pánico por semana en el periodo de cuatro semanas.

Como ya se decía arriba, todos experimentamos ansiedad en mayor o menor grado de intensidad, en síntesis lo que nos dicen los criterios diagnósticos, de estos dos manuales para enfermedades mentales, es que en estos casos ya estamos hablando de una patología, es decir una enfermedad que necesita un tratamiento.

II.4.- Diagnóstico diferencial

Existen diversas enfermedades psiquiátricas y no psiquiátricas, las cuales presentan algunos síntomas relacionados con las crisis de pánico. El diagnóstico diferencial, como su nombre lo dice, nos ayuda a diferenciar qué sí es y qué no es, en este caso diferenciar el trastorno de pánico de otras enfermedades no psiquiátricas.

II.4.1.-Enfermedades Psiquiátricas

Es importante diferenciar el trastorno de pánico frente a otros trastornos de ansiedad, básicamente, habrá que tener en cuenta:

- 1.- El contenido del temor, centrado en la propia reacción fisiológica en el caso del trastorno de pánico y en el objeto o situación interpersonal en los pacientes fóbicos
- 2.- El contexto en que aparecen las crisis. De hecho las crisis, de angustia pueden ser de tres tipos:
 - a) Crisis de angustia inesperadas, es las que el inicio de la crisis no se asocia a desencadenantes ambientales.
 - b) Crisis de angustia situacionales, donde las crisis de angustia aparecen de forma casi exclusiva inmediatamente después de la exposición o anticipación de un estímulo o desencadenante ambiental.
 - c) Crisis de angustia más o menos relacionadas con una situación determinada. En éste caso, las crisis tienen, simplemente, mas probabilidades de aparecer al exponerse el individuo a ciertos estímulos desencadenantes ambientales, aunque no siempre existe esta asociación con el estímulo ni tampoco aparece el ataque inmediatamente después de exponerse a la situación.
- 3.- El número de situaciones evitadas, que suele ser mayor en el paciente con trastorno de pánico con agorafobia.

4.- El grado de ansiedad continua o generalizada, que suele ser mayor entre los pacientes con pánico, por miedo a experimentar un nuevo ataque.

En estas condiciones, el trastorno de pánico deberá ser diferenciado de:

a) Fobia Social.- En este trastorno el individuo teme o evita las situaciones de carácter exclusivamente social y, por tanto, no hay crisis espontáneas.

b) Fobia específica.- En estos casos, las crisis están desencadenadas por un estímulo o situación determinado de carácter distinto a las situaciones sociales y tampoco presentan ataques espontáneos.

c) Trastorno Obsesivo-Compulsivo.- En este trastorno pueden aparecer crisis de angustia, cuando el individuo se enfrenta a los estímulos que forman el contenido de sus obsesiones.

d) Trastorno de ansiedad generalizada.- En este trastorno la ansiedad se genera a causa de la preocupación que gira en torno a otros temas.

e) Hipocondría.- Los pacientes con trastorno de pánico suelen tener un alto grado de preocupación somática. Sin embargo el paciente hipocondríaco se preocupa por un número mayor de síntomas y hay síntomas no directamente relacionados con los ataques.

f) Trastorno Depresivo Mayor.- El DSM-IV señala la posibilidad de que aparezcan ataques de pánico durante un episodio de depresión mayor; solo si se cumplen los restantes criterios para el diagnóstico del trastorno de pánico, se diagnosticarán ambos trastornos.

II.4.2.- Enfermedades no Psiquiátricas.

El trastorno de pánico debe diferenciarse de:

Hipertiroidismo	Feocromocitoma	Abstinencia a drogas
Hipotiroidismo	Insulinoma	Supresión brusca de ansiolíticos, antidepresivos, neurolépticos, corticoides, etcétera.
Hiperparatiroidismo	Angor	Administración de estimulantes: teofilina en la EPOC, yohimbina, cafeína...
Prolapso mitral	Hipoglucemia	Drogas estimulantes: cocaína, anfetaminas, etcétera.
Hipoparatiroidismo	Síndrome de Cushing	Epilepsia del lóbulo temporal
Hiperventilación	Trastorno del sistema audiovestibular	Prolapso de la válvula mitral

II.5.- Escalas de evaluación del Trastorno de Pánico

La evaluación psicológica es una actividad sumamente importante en la práctica del psicólogo clínico. Una encuesta de directores de entrenamiento en ambientes de práctica clínica refuerza la conclusión de que las pruebas proyectivas, las escalas Wechsler y el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota continúan siendo sumamente populares (Craig y Horowitz, 1990 citado en Phares, 1992)

Los criterios diagnósticos del trastorno de pánico que aparecen en los sistemas de clasificación resultan bastante claros. Sin embargo, en muchas ocasiones, los pacientes varían en numerosos aspectos como: la severidad y la frecuencia de los episodios de pánico, la ansiedad anticipatoria, la evitación fóbica, el grado en que el problema perturba la vida cotidiana, la severidad global, etc...

Preocupados por este problema, en 1992 se celebró la Conferencia sobre el Consenso en el Desarrollo del tratamiento del Trastorno de Pánico, a la cual asistieron investigadores clínicos interesados en el trastorno de pánico, tanto desde una perspectiva psiquiátrica como psicológica. El objetivo que marcaron fue diseñar un protocolo de tratamiento específico para el trastorno de pánico que pudiera ser utilizado en todo el mundo y que sirviera para hacer comparables los resultados obtenidos en distintos centros de investigación de distintos países (Shear y Maser, 1994, cit. en Botella C., 1997)

El grupo de trabajo llegó a un consenso total respecto a la necesidad de utilizar entrevistas diagnósticas estructuradas para evaluar el trastorno de pánico, éstas son algunas de las entrevistas e instrumentos:

SAD-LA (Schedule for Affective Disorders-Lifetime Anxiety) (Manuzza, Fyer Klein y Endicott, 1986). Este es una entrevista diseñada para ser utilizada por profesionales expertos y con experiencia clínica para evaluar los síntomas de diversos trastornos. Incluye dos grandes áreas, la primera evalúa la situación clínica actual y la segunda, rastrea toda la historia psicopatológica anterior.

SCID (Structured Clinical Interview for DSM-III-R) (Spitzer, Williams y Gibbon 1988). Es un instrumento mucho más sencillo que el SADS y no requiere la formación clínica y el grado de experiencia que éste último exige. Explora la presencia de los criterios necesarios para poder diagnosticar determinados trastornos. Cada trastorno se puede valorar como ligero, moderado o severo y también permite determinar si se ha producido remisión parcial o completa.

DIS (Diagnostic Interview Schedule) (Robins, Helzer, Croughan, Ratliffe, 1989). Es una entrevista pensada fundamentalmente para ser utilizada en estudios epidemiológicos y, por tanto, pueden aplicarla encuestadores entrenados.

ADIS-R (Anxiety Disorders Interview Schedule-Revised) (Di Nardo y Barlow, 1988). Se trata de una entrevista estructurada que contiene una serie de ítems desarrollados por los autores y otros provenientes del PSE (Present State Examination) y de la SADS. También incluye las escalas de ansiedad y depresión de Hamilton(1960): La ADIS completa fue diseñada específicamente para: a) realizar diagnósticos diferenciales de los distintos trastornos de ansiedad que se contemplan en el DSM-III; b) obtener otros datos relacionados con distintos aspectos clínicos como la historia del problema o los factores cognitivos y situacionales que influyen en la ansiedad; c) además teniendo en cuenta la elevada comorbilidad existente entre ansiedad y depresión se rastrea la presencia de sintomatología depresiva y su relación con la ansiedad; d) también se incluyen cuestiones pensadas para detectar la presencia de otros trastornos como psicosis o adicción a las drogas.

STAI Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (Spielberger, Gorush y Lushene, 1970). Es un inventario que comprende dos escalas separadas que miden dos conceptos de ansiedad, ansiedad estado, ansiedad rasgo.

BAI Inventario de Ansiedad de Beck. Es un inventario que consta de dos partes. La primera es una escala subjetiva de 0 a 10, donde 0 es “Nada” y 10 es “Muchísimo”, en la que el paciente valora el grado de ansiedad que ha sentido en la última semana. La segunda parte es un listado de 21 síntomas de ansiedad, en su mayoría fisiológicos. El paciente debe señalar la ocurrencia de esos síntomas en una escala de intensidad de 4 puntos que va de “Nada” a “Mucho”.

CPD Cuestionario de Pensamientos Distorsionados. Traducción del cuestionario de Beck

CDQ (Ballester, 1992). El paciente valora la presencia e intensidad de una serie de cogniciones relacionadas con el pánico en el momento de la crisis. El inventario consta de 16 ítems con 4 alternativas de respuesta de mayor a menor intensidad, desde “Nada” a “Mucho”.

Es necesario mencionar que éstas escalas, en si, no evalúan al Trastorno de Pánico, como tal, ya que no existe alguna, entre las mencionadas, que identifique claramente las características sintomatológicas que se presentan en éste. Sin embargo si nos pueden ayudar a reconocer si el paciente presenta una ansiedad exacerbada que lo esté imposibilitando de su actividad diaria.

Ya que tenemos la información necesaria para el encuadre adecuado del Trastorno de Pánico y algunas escalas que detectan este tipo de trastorno de ansiedad, pasemos al capítulo 3 en el cual se analizará lo que pasa a nivel neurofisiológico al estar presente éste trastorno de ansiedad en el organismo, la ubicación y funciones de los órganos cerebrales que contribuyen en el.

CAPITULO III BASES BIOLÓGICAS DEL TRASTORNO DE PÁNICO

Cuando decimos que estamos observando una emoción, realmente lo que observamos en ese momento son las manifestaciones conductuales de nuestras sensaciones internas. Estos signos conductuales de las emociones están controlados por el sistema motor somático, el sistema nervioso autónomo y el hipotálamo secretor. En éste capítulo se explicara cuales son las bases biológicas del Trastorno de Pánico (TP).

III.1.- Cambios Fisiológicos en el Trastorno de Pánico

La ansiedad es una sensación de temor, acompañada de cambios vegetativos, musculares y motores. Podemos hablar de alteraciones vegetativas cardiovasculares (palpitaciones, palidez), respiratorias (suspiros, jadeos, sensación de ahogo) gastrointestinales (nauseas, dificultad al tragar, vómitos), transpiración, principalmente en las palmas de las manos y en las plantas de los pies, y micción frecuente, entre otras. En los cambios musculares hablamos principalmente de temblores, tensión muscular, pesadez, hiperactividad o torpeza motora. (Martínez J.M, 1995)

El registro e interpretación de los cambios fisiológicos que acompañan a las reacciones de ansiedad, como el resto de los estados emocionales, tienen su origen en el concepto psicofisiológico de activación propuesto por Lindsley (1951). A mayor ansiedad se corresponde un estado de mayor activación conductual y fisiológica, mientras que cuando la ansiedad es baja, la actividad es mínima. La activación o *arousal* se entiende como un estado fisiológico que varía de acuerdo con el comportamiento o con el estado psicológico en el que se encuentra el sujeto. Los estados emocionales intensos irán acompañados de una activación o movilización general de todo el organismo la cual, precisamente por ser global, puede medirse a través de distintos índices, por ejemplo:

1) Actividad electrodérmica

Aumentan los niveles de conductancia cutánea. Las respuestas electrodérmicas ante estímulos fóbicos no suelen ser mas intensas que las respuestas ante estímulos neutros. El índice mas característico de los estados de ansiedad es la frecuencia de las respuestas electrodérmicas inespecíficas.

2) Respuesta cardiovascular

2.1) Frecuencia cardiaca.- La respuesta del sujeto ante situaciones de ansiedad es la aceleración del ritmo cardiaco

2.2) Volumen del pulso periférico.- Se observa una disminución del volumen de pulso periférico asociada a la palidez facial. Se debe a una reducción del flujo sanguíneo periférico subsecuente a la actividad simpática de origen alfa-adrenérgico que contrae los lechos vasculares cutáneos

3) Presión arterial

Se da un aumento de la presión arterial, fundamentalmente de la sistólica que se va mas afectada por los estímulos ansiógenos que la diastólica, aunque esta última también se eleva. Los aumentos de la presión arterial sistólica van seguidos de descensos en la frecuencia cardiaca y de aumentos en el volumen del pulso periférico (Herd, 1984 cit. en Martínez J M, 1995)

4) Flujo sanguíneo cerebral

Los estudios de flujo sanguíneo cerebral muestran un descenso en el riego cortical, indicador de una redistribución del aporte sanguíneo a favor de estructuras subcorticales, acompañada de una asimetría a favor del hemisferio derecho (Naveteur y cols, 1992 cit. en Martínez J M, 1995)

5) Respuesta respiratoria

Hay cambios importantes, aumentando la frecuencia y disminuyendo la profundidad de la respiración. La respuesta típica al estrés es la hiperventilación, acompañada de aumentos en la resistencia respiratoria debida a la contracción de la musculatura lisa bronquial, cuya inervación es parasimpática.

6) Respuesta muscular

Aumenta el tono muscular, especialmente en los músculos de la frente, antebrazo y en el músculo trapecio. Se dan otros cambios motores, como el temblor y un aumento en la frecuencia de parpadeo.

7) Reacción hormonal

Hay un incremento notable de la actividad en la médula suprarrenal con aumentos en la secreción de adrenalina y noradrenalina. Es difícil encontrar una relación directa y simple entre la secreción hormonal y los cambios vegetativos debido al desfase temporal de los distintos sistemas. Los cambios viscerales pueden aparecer en cuestión de segundos, mientras que las variaciones humorales pueden tardar minutos u horas. Estos cambios afectan a los niveles cerebrales de catecolaminas, que disminuyen durante la reacción de ansiedad. Este fenómeno presenta habituación (Galos y cols, 1981 cit en Martínez, 1995)

Aunque tradicionalmente se consideraba a las hormonas de la médula adrenal, como las mas importantes en la reacción de ansiedad, está comprobado que hay un aumento importante en la secreción de hormonas de la corteza adrenal, fundamentalmente del glucocorticoide cortisol.

III.2.- Hipótesis y Teorías

Todos estos cambios fisiológicos del TP tienen una explicación de índole biológico, es decir, que es lo que esta pasando a nivel de neuronas y sistema nervioso. Tenemos una

teoría que podría acercarnos, en primer plano, a que ocurre en un ataque de pánico a nivel biológico, la teoría del Locus coeruleus.

III.2.1.- Teoría Noradrenérgica del Locus coeruleus

Esta teoría es la que mas se ajusta a los conocimientos clínicos sobre los ataques de pánico y la que mejor responde a los criterios terapéuticos. Según dicha teoría, los ataques de pánico estarían provocados por una excesiva liberación de adrenalina en las neuronas del locus coeruleus. El locus coeruleus recoge cerca del 50% de las neuronas catecolaminérgicas del SNC. La estimulación de tales neuronas origina cuadros típicamente excitatorios con hiperactividad simpática. Por otra parte, algunos estudios han demostrado que la clonidina, que activa el receptor α_2 presináptico (y por tanto inhibe la liberación de noradrenalina), controla los ataques (Middleton, 1990 cit en Botella, 1997) Sin embargo, la administración de yohimbina, inhibidor del receptor α_2 presináptico, los desencadena. Aunque ya hemos comentado que esta teoría es la que mas pruebas presenta, la ausencia de signos de exceso de noradrenalina en muchos ataques de pánico, la ocurrencia de ataques inducidos por relajación, el carácter generalizado de la función del locus coeruleus mas allá de los ataques de pánico, la ausencia de estudios longitudinales y la dificultad de generalizar los estudios de laboratorio a corto plazo al fenómeno del pánico a largo plazo, ponen en serio aprieto a esta teoría (Margraf y Ehlers, 1989 cit en Botella, 1997)

También existen estructuras y sistemas cerebrales implicados en el desencadenamiento del TP, que son múltiples: a) los sistemas monoaminérgicos ascendentes, especialmente noradrenérgicos y dopaminérgicos. b) la amígdala y c) corteza frontal b y c) sistema límbico.

III.2.2.- La Amígdala

Actualmente, cuando hablamos de emociones, específicamente de ansiedad, vemos que existen pruebas que consideran que la amígdala participa en numerosos aspectos de las emociones, por ejemplo se ha demostrado que su extirpación, tiene el efecto de aplanar las

emociones, de volverlas monótonas de alguna manera. Pero también se ha mencionado que en los seres humanos la estimulación eléctrica de la amígdala conduce a un estado de ansiedad y miedo (Bearmark, 2002)

Los receptores de benzodiacepinas, el tranquilizante mas eficaz y selectivo, se encuentran distribuidos por todo el sistema límbico, particularmente en la amígdala y en la corteza prefrontal. La amígdala desempeña un papel central en el desarrollo y expresión del miedo condicionado. Esta estructura se encuentra fuertemente conectada con todas las regiones diencefálicas y troncoencefálicas cuya estimulación desencadena respuestas vegetativas propias de la ansiedad (Martínez J M, 1995)

La amígdala se encuentra situada en el polo del lóbulo temporal, justo por debajo de la corteza en el lado medial (fig. 1.1) Debido a su forma de almendra, su nombre procede del término griego *amygdále*, que significa almendra. La amígdala es un complejo de núcleos que en general se dividen en tres grupos: los núcleos basolaterales, los núcleos corticomediales y el núcleo central. (Bearmark, 2002)

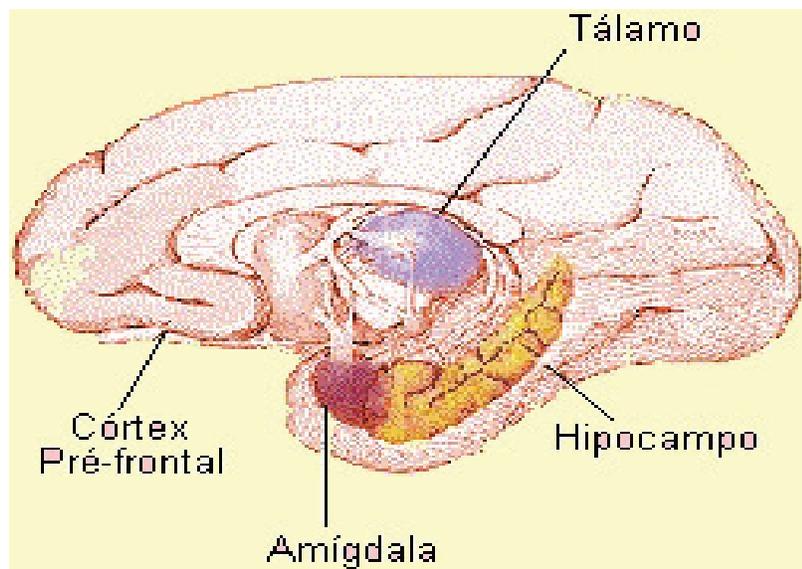


Fig. 1.1 Ubicación de la amígdala (www.cerebromente.org.br/n01/memo/hipo2f.ipg)

III.2.3.- Corteza frontal

En lo concerniente a la participación de la corteza frontal, los estudios de neurocirugía muestran que la gran mayoría de las lobotomías frontales se llevan a cabo con el objetivo de tranquilizar a los pacientes agitados, fenómeno subsecuente a la intervención, que no aparece siempre (Martinez J M, 1995)

III.2.4.- Hipotálamo

La extirpación de la parte del cerebro anterior al tercio posterior del hipotálamo puede dejar a un gato apto para manifestar cólera artificial y comportamiento integrado de ataque, si bien breve, acompañado por respuestas vegetativas de cólera típica. La extirpación subsiguiente de dicha área reduce el comportamiento de cólera a fragmentos de la respuesta original. Las lesiones del hipotálamo posterior, en el área de la cólera en un animal por lo demás intacto, ocasionan tranquilidad y sonambulismo. Estas observaciones dieron lugar a que muchos investigadores dedujesen que el hipotálamo es la sede de la integración de las respuestas somáticas y viscerales de la cólera y quizás también de otras emociones. Estudios consecutivos realizados con implantación de electrodos parecen confirmar tales conclusiones, si bien difieren las localizaciones, ya que la estimulación del hipotálamo anterior, y de zonas relacionadas con éste, da lugar a un comportamiento de cólera persistente. Por otra parte, la estimulación del hipotálamo posterior da lugar a la respuesta de miedo y huida. En el hipotálamo anterior medio existen áreas gratificadoras por autoestimulación. Parece ser que en el hipotálamo existen centros que poseen importancia con respecto a la cólera, miedo y placer y cuya estimulación da lugar tanto a las reacciones somáticas, como a las viscerales de dichas emociones (Leukel, 1986)

III.2.5.- Teoría serotoninérgica

Además de la teoría noradrenérgica del Locus coeruleus existe otra que es la de la serotonina, que hoy en día es el “neurotransmisor que sirve para todo” en clara referencia a la tendencia que muestran los investigadores en psiquiatría a implicarla en la mayor parte

de los trastornos mentales. Aunque menos estudiada que la noradrenalina, diversos estudios han proporcionado hallazgos intrigantes que indican la presencia de alteraciones de la función serotoninérgica en pacientes afectados de TP.

Aunque el uso de triptófano, agonista indirecto de la serotonina, no parece aportar ningún dato relevante, existen trabajos que demuestran que la administración endovenosa de m-clorofenilpiperazina, agonista serotoninérgico postsináptico directo, provoca la aparición de crisis de angustia en el 50% de los pacientes con TP y de individuos controles. La utilización de la misma sustancia, esta vez en dosis menores, provoca crisis de angustia y aumento de la liberación de cortisol en una proporción que resulta mucho mayor en pacientes con TP, lo cual para algunos autores permitiría hablar de una hipersensibilidad del receptor serotoninérgico postsináptico (Massana, 1997)

III.2.6.- Herencia del Trastorno de Pánico

El estudio genético del TP exige empezar con una clara delimitación del trastorno y su diferencia de otras entidades que se manifiestan con síntomas similares pero con determinantes genéticos y ambientales potencialmente distintos. Los trabajos que se pueden encontrar en la literatura sugieren que los trastornos de ansiedad caracterizados por crisis de angustia, como en el caso del TP, pueden tener una base metabólica y una vulnerabilidad genética. Existe un interés creciente en la identificación de factores etiológicos específicos, incluyendo una posible influencia genética en la predisposición a padecer el TP. Los estudios disponibles sobre posibles factores genéticos son escasos y, en su mayoría, poco adecuados. Tradicionalmente, el estudio de factores genéticos en trastornos psiquiátricos se ha realizado mediante análisis familiar, de gemelos, y de adopción, o bien dirigidos a encontrar asociaciones o ligamentos genéticos entre el trastorno y marcadores conocidos. En el caso del TP, los últimos dos métodos han recibido escasa atención. Por una parte, las familias no solo comparten material genético, sino también un mismo ambiente, de tal forma que en el mejor de los casos estos estudios solo permiten hablar de una “familiaridad” y no de una “heredabilidad” para el trastorno, objeto de estudio. Por otra parte, los análisis de gemelos pueden estar sesgados de varias formas. La presencia de insultos prenatales y perinatales puede explicar una elevada tasa de concordancia en

monocigóticos; y el hecho de compartir un mismo ambiente postnatal puede sesgar las correlaciones hacia arriba en el caso de monocigóticos y hacia abajo en dicigóticos. (Massana G, 1997)

III.2.7.- Hipótesis del lactato

Esta hipótesis fue propuesta por Pitts y McClure en 1967. Ellos observaron como los pacientes con ansiedad crónica exhibían una menor tolerancia al ejercicio físico, y postularon que estos sujetos podían presentar una alteración del metabolismo del lactato. En estudios subsiguientes, se ha demostrado de forma consistente que la administración de lactato sódico por vía endovenosa en pacientes afectos al TP provoca la aparición de crisis de angustia en el 50%-70% de estos individuos, pero es menos del 10% de los sujetos sanos controles. (Massana, 1997)

Como ya hemos, la infusión de lactato sódico desencadena ataques de pánico en aquellos individuos predispuestos o con historia de ansiedad. El mecanismo postulado en que el lactato sódico produce alcalosis o hipocalcemia, lo cual desencadena síntomas muy similares a los de los ataques de pánico. Sin embargo ésta teoría se encuentra con un problema al no poder explicar por que otras maniobras que producen hipocalcemia son ineficaces para desencadenar un ataque de pánico (Mallol, 1987 cit en Botella, 1997)

III.2.8.- Hipótesis de la respiración

Esta hipótesis, prominente hoy en día, propone que las crisis de angustia, o ataques de pánico, son el resultado de anomalías en la función respiratoria, como, por ejemplo, la hiperventilación crónica. La mayor parte de los pacientes que padecen TP se queja de sensación de falta de aire durante las crisis. Como resultado de ello, se ha sugerido que las crisis de angustia no son mas que un conglomerado de síntomas cuyo origen directo es la hiperventilación crónica, y que la reeducación respiratoria (p. ej ., modulación conciente de la frecuencia respiratoria) puede tener resultados terapéuticos. De hecho se ha demostrado que la hiperventilación voluntaria de aire normal reproduce la crisis de angustia en un 30%-50% de los pacientes con TP, lo cual sugeriría que la disminución en la presión parcial de

dióxido de carbono puede tener un papel relevante en la fisiopatología de las crisis de angustia en al menos un subgrupo de individuos (Massana, 1997)

De forma aparentemente contradictoria con los hallazgos de los estudios de hiperventilación, la inhalación de aire con CO₂ enriquecido al 5%-7.5% o 35% (lo cual incrementa la presión parcial de CO₂), provoca la aparición de crisis de angustia en una proporción todavía mayor de los pacientes con TP: Estos hallazgos son consistentes con la hipótesis de que el TP se asocia a un aumento de sensibilidad de los receptores de CO₂ del centro medular.

Diversas pruebas de investigación insinúan el papel que parecen desempeñar ciertas anomalías respiratorias en el TP, incluyendo la posibilidad de que las alteraciones en la sensibilidad a la presión parcial de CO₂ pueda constituir un mecanismo panicogénico importante. Diversos estudios electroencefalográficos han demostrado que las crisis de angustia “nocturnas” caracterizadas por su capacidad para despertar al paciente, predominan en las fases 3 y 4 del sueño. Y es precisamente en estas fases cuando existe mayor hipoventilación y, por consiguiente, mayor presión parcial de CO₂ en la sangre y, según este modelo teórico disminuyendo las probabilidades de que aparezca una crisis de pánico (Massana, 1997)

III.2.9.- Hipótesis adenosinérgica

Está ampliamente demostrado que los pacientes afectos al TP muestran una hipersensibilidad a la cafeína. Como otras metilxantinas, los efectos conductuales de la cafeína se atribuyen a sus propiedades como antagonista del receptor de la adenosina, la cual constituye uno de los sistemas neuromoduladores cerebrales más importantes. Entonces hablaremos de una disfunción del receptor de la adenosina como origen del TP.

Entre las propiedades de la cafeína, cabe citar su capacidad para aumentar la sensibilidad al gusto, lo cual se atribuye a su acción antagonista sobre los receptores

periféricos de la adenosina situados en las vías gustativas. Vale la pena citar un trabajo que demostraba que la sensibilidad gustativa a la quinina era menor en pacientes afectos al TP respecto a individuos controles, y en el mismo sentido, se especuló con la posibilidad de que el tratamiento crónico con un agonista indirecto de la adenosina (el dipiridamol), podría dar lugar a una mejoría de los síntomas de la angustia. La experiencia clínica demostró todo lo contrario, si bien valdría la pena estudiar detalladamente sustancias agonistas de la adenosina, determinar su penetración en la barrera hematoencefálica de humanos, y reproducir estos experimentos.

También se ha propuesto que estos efectos ansiógenos de la cafeína se relacionarían con la hipótesis noradrenérgica, toda vez que esta sustancia potencia los segundos mensajeros de la noradrenalina, de tal forma que cuando los pacientes reciben una dosis de cafeína equivalentes a 4 ó 6 tazas de café muchos de ellos experimentan una crisis de angustia, mientras que esto no sucede en sujetos sanos (Massana, 1997)

Como podemos observar, éste capítulo se enfocó a presentar información no solo de una teoría a favor, si no de una actualización de conocimientos relacionados con las diferentes hipótesis concernientes a la naturaleza biológica del TP las cuales son variadas.

El siguiente capítulo ofrecerá una visión clara de cuales son las alternativas terapéuticas para contrarrestar el Trastorno por Pánico, por ejemplo la farmacología, algunas psicoterapias dirigidas al síndrome y terapias alternativas, como por ejemplo la musicoterapia.

CAPITULO IV TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE PÁNICO

Después de haber definido claramente el cuadro clínico del Trastorno de Pánico, sus bases biológicas y también de revisar el capítulo de diagnóstico, en el cual también se diferencia éste trastorno de algunas otras enfermedades que pueden presentar síntomas parecidos, pasemos a lo siguiente, y lo que sigue es ¿Se cura o no? Este penúltimo capítulo ofrecerá una visión clara de cuales son las alternativas terapéuticas para contrarrestar el Trastorno por Pánico, por ejemplo la farmacología, algunas psicoterapias dirigidas al síndrome y terapias alternativas, como por ejemplo la musicoterapia.

Durante muchos años se desconocían la naturaleza y la etiología de las crisis de pánico, el Trastorno de Pánico y la agorafobia. En consecuencia, los tratamientos psicoterapéuticos producían con frecuencia resultados escasos para los clientes, y los índices de recaída solían ser bastante altos. En la actualidad, sin embargo, existen diversos tratamientos, psicoterapéuticos muy efectivos que pueden ayudar a los individuos con Trastorno de Pánico a reducir de forma significativa la frecuencia, intensidad y duración de sus crisis de ansiedad a si como las restricciones en el estilo de vida que se derivan de la evitación agorafóbica (Yankura, 2000)

La palabra *Psico* proviene del griego *Psiche* cuyo significado es espíritu, alma o ser. La palabra *terapia* proviene de la palabra griega *therapeutikos* que significa asistente o aquel que cuida de otro. Por lo tanto psicoterapia significa cuidar o asistir al espíritu, corazón o al ser de otra persona. Los psicoterapeutas hacen esto escuchando a sus clientes o pacientes, tomándolos en serio, ofreciendo comprensión y respeto y respondiendo de una manera que ayude a los clientes a encontrar soluciones a sus problemas.(Kleinke, 1995)

Independientemente de la psicoterapia que se utilice para contrarrestar este trastorno, existe una serie de importantes procesos comunes en las psicoterapias, éstos son: 1) intercambio de pago por servicio, 2) ofrecer consejo, 3) ampliar la visión del mundo del cliente, 4) ayudar al cliente a recapitular conflictos genéricos, 5) establecer una experiencia emocional correctiva, 6) promover expectativas positivas, 7) permitir la expresión de emociones, 8) ejercer una influencia social y 9) animar a la práctica de las nuevas competencias. También existen algunas metas terapéuticas fundamentales que son relevantes a casi todas las relaciones psicoterapéuticas: a) ayudar a los clientes a superar la desmoralización y a ganar esperanza, b) potenciar la sensación de dominio y autoeficacia del cliente, c) animar a los clientes a enfrentarse a sus ansiedades en lugar de evitarlas, d) ayudar a los clientes a ser mas conscientes de sus concepciones erróneas, e) enseñar a los clientes a aceptar las realidades de la vida y f) ayudar a los clientes a adquirir “insight” (Kleinke,1995)

IV.1.-Psicoterapias

El sufrimiento que comporta este trastorno es tal que no en pocas ocasiones el trastorno de pánico está acompañado de problemas secundarios como el abuso de drogas, alcoholismo y depresión, sin olvidar la limitación en sus vidas y la incapacidad en distintos ámbitos que suelen percibir estos pacientes. (Barlow y Shear, 1988 cit en Botella C, 1997).

Los pacientes con trastorno de pánico buscan ayuda profesional con más frecuencia que pacientes con cualquier otro trastorno. Las manifestaciones clínicas o la expresión del trastorno de pánico comportan tal grado de somatización o de síntomas físicos y su aparición es a veces tan brusca que los pacientes suelen acudir a los servicios sanitarios convencidos de padecer alguna enfermedad orgánica. Por otra parte, ya es sabido que, la gran mayoría de los pacientes que van a atención primaria en busca de un tratamiento médico, en realidad padecen un trastorno psicológico responsable de sus síntomas. El trastorno de pánico es uno de los que más contribuyen a esta hecho (White, 1982 cit en Botella C, 1997)

Por lo que corresponde a este capítulo, revisaremos, de una manera breve pero concisa, cuatro tratamientos psicoterapéuticos que ayudan a contrarrestar éste trastorno: Psicoterapia conductual, Psicoterapia Racional Emotivo, Psicoterapia Cognitivo Conductual y Musicoterapia. También se revisará como es la funcionalidad del tratamiento farmacológico.

IV.1.1.- Psicoterapia conductual

Dentro de los tratamientos psicológicos tenemos la psicoterapia conductual. La terapia conductual se puede dar por empezada desde el momento mismo en que se inicia el análisis de la conducta como una función de sus contingencias antecedentes, orgánicas y consecuentes. Este análisis usualmente minucioso, que se fundamenta en las hipótesis del interaccionismo y situacionismo, (Bandura, 1977 cit en Castanedo, 2000) pronto inicia un movimiento de exploración en el cliente cuyo impacto principal en la mayoría de los casos es el de que rápidamente comienza a visualizar su problema como un eslabón con significado y sentido dentro de una cadena de eventos en su ambiente circundante en sí mismo. En muchos casos, con mucho alivio, el cliente cuestiona una imagen de sí mismo sobrecargada de autoetiquetas como “estoy loco”, “soy neurótico”, “algo anda mal en mi mente”, etcétera y por primera vez percibe con claridad que su “problema personal” trasciende su persona y parte además, de una compleja constelación de las conductas propias, las de otras personas y otros eventos relevantes de su ambiente interno y externo. De este modo, el cliente pronto se familiariza y aprende con las reglas del método de análisis, el cual empieza a utilizar más y más de manera independiente. Casi siempre este proceso conlleva a una reestructuración muy importante de la manera en que el cliente perciba de inicio sus problemas, y en ocasiones, a que éste se replantee totalmente el motivo de consulta original (Castanedo, 200)

Muchos autores, han considerado el proceso de “discriminación de estímulo” involucrado en el análisis funcional de la conducta como un fenómeno equivalente a algunas formas de insight. En este proceso, cuando el cliente descubre, con la ayuda del terapeuta, que sus reacciones emocionales y motoras están determinadas por situaciones de las que el no era “conciente”, la situación terapéutica puede ser realmente muy similar en terapia conductual o en alguna forma de terapia orientada psicodinámicamente. A medida que el análisis progresa, el cliente comienza también ser capaz de organizar su situación de tal manera que le es posible establecer una jerarquía de prioridades con respecto a la solución de sus problemas. En ocasiones el análisis funcional es suficiente para que algunos clientes modifiquen su situación y resuelvan algunos problemas “espontáneamente”. En otros casos es necesario iniciar un proceso de diseño de estrategias de cambio para situaciones que son muy complejas o resistentes a la capacidad de control que el cliente tiene en ese momento. También puede ocurrir que el cliente posea la conducta necesaria para modificar las condiciones que determinen su problema. Sin embargo es posible que debido a interferencias de tipo emocional (angustia, miedo, depresión), el cliente esté incapacitado para ejercer estos recursos eficazmente. Esta situación, descrita en ocasiones por otras teorías como “resistencias”, también son incorporadas en el contexto de la terapia conductual y con mucha frecuencia se manejan, reestructurando el ambiente de tal forma que los clientes ejerciten sus potenciales de respuesta, primero en situaciones que son mucho menos amenazantes que la que ha originado la consulta terapéutica (Castanedo, 2000)

Los terapeutas de la conducta han argumentado que si lo importante es ejercer control sobre las diferentes reacciones que supuestamente caracterizan a la respuesta de ansiedad, entonces no es necesario un constructo inferido de lo que “es” la ansiedad. Se propone un análisis directo de las “conductas ansiosas”, en términos de sus interacciones funcionales con otros eventos igualmente observables, tales como las condiciones que de inmediato anteceden y siguen a estas conductas (Skinner, 1953 y Schoenfeld, 1950 cit en Castanedo, 2000)

En clínica, ciertos patrones o constelaciones de respuestas comúnmente considerados como ansiedad o angustia, pueden asociarse con al menos cinco situaciones: 1) Respuestas adquiridas por condicionamiento clásico o vicario. 2) Respuestas que se deben a un déficit del comportamiento o carencia de ciertas habilidades específicas necesarias para enfrentar de manera apropiada ciertas demandas del ambiente. 3) Desarrollo de “autoverbalizaciones” que generan ansiedad, como por ejemplo ideas asociadas a expectativas muy altas acerca de si mismo. 4) situaciones en las que una persona se “extralimita” en cuanto a asumir compromisos que no pueden cumplir satisfactoriamente de acuerdo a sus propios criterios. En estos casos es bastante claro, que esto puede deberse a deficiencias del comportamiento a otro nivel por ejemplo, a dificultades para autoafirmarse. 5) Finalmente, situaciones en que la realidad circundante impone exigencias o demandas que van mas allá de las posibilidades de respuesta del individuo (Castanedo, 2000)

Los diversos procedimientos que se han venido utilizando usualmente, enfatizan algunos de los componentes de la respuesta de ansiedad que se han descrito. En el caso de la desensibilización sistemática se enfatiza el control de las condiciones que “gatillan” la

respuesta, por un lado, y por otro, los componentes fisiológicos de las respuestas. Otros procedimientos, como es el caso de la “terapia de inundación” o “flooding”, “desvanecimiento” o “fading”, “formación de respuestas” o “shaping”, y aproximaciones sucesivas, enfatizan un análisis de las interacciones operantes que están involucradas (Castanedo, 2000)

IV.1.1.1.- *Desensibilización Sistemática*

En el proceso básico de desensibilización sistemática se establece una lista de situaciones en las que se incorporan estímulos claves en el análisis de los componentes de la respuesta de ansiedad. Estos estímulos se incluyen tácticamente de modo que las situaciones tengan la capacidad de evocar ansiedad con diferentes grados de intensidad, si se le pide al cliente que se imagine a si mismo experimentando esas situaciones. Luego de acuerdo a la intensidad de la ansiedad experimentada, la lista de las situaciones se estructura en una jerarquía que empieza con aquellas situaciones que producen los niveles más bajos de intensidad y que termine con las más ansiógenas. Posteriormente el cliente debe, en el transcurso de varias sesiones, imaginar de manera ordenada las situaciones mientras se encuentra en un estado que presumiblemente sea antagónica o incompatible con las respuestas fisiológicas características de la ansiedad. Durante el proceso, el terapeuta debe asegurarse que la respuesta incompatible siempre predomine (o inhiba) sobre las respuestas de ansiedad. En términos estrictos, la decisión que se tome acerca de cual respuesta incompatible será la más apropiada y que modalidad de desensibilización se utilice, dependerá en gran medida de las preferencias del cliente, sus recursos y circunstancias particulares de su vida. En muchos casos, una excelente relación cliente-terapeuta puede generar estados de seguridad y tranquilidad en el cliente lo suficientemente fuertes para inhibir, en un proceso muy sutil y sofisticado de desensibilización, respuestas importantes de ansiedad (Castanedo, 2000)

IV.1.1.2.- *Terapia de inundación o “flooding”*

En la terapia de inundación se crea una situación imaginaria, en la que el cliente es expuesto a las situaciones que le producen la respuesta de ansiedad mientras se hace lo posible por impedir que se produzcan respuestas de evitación o escape tales como “distrarse”, “quedarse dormido” o dejar de imaginarse la situación arguyendo “cansancio”, “pereza”, “dolor de cabeza”, etc... Si la exposición a los estímulos condicionados se mantiene hasta que los signos de ansiedad desaparecen, se supone que comienza a operar un proceso de extinción experimental de la ansiedad (Wolpe, 1976 cit. en Castanedo, 2000)

Aun que la evidencia existente no es muy clara, la información disponible sugiere que la terapia de inundación puede ser efectiva. Su uso sin embargo, puede encerrar riesgos importantes si el terapeuta no es lo suficientemente experto. Puede suceder, por ejemplo, que el cliente no este lo suficientemente preparado, se angustie demasiado, imagine la situación y escape de ella en el momento más crítico. En un caso como este el efecto

esperado puede ser exactamente el opuesto, es decir, se produce un reforzamiento negativo, no deseado, de las conductas sintomáticas de escape, y además una posible pérdida, por parte del cliente de la confianza en sí mismo y en cuanto a superar el problema o de las expectativas positivas con respecto al tratamiento. Es posible que debido a situaciones como ésta, la literatura especializada con frecuencia refiera un porcentaje importante de “recaídas” o empeoramiento del problema al mismo tiempo que “curaciones” espectaculares (Leitenberg, 1976 cit en Castanedo, 2000)

IV.1.1.3.- *Procedimientos operantes*

Si el terapeuta considera indicado trabajar con un sistema de reforzamiento positivo en vez de extinción, debe de diseñar una serie de situaciones progresivamente provocadas de ansiedad a las que el cliente se aproximará poco a poco. En vez de evitar la conducta de escape o evitación como en la terapia de inundación, aquí se trata de evitar la reacción de ansiedad durante el proceso de aproximación a las situaciones temidas. Además, las conductas de aproximación, así como otras conductas apropiadas son socialmente reforzadas por el terapeuta (Sherman y Baer, 1969 cit en Castanedo, 2000).

Teóricamente se supone que la conducta de evitación se mantiene más que nada porque impide que ocurra la estimulación aversiva. De este modo, si una conducta apropiada de no evitación se produce en presencia de condiciones estímulo adecuadamente estructuradas, esta conducta tenderá a remplazar las respuestas no deseadas. Este procedimiento de aproximaciones sucesivas puede ser muy parecido a la desensibilización sistemática. Sin embargo a nivel práctico, se pone mas énfasis en la conducta de evitación (síntomas) y las condiciones estímulo. En la desensibilización sistemática se pone mucha atención a la experiencia subjetiva del cliente. A nivel teórico se asume que se produce un aprendizaje de nuevas respuestas que pasan a sustituir a las respuestas no deseadas por el cliente. Se interpreta el cambio “simplemente” como nuevo aprendizaje, y no como un fenómeno de inhibición de aprendizajes previos como en el caso de la desensibilización (Castanedo, 2000)

Un argumento que utilizan los que prefieren una interpretación operante es, que de hecho, los sujetos “curados” aún pueden experimentar reacciones de ansiedad “normales” ante las condiciones de estimulación que son relevantes. La diferencia es que el comportamiento es más apropiado y efectivo, de modo que la situación deja de ser incapacitante para el sujeto. Existe experiencia experimental que sugiere que diversos procedimientos de aproximaciones sucesivas, en combinación con otros procedimientos operantes han sido iguales o más efectivos que la desensibilización sistemática o la terapia de inundación para reducir o eliminar problemas de ansiedad. La mayoría de los sujetos, sin embargo, refirieron que la desensibilización sistemática es el procedimiento más agradable (Crowe, Marks, Agras y Leitenberg, 1972 cit en Castanedo, 2000)

IV.1.2.- Terapia Racional-Emotiva

El objetivo de esta terapia es la manipulación de los procesos cognitivos disfuncionales, representados en actitudes irracionales y sistemas de creencias irracionales asociados a conclusiones falsas.

La terapia Racional-Emotiva puede ayudar significativamente a los clientes a reducir sus problemas neuróticos en un número relativamente corto de sesiones (desde 1 a 20), y con más frecuencia de lo que son capaces otras formas populares de psicoterapia, puede ayudar a los clientes a experimentar un profundo cambio a nivel filosófico como emocional y conductual, haciéndoles sentir menos trastornados y menos susceptibles de sufrir un trastorno (Ellis A, 1999)

Este modelo breve e intenso de terapia, esta destinado para personas que Ellis llama “neuróticos de buen pronóstico”. Esta gente que presenta pensamientos, sentimientos o conductas de orden neurótico ha nacido y han sido criados para actuar en la forma en que lo hacen, pero que a nivel innato y biológico son menos susceptibles de sufrir un trastorno.

Estas son las características principales de la Terapia Racional-Emotiva: 1) asume que un buen porcentaje de clientes pueden aprender rápidamente la teoría del trastorno humano explicada por la Terapia Racional-Emotiva, entender que les puede afectar de forma duradera (y no solo perturbarles) cuando se comportan de una manera neurótica, y empezar a experimentar rápidamente con la propia *destrastornalización*. De hecho la brevedad se encuentra entre uno de los principales objetivos de este enfoque. 2) Es posible enseñar de manera sencilla y clara los conceptos principales de esta teoría (el ABC de las neurosis humanas); se pueden asimilar fácilmente, para usarlos rápidamente a nivel terapéutico. 3) Es activo-directiva. El terapeuta persiste activamente en su intento de ayudar a sus clientes, y persigue enseñarles a aliviar sus trastornos y animarles a autorrealizarse de la manera más rápida posible. 4) Cuando los clientes presentan problemas de orden práctico esta terapia se encamina rápidamente a ayudarles con estos aspectos prácticos, así como con sus problemas más profundos y que a menudo se esconden bajo conflictos de personalidad. 5) Una vez usados los métodos cognitivos, emotivos y conductuales, de ésta terapia, de forma activa y segura, los clientes llegan a internalizar a menudo significados y filosofías sanas y no frustrantes, y aprender a reaccionar rápidamente ante los acontecimientos desagradables de la vida de manera sensible y plena. Aprenden a abstenerse rápidamente y de forma casi automática frente a la posibilidad de trastornarse de nuevo ante este tipo de acontecimientos. Aprenden a ser capaces de salir de su trastorno si se ven envueltos en pensamientos, sentimientos y acciones autoderrotistas. Aprenden rápidamente las principales teorías de la Terapia Racional-Emotiva, son capaces de aplicarlas rápidamente, y al cabo de pocas semanas o meses ya las usan de forma automática para realizar sus propias vidas. 6) Los problemas emocionales y conductuales tienen “causas” o “fuentes” complejas que suelen incluir aspectos psicológicos, sociológicos, ideológicos y biológicos. La mayoría de estos aspectos en principio no se pueden cambiar en el momento en que los

clientes van a terapia. Hay otros aspectos, sin embargo, como las creencias disfuncionales, que, siendo igual de importantes, si se pueden cambiar fácilmente. La Terapia Racional-Emotiva se centra específicamente en las filosofías disfuncionales que mantienen los clientes y que no solamente conducen de forma directa a desarrollar serios problemas emocionales, sino que además son susceptibles de cambiarse y superarse (Ellis A, 1999)

Esta teoría propugna que si las personas desean sentir, actuar y estar mejor, sería conveniente que llevaran a cabo un cambio filosófico profundo (y referido especialmente a abandonar su rígido y grandioso sistema de obligaciones e imperativos); esto les ayudaría más que el hecho de sentirse mejor. Al igual que otras terapias cognitivo-conductuales, ayuda a la gente a ver y a eliminar sus creencias autoderrotistas, quiero decir sus personalizaciones, sus desaprobaciones, sus sentimientos de catastrofismo y sus sobregeneralizaciones. Intenta únicamente mostrarles cómo detrás de estas creencias ilógicas y disfuncionales, razonadas de forma absolutamente antiempírica, se esconden imposiciones específicas de carácter absolutista, que deben hallarse y modificarse, a no ser que quieran continuar pensando irracionalmente. Esta terapia ayuda a la gente a trabajar en pos del objetivo de abandonar sus molestias y trastornos presentes, adquiriendo entonces una actitud decididamente antiforzante y anticatastrofista que les lleve a ser significativamente menos susceptibles al trastorno, tanto ahora como en el futuro. Enseña a los cliente un gran número de métodos cognitivos, emocionales y conductuales, y les enseña a usarlos de forma persistente y firme hasta que automáticamente lleguen a rechazar la tendencia a provocar por sí mismos el trastorno. Enseña a los clientes que pese a que son ellos mismos los que consiguen hacerse menos vulnerables al trastorno, siempre será posible recaer de nuevo, ya que esto forma parte de la naturaleza humana, así que será necesario dotarles de métodos que les devuelvan de nuevo la paz. En la terapia Racional-Emotiva, llegar a resultados “profundos” no significa remover el pasado. A menudo (no siempre) se intenta que los pacientes no se pierdan en la rememoración de su historia pasada, de sus quejas, de sus chismes con sus amigos, de sus filosofismos sobre la situación mundial, de sus obsesiones con respecto a la terapia y a los terapeutas, y de otros materiales igual de interesantes, ya que los despistan del hecho de tener que enfrentarse a sus problemas emocionales y conductuales básicos, y a menudo lo que hacen es exacerbarlos (Ellis, 1999)

IV.1.2.1.- *El ABC de la terapia Racional-Emotiva*

El ABC de las neurosis apunta al núcleo del sufrimiento humano, y describen de una manera muy hermosa aspectos importantes de la realidad social. Estos ABC han conseguido dar siempre buenos frutos ya que son lúcidos, comprensibles y parcialmente “verdaderos”, es decir que si funcionan.

La gente vive inmersa en un contexto, tanto físico como social, y a menudo persiguen en sus vidas metas o propósitos, como permanecer vivos, en movimiento y disfrutar, disfrutar de la vida tanto en solitario como en colectividad, mantener relaciones de intimidad con determinadas personas, hallar un sentido a la vida a través de la educación y la experiencia, inventar y llevar a cabo objetivos que vislumbren una vocación, disfrutar del ocio y del juego, etc... Pero con frecuencia, al perseguir estas metas se encuentran con un

Acontecimiento o Experiencia Activadora o Adversidad (A) que les bloquea y les hace sentirse fracasados, verse rechazados, o les lleva a experimentar incomodidad.

Cuando este Acontecimiento Activador (A) desafortunado ocurre, la gente cuenta con la opción de experimentar una Consecuencia (C) saludable y útil, como ocurriría si sintieran lástima, decepción, o una cierta frustración. Pero también pueden optar por sentir Consecuencias destructivas o no saludables (C), como una grave ansiedad, depresión, o una cierta autocompasión. De igual forma, cuando experimentan A, se encuentran ante la posibilidad de elegir entre diversas maneras para ayudarse a si mismos a salir de aquella situación: o bien buscan una manera de mejorarla (C), o también pueden optar por actuar de forma autodestructiva, no haciendo nada por mejorarla, o empeorarla (C). Una manera de reaccionar de forma poco sana o autoderrotista (C) sería por ejemplo, quejarse, posponer decisiones, beber en exceso o evitar enfrentarse con A (Ellis, 1999)

Cuando la gente opta por generar una consecuencia beneficiosa cuando se les presenta un (A) desagradable, están apelando en gran medida a sus creencias (B) sobre A. Por lo general, optarán por determinadas Creencias Racionales (RB), lo cual les llevará a reaccionar con conductas y sentimientos saludables y funcionales ante C; pero también pueden optar por Creencias Irracionales (IB), lo cual les llevará a reaccionar con conductas y sentimientos disfuncionales y destructivos ante C. La Creencia Racional que presenta la gente y que les ayudarán a enfrentarse a las A desagradables, suelen constituir en preferencias, esperanzas y deseos, y acostumbran a incluir significados tipo *si/también, o si/pero* ante el A desagradable que están experimentado (Ellis, 1999)

Las creencia irracionales que la gente mantiene y que ayudan a crear sentimientos y acciones que sabotean su posibilidad de afrontamiento de un determinado A desagradable, suelen consistir en afirmaciones absolutas del tipo *debería de, tendría que, tengo que*, además de las lógicas pero destructivas y denigrantes irracionalidades que por lo general acompañan a estos “debos”. Las tres afirmaciones absolutistas básicas generadoras de neurosis son las siguientes: 1.- *Debo absolutamente...*, 2.- *El resto de la gente debe, absolutamente...*, 3.- *Las condiciones bajo las que vivo deben ser, absolutamente...* (Ellis, 1999)

Por definición, los individuos con Trastorno de Pánico viven amedrentados por su siguiente crisis de angustia. Esto es comprensible, dados los extraños e inesperados síntomas fisiológicos, la incomodidad de la intensa ansiedad y los temores de muerte inminente que los pacientes con Trastorno de Pánico experimentan durante la crisis. Muchos individuos con Trastorno de Pánico tienden a evitar las sensaciones y experiencias que asocian con tales crisis, o las situaciones en las que la huida puede ser difícil o no se dispondría de ayuda si se produjera la crisis (Yankura, 2000)

Como ya veíamos, la teoría Racional Emotiva supone que todos los seres humanos disponen de una tendencia de origen biológico a construir creencias racionales e irracionales sobre si mismo, los otros y el mundo que les rodea. En general la Terapia Racional Emotiva trata de ayudar a los clientes a identificar, disputar y sustituir las

creencias irracionales que sostienen sus dolencias emocionales y sus dificultades conductuales.

De las diversas emociones negativas, la ansiedad tiene la mayor relevancia. Según la teoría RE, cuando un individuo experimenta esta emoción se producen los siguientes pasos cognitivos: 1) Probablemente sucederá algo malo (inferencia negativa), 2) No debe producirse (premisa irracional), 3) Sería terrible si lo hiciera (derivación evaluadora negativa). Observemos que el primer paso en esta secuencia conlleva una inferencia negativa: “probablemente sucederá algo malo”. En la conceptualización racional-emotiva de las dolencias emocionales, esta inferencia sería considerada como un suceso Activador (A) que sirve para propulsar la creencia irracional del individuo (B) en los pasos 2 y 3. A continuación, esto conduce al individuo a experimentar la consecuencia emocional (C) de la ansiedad. Esta consecuencia emocional puede fomentar que ciertas tendencias de acción de la persona se asocien con la ansiedad, como la evitación o el escape de la amenaza percibida en A (Yankura, 2000)

Comparados con los individuos que no presentan problemas de ansiedad, aquellos que los padecen son más propensos a construir y posteriormente a adherirse a las creencias irracionales sobre los futuros sucesos negativos.

En general la Terapia Racional-Emotiva para los trastornos de ansiedad implica ayudar a los clientes a identificar, disputar y sustituir las creencias irracionales que subyacen a los problemas de ansiedad. Un componente particularmente importante en esta terapia para los trastornos de ansiedad consiste en identificar con tanta precisión los As que evitan los clientes ansiosos, de tal forma que se asignen tareas para casa que conlleven la exposición significativa. La Terapia Racional-Emotiva se manifiesta favorablemente al enfoque de inundación para los ejercicios de exposición, por que esto se considera como medio para que la terapia sea más efectiva y más breve (Ellis, 1991 cit en Yankura, 2000)

Los individuos con Trastorno de Pánico tienden a elaborar y posteriormente adherirse con firmeza a las creencias irracionales sobre sucesos futuros que se anticipan como negativos. Estas creencias irracionales suelen estar centradas en la ocurrencia de futuras crisis de angustia. Como ciertas sensaciones somáticas se contemplan como orígenes de tales crisis, las creencias irracionales se centran en la aparición de tales síntomas (Yankura, 2000)

Algunas creencias irracionales típicas que se han descubierto operativas con los pacientes con TP son:

- 1) No *debo* experimentar estas sensaciones físicas incómodas; tenerlas es absolutamente horrible porque son la señal del comienzo de otra crisis de pánico.
- 2) No *debo* experimentar otra crisis de ansiedad y si lo hago, algo absolutamente terrible podría sucederme. Sería horrible e intolerable que lo hiciera (desmayarme, volverme loco, perder el control, etc.)
- 3) No *debo* sufrir otra crisis de pánico, y si lo hago, los sentimientos que experimentaré durante las crisis de serán intolerables.
- 4) Como soy particularmente propenso a sufrir otra crisis ante determinadas situaciones y circunstancias, *debo* evitar dichas situaciones y lugares y encontrarlos horribles e intolerables cuando no pueda evitarlos.

- 5) *Debería* ser más capaz de controlar mis síntomas de angustia y mi conducta de evitación; el hecho de que continúe padeciendo crisis de pánico y de que evite lugares o situaciones demuestra que soy una persona débil e inapropiada.
- 6) No *debería* mostrar a las otras personas que siento ansiedad, porque si lo hago me mirarán con desprecio y no podría soportar eso.

En los trastornos de ansiedad, entre ellos el Trastorno de Pánico, habitualmente suelen producirse las siguientes fases:

- a) Una compleja combinación de experiencias, normas familiares y culturales y ciertas vulnerabilidades psicológicas conducen al individuo a valorar ciertas sensaciones y condiciones físicas como “muy malas”.
- b) El individuo racionalmente *prefiere* que estas sensaciones y condiciones físicas no se produzcan.
- c) Disponiendo de una tendencia innata comparativamente mayor hacia el pensamiento irracional, el individuo añade una preferencia a su creencia irracional absolutista: “No debo experimentar estas sensaciones físicas incómodas; tenerlas es absolutamente horrible e intolerable”.
- d) Con esta creencia irracional en acción, el individuo es más propenso a mostrarse hipervigilante ante las sensaciones físicas y las condiciones valoradas como “muy malas”. La persona es más propensa a generar inferencias con distorsión negativa ante estos fenómenos.
- e) Dada la hipervigilancia del individuo y sus inferencias negativas hacia los sucesos corporales “muy malos”, sus creencias irracionales sobre tales sucesos tienden a producirse con frecuencia con el resultado de que experimentan frecuentes episodios de ansiedad. Mediante un encadenamiento de inferencias con distorsión negativa y creencias irracionales, el individuo acaba atrapado en un ciclo de ansiedad creciente y exacerbación de síntomas físicos. El resultado: un estallido pleno de crisis de pánico.
- f) Una vez experimentada la crisis inicial de pánico, el individuo se muestra hipervigilante hacia cualquier señal que pudiera predecir la aparición de crisis emocionales. Tales señales implican que las experiencias somáticas originales son valoradas como “muy malas”, y también podría incluir otras señales cognitivas, somáticas y situaciones adicionales. Una amplia gama de señales conduce a un aumento de la probabilidad de que se aceleren las creencias irracionales y las crisis de ansiedad.
- g) Una vez experimentadas múltiples crisis, el individuo desarrolla estrategias (contraproducentes) para minimizar su aparición. Estas estrategias, que brotan de las creencias irracionales sobre lo “horribles” que son las crisis de pánico, pueden incluir la evitación de actividades que conduce a las sensaciones somáticas asociadas con el pánico, así como la evitación de lugares en los que podrían producirse las crisis de ansiedad. También pueden surgir conductas supersticiosas, como cuando los sujetos, con este trastorno, llevan consigo amuletos de buena suerte para protegerlos de las crisis de pánico.

Como se ha mencionado anteriormente en el punto que habla sobre la hipervigilancia, el encadenamiento de inferencias y creencias irracionales conduce a las personas que padecen crisis de pánico a un ciclo de ansiedad creciente y síntomas exacerbados (Dryden, 1991 cit en Yankura, 2000). De hecho, los vínculos entre las inferencias con distorsión negativa y las creencias irracionales pueden representarse como una serie de secuencias ABC, tal como se presenta en la Figura 1.2. Este ciclo de exacerbación es central en la experiencia de las crisis de pánico del individuo.

(A) Estoy muy tenso; eso significa que voy a tener problemas para respirar	(B) Debo ser capaz de respirar fácilmente; es horrible sentirse así	(C) Ansiedad Hiperventilación
(A) Veo que tengo problemas para respirar	(B) Debo ser capaz de controlar inmediatamente mi respiración; si no lo hago, algo terrible va a suceder	(C) Ansiedad exacerbada Síntomas físicos exacerbados
(A) Tengo problemas para respirar y mis manos y pies tiemblan - ¡me voy a desmayar!	(B) No debo permitirlo, si lo hago, las otras personas pensarán mal de mí, y tendrán la razón	(C) Pánico, angustia Síntomas físicos exacerbados
(A) ¡Voy a morir!	(B) ¡No debo morir de este modo!	(C) Pánico Tratar de escapar de la situación

Fig. 1.2 Secuencias ABC implicadas en las crisis de pánico

IV.1.2.2.- *Centrarse en inferencias vs. Creencias.*

Aún reconociendo que puede ser útil enfrentarse a las inferencias distorsionadas para el tratamiento de muchos trastornos emocionales, la terapia Racional-Emotiva subraya la utilidad de la identificación y la confrontación de las creencias irracionales del cliente. Esto se debe a que se considera que las inferencias con distorsión negativa brotan de las creencias irracionales a las que se suscribe el individuo. De este modo, es lógico desde el punto de vista clínico centrarse en la erradicación de la fuente de dichas inferencias problemáticas.

A los clientes con TP se les puede presentar la cadena de secuencias ABC implicadas en sus crisis de ansiedad explicando las razones para tratar de desafiar los *debes/deberías* subyacentes involucrados en dichas secuencias. Los esfuerzos de enfrentamiento pueden centrarse en las creencias irracionales que son operativas en los orígenes de la cadena ABC, de tal forma que pueda interrumpirse la cadena antes que alcance las proporciones del pánico (Dryden, 1991 cit en Yankura, 2000)

IV.1.2.3.- *Centrarse en la tendencia a catastrofizar vs. la tendencia a “horribilizar”*

La tendencia a catastrofizar se refiere a contemplar una serie de circunstancias y valorarlas como excepcionalmente malas. La tendencia a “horribilizar” se refiere al proceso de percibir una serie de circunstancias como excepcionalmente malas y a continuación decidir por uno mismo que estas circunstancias son tan horribles que: 1.- No deben existir; 2.- Son peores que el 100% de malas; 3.- Son absolutamente inmanejables; 4.-Eclipsan completamente cualquier posibilidad de ser feliz y/o alcanzar metas personales significativas.

La terapia Racional-Emotivo trabaja algunas veces con los clientes con TP para ayudarles a rediagnosticar la “maldad” de sus crisis de ansiedad y de las consecuencias negativas anticipadas, trata de ayudarles sobre todo a no considerarlas tan horribles. En particular, ayudan a los clientes a ver que incluso si las circunstancias o sucesos pueden ser legítimamente valorados como excepcionalmente malos, todavía es cierto que: 1.- Tales circunstancias pueden seguir existiendo, a pesar de que el cliente exija que desaparezcan; 2.-Nunca pueden ser peores del 100% de malas, y casi siempre podrían ser peores de lo que son; 3.- Todavía pueden ser toleradas; 4.- Rara vez eliminan todas las posibilidades de felicidad y satisfacción en la vida (Yankura, 2000).

IV.1.2.4.- *Creencias específicas vs. Creencias irracionales*

La terapia Racional-Emotivo contempla particularmente las creencias irracionales específicas en las que se sostienen las inferencias negativas implicadas en el TP. Como se ha señalado anteriormente, este enfoque trata de eliminar dichas inferencias en su origen. Sin embargo la terapia se dirige también a ayudar a los clientes a identificar y modificar sus creencias irracionales nucleares (Di Giuseppe, 1991 cit en Yankura, 2000). Las creencias irracionales nucleares pueden identificarse buscando temas comunes entre las creencias

irracionalistas específicas que parecen estar implicadas en los problemas que presenta el cliente. Se cree que las creencias nucleares no tratadas causan problemas emocionales adicionales y futuros a los clientes, incluso aunque en el curso de la terapia se hayan manejado las creencias irracionales específicas. Los terapeutas trabajan con sus clientes para modificar las creencias irracionales, aportan a su trabajo terapéutico una cualidad que Ellis ha denominado generalización. La generalización implica que los terapeutas ayudan a sus clientes “a manejar muchos de sus problemas y, de algún modo sus vidas completas, y no solo unos pocos síntomas solamente” (Ellis, 1980 cit en Yankura, 2000).

IV.1.2.5.- *Técnicas de distracción*

Los terapeutas con enfoque Racional-Emotivo utilizan las estrategias de modificación cognitiva directa a los métodos de distracción y permanecen alertas a la posibilidad de que los clientes confíen excesivamente en los métodos de distracción para superar las experiencias y situaciones incómodas. Como por ejemplo de dicho exceso de confianza, un cliente determinado que tenga miedo a volar en avión puede usar estrategias de distracción durante todo el vuelo, aunque su cuerpo esté dentro del avión, su mente se halla en otro lugar (Yankura, 2000).

Con respecto a la incorporación de la respiración diafragmática y de la relajación en el programa de tratamiento de la terapia Racional-Emotiva para el TP, los terapeutas tenderían a seguir las siguientes pautas:

1. Enseñar a los clientes a emplear las técnicas de respiración y relajación como medio para comprobar que pueden ejecutar cierto grado de control sobre su ansiedad y sobre los síntomas físicos concomitantes. Esto les ayudará a fomentar la auto-eficacia y a contrarrestar las cogniciones de indefensión.
2. Mostrar a los clientes que pueden combinar estos métodos con técnicas de confrontación cognitiva. En particular, entrenarlos para que usen los métodos de distracción con el fin de reducir la ansiedad de tal forma que puedan desafiar con más efectividad su pensamiento inútil cuando anticipan o experimentan una crisis de pánico.
3. Ayudar a los clientes a ver que no es una necesidad absoluta utilizar las técnicas de distracción cuando se experimenta una crisis de pánico. Aunque una crisis puede ser valorada como “muy mala”, no es algo horrible y suele sobrevivirse.
4. Estar alerta ante la posibilidad de que los clientes confíen excesivamente en los métodos de distracción y adoptar los pasos necesarios para ayudarles a desarrollar una perspectiva más saludable de su uso cuando éste sea el caso.
5. Cuando los clientes insisten en la necesidad de los métodos de distracción para funcionar, tratar de implicarlos en el examen de las creencias que sostienen dicha “necesidad”. Mostrarles los elementos contraproducentes de estas creencias y ayudarles a desafiarlos.

IV.1.2.6.- *Ansiedad sobre la terapia.*

A menudo se olvida un elemento muy importante que puede influir sobre la efectividad del tratamiento: los clientes pueden trasladar a la terapia sus creencias irracionales, lo que les lleva a experimentar ansiedad sobre la misma. En el caso de los clientes con TP, estas creencias irracionales a menudo pueden adoptar las siguientes formas: 1.- No debería trabajar con tanta intensidad en la terapia, no puedo soportar la incomodidad a la que debo enfrentarme para sentirme mejor; 2.- Debo hacer progresos rápidos en esta terapia, porque se supone que es a corto plazo. Si no lo hago comprobaré que soy una persona vaga e inapropiada; 3.- Tengo que entender las complejidades del TP la primera vez que me las explica el terapeuta, ni no pensará que soy estúpido y además tendrá razón; 4.- No debo retroceder, ni experimentar un empeoramiento de los síntomas de ansiedad, si lo hago comprobaré que soy un caso sin esperanzas y que no mejoraré nunca (Ynakura, 2000)

IV.1.2.7.- *Manejo de los problemas secundarios*

Los problemas secundarios se producen cuando los problemas primarios se convierten en un nuevo A y en una secuencia ABC que les conduce a una esfera adicional de trastorno emocional. De este modo, los clientes pueden provocar su propia ansiedad sobre su ansiedad o pánico.

Un problema secundario especialmente pernicioso podría derivarse de la auto-valoración negativa de los clientes por padecer TP. Tal auto-valoración negativa puede tener importantes consecuencias negativas: 1.- Dificultar al cliente el enfrentamiento y el trabajo sobre los problemas que tiene. 2.- Conducir a los clientes a no ser plenamente sinceros en relación a los problemas de ansiedad que padecen de modo que el terapeuta carezca de información que podría ser importante para el tratamiento. 3.- Conducir a una conclusión prematura del tratamiento, como en el caso de los clientes que se consideran demasiado débiles o inapropiados para beneficiarse de cualquier forma de tratamiento. 4.- Hacer que los clientes esperen que otras personas les juzguen negativamente, tal como se juzgan a si mismos, con el resultado de limitar sus actividades sociales y no disfrutar de los apoyos y del placer que éstas aportan (Yankura, 2000)

La terapia Racional-Emotivo tiene mucho que ofrecer en el tratamiento del Trastorno de Pánico. Puede ser particularmente útil con los clientes que tienden a ser difíciles o que hayan tenido experiencias negativas en terapias anteriores. Además de ayudar al cliente a minimizar o eliminar los síntomas presentes del TP, también puede ser eficaz para minimizar la futura vulnerabilidad al trastorno emocional.

IV.1.3.- Terapia Cognitivo-conductual

Aaron Beck concibe la terapia cognitiva como un sistema de psicoterapia basado en el supuesto de que la forma en que los individuos perciben y estructuran su experiencia determina sus sentimientos y acciones. El terapeuta interpreta un papel activo en el proceso de ayudar al paciente a modificar sus errores cognitivos y sus hipótesis disfuncionales.

Según las características del problema se aplican técnicas tanto verbales como conductuales. Con respecto a éstas últimas, Beck señala que se usan no como fin en sí mismas (modificar una conducta) sino como medio para llegar a un cambio cognitivo.

Un punto fundamental en esta terapia es la identificación de los pensamientos automáticos. Estos pensamientos automáticos se experimentan, como si fueran un reflejo, sin reflexión o razonamiento previo, y se graban como plausibles y válidos. El poner a prueba la realidad de estas cogniciones para que el paciente analice de una forma más correcta las cosas como son, por medio de la técnica de examinar estas cogniciones y someterlas a una prueba de realidad, es un elemento central de la terapia cognitiva (Martorell, 1996)

Revisiones recientes sobre el tema del TP ponen de manifiesto que la terapia cognitivo-conductual (TCC) sigue siendo el tratamiento de elección para el TP. Con estos programas de TCC se observan tasas de mejoría de alrededor del 80%. Las tasas de mejoría logradas con la TCC no desaparecen cuando se retira el tratamiento, esto es, se siguen manteniendo en los seguimientos a largo plazo. Estos programas de TCC han mostrado ser más eficaces que los tratamientos farmacológicos. La eficacia de la TCC no disminuye al reducirse el contacto directo con el terapeuta. Se observan mejorías significativas utilizando manuales de autoayuda y reduciendo el contacto terapéutico. La TCC aplicada por teléfono resulta eficaz en pacientes que viven en zonas rurales. La TCC aplicada durante la suspensión lenta del alprazolam reduce de forma importante las recaídas habituales en la retirada de éste fármaco (Botella, 1997)

En estos momentos, se considera como elementos cruciales de los programas para el TP la utilización de una evaluación detallada del problema, el componente educativo, entrenamiento en respiración lenta, técnicas cognitivas para identificar y combatir los pensamientos catastróficos, técnicas de distracción, experimentos conductuales y prevención de recaídas (Botella cit en Caro, 1997)

IV.1.3.1.- *El componente educativo*

Uno de los elementos más importantes de la TCC es el componente educativo. En principio, el objetivo de este ingrediente terapéutico es ofrecer al paciente una explicación razonable de lo que le está sucediendo, tanto en el momento concreto de sus crisis como en lo que se refiere al trastorno. Los pacientes con TP suelen llegar a las consultas psicológicas con escasa información acerca de su problema de ansiedad. En muchas ocasiones, ni siquiera saben que tienen un trastorno de ansiedad y su sintomatología les hace pensar que lo más probable es que exista algún daño orgánico, más o menos grave, que pueda dar cuenta del malestar que experimentan en sus crisis. En otros casos los pacientes llegan

derivados de otros servicios médicos con el diagnóstico realizado, saben que padecen de los “nervios”, de ansiedad o, que padecen de trastorno de angustia o trastorno de pánico. A falta de explicaciones provenientes de un profesional, los pacientes construyen su propio modelo explicativo de su enfermedad. Algunos tienen muy claro que “tanto estrés durante tanto tiempo prolongado les tenía que salir por algún lado”. Unos dicen que “siempre han sido muy preocupadizos y eso no tiene que ser bueno”, etcétera.

Desafortunadamente el pánico no es como la gripe y la población general no va hablando por la calle de sus síntomas y su malestar. Esto hace que además las personas que han tenido sus primeras crisis no tengan fácil la posibilidad de comparar su experiencia con la de otros y así tener una referencia que les permita atribuir sus síntomas a una causa menos catastrófica o grave de la que les suele venir a la mente. Por otra parte, el malestar tan importante que causa el pánico hace que las personas que lo padecen estén convencidas de que su experiencia es única; para ellos, no existen otras personas con éste problema (Botella, 1997)

Por ésta razón se incluye un módulo educativo en la primera sesión de tratamiento. En dicho módulo, no se entra en aspectos que impliquen precisar, desde un punto de vista teórico, las diferencias existentes entre miedo, ansiedad, fobia, pánico y arousal. La explicación que se plantea sólo intenta lograr que el paciente comprenda mejor lo que le ocurre; esto es, el objetivo se centra en conseguir un grado suficiente de “validez aparente”. En el modelo educativo se plantean los siguientes aspectos: 1) ¿Qué es la ansiedad? 2) Posible valor adaptativo de la ansiedad. 3) Ausencia de consecuencias perjudiciales de la ansiedad para el organismo. 4) Formas de manifestarse la ansiedad. 5) Importancia central del pensamiento en el desencadenamiento de la ansiedad. 6) Presentación del modelo cognitivo del pánico.

Para comenzar en el modelo educativo, se le pregunta al paciente por el concepto que tiene de la ansiedad. La segunda pregunta que se realiza es si considera que la ansiedad es algo positivo o negativo. El paciente contestará que es negativo, por la asociación que tiene de los síntomas, sin embargo es importante lograr que la idea del paciente cambie, en el sentido de aceptar la ansiedad como una emoción más y, por lo tanto, como una parte de sí mismo, al igual que la tristeza o la alegría. Siempre resulta útil ofrecer al paciente un ejemplo de lo que se esta diciendo, por que, a partir de dicho ejemplo, el paciente puede construir una imagen que, a nivel intuitivo, le ayudará a comprender lo que le está ocurriendo y le será mas fácil recordar el momento de la crisis. El segundo paso es remarcar el papel central que ocupan los pensamientos en el proceso de ansiedad. Se puede tomar el ejemplo de Beck, en el que una persona que se encuentra sola en casa oye un ruido en una habitación. Se le pide al paciente que se imagine esa situación y que diga como cree que se sentiría y que es lo que haría si pensara que el ruido ha sido provocado por un ladrón peligroso que esta entrando por la ventana. Después de su respuesta se le pide que imagine que esta en la misma situación y que el ruido ha sido provocado por el viento que ha cerrado una ventana o ha tirado el jarrón que había sobre la mesita ¿Cómo se sentiría y que haría? Tras incidir en el carácter diferenciado de esta última reacción, el terapeuta le cuestiona que es lo que ha cambiado en los dos ejemplos, la reacción ha sido muy distinta (Botella, 1997)

Una vez que el paciente ya ha entendido la importancia de los pensamientos en la respuesta de ansiedad, se da el último paso en el módulo de información, se le explica el proceso que se da en un ataque de pánico, su origen y el mantenimiento del trastorno. Para empezar, se le dice al paciente que hasta ahora se ha hablado de la ansiedad en general, pero que ha llegado el momento de entrar a comentar qué es lo que le sucede en sus ataques de pánico. Con la ayuda del contenido de la última crisis que tuvo el paciente, o de cualquier crisis que le resulte fácil recordar, se ayuda al paciente a que comprenda que el proceso de una crisis comienza con un determinado estímulo. Este estímulo inicial puede ser tanto de tipo interno (como por ejemplo, una determinada sensación corporal, una imagen o un pensamiento) como del tipo externo (una determinada situación o lugar temidos). Por razones que pueden ser muy variadas (contenido del pensamiento, anormalidad de una sensación, excesiva autoatención, condicionamiento previo), la persona se siente amenazada ante ese estímulo. Entonces, como es lógico, el sujeto responde con una respuesta emocional de miedo. Esta respuesta comporta una serie de manifestaciones fisiológicas tales como aceleración del ritmo cardiaco, opresión de pecho, respiración agitada, mareo, sensación de irrealidad... Esas respuestas, por sí solas, son insuficientes para que se produzca un ataque de pánico. Sin embargo, en ocasiones ocurre que el sujeto asocia e interpreta tales sensaciones como indicadoras de que se va a producir un desastre inminente, de que le va a ocurrir algo malo. Son estas cogniciones las que incrementan la percepción inicial de la amenaza, ya que la preocupación o malestar inicial del sujeto pasa a un segundo plano para ocuparse de un supuesto peligro mucho más inminente y más grave. A su vez, el incremento de la percepción de la amenaza lleva a un aumento de las sensaciones corporales, con lo que la cognición catastrófica se valida a sí misma, entrando la persona en un círculo vicioso en el pánico.

IV.1.3.2.- *Pensamientos catastróficos*

El modelo cognitivo del TP postula que el factor central que acaba precipitando el ataque de pánico no es el conjunto de sensaciones corporales intensas y desagradables que la persona siente, sino más bien la interpretación catastrófica que el paciente hace de tales sensaciones. Son pensamientos negativos el estilo de “voy a morir”, “voy a sufrir un infarto”, “me estoy asfixiando”, “va a ocurrirme un ataque cerebral”, “voy a perder el control”, “estoy enloqueciendo o “me voy a desmayar”. En ocasiones, como suele suceder en una fase avanzada del tratamiento, el paciente afirma no temer que le puede ocurrir algo terrible como la muerte, pero si un ataque de pánico, de modo que el miedo al propio miedo se convierte en el factor principal precipitante de algunas crisis. Otras veces, especialmente cuando el sujeto se encuentra en una situación social, aparecen cogniciones del tipo de “se van a dar cuenta”, “voy a hacer el cuadro”, “me enfrento al ridículo”... que también intensifican la ansiedad y facilitan que se produzca la crisis (Botella, 1997).

El estilo en que se realiza la discusión cognitiva debe acercarse mucho al denominado “empirismo colaborador”, a través del cual, paciente y terapeuta trabajan juntos en la búsqueda de evidencias o de pruebas que existen para mantener determinada creencia. Desde este punto de vista, la discusión cognitiva es una técnica que, aunque se aplica en el presente, se alimenta del pasado y del futuro, en el sentido de que debe aprovechar la

información que provienen de la experiencia pasada de la persona y, al mismo tiempo, puede apoyarse en la realización de experimentos conductuales, prescritos como tareas, en los que el paciente somete a prueba sus propias hipótesis. Por otra parte, es muy frecuente que, a lo largo de las discusiones cognitivas, el paciente pida al terapeuta una continua tranquilización respecto a sus temores principales. El terapeuta se convierte más en un guía o un bastón en que el paciente puede apoyarse para encontrar las respuestas a sus preguntas. Es el paciente el que debe demostrar o justificar sus creencias y no el terapeuta, por lo que éste no debe adoptar una actitud de proselitismo respecto a la interpretación racional de las sensaciones corporales. Hay que hacer ver al paciente que todos tenemos pensamientos irracionales que nos perjudican, el terapeuta no es una excepción, pero desde la distancia y la experiencia que le confiere su profesionalidad puede ayudarle a ver la parte irracional de sus creencias. Hay que tener en cuenta que, si bien, esta es una técnica aplicada puntualmente para el análisis racional de una creencia, dentro de lo que sería el proceso más global de reestructuración cognitiva, su duración puede oscilar entre unos minutos y varias horas o sesiones. Ello dependerá de la capacidad de análisis de la persona, del grado de firmeza con el que mantiene la creencia y del tipo de experiencia o experimentos conductuales en que el terapeuta planifique basar parte de la discusión. Nunca se debe tener prisa por acabar una discusión cognitiva poniendo en boca del paciente lo que debería salir de él mismo. Una discusión cognitiva es lo más alejado que existe de dar una clase magistral. Es importante estar muy atento al proceso de insight que se da, hay que recordar, que cada paciente va a un ritmo distinto (Botella, 1997).

En cuanto a los pasos para el reto de los pensamientos catastróficos, a continuación se muestra la secuencia que se puede seguir:

1.- *Definición del pensamiento negativo: ¿Qué me preocupa? ¿Qué temo? ¿Qué creo que pueda sucederme?* Como es habitual en la Terapia cognitivo-conductual, el primer paso para combatir un pensamiento negativo es identificarlo y definirlo. En ocasiones, el pensamiento apenas está formulado en términos verbales y la persona dice tener la sensación de que le va a pasar algo malo. Sin embargo, identificar el contenido concreto del pensamiento, traducir ese algo indefinido en una amenaza concreta ayuda sobremanera, en primer lugar, a que el paciente tenga la sensación de control de que sus emociones son provocadas por pensamientos concretos y, en segundo lugar, para poner a prueba esa creencia y modificarla. Identificar el pensamiento catastrófico es el primer ejercicio de racionalización de las reacciones emocionales que se le pide al paciente y, por otra parte, constituye una habilidad en la que, si bien inicialmente aparecen diferencias individuales en función del grado de introspección del paciente, llega a producirse un entrenamiento conforme avanza la terapia y la persona de habitúa a registrar sus pensamientos en los registros diarios.

2.- *Análisis de la evidencias a favor y en contra del contenido del pensamiento: ¿Qué pruebas tengo de que lo que temo vaya a ocurrir? ¿Y en contra?* Una vez identificado el pensamiento catastrófico, lo primero que hay que hacer ver al paciente es que todos tenemos nuestras razones para pensar ciertas cosas. Todos cometemos infinidad de errores lógicos. A veces, hacemos generalizaciones a partir de un hecho particular, o seleccionamos una parte de la realidad para apoyar nuestras creencias. Lo que se pretende

con este punto de la discusión cognitiva es asegurarnos de que no esté ocurriendo un error de este tipo. Para ello hay que empezar pidiendo al paciente que informe de todas las razones o argumentos que le han llevado a interpretar de modo catastrófico sus sensaciones corporales. La interpretación catastrófica parte de un error lógico, que se ha ido desarrollando a partir de una información errónea o sesgada de alguna experiencia pasada. Resulta fácil iniciar la discusión cognitiva haciendo caer al paciente en el error lógico que ha cometido. Para ello, primero hay que reforzarle por las razones que arguye para defender su interpretación catastrófica, asegurarnos de que no tiene más razones que las dadas. Para esto último, ayuda el pedirle que piense cómo intentaría justificar a alguien que no hubiera oído hablar del TP el porqué de sus pensamientos. Entonces, se le propone al paciente hacer un ejercicio, que no se suele hacer cotidianamente y es pensar si podría haber algún dato o algún hecho que nos pudiera hacer dudar de que lo que pensamos es cierto. El esfuerzo cognitivo que supone para el paciente dar respuesta a las preguntas va permeabilizando su creencia acerca de la consecuencia catastrófica y de la necesaria relación entre ésta y la sensación corporal que la movió. Una vez se ha agotado la búsqueda de evidencias a favor y en contra del pensamiento negativo, el terapeuta hace un primer resumen de lo hablado hasta el momento y se asegura de que el paciente ha comprendido el proceso que ha tenido lugar.

3.- *Análisis de probabilidades: ¿Qué probabilidades hay, entonces, de que lo que temo puede ocurrir?* Aunque racionalmente tenemos muy claro que no podemos estar seguros de nada, ni siquiera de que el sol seguirá saliendo al día siguiente, a menudo solemos tener reacciones emocionales que solo se justificarían si tuviéramos la certeza de que algo malo va a suceder. Este fenómeno también se da en el pánico. La persona que sufre un ataque de pánico suele tener la total certeza, en el momento de la crisis, de que va a morir o desfallecer. Por ello se le pide al paciente que, dado que ha observado una serie de razones que irían a favor pero también en contra de la veracidad de sus pensamientos, estime en una escala de 0 a 100 el grado de firmeza con el que mantiene su creencia o el grado de certeza que considera que tiene ahora con respecto al pensamiento negativo. Tras la estimación del paciente, el terapeuta hace mención y enfatiza el porcentaje o la probabilidad estimada por el paciente acerca de que se este equivocando al temer lo peor. El terapeuta debe afirmar que el no puede garantizar al paciente que nunca le ocurrirá un infarto, desmayo, asfixia ataque cerebral..., realmente vivir supone y conlleva riesgos como enfermar o morir, pero, lo que es seguro es que la ansiedad es algo independiente de estos riesgos y, en el momento del ataque de pánico, la probabilidad de que ocurra cualquiera de estas cosas es exactamente igual a la que hay en cualquier otro momento. Eso es vivir.

4.- *Interpretaciones alternativas: ¿Existen, por tanto, otras explicaciones alternativas a lo que me está sucediendo?* Si el paciente reconoce que existe una cierta probabilidad de que se esté equivocando al pensar como lo hace, debe de haber alguna razón alternativa que explique por qué se sentía de aquel modo. Esto se denomina retribución de las sensaciones corporales. Cuando las sensaciones que atemorizaron al paciente eran manifestaciones de su propia ansiedad resulta útil referirse a los efectos de la hiperventilación. Al recordar que sus efectos fueron similares a las sensaciones que está describiendo, el paciente descubre la posibilidad de atribuir la causa de lo que le pasaba a la hiperventilación o la ansiedad y no a un tumor en su cerebro o algo por el estilo. En definitiva, la retribución de las sensaciones corporales pretende restablecer una conducta de enfermedad normal, en la que la persona

aprenda a responder de un modo racional ante cualquier tipo de sensación corporal que considere indicadora de una patología, ya sea orgánica o psicológica y emprender el tipo de acción que sea oportuna, en cada caso, para aliviar su malestar.

5.- *Desdramatización o decatastrofización: ¿Qué sería lo peor que podría sucederme si lo que temo fuera cierto? ¿Sería tan horrible?* En este paso se le plantea al paciente que se imagine que todo lo que hemos hablado hasta el momento es falso, y que tenía razón al pensar que con toda seguridad le va a ocurrir algo como desmayarse. Un paciente con TP puede angustiarse muchísimo pensando que en una crisis puede desmayarse. Entonces se le pide al paciente que nos sitúe en una escala de 0 a 100, cuán horrible cree que sería esta experiencia. Nuestra tendencia a catastrofizar los hechos suele llevar a los pacientes a decir que sería, muy horrible. El terapeuta hace varias preguntas con un índice de catastrofización mayor y el paciente se ve obligado a volver a valorar de nuevo lo horrible que sería desmayarse, hasta que lo sitúa como una experiencia que preferiría no tener, aunque no sea lo peor que le pudiera suceder. La decatastrofización es un paso dentro de la secuencia de reto de los pensamientos catastróficos que resulta especialmente útil para combatir el miedo al desmayo, el miedo a tener un ataque de pánico, el miedo a perder el control y faltar o, en general, el miedo a hacer el ridículo asociado a una crisis.

6.- *Utilidad del pensamiento: ¿Me ayuda pensar en la posibilidad de que lo que temo vaya a suceder, o por el contrario, solo consigo ponerme más ansioso? ¿Me resulta útil pensar así?* El terapeuta le hace ver al paciente, que por lo que parece, se encuentra ante una idea o pensamiento negativo que no tiene demasiadas posibilidades de ser cierto y en el caso de que ocurriese, no sería tan horrible como se pensaba en un primer momento. Entonces al igual que se ha comentado en el paso anterior, se pide al paciente que se imagine que lo dicho hasta ahora es falso, existe una alta probabilidad de que ocurra lo que teme y, además, eso sería fatal para su vida. Aunque eso fuera así, ¿Qué utilidad puede tener pasarse el día pensando o anticipando algo que no se puede evitar?, ¿sirve para que la consecuencia temida no se produzca? El paciente deberá llegar a la conclusión de que los pensamientos catastróficos, lejos de tener alguna utilidad, solo sirven para interferir en su fundamento cotidiano y facilitar que se produzca una crisis de pánico.

IV.1.3.3.- *Entrenamiento en la respiración lenta*

Dentro de la terapia para el TP, el entrenamiento en respiración lenta está especialmente indicado para aquellos pacientes en los que la hiperventilación juega un papel importante en sus crisis de ansiedad. El objetivo del entrenamiento en respiración lenta es enseñar a los pacientes a seguir un ritmo de respiración opuesto a la hiperventilación. Antes del entrenamiento, se hace una prueba de hiperventilación la cual puede aportar información relevante al paciente a la hora de comprender su problema. Se le presenta una cinta grabada con las instrucciones de tomar un ritmo rápido de respiración, que deberá realizar durante dos minutos. Para ello deberá tomar aire por la nariz y por la boca cuando oiga la palabra inspire y lo soltará cuando oiga espire. Al hacerlo el paciente sentirá una serie de sensaciones desagradables que son una consecuencia natural de este tipo de respiración. Cuando acabe la prueba se le pide que cierre los ojos y se concentre en sus sensaciones y después contará como se siente. Se le explican al paciente las diferencias entre los efectos de la hiperventilación y las sensaciones de una crisis, es muy importante

que el terapeuta explique al paciente el papel y lugar que ocupa la hiperventilación en el proceso de la crisis de ansiedad. Seguidamente se le puede indicar al paciente cuál es el mecanismo fisiológico de la hiperventilación, en lo que concierne a las sensaciones corporales que suele experimentar. Se intenta en todo momento adecuar el lenguaje utilizado, para que el paciente pueda comprenderlo sin dificultad. Para realizar el entrenamiento en respiración lenta, en primer lugar se le recuerda al paciente la prueba de hiperventilación, en la que se produjeron sensaciones corporales muy similares en las que solía tener en sus crisis. Después se le propone que inspire poco aire por la nariz y que expulse mucho por la boca. Este proceso debe de realizarse de forma lenta hasta que el exceso de oxígeno, provocado por la hiperventilación vuelva a la normalidad y las sensaciones corporales se equilibren. El terapeuta modelará como debe de hacerse esta respiración y le dirá al paciente que le pondrá dos grabaciones con distintos ritmos de respiración lenta, uno de 8 respiraciones por minuto y una de 12. El paciente indicará con cual de los dos se siente más cómodo. Después se le pondrá la grabación escogida durante 5 minutos y el paciente intentará seguirla. Una vez hecho esto se le pedirá que hiperventile durante 2 minutos creando sensaciones corporales desagradables, inmediatamente se le pedirá que realice la respiración lenta para que compruebe si es útil para combatir los efectos de la hiperventilación. El paciente tendrá que practicar durante 20 minutos, dos veces al día, la respiración lenta, ayudándose de la grabación, después de los 5 minutos, el paciente tendrá que seguir por si solo para favorecer la internalización de la técnica en la respiración lenta (Botella cit en Caro, 1997)

IV.1.3.4.- *Entrenamiento en técnicas de distracción*

La autoatención hacia el propio funcionamiento corporal es uno de los factores más importantes en el TP. Las personas que han tenido la desagradable experiencia de sufrir un ataque de pánico, a menudo establecen una especie de sistema de alarma, o estado continuo de alerta ante el más mínimo cambio que se produzca en un frágil equilibrio somático y emocional que se esfuerzan por mantener a toda costa. Hasta tal punto se incrementa la hipervigilancia o la conciencia corporal de estas personas, que una buena parte de las crisis que se producen son desencadenadas por ligeros cambios totalmente normales en su funcionamiento fisiológico. Como una arritmia cardiaca o un ligero incremento de pulsaciones, cambios que a otra persona sin historia de ataques de pánico le pasarían totalmente desapercibidos y que el paciente con pánico detecta con gran precisión, aunque los interprete con gran imprecisión o con grandes errores (Botella, 1997)

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 exhaustivo o específico. Se suele realizar comenzar el entrenamiento con la realización de un experimento comportamental que lleve a la comprensión, por parte del paciente, del papel de la autoatención en una crisis. Se le dice al paciente que cierre los ojos y se concentre durante unos minutos en su propio corazón, intentando captar sus palpaciones o su pulso. Se le dice que cuando las sienta avise levantando el brazo. Existen otras variantes del mismo experimento. Por ejemplo, también se le puede pedir al paciente que intente concentrarse en la sensación de estabilidad o inestabilidad mientras permanece de pie. En cualquier caso, se utilice una u otra tarea, una vez el paciente avisa de que ha captado la sensación, se le pide que rápidamente intente describir en voz alta, y con todo

lujo de detalles, un objeto que se encuentre en el consultorio y que tenga cierta complejidad estimular (por ejemplo un cuadro no un bolígrafo). Cuando el paciente lleva un tiempo describiendo el objeto y parece concentrado en esa tarea, se le pregunta si todavía es consciente de su corazón o de su sensación de inestabilidad. Generalmente, la actividad le ha distraído de su corazón y el paciente ya no es consciente de su funcionamiento, al menos ya no está pendiente de él. Entonces el terapeuta pregunta al paciente si cree que se podrá extraer alguna conclusión del ejercicio que ha hecho. Básicamente terapeuta y paciente deben discutir dos ideas fundamentales: la primera, es que la autoatención corporal es un factor de primer orden en el origen de las crisis y en el mantenimiento del TP; la segunda, es que cuando una persona dirige su atención a un estímulo diferente del que le produce temor y consigue concentrarse en él, disminuye su conciencia acerca de la existencia del estímulo amenazante. Entonces el terapeuta le propone al paciente aprender un repertorio de técnicas de distracción que pueden ayudarle a dejar de atender a los estímulos amenazantes. Generalmente, se establecen cinco tipos de técnicas:

- 1.- **Centrarse en un objeto:** Se trata de describir con todo detalle cualquier objeto, aludiendo a su forma, tamaño, color, textura, número de objetos iguales que hay en la habitación.
- 2.- **Conciencia sensorial:** Esta técnica engloba, de algún modo, a la anterior. Consiste en hacer un recorrido por todos los sentidos intentando agudizarlos y hacer consciente lo que, generalmente, no percibimos conscientemente. Esto incluye describir todo lo que el paciente ve y oye, pero además, el paciente debe describir los olores, que nota, el gusto de su boca y el tacto que siente en sus manos y el resto del cuerpo. Es algo así como abrir todos los poros del cuerpo y sentir todo lo que nos transmiten nuestros sentidos.
- 3.- **Ejercicios mentales:** A través de esta técnica de distracción se trata de que el paciente lleva a cabo cualquier actividad mental que requiera la suficiente dosis de atención para que se distraiga de su propio cuerpo. Algunos ejemplos de ejercicios mentales pueden ser pequeños juegos como: contar de cero a cien de tres en tres; o, descontar de mil a cero de siete en siete, nombrar animales en orden alfabético, buscar palabras que empiecen con determinada letra, etc.
- 4.- **Actividades absorbentes:** Con esta técnica se trata de realizar cualquier actividad lo suficientemente absorbente como para que la persona se descentre de su ansiedad. No es una técnica especialmente novedosa. Su efecto ya está recogido en el viejo refrán de “El que canta, su mal espanta”.
- 5.- **Recuerdos y fantasías agradables:** Trata de que el paciente debe dejarse llevar por un recuerdo o una fantasía agradable que le permita dejar de pensar en sus sensaciones corporales. Cuando el paciente reconoce haber tenido experiencias de ese tipo, se le comenta que la presente técnica simplemente consiste en eso, en tener preparadas algunas imágenes de escenas agradables, de manera que, solo evocándolos, pueda distraerse de las sensaciones y pensamientos amenazantes, y cambiar las emociones negativas por otras más positivas.

IV.1.3.5.- *Experimentos conductuales*

Los experimentos conductuales son una posibilidad de enfrentar directamente al paciente con sus propias creencias y con sus propios miedos, permitiendo la obtención de experiencias que tienen el gran valor de haber sido vividas por el paciente y no solo transmitidas por el terapeuta. Además estos experimentos constituyen una buena parte de la materia prima que después se elaborará a través de las discusiones cognitivas entre paciente y terapeuta.

El momento en que se utiliza esta estrategia es cuando, avanzado el programa de tratamiento, el paciente ya ha aprendido técnicas para controlar el pánico, mencionadas anteriormente. En ese momento, el terapeuta habla al paciente sobre la función que está teniendo la evitación en el mantenimiento de su problema y cuáles serían las ventajas de comenzar a afrontar sus miedos. Entonces, se le anima a que empiece a afrontar, progresivamente, aquellas situaciones, actividades, pensamientos, imágenes o sensaciones que lleva tiempo evitando por miedo a tener una crisis. Las razones que el terapeuta da al paciente para comenzar a realizar los experimentos son que 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. Y que los afrontamientos se suelen plantear como experimentos que sirven al paciente para poner a prueba sus pensamientos catastróficos como si de hipótesis se tratara, explorando si se producen las consecuencias temidas (infarto, ataque cerebral, asfixia, etc...), con esto el paciente puede comprobar su tendencia a sobreestimar la probabilidad de ocurrencia e intensidad del pánico (Botella, 1997).

Por lo que respecta al tipo de experimentos conductuales, en primer lugar se trataría de afrontar las mismas situaciones o actividades que el paciente teme o evita y que pueden oscilar entre las más claras como cruzar un puente o ir al supermercado, hasta las más sutiles como emocionarse, andar rápido o tener algún tipo de actividad sexual. En segundo lugar se trata de elegir otras situaciones o actividades que reproduzcan lo más posible las sensaciones o condiciones que están presentes en las crisis de los pacientes, los más utilizados en el tratamiento del pánico son los siguientes:

Hiperventilación.- Mediante la hiperventilación es posible inducir ataques de pánico de forma artificial, produciendo síntomas muy similares a los producidos en una crisis, es un modo de exponer al paciente a sensaciones corporales que teme, también suele ser de utilidad para modificar las interpretaciones catastróficas que hacen los pacientes de las sensaciones corporales, sustituyéndolas por otras más racionales.

Lectura de pares asociados.- Aporta al paciente una evidencia clara de la importancia de las cogniciones de sus crisis. Se trata de hacer leer al paciente en voz alta una lista de pares de palabras asociadas, en que se relaciona una sensación corporal y una consecuencia temida fatal temida por los pacientes con TP (vértigo-desmayo, palpitaciones-morir, entumecimiento-ataque, falta de aire-asfixia, irrealidad-locura, opresión de pecho-ataque cardíaco). De esta manera, se intenta reproducir, en cierta medida, el tipo de pensamiento que caracteriza a un paciente en plena crisis. Cuando el paciente acaba de leer el listado de

pares asociados y ha notado el incremento de ansiedad y los síntomas, el terapeuta puede preguntarle que 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 sus ataques.

Foco de atención.- Los pacientes con TP 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 el hecho de prestar atención al propio cuerpo en la cantidad y la intensidad de las sensaciones experimentadas, suele ser útil realizar algún experimento en el que se focalice la atención del paciente.

Ejercicio físico.- Se le pide al paciente que realice un ejercicio físico cualquiera como subir y bajar las escaleras corriendo el tiempo necesario para que comiencen a aparecer sensaciones corporales temidas por el paciente. 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 que cree que no ha tenido el paro cardiaco si la taquicardia estuvo presente. El ejercicio físico, en cualquiera de sus variantes, además de constituir uno de los experimentos conductuales más sencillos de realizar, es de los que más ayudan a los pacientes a retribuir las implicaciones de sus sensaciones. Además de la habituación a las sensaciones, a través de él, el paciente puede alcanzar la reconciliación con su mayor enemigo, su propio cuerpo.

Técnicas de imaginación.- Algunos ataques de pánico son desencadenados o mantenidos por breves pero amenazantes imágenes. Identificar el papel de estas imágenes puede ayudar a hacer de los ataques algo más comprensible y, por lo tanto, menos temible.

Sobreingestión de cafeína.- No resulta extraño que un paciente que padece TP comente que desde que se encuentra mal, evita tomar café, refrescos de cola, té o cualquier bebida que contenga cafeína porque nota que se siente mal. La ingestión exagerada de cafeína, puede utilizarse en ocasiones como una forma de inducir el pánico fisiológicamente, cuando tenga pueda tener alguna utilidad terapéutica. Al igual que la prueba de hiperventilación, con este experimento conductual se puede conseguir la reproducción de sensaciones similares a las de las crisis. En ese sentido, el trabajo del terapeuta se centrará en los mismos aspectos que se han comentado al hablar de la prueba de hiperventilación.

Intención paradójica.- Durante el programa de tratamiento, el objetivo principal del terapeuta debe ser que el paciente aprenda a identificar y modificar la interpretación catastrófica de sus sensaciones. También se le ensañan técnicas para controlar adecuadamente las manifestaciones fisiológicas de su ansiedad. Sucede entonces, que algunos pacientes se agarran de estas técnicas como a una tabla de salvación olvidando el mensaje principal del tratamiento, a saber, que el ataque de pánico, en sí mismo, es inofensivo y que las técnicas de control de la ansiedad no son técnicas de supervivencia, sino modos de disminuir el malestar de la persona. Cuando esto ocurre, las propias técnicas de control de la ansiedad se pueden volver contra el paciente, ya que pasan a ser una tarea más que el paciente necesita hacer en el momento de la crisis para evitar, según el paciente, la muerte. Se le dice al paciente que trate de provocarse una sensación corporal como las que tiene durante las crisis, cuando ya la haya provocado, tendrá que hacer algo paradójico,

algo contradictorio. Tendrá que centrarse en sus sensaciones y tratar de hacer que se hagan más intensas, que las exagere. Obviamente cuando se finaliza el experimento, al paciente no le ha pasado nada, no se desmayó, no le ocurrió un infarto, ni se volvió loco... Entonces, y a través de una discusión cognitiva, el terapeuta hace ver que la amenaza que el percibe en sus crisis, no es algo que tenga que esforzarse por evitar y que le obligue a estar continuamente alerta para que no se produzca.

IV.1.3.6.- *Prevención de recaídas*

En todo programa terapéutico es muy importante finalizar el tratamiento con un módulo de prevención de recaídas, con el que se prepara al paciente para el fin de la terapia. Independientemente de la mayor o menor dependencia que haya desarrollado el paciente hacia el terapeuta, casi todos suelen tener miedo, en menor o mayor grado, la finalización del tratamiento, el momento en que el paciente piensa que va a dejar de contar con la ayuda del terapeuta para solucionar sus problemas. En estas sesiones de prevención de recaídas tiene un triple objetivo: en primer lugar hacer ver al paciente la posibilidad de que se produzcan nuevos ataques de pánico en un futuro; en segundo lugar, analizar los factores que pueden predisponer a tales ataques intentando reducirlos al máximo; y en tercer lugar, indicar al paciente qué debe hacer si se producen nuevas crisis.

Existen varias fuentes potenciales de recaída en un paciente con Trastorno de Pánico:

- 1.- La creencia residual en las interpretaciones catastróficas originales.
- 2.- La preocupación por que el pánico (no las consecuencias temidas) recurra.
- 3.- La creencia disfuncional sobre la toxicidad de las sensaciones corporales en general.
- 4.- La creencia sobre la vulnerabilidad a las situaciones estresantes.
- 5.- Permanencia o recaída en patrones de evitación de situaciones o sensaciones.
- 6.- Hipervigilancia continua.

Para la aplicación del módulo de prevención de recaídas, se suelen seguir estos pasos:

- 1.- Valoración de la evolución del paciente a lo largo de la terapia.
- 2.- Repaso del contenido de las sesiones.
- 3.- Atribución de la mejoría alcanzada.
- 4.- Refuerzo del terapeuta
- 5.- Valoración de la creencia residual en las interpretaciones catastróficas de las sensaciones corporales.
- 6.- Valoración del grado de evitación y temor a las principales conductas-objetivo.
- 7.- Expectativas futuras del paciente con respecto a las crisis.
- 8.- Conveniencia de generalizar el contenido de la terapia a otras sensaciones corporales, distintas a las habituales, que pudieran aparecer en futuras crisis.
- 9.- Conveniencia de seguir practicando las técnicas aprendidas.

Para introducir la prevención de recaídas, se le dice al paciente que se está acercando el final del tratamiento y que un miedo o un temor común cuando la terapia llega a su fin es qué va a pasar con los cambios que se han producido y que sus dudas son normales y que a estas se le dedicaran esta últimas sesiones.

IV.1.4.- Musicoterapia

El concepto de música como terapia ha existido de forma explícita o implícita en la mayor parte de las culturas y en todas las épocas. Pitágoras (h.585-h. 500 a.C.) consideraba que la música podía restablecer la armonía espiritual, y la describe como medicina del alma; Platón (h. 427-347 a. C.), en Las Leyes, consideraba que la música da serenidad al alma; Aristóteles (384-322 a. C.) valoraba la música por su capacidad de facilitar una catarsis emocional. (Betés de Toro, 2000)

Etimológicamente hablando “musicoterapia” es una mala traducción del inglés, en donde el adjetivo “música” precede al sustantivo “terapia”. La traducción correcta sería “Terapia a través de la música” (Poch, 1999)

La musicoterapia es el uso de la música en la consecución de objetivos terapéuticos: la restauración, el mantenimiento y el acrecentamiento de la salud tanto física como mental. Es también la aplicación científica de la música, dirigida por el terapeuta en un contexto terapéutico para provocar cambios en el comportamiento. Dichos cambios facilitan a la persona en el tratamiento que debe recibir a fin de que pueda comprenderse mejor a sí misma y a su mundo para poder ajustarse mejor y más adecuadamente a la sociedad (NAMT, cit en Poch, 1999)

La musicoterapia es el uso dosificado de la música en el tratamiento, rehabilitación, la educación y el adiestramiento de adultos y niños que padecen trastornos físicos, mentales o emocionales (Alvin, 1997)

Para Brucia, la musicoterapia es un proceso dirigido a un fin, en el que el terapeuta ayuda al cliente a acrecentar, mantener o restaurar un estado de bienestar utilizando experiencias musicales y las relaciones que se desarrollan a través de ellas, como fuerzas dinámicas de cambio. En musicoterapia se habla de música no de sonidos aislados. Ciertamente la música está compuesta por sonidos, pero es algo más: es una estructura, un lenguaje, un arte. Es decir la musicoterapia tiene por objeto el sonido como elemento terapéutico así como las letras o los fonemas para la poesía (Poch, 1999)

Por último tenemos que, la musicoterapia es una psicoterapia que utiliza el sonido, la música, el movimiento y los instrumentos còrporo-sonoro-musicales, para desarrollar, elaborar y reflexionar un vínculo o una relación entre musicoterapeuta y paciente o grupo de pacientes, con el objetivo de mejorar la calidad de vida del paciente y rehabilitarlo y recuperarlo para la sociedad (Benenson, 1998)

IV.1.4.1.- *Efectos biológicos y neurofisiológicos de la musicoterapia*

La música actúa sobre la bioquímica de nuestro organismo, positiva o negativamente según el tipo de música (Millar, 1975 cit en Poch, 1999) y de las características del oyente, ya sea su cultura, ambiente, familia y época.

La presión de la sangre, al parecer cambia según el tipo de música. La música estimulante tiende a aumentar el ritmo cardiaco, mientras que la música sedante tiende a disminuirlo (Cóleman, 1920 cit en Poch, 1999) La música estimulante tiende a aumentar la respiración, mientras que la sedante la disminuye (Ellis y Brighthouse, 1952 cit en Poch, 1999)

Sears demostró que la música sedante produce fuertes contracciones peristálticas de estómago, mucho más que la estimulante. El equipo médico del Dr. Trento de la Universidad de Roma, demostró que el canto gregoriano, la música de Bach y la música pre-romántica eran sumamente indicadas como terapias en gastritis úlceras y dispepsias.

Resumiendo las investigaciones sobre los efectos biológicos del sonido y de la música en el ser humano se puede decir que: a) Según el ritmo, incrementa o disminuye la energía muscular. b) Acelera la respiración o altera su regularidad. c) Produce efecto marcado, pero variable, en el pulso, la presión sanguínea y la función endocrina. d) Disminuye el impacto de los estímulos de diferentes modos. e) Tiende a reducir o demorar la fatiga y, consecuentemente, incrementa el endurecimiento muscular. f) Aumenta la actividad voluntaria, como escribir a máquina, e incrementa la extensión de los reflejos musculares empleados en escribir, dibujar, etc. g) Es capaz de provocar cambios en los trazados eléctricos del organismo. h) Es capaz de provocar cambios en el metabolismo y en la biosíntesis de variados procesos enzimáticos. (Benenson, 1981)

IV.1.4.2.- *Ondas cerebrales*

Sabemos que con una sola experiencia pueden activarse millones de neuronas. Hay que recordar que la música posee un misterioso poder de activar las neuronas cuando se propone relajar la tensión muscular, cambiar el pulso, y produce recuerdos muy alejados en el tiempo, los cuales están relacionados directamente con la cantidad de neuronas activadas en la experiencia.

El especialista alemán Hans Berger, de Jena en 1923, fue el primero en demostrar en su laboratorio de fisiología la presencia de ritmos en el cerebro, su regularidad y como podían ser influidos por diferentes estados mentales. La importancia de este descubrimiento es fundamental en la relación con la música, uno de cuyos componentes es el ritmo, porque presta un fundamento fisiológico más para explicar la influencia de la música en el ser humano.

IV.1.4.3.- *El sistema límbico y su relación con la música*

El sistema límbico esta formado por el hipotálamo, el tálamo, el hipocampo y la amígdala. Tomado todo en conjunto, por lo que parece, el sistema límbico se encuentra relacionado con diferentes aspectos emocionales del comportamiento humano. Precisamente, la necesidad de hacer música, de bailar e imitar movimientos tiene su sede en éste sistema, por lo tanto, se sugiere que el sistema límbico puede ser el responsable del gozo que produce la música y otras formas de arte (Poch, 1999)

El tálamo es el sitio adonde llegan las sensaciones y emociones, que quedarán ahí en un plano no conciente; es decir que mediante un ritmo musical podemos condicionar una respuesta inconsciente automática. El ritmo y quizá la melodía son atributos del hombre y de los animales, pero la armonía, que ya es un producto intelectual, sólo se puede realizar a nivel cortical y es atributo exclusivo del hombre; es ahí, en el pasaje del tálamo a la corteza, donde los elementos musicales y sonoros pueden sufrir inhibiciones y desplazamientos que se desconocen. (Benenzon, 1981).

IV.1.4.4.- *Efectos Psicológicos de la Música*

La música, al actuar sobre el SNC, provoca o puede provocar en el ser humano efectos sedantes, estimulantes o enervantes (Fig 4.1)

<i>Características</i>	<i>Estimulante</i>	<i>Sedante</i>
Volumen de sonido	alto	Bajo
Ritmo	Rápido (andante, allegro, vivo, vivace, presto)	Lente (lento, largo, adagio)
Ritmo	Irregular, cambiante	Regular, uniforme
Ritmo	Marcado, se hace notar	Apenas se hace notar
Tempo	Más bien rápido	Más bien lento
Notas	Agudas o medias	Graves o medias
Línea melódica	Con saltos bruscos	Sin saltos bruscos
Línea melódica	Sin repeticiones	Con repeticiones
Armonía	Acordes disonantes	Acordes consonantes
Timbre	Depende del instrumento	Depende del instrumento

Fig. 4.1 Características de una música estimulante y de una música sedante

A grandes rasgos, éstos serían, en teoría, los efectos contrapuestos de estos dos tipos de música. En la práctica existe una condición para que produzca estos efectos en el ser humano, y es, por ejemplo, el que la música sea del agrado de quien la escucha y que la escuche en una situación personal y ambiental adecuada. Un ejemplo clásico de música sedante es el de la canción de cuna, mientras que un ejemplo de la música estimulante es el de las marchas y la música de danza.

La música estimulante aumenta la energía corporal, induce a la acción corporal, estimula los músculos estriados, las emociones y las reacciones subcorticales del hombre, y se basa en elementos tales como ritmos marcados, volumen tonal, cacofonía y notas desligadas. La música sedante, por su parte, es definida como la compuesta por una melodía ligada, en la que falta un ritmo marcado y percusivo. Ello lleva a la sedación física y a respuestas de naturaleza intelectual y contemplativa más que física (Poch, 1999)

Las respuestas psicológicas a una experiencia musical dependen de la capacidad del oyente o del ejecutante para comunicarse o identificarse con ella. La música actúa sobre los niveles del ello, yo y superyó. Es capaz de despertar o expresar instintos primitivos y aun ayudar a que se manifiesten; puede contribuir a afirmar el yo; liberar o dominar las emociones al mismo tiempo; dar un sentido de finalidad al oyente o al ejecutante: puede sublimar algunas emociones; satisfacer el deseo de perfección a través de experiencias estéticas y espirituales muy nobles. La música puede expresar toda la gama de las experiencias del hombre por su relación con los tres niveles de su personalidad. (Alvin, 1997)

En general, la música puede despertar, evocar, provocar, fortalecer y desarrollar cualquier emoción o sentimiento humano. Es un hecho incuestionable que la música puede expresar sentimientos de amor, odio, tristeza, temor, alegría, desesperación, terror, miedo, angustia, etc. Sin embargo, la gran cuestión no resuelta es saber el como y el porqué; se sabe de que manera se percibe un sonido, pero no como la música se transforma en emoción.

IV.1.4.5.- *Musicoterapia y trastornos emocionales*

El efecto de la música sobre las emociones es muy profundo y tan impresionantes los aparentes cambios que algunas veces produce en la personalidad, que uno no se sorprende al encontrar en la historia de la psicología y de la psicoterapia una cantidad considerable de estudios referentes al uso de la música en psiquiatría. (Betés de Toro, 2000)

En 1956 Meyer L. publica su libro “*Emotion and meaning music*”, en el cual, ya en ésta época, habla sobre la relación entre las emociones y la música. Hay que aclarar que éste es uno de los primeros libros que se enfocan en ésta área de estudio.

Ya en fechas más recientes Juslin (2001) propone su libro “*Music and emotion theory and research*” en el cual se enfoca al estudio e investigación de la música y las emociones. La primera sección trata las distintas aproximaciones interdisciplinarias, considerando perspectivas de la filosofía, psicología, musicología, biología antropología y sociología. La segunda sección trata el rol de las emociones en la composición de la música, las formas en que las emociones pueden ser comunicadas vía estructuras musicales y el uso de la música para expresar emociones en la cinematografía. La tercer sección se enfoca en las emociones del ejecutante, y cómo el comunica la emoción y cómo su estado emocional afecta su propia ejecución. La sección final estudia la formas en que las emociones son influenciadas durante la escucha de la música tanto activa como pasiva (Juslin, 2001)

IV.1.4.6.- *Trastorno de ansiedad*

La ansiedad es una reacción fisiológica involuntaria ante un peligro, reacción por tanto innata del hombre. En sí, es positiva e indispensable para el ser humano porque moviliza sus defensas ante el peligro.

Técnicas de musicoterapia aplicables.- Los primero que hay que tener en cuenta es la gravedad del problema, en función de la cuál podrán aplicarse unas técnicas u otras. Por ejemplo, cuando un paciente esté en un estado traumático de ansiedad, en tal circunstancia es incapaz de racionalizar, y por tanto no sería aplicable, de entrada, una técnica que supusiera un proceso de introspección. El musicoterapeuta puede basar su tratamiento en la terapia psicoterapéutica que elija en cada caso, aplicando las técnicas de musicoterapia más adecuadas. (Poch, 1999)

El musicoterapeuta deberá elegir el tipo de música adecuada para calmar la ansiedad del paciente. En primer lugar, se debe de buscar una pieza que reproduzca lo máximo posible el estado de ansiedad del paciente para conectar con este. El terapeuta puede tener una ayuda si pregunta al paciente qué desea escuchar, ya que a veces es el único medio para conocer su estado de ánimo actual. Es conveniente preguntar siempre los motivos de su elección. A partir de ese momento, se ponen sucesivamente piezas encaminadas a disminuir su ansiedad y a ser tema de proyección de la problemática concreta del paciente. Se pueden escoger temas musicales que el paciente rehuya en sesiones posteriores, nunca al principio, y siempre que sea oportuno; son útiles para ayudar a vencer sus miedos, aunque su uso debe hacerse de manera gradual y por musicoterapeutas expertos, con años de práctica (Poch, 1999)

A modo de líneas orientadoras puede establecerse el siguiente esquema ya que las sesiones nunca deben ajustarse con rigidez a un patrón dado. Deben de adecuarse a las necesidades del paciente, en cada momento.

1. Crear un clima afectivo que invite a entrar. Al llegar el paciente a la sala es adecuado que escuche una música de fondo muy suave que le invite a entrar.
2. Presentaciones del terapeuta y el paciente en la primera sesión. A veces es suficiente pedirle el nombre de pila para salvaguardar el derecho a su intimidad.
3. Corto diálogo con el paciente acerca de su situación personal, del tiempo, de los acontecimientos hospitalarios, de lo que ha visto en la televisión, etc.
4. Pedir al paciente que exprese que quiere escuchar y anotarlo.
5. Contenido específico de la sesión: técnicas o métodos adecuados en cada caso. No se deben utilizar más de tres o cuatro técnicas distintas en cada sesión.
6. Despedida. El paciente puede escuchar una pieza musical distinta cada día o bien una elegida o preferida por el, siempre la misma. Esta pieza concreta debe ser melódica, sugerente, esperanzadora...
7. Proyectar lo que se podría hacer en la próxima sesión, sin olvidar la importancia del elemento "sorpresa", ya que con determinado tipo de pacientes es mejor que no sepan con antelación el contenido de la próxima sesión. Puede ser conveniente preguntar, por ejemplo, qué es lo que más le ha gustado de la sesión, que ha encontrado a faltar, etc., aunque depende de cada caso. (Poch, 1999)

El campo de la musicoterapia, como se mencionaba antes, es muy antiguo, pero también es reciente su investigación como campo de estudio. Por ésta razón en la literatura se encuentra muy poca información con respecto al Trastorno de Pánico y aunque si se trabaja con trastornos emocionales como la depresión y la ansiedad mas general su estudio poco a poco va en avance.

IV.1.5.- Tratamiento Farmacológico

El Trastorno de Pánico tiene hoy en día un excelente pronóstico terapéutico a corto plazo. La medicina dispone de una amplia gama de fármacos, capaces de hacer remitir el cuadro en el plazo de 1 a 2 meses.

El efecto esencial en el tratamiento de los trastornos de ansiedad es el bloqueo de las crisis de pánico espontáneas. Para ello se dispone de una gran diversidad de fármacos, que pueden clasificarse en dos grandes grupos: antidepresivos y ansiolíticos. Entre los primeros cabe destacar los antidepresivos tricíclicos, los inhibidores de la monoaminoxidasa y los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina, y entre los segundos, las benzodiazepinas.

Frente a una crisis de Pánico, el tratamiento es en principio sencillo. Cualquier benzodiazepina a dosis moderadas puede yugular el ataque en de 15 a 20 minutos. Los servicios de urgencia de cualquier hospital conocen la eficacia del diazepam o del alprazolam sublinguales para estos casos.

IV.1.5.1.- Antidepresivos

IV.1.5.1.1.- Antidepresivos tricíclicos

Los fármacos mas estudiados en esta patología son la imipramina y la clomipramina. El mecanismo de actuación de estos fármacos se realiza mediante la inhibición de la recaptación de noradrenalina y de serotonina del espacio intersináptico, que conlleva un aumento de la concentración de estos neurotransmisores en esta zona t y la potenciación de sus efectos (Ayuso, 1987, cit en Massana, 1997)

Imipramina.- Sin duda es una de los fármacos mejor estudiados en el Trastorno de Pánico y uno de los más efectivos. Aparte de su gran efectividad, tiene la ventaja de ser antidepresivo (pensar en la frecuente depresión concomitante) y la extrema facilidad con la que puede retirarse. En general, la dosis de imipramina es de 150mg/d. La mayoría de los pacientes necesitan dosis algo superiores, considerándose los 300mg/d como dosis máxima ambulatoria. Es recomendable explicar detalladamente al paciente, los posibles efectos secundarios y escalar la dosis de una manera gradual. Una vez conseguida la remisión del cuadro, es necesario realizar el tratamiento de mantenimiento con la misma dosis requerida

para la desaparición de las crisis. A los 9-12 meses, se inicia la retirada a un ritmo de 25mg cada 1-2 semanas.

En el aspecto negativo hay que destacar dos aspectos: 1.- Como todos los antidepresivos, el comienzo de su acción es retardado y la respuesta terapéutica no suele producirse antes de las 4-6 semanas. 2.- Efectos secundarios. Aunque la imipramina no es un fármaco excesivamente peligroso, su perfil de efectos secundarios es para algunos pacientes difícil de sobrellevar. Al principio sobre todo, puede provocar taquicardia, lo cual en pacientes que temen padecer algún accidente cardiaco, no es precisamente lo más aconsejable. Por otra parte, los efectos anticolinérgicos pueden ser disuasorios en algunos pacientes. Si pensamos en el largo tiempo de la medicación, entenderemos que el estreñimiento puede llegar a ser insoportable (Massana, 1997)

Clomipramina.- Aunque el número de trabajos es inferior al de la imipramina está completamente demostrada su gran efectividad en el Trastorno de Pánico. Incluso por su mayor efecto sedante, estaría más indicada que la anterior. Sin embargo sus efectos secundarios, aunque idénticos a los de la imipramina, tienden a ser de mayor intensidad y por lo tanto es, así mismo, mayor el número de pacientes que no los tolera. Sobre todo, la somnolencia diurna es, en algunos casos, imposible de contrarrestar. A pesar de ser un fármaco estimulante, el metilfenidato puede ser de ayuda en estos casos, y en general no agrava las crisis. Su dosificación es la misma que la de la imipramina, aunque los 300mg/d, casi nunca se alcanzan (Massana, 1997)

IV.1.5.1.2.-*Inhibidores de la monoaminooxidasa*

Fenelzina.- Los IMAO y, en concreto, la fenelzina, constituyen, probablemente, los mejores medicamentos antipánico, no solo por su capacidad para bloquear las crisis sino también por ser los mejores para superar las fobias. Los inconvenientes provienen de su perfil de efectos secundarios, en especial de su posibilidad de interacción con derivados de la tiramina y con los fármacos simpaticomiméticos que pueden dar lugar a crisis hipertensivas muy graves, además de la hipotensión, insomnio y aumento de peso. Por esta razón y a pesar de su máxima eficacia, la fenelzina debe considerarse sólo como fármaco de segunda elección. La dosis de fenelzina necesaria para controlar el Trastorno de Pánico oscila entre 45-90mg/d (Massana, 1997)

Tranilcipromina.- Menos usada en nuestro país, este fármaco es también tan eficaz como la fenelzina en el Trastorno de Pánico. Sus dosis oscilan entre 20-40mg/d. Parece tener menos efectos hipotensores que la anterior por lo que debe ensayarse su uso en aquellos enfermos que no toleran la fenelzina por hipotensión (Goodman, 1985 cit en Massana, 1997)

IV.1.5.1.3.- *Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)*

Esta nueva serie de fármacos ha despertado un gran interés tanto por su efectividad como por su perfil de efectos secundarios que garantizan una excelente tolerabilidad. Sin embargo, hay que advertir que, a diferencia del alprazolam, los tricíclicos y los IMAO, el número de ensayos clínicos efectuados con ellos es todavía muy reducido.

Fluvoxamina.- En los estudios realizados hasta ahora, la fluvoxamina ha demostrado ser eficaz a corto plazo. Las dosis oscilan entre 100-200mg/d. Como los demás ISRS, su perfil de efectos secundarios es muy benigno y los pacientes no parecen referir ninguno. En casos aislados, puede aparecer cefalea y molestias gastrointestinales.

Fluoxetina.- Las dosis terapéuticas de fluoxetina oscilan entre 20-40mg/d, pero algunos pacientes muestran un aumento de ansiedad e inquietud, los primeros días. Por esta causa, puede ser aconsejable empezar con infradosis de 5mg/d, o añadir alguna BDZ.

Paroxetina.- Unos 40mg/d han demostrado ser la dosis ideal de paroxetina, para el Trastorno de Pánico. En algún pequeño grupo de pacientes, éste fármaco parece producir una somnolencia diurna excesiva, pero en general su tolerancia es excelente.

Sertralina y citalopram.- Apenas hay datos sobre estudios controlados de estos fármacos en el Trastorno de Pánico, pero en principio no existe ningún motivo para que no sean tan eficaces como los anteriores.

Como ya se ha dicho, el perfil de efectos secundarios de estos fármacos es muy bueno, por lo que en general se toleran perfectamente. Quizás el mayor inconveniente viene determinado por aquellos pacientes en los que la administración de ISRS produce un bloqueo absoluto de su actividad sexual. Algunos autores sugieren que aprovechando la larga vida media de la fluoxetina, su administración sólo una o dos veces por semana podría significar una solución. En resumen, si los resultados actuales se confirman y se obtienen datos de su efectividad a largo plazo, los ISRS podrían llegar a ser, en el futuro, los fármacos de elección para el Trastorno de Pánico (Massana, 1997)

IV.1.5.2.- **Benzodiacepinas**

IV.1.5.2.1.- *Alprazolam*

El alprazolam es una de los fármacos mejor estudiados en el Trastorno de Pánico. El alprazolam vino a desterrar el concepto de inutilidad de las BDZ y, por el contrario, supuso la aparición de uno de los mejores fármacos para el tratamiento del cuadro. Hoy día, la eficacia del alprazolam está bien documentada en multitud de ensayos clínicos bien controlados. De hecho, el alprazolam posee ventajas indudables sobre los antidepresivos.

La primera es que su acción es francamente rápida y prácticamente ya al cabo de una semana, el paciente suele experimentar una notable mejoría. Con los antidepresivos hay que esperar de 4 a 6 semanas. Otra ventaja es que su perfil de efectos secundarios es mínimo y la mayoría de los pacientes tienen una tolerancia excelente. Por otra parte, también se ha demostrado que su eficacia no se reduce aunque el paciente presente, concomitantemente, un cuadro depresivo. En el aspecto negativo, cabe destacar como desventajas, cierta sedación, cierta amnesia anterógrada y el riesgo de dependencia (Massana, 1997)

En general la mayor parte de los pacientes podrán pasar largos intervalos de su vida sin necesitar medicación. Precisamente por ésta razón, se recomienda que los tratamientos sean lo suficientemente largos como para evitar las recaídas demasiado rápidas o demasiado frecuentes. Una norma razonable sería efectuar un tratamiento de 9 a 12 meses con la misma dosis que fue necesaria para su restablecimiento. Una vez transcurrido el tiempo estipulado puede iniciarse lentamente la retirada de la medicación, a base de 0,25mg cada 4 u 8 días y observar cuidadosamente la evolución. Un gran número de pacientes conseguirán suprimir por completo la medicación y mantenerse libres de síntomas por tiempo indefinido. En otros casos, eso no será posible y habrá que mantener el tratamiento por periodos añadidos de 6 meses, intentando sucesivamente la retirada (Massana, 1997)

Hay que reconocer que las BDZ pueden producir dependencia. Pacientes que las toman más de un año, a dosis relativamente altas, presentan dependencia en un 35%-45%. Cuando esto ocurre hay que tener en cuenta tres cuestiones fundamentales: 1) No hay ningún dato de que la administración continuada de BDZ durante años, tenga algún efecto nocivo para el organismo, siempre que su tolerancia sea buena. 2) La interrupción brusca del tratamiento no debe hacerse jamás. Efectuar una maniobra de este tipo supone indocumentación y mala práctica médica. 3) Si se considera necesario retirar la medicación, debe hacerse de un modo lento y gradual y explicando al paciente las características del proceso. Una información racional garantiza que la supresión del fármaco se podrá hacer sin excesivas dificultades (Massana, 1997)

IV.1.5.2.2.- Clonazepam

Hay bastantes datos sugiriendo que el clonazepam es también efectivo en el Trastorno de Pánico. Sin embargo, el número de ensayos controlados es sensiblemente inferior al del alprazolam, por lo que es poco frecuente iniciar el tratamiento con éste fármaco, Las dosis necesarias oscilan entre 5-10mg/d y sus ventajas e inconvenientes son similares a los del alprazolam. Quizás algunos pacientes se quejan de una mayor sedación (Massana, 1997)

El efecto terapéutico del alprazolam y del clonazepam sobre el Trastorno de Pánico ha producido una cierta revolución en las primeras consideraciones sobre las características de este trastorno. Durante mucho tiempo se pensó que las BDZ eran excelentes ansiolíticos pero carecían de efectos antipánico.

Recientemente se ha visto que el hecho fundamental de estas dos benzodiacepinas es el de ser de gran potencia. El concepto potencia se relaciona con la afinidad para el

complejo del receptor GABA-benzodiazepina-canales de cloro. Si esta es la propiedad diferencial de las BDZ antipánico, sería lógico pensar que las demás BDZ de potencia inferior, podrían ser antipánico, administradas a dosis superiores.

Ya que nos hemos adentrado en lo que son los métodos terapéuticos más utilizados en este tipo de trastorno en el capítulo siguiente se hará una propuesta de guía informativa para los pacientes con este trastorno y las personas que lo rodean. Se tratará de una guía informativa, en donde se explicará, clara, breve y concisa como se debería de actuar ante una crisis de pánico.

Guía o Folleto Informativo para pacientes con Trastorno de Pánico

Muchas veces cuando a las personas se les presenta por primera vez este trastorno, no saben que les está ocurriendo. Como ya veíamos en capítulos anteriores, hay una serie de síntomas autonómicos, que al presentarse conjuntamente, en un grado exacerbado alrededor de 10 o 15 minutos y sin previo aviso, sabemos que la gente está presenciando una sensación real de muerte o de que se va a volver loca.

Agreguemos a esto lo que pasa a nivel psicológico, específicamente a los pensamientos que pueda tener la persona en cuestión. Sabemos que una persona al no tratar este trastorno puede llegar a desarrollar otros tipos de trastornos ansiosos como el Trastorno obsesivo-compulsivo o alguna fobia. Es por esto que existe una condición para poder enfrentar en lo posible al trastorno de pánico, ésta es la información, cuando la gente está bien informada no existe lo desconocido mágico (Meerlo, 1996).

Información, significa el conocimiento de lo que sucede, el fortalecimiento de la confianza en la información. La gente no quiere que se le mantenga en ignorancia ni que se le engañe. La información también es comunicación. A través de la información la influencia abrumadora de la ansiedad se reduce a un moderado temor que fortifica (Meerlo, 1996).

A continuación se presentan las páginas correspondientes al folleto original que viene adjunto al final de la tesina el cual contiene información para personas que pudieran tener el Trastorno de Pánico.



**Suerte
Amigo(a)**

**NO ESTAS
SOLO(A)**

Pide Ayuda profesional

Aquí se te proporcionan algunos teléfonos de algunas asociaciones e institutos en donde se te podrá atender:

SAPTEL Sistema Nacional de Apoyo, Consejo Psicológico e Intervención en Crisis por Teléfono.
52 59 81 21 01 800 4 727 835

Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz"
56 55 28 11

Clínica San Rafael, Tlalpan DF, México
55 73 42 66 56 55 41 35

INTEGRA
Centro Especializado en el Tratamiento Integral de la Ansiedad
52 54 58 45 52 54 56 19 52 54 56 01 52 54 74 10

GMC Centro Gestalt de México
52 03 20 08 01 800 2 246 246

¿ Sientes
Ataques
Súbitos
de
Ansiedad ?



Cuestionario de Autoevaluación

Lee con cuidado e identifica marcando con una " X " si algunos de los siguientes síntomas se manifiestan de manera frecuente y muy fuerte.

Síntomas	si	no
1. Opresión en el pecho		
2. El corazón te late apresuradamente		
3. Respiración agitada		
4. Sensación de ahogo		
5. Mareos		
6. Sudoración excesiva		
7. Deseos de vomitar		
8. Tensión en el estómago		
9. Temblores		
10. Espasmos		
11. Hormigueo en diferentes partes del cuerpo		
12. Te sientes fuera de control		
13. Te sientes como si no fueras real		
14. Temes que te estés muriendo		
15. Temes estar perdiendo la razón		

Si en este último mes has presentado seis o más síntomas, de los mencionados arriba ve a la siguiente página.

DISTRÁETE

- 1.- Concéntrate en algún objeto: Describe con todo detalle cualquier objeto aludiendo a su forma, color, tamaño, textura, etc...
- 2.- Haz un ejercicio mental. Cuenta de cero a trescientos de tres en tres, nombra ciertos tipos de animales que empiecen con cierta letra, etc...

También te recomiendo que traigas a tu mente recuerdos de tu vida que hayan sido agradables

Ya que haz experimentado estas crisis de Pánico y haz tratado de tranquilizarte

¿Qué sigue?

- Tienes que acudir con un profesional capacitado para que descarte algunas enfermedades que presentan esta sintomatología, como:
Hipoglucemia, Hipertiroidismo, Hipotiroidismo, Síndrome de Cushing, abstinencia a drogas, Insulinoma, Angor.
- Programar una cita con algún Psicólogo o Psicoterapeuta.

Si la intensidad del trastorno es muy intensa, platica con tu terapeuta la posibilidad de ayudarte con una terapia farmacológica, prescrita por un médico psiquiatra.

Si realmente quieres curarte de este trastorno, en primer lugar tienes que tranquilizarte, ser constante en tus citas, seguir adecuadamente las indicaciones de tu tratamiento y sobre todo

¡¡ NO DESESPERARTE Y ECHARLE MUCHAS GANAS !!

Cuando se presente una crisis de Pánico
Lo primero que debes hacer para intentar

TRANQUILIZARTE

Es seguir los pasos que estan a continuación:

TRATA DE RESPIRAR LENTO

INHALA, RETENLO Y EXHALA

1. INHALA CONTANDO 4 TIEMPOS
2. RETEN EL AIRE 2 TIEMPOS
Y
3. EXHALA EN 4 TIEMPOS

¡ ¡ TE SENTIRÁS MEJOR !!

Cuando se presente una crisis de Pánico

NO

morirás
sufrirás un infarto
te asfixiarás
va a ocurrir un ataque cerebral
vas a perder el control
enloquecerás

SI HAS EXPERIMENTADO ESTOS SÍNTOMAS Y
POCO A POCO VAN EN AUMENTO

PUEDE SER QUE PADEZCAS

TRASTORNO DE PÁNICO

Este pequeño folleto tiene como finalidad,
explicarte en qué consiste este trastorno
y aceptar que es una enfermedad real,
muy común y lo mas importante informarte
que:

¡ Se puede curar!

Pero necesitas un tratamiento adecuado.

Lee este folleto y ve de qué manera se puede
obtener ayuda.

¡ ¡ Podrás sentirte mejor !!

¿QUÉ ES EL TRASTORNO DE PÁNICO?

El Trastorno de Pánico es una enfermedad que se puede tratar con psicoterapia y medicamentos. Se caracteriza por un incremento de ansiedad, casi siempre brusco, que llega sin previo aviso, en el que está presente de forma mas o menos intensa una serie de síntomas que hacen pensar o "experimentar" una sensación real de muerte o de volverse loco. Por lo general, su duración no suele exceder los diez minutos.

A este incremento de ansiedad, que por lo regular ocurre en cualquier momento o lugar sin previo aviso, se le llama:

ATAQUE DE PÁNICO

Después de que ocurren los primeros Ataques de Pánico, es posible que vivas con el constante miedo de sufrir otro ataque y te alejes de los lugares en donde lo haz sufrido anteriormente.

A algunas personas el miedo les controla la vida y no pueden salir de sus hogares.
"Debes tener en cuenta que el ataque de pánico no dura mucho, aproximadamente 10 minutos".

¿Por qué a mí?

y

¿Soy yo el(la) único(a) con esta enfermedad?

Estas son preguntas que normalmente la gente se hace a la llegada de este trastorno.

Usualmente el Trastorno de Pánico comienza cuando las personas son jóvenes adultas, de edades de 18 a 24 años. Es común que comience cuando una persona se encuentra bajo una cantidad enorme de estrés.

Cualquier persona puede padecer el trastorno, pero es mas común en las mujeres que en los hombres, a veces es hereditario.

El Trastorno de Pánico puede durar unos cuantos meses o muchos años.

Ah por cierto

¡No. No eres el(la) único(a)!

REFLEXIONES FINALES

Dada la necesidad de diferenciar el Trastorno de Pánico de otros trastornos de ansiedad, se presenta una tabla que resume cual es el significado, su sintomatología y la característica esencial de cada uno de los trastornos de ansiedad, incluyendo el Trastorno de Pánico, que se abordan en este trabajo. Con esta tabla nos podemos dar cuenta que éstos trastornos, aparentemente, pueden presentar sintomatología tanto somática como cognitiva parecidas. Por lo tanto, nos puede ayudar a reconocer que cada uno de estos trastornos es diferente del Trastorno de Pánico y que su intervención, de éste desorden, ya sea psicoterapéutica o farmacológica, debe ser diferente de los otros.

TRASTORNOS DE ANSIEDAD	SIGNIFICADO	SÍNTOMATOLOGÍA	CARACTERÍSTICA ESENCIAL
<i>Trastorno de Ansiedad Generalizada</i>	Se caracteriza por un sentimiento de ansiedad de carácter persistente, insidioso y generalizado, que no se limita a ninguna situación en particular, si no sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades.	Inquietud o impaciencia, fatigabilidad fácil, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular, alteraciones del sueño.	La característica esencial del TAG es la Preocupación.
<i>Trastorno Obsesivo Compulsivo</i>	Es una enfermedad de curso crónico o recurrente caracterizada por la presencia de obsesiones y compulsiones, que determinan una angustia patológica.	Obsesiones: pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan como inapropiados, que causan ansiedad. Compulsiones: comportamientos o actos mentales de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión. El objetivo de estos comportamientos es la reducción de la ansiedad.	Pensamientos obsesivos que generan ansiedad y conductas compulsivas que reducen la ansiedad.
<i>T. Estrés postraumático</i>	Abarca las consecuencias psicológicas tanto inmediatas como a largo plazo de las experiencias traumáticas de carácter extremo o catastrófico. La angustia alcanza tales dimensiones que deja de funcionar como señal de peligro para constituirse en fuente de peligro.	La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático o le han explicado acontecimientos traumáticos y ha respondido con un temor, desesperanza intensos. El acontecimiento traumático es reexperimentado por recuerdos recurrentes, sueños, sensación de que esta ocurriendo. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma, embotamiento de la actividad. Dificultad para mantener el sueño, hipervigilancia, sobresalto, ataques de ira.	Evocación reiterada e involuntaria del acontecimiento traumático. Reducción del nivel general de respuesta a estímulos cotidianos. Aumento del estado de vigilia.
Trastorno de Pánico	Es un trastorno en el que se presenta de forma recurrente el ataque de pánico.	Elevación de la frecuencia cardíaca, sudoración, temblores, sensación de ahogo, opresión torácica, molestias abdominales, mareo, desrealización, miedo a volverse loco, miedo a morir, hormigueo y parestesias en partes del cuerpo, escalofríos	Ataques de ansiedad (pánico) recurrentes, durante los cuales aparecen bruscamente y alcanzan el pico en 10 minutos, al menos cuatro de los síntomas anteriores.

A lo largo de éste trabajo, se puede observar, que el encuadre de el Trastorno de Pánico esta bien definido y que los métodos de intervención están bien dirigidos al trastorno, pero ocurre que la gente está mal informada con respecto a esta enfermedad.

Sabemos que el ataque de pánico se presenta, “sin previo aviso” y que la persona, en ese momento no sabe que hacer, ni sabe lo que le ocurre, solo siente que se esta muriendo. De ahí comienza con un circulo vicioso en el cual no se da cuenta que está inmersa, va de médico en médico sin recibir un diagnóstico claro ni un tratamiento eficaz.

De hecho existen personas que todavía creen que pudieran estar poseídas o que alguien les está haciendo brujería, entonces van con curanderos, brujos, a hacerse limpias, con sacerdotes etc., y de ahí que se pierda tiempo valioso para contrarrestar el trastorno adecuadamente. De ahí la necesidad de hacer un folleto con la información del Trastorno de Pánico para que la gente lo conozca, ya sea que pudiera padecerlo o no. Así, la gente informada puede ayudar a otros.

Creo que también es necesario, para nosotros, psicólogos, que trabajamos con este tipo de trastornos, crear un instrumento que evalúe específicamente el Trastorno de Pánico, ya que las escalas que se presentan aquí, tienen la desventaja de solo acercarnos a verificar que el paciente presenta síntomas ansiosos, su historia psicopatológica anterior, aspectos cognitivos y situacionales que influyen en su ansiedad, si presenta psicosis, abuso de drogas, ansiedad de rasgo y ansiedad estado. Pero no existe una escala que evalúe el TP. La escala que se acerca a mostrarnos el grado de ansiedad, junto con un listado de síntomas importantes es el Inventario de Ansiedad de Beck.

Cuando una persona padece el Trastorno de Pánico al principio no es fácil, de hecho, pareciera ser que “ahí acabó todo” y que nunca volverá a ser el mismo. Antes de que el trastorno llegue a la vida de alguien, éste cree estar seguro de su vida y que puede en todo momento controlar lo que le pasará. Más bien podemos prevenir algunas cosas que no quisiéramos que pasaran, pero ¿Cómo se puede prevenir un ataque de pánico? A veces las enfermedades médicas, al igual que éste trastorno “llegan”, somos seres vulnerables a todo tipo de padecimientos y casi siempre hay una solución, una esperanza.

Como decía al principio, es muy difícil para la persona aceptar que padece esta enfermedad “rara”, pero con la información necesaria y con voluntad, se debe de enfrentar este padecimiento, como cualquier otra enfermedad, como cuando a un niño le da catarro y tiene que tomar esa medicina que sabe tan mal, pero es para sentirse mejor.

Muchas veces, las personas que padecen el Trastorno de Pánico no se quieren enfrentar a éste, ya que es tanto el miedo a que les vuelva a ocurrir un ataque de ansiedad y la agorafobia que presentan, que les imposibilita la búsqueda de alguna alternativa de tratamiento.

La persona afectada por éste trastorno, como se mencionaba antes, puede ir de médico en médico, con curanderos, acupunturistas, tomar flores de Bach o utilizar cualquier otra alternativa “terapéutica” que le recomienden para contrarrestar el pánico, pero la ciencia, hoy día, nos ofrece un tratamiento real para el tratamiento del Trastorno de Pánico.

Ya que hemos analizado que la etiología del Trastorno de Pánico es muy diversa, y que existen factores importantes, que la componen, como los neurofisiológicos, ambientales, conductuales y cognitivos, el tratamiento para éste trastorno es una psicoterapia, ya sea una Terapia Racional Emotiva o una Terapia Cognitivo-Conductual, y si es necesario, acompañada de un tratamiento farmacológico, para que al principio se reduzcan los síntomas intensos que se presentan y así, con más confianza, enfrentar al trastorno en la psicoterapia.

Con esto no se pretende devaluar a las demás alternativas terapéuticas, ya que si su fin es trabajar en la reducción de los síntomas del pánico éstas pueden acompañar, de buena forma, al tratamiento primordial.

REFERENCIAS

- 1.- Alvin J. (1997) *MUSICOTERAPIA*. Barcelona. Paidós Educador.
- 2.- Ayuso G. José L. (1988) *TRASTORNOS DE ANGUSTIA*. Barcelona. Martínez Roca.
- 3.- Baumgart Amalia (2001) *ATAQUE DE PANICO Y SUBJETIVIDAD. Estudio clínico psicoanalítico*. Buenos Aires. Eudeba.
- 4.- Bearkmark F (2002) *NEUROCIENCIA, EXPLORANDO EL CEREBRO*. Barcelona Masson.
- 5.- Benenzon R. (1981) *MANUAL DE MUSICOTERAPIA*. España. Paidós Educador.
- 6.- Betés de Toro (Comp.) (2000) *FUNDAMENTOS DE MUSICOTERAPIA*. Madrid. Morata.
- 7.- Botella A. Cristina (1997) *TRASTORNO DE PÁNICO: Evaluación y tratamiento*. Barcelona. Martínez Roca.
- 8.- Caro I. (1997) *MANUAL DE PSICOTERAPIAS COGNITIVAS, ESTADO DE LA CUESTION Y PROCESOS TERAPEUTICOS*. España. Paidós.
- 9.- Castanedo Celedonio (2000) *SEIS ENFOQUES PSICOTERAPEUTICOS*. México. Manual moderno.
- 10.- CIE 10 (1993) *DECIMA REVISIÓN DE LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE LAS ENFERMEDADES MENTALES. TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO. DESCRIPCIONES CLINICAS Y PAUTAS PARA EL DIAGNÓSTICO*. Organización Mundial de la Salud.
- 11.- Dorsch F. (1976) *DICCIONARIO DE PSICOLOGIA*. Barcelona. Herder.
- 12.- DSM-IV-TR (2003) *MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADISTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES TEXTO REVISADO*. México. Masson.
- 13.- Ellis Albert. (1999) *UNA TERAPIA BREVE MÁS PROFUNDA Y DURADERA, ENFOQUE TEÓRICO DE LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVO-CONDUCTUAL*. Barcelona.
- 14.- García R- Pelayo (1972) *PEQUEÑO LAROUSSE ILUSTRADO*. México. Ediciones Larousse.

- 15.- Hall C. S. (1974) *LA TEORIA DEL ESTIMULO- RESPUESTA DE LA PERSONALIDAD*. Buenos Aires. Paidós.
- 16.- Juslin P. N. (2001) *MUSIC AND EMOTION THEORY AND RESEARCH*. United States. Oxford.
- 17.- Kielholz Paul (1970) *ANGUSTIA, ASPECTOS PSIQUICOS Y SOMATICOS*. Madrid. Morata.
- 18.- Kleinke C. (1995) *PRINCIPIOS COMUNES EN PSICOTERAPIA*. España. Descleé de Brouwer.
- 19.- Leukel F (1986) *INTRODUCCION A LA PSICOLOGIA FISIOLOGICA*. Barcelona. Herder.
- 20.- Martínez S. José María (1995) *PSICOFISIOLOGIA*. España. Síntesis.
- 21.- Martorell J. (1996) *PSICOTERAPIAS, ESCUELAS Y CONCEPTOS BASICOS*. Madrid. Pirámide.
- 22.- Massana J (1997) *PANICO, VISION ACTUAL*. Madrid. Grupo Aula Médica.
- 23.- Meerlo Joos (1996) *PANICO: COMO EVITARLO*. Buenos Aires. Lumen.
- 24.- MEDINA – MORA y cols. (2003) *PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES Y USO DE SERVICIOS: RESULTADOS DE LA ENCUESTA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA PSIQUIÁTRICA EN MÉXICO*. México. Salud Mental, vol 26, 8-15, No 4.
- 25.- Meulders M. (1981) *MANUAL DE NEUROPSICOLOGIA VOL 2 COMPORTAMIENTO*. Barcelona. Masson.
- 26.- Meyer L. B. (1956) *EMOTION AND MEAVING MUSIC*. Universiti of Chicago press.
- 27.- Poch S. (1999) *COMPENDIO DE MUSICOTERAPIA VOL. I* Biblioteca de Psicología Textos universitarios. Barcelona. Herder.
- 28.- Richard L (1995) *DICCIONARIO OXFORD DE LA MENTE*, Madrid. Alianza.
- 29.- Thompson Clara (1966) *EL PSICOANÁLISIS*. México. F.C.E.

30.- Wolman B (1970) *TEORIAS Y SISTEMAS CONTEMPORÁNEOS EN PSICOLOGIA*.
Barcelona: Martínez Roca.

31.- Yankura J. (2000) *TERAPIA CONDUCTUAL RACIONAL EMOTIVA (REBT) CASOS ILUSTRATIVOS*. España. Descleé de Brouwer.