

## La eficacia del entrenamiento en respiración lenta y de la terapia cognitiva focal en un caso de trastorno por angustia con agorafobia<sup>1</sup>

M<sup>a</sup> Carmen Carrió Rodríguez<sup>2</sup>, Cristina Botella Arbona<sup>3</sup> y Rafael Ballester Arnal<sup>3(\*)</sup>

<sup>2</sup> Unidad de Salud Mental. Centro de Especialidades. C/ Beniferrí s/n, 46100-Burjassot (Valencia).

<sup>3</sup> Universitat Jaume I de Castellón

**Resumen:** En el presente trabajo se expone el procedimiento y resultados de la aplicación de dos componentes terapéuticos distintos a un caso de trastorno de angustia con agorafobia. Los componentes aplicados son, por una parte, la terapia cognitiva "focal", es decir, centrada en la reatribución de las sensaciones corporales del pánico; y, por otra parte, el entrenamiento en respiración lenta, esto es, dirigido a entrenar a la paciente en un ritmo de respiración lento opuesto a la hiperventilación como mecanismo de control de la ansiedad. Los resultados muestran la mayor eficacia del componente de terapia cognitiva "focal" en el tratamiento del trastorno de angustia. A la luz de los resultados, se insiste en la necesidad de "desmantelar" los programas terapéuticos integrados con el fin de analizar la eficacia diferencial de sus componentes y poder desarrollar programas abreviados de máxima eficacia y mínimos costes.

**Palabras clave:** Trastorno de angustia, terapia cognitiva "focal", entrenamiento en respiración lenta, eficacia diferencial, desmantelamiento, componentes terapéuticos.

**Title:** The effectiveness of breathing retraining and focused cognitive-therapy in a case of panic disorder with agoraphobia.

**Abstract:** In this paper, process and outcome of two therapeutic components to a panic with agoraphobia case are presented. These components were focal cognitive therapy, that is, cognitive therapy focused on bringing about reattribution of panic bodily sensations, and breathing retraining, that is, a treatment focused in training the patient in a breathing slow rhythm opposite to hyperventilation as a anxiety control mechanism. Results evidence a higher effectiveness of focal cognitive therapy in the treatment of panic disorder. Need of "dismantling" therapeutic programs in order to determine differential effectiveness of their active ingredients is emphasized, as well as to develop brief treatments with the highest effectiveness and the lowest costs.

**Key words:** Panic disorder, focal cognitive therapy, breathing retraining, differential effectiveness, dismantling, therapeutic components.

### 1. Introducción.

Los programas terapéuticos cognitivo-comportamentales para el tratamiento del trastorno de angustia han demostrado tener una eficacia superior a cualquier otra alternativa de tratamiento (Beck, Emery y Greenberg, 1985; Clark, Salkovskis y Chalkley, 1985; Jones y

Clark, 1986; Salkovskis y Clark, 1986, 1989; Salkovskis, Jones y Clark, 1986; Rapee, 1986; Mihaly, Tringer and Vasadz, 1986; Beck, 1988; Barlow y Cerny, 1988; Shear, Ball, Josephson y Gitlin, 1988; Barlow, Craske, Cerny y Klosko, 1989; Clum, 1989; Michelson, Marchione, Greenwald, Glanz, Testa y Marchione, 1990; Sokol, Beck, Greenberg, Wright y Berchick, 1990; Michelson y Marchione, 1991; Clum, Clum y Surls, 1993; Margraf, Barlow, Clark y Telch, 1993). Respecto a la cuestión de delimitar qué componente o componentes de estos programas cognitivo son más eficaces, algunos estudios (Rijken, Kraaimaat, de Ruiter y Garsen, 1992; Öst, Westling y Hellström, 1993; Beck, Stanley, Baldwin, Deaglas III y Ave-

<sup>1</sup> Este trabajo ha sido posible gracias a la ayuda de Investigación número PS92-0108 concedida por la Dirección General de Investigación Científica y Técnica (DGICYT) del Ministerio de Educación y Ciencia.

(\*) **Dirección para correspondencia:** Rafael Ballester Arnal. Departamento de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología. Facultad de Ciencias Humanas y Sociales. Universitat Jaume I de Castellón. Apartado de Correos 224. Campus Borriol. 12080 Castellón. (España). E-mail: rballest@psb.uji.es

© Copyright 1996: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia, Murcia (España). ISSN: 0212-9728. Artículo recibido: 22-1-96, aceptado: 10-6-96.

rill, 1994) indican que todos ellos son útiles. Margraf *et al.* (1993) también afirman que los programas cognitivo conductuales son el tratamiento de elección para el trastorno de angustia porque con ellos se alcanzan altas tasas de éxito, logran la generalización a otros problemas no abordados específicamente y los logros alcanzados en la terapia se mantienen en los seguimientos. En cuanto a los distintos componentes de estos programas de tratamiento, Margraf *et al.* (1993) concluyen que el cambio cognitivo del paciente resulta fundamental por su relación con el éxito del tratamiento; el componente de exposición está especialmente indicado en los casos en que el pánico está acompañado por la agorafobia y los resultados más modestos se alcanzan con el componente de relajación.

Sin embargo, todavía es necesaria más investigación para delimitar qué componente o componentes son los responsables del cambio que se logra con estos programas cognitivo conductuales para, a partir de ahí, poder diseñar alternativas terapéuticas específicas que puedan ser aplicadas a un gran número de pacientes, con el objetivo de intentar ser lo más eficaz posible en terapia. Es decir, además de encontrar los componentes terapéuticos básicos de los programas, puede ser útil diseñar programas breves de tratamiento que respondan a las actuales exigencias de coste-beneficio terapéutico.

Tradicionalmente, desde la perspectiva de los diseños de caso único se ha defendido que una de las ventajas fundamentales de este tipo de diseños era su capacidad para mostrar de forma clara los efectos del tratamiento o de distintos componentes del tratamiento. Del mismo modo, también se ha subrayado la conveniencia de apelar a los diseños de este tipo antes de utilizar diseños factoriales de más amplio alcance que consumen mucho más tiempo y esfuerzos (Hershen, Michelson y Bellach, 1984). A este respecto hay que destacar el trabajo de Salkovskis, Clark y Hackman (1991) en el que estos autores mostraron la importancia de los procedimientos cognitivos dirigidos a modificar las interpre-

taciones erróneas y catastróficas que llevan a cabo los pacientes con diagnóstico de trastorno de angustia acerca de determinadas sensaciones corporales. Siguiendo un diseño de línea base múltiple entre-sujetos, Salkovskis *et al.* encontraron que el componente puramente cognitivo de su programa (centrado en la reatribución de las sensaciones corporales) resultaba eficaz por sí solo (sin ir acompañado por un entrenamiento en respiración lenta u otros procedimientos en los que pudiese existir algún elemento de exposición tales como los experimentos conductuales).

Por nuestra parte, como ya indicamos en un trabajo anterior (Botella, Ballester, Carrió y Benedito, 1993), una de las líneas de investigación que venimos desarrollando tiene como objetivo evaluar la eficacia diferencial de los distintos componentes terapéuticos de los programas cognitivo conductuales para el tratamiento del trastorno de angustia y diseñar programas breves de máxima eficacia y mínimos costes. En el citado trabajo describimos el contenido de los distintos módulos terapéuticos que hemos desarrollado con el fin de intentar aislar algunos de los componentes terapéuticos supuestamente eficaces en esta problemática. Un primer módulo es el de *terapia cognitiva "focal"*, esto es, terapia cognitiva centrada en la identificación y modificación de los pensamientos catastróficos que los pacientes hacen de sus sensaciones corporales. Desde la perspectiva del modelo cognitivo (Clark y Salkovskis, 1987) se defiende que son estos pensamientos catastróficos los responsables, en último término, de las crisis de angustia. Un segundo módulo es el de *terapia cognitiva "no-focal"* dirigida a la búsqueda de evidencias y discusión de los pensamientos negativos en torno a otras áreas o aspectos, distintos al pánico, de la vida del paciente (la denominación "focal", "no-focal" la tomamos del trabajo de Salkovskis, Clark y Hackman, 1991). Por último, un tercer módulo es el *entrenamiento en respiración lenta* cuyo objetivo es que el paciente aprenda un ritmo lento de respiración opuesto a la hiperventilación (para más in-

formación, el lector puede consultar el trabajo de Botella *et al.*, 1993).

Actualmente estamos finalizando la aplicación de los distintos módulos terapéuticos a una muestra compuesta por 16 pacientes con trastorno de angustia con/sin agorafobia, siguiendo una estrategia de "desmantelamiento" de programas, y pronto estaremos en situación de ofrecer los resultados globales. En este trabajo presentamos el procedimiento y resultados de la aplicación de dos de los componentes terapéuticos mencionados, a saber, el *entrenamiento en respiración lenta* y la *terapia cognitiva focal*, a un caso de trastorno de angustia con agorafobia. Nuestro objetivo es aportar datos acerca de la eficacia específica de la reatribución de las sensaciones corporales (terapia cognitiva focal) y de la respiración lenta como mecanismo de control de la ansiedad (entrenamiento en respiración lenta) en las crisis de angustia.

## 2. Método

### 2.1. Características de la paciente e historia del problema.

La paciente (M.) es una mujer de 29 años, casada y sin hijos. Su nivel educativo es elemental (graduado escolar) y actualmente trabaja como operaria en una fábrica de confección. Acude en abril de 1993 a la Unidad de Salud Mental de Burjassot remitida por su médico de cabecera. M. describe sus problemas en términos de las "crisis de nervios" que presenta y el miedo a salir sola de casa, sobre todo, a frecuentar lugares donde haya mucha gente. Le preocupa, fundamentalmente, la sensación de falta de aire, el mareo y las palpitaciones que le llevan a temer la posibilidad de desmayarse o de morir asfixiada, de ahogarse. M. informa que nunca ha padecido enfermedades graves, ni ha sufrido ningún accidente. Tan sólo la extirpación de las amígdalas y, de vez en cuando, algún resfriado. Se considera una persona con una excelente salud.

M. no refiere tener antecedentes familiares que hayan presentado problemas psicológicos. Manifiesta haber presenciado, desde que recuerda, discusiones y riñas frecuentes entre sus padres por tener éstos caracteres incompatibles. En cambio, las relaciones de ambos padres con ella y con su única hermana, de 26 años, siempre han sido cordiales, afectuosas y algo sobreprotectoras. Respecto a su problema actual tanto sus padres como su hermana mantienen una actitud comprensiva y al mismo tiempo la animan a intentar afrontarlo ofreciéndole, dentro de sus posibilidades, su apoyo para ello.

Su problema se inició a finales del año 1991, coincidiendo con una reducción de la plantilla de empleados de la fábrica en la cual trabaja, un aumento del horario laboral (les obligan a hacer horas extra y no se las pagan) junto con el rumor continuo de que la empresa iba a cerrar. La paciente relata que se encontraba en un restaurante con su esposo y unos amigos y empezó a sentirse "agoiada", notaba que le faltaba el aire, se sentía mareada, no veía las cosas con claridad y el corazón le latía rápidamente; la paciente pensó que se iba a desmayar, los síntomas aumentaron, la sensación de falta de aire y las palpitaciones se hicieron más intensas y llegó a creer que iba a morir ahogada. En el último mes, antes de venir a terapia, esto le ocurrió en ocho ocasiones. En esos momentos, además suelen estar presentes otras sensaciones que le preocupan menos, como opresión en el pecho, sudoración, temblores, escalofríos y debilidad. Ante tal situación, la primera reacción de M. suele ser quedarse inmóvil y si su marido está presente hablar con él, pues esto la tranquiliza. M. refiere haber desarrollado un intenso temor a estas "crisis", temor que la ha llevado a evitar situaciones o actividades tales como salir con amigos, utilizar sola los transportes públicos como autobús y tren, acudir a las reuniones de la falla<sup>2</sup>

<sup>2</sup>Fiesta que se celebra en la ciudad de Valencia y en muchas otras ciudades y pueblos de la Comunidad Valenciana. Consiste en un monumento que los vecinos hacen en la calle con figuras grotescas hechas de cartón que

de su barrio. La paciente informa, también, que a causa de su problema de ansiedad siente terror hacia los hospitales y considera que no está en condiciones de poder cuidar y atender a un hijo por lo cual, a pesar de los deseos de su esposo y de ella misma, evita el quedarse embarazada. Manifiesta sentirse triste, irritable y nerviosa y tener su apetito más incrementado en momentos de ansiedad. Los resultados de un electrocardiograma y una analítica de sangre recientes revelan total normalidad. Después de una exploración clínica completa la paciente recibe el diagnóstico de trastorno de angustia con agorafobia.

La paciente ha recibido en el pasado varios tratamientos antes de este último. El primero de ellos se lo pautó su médico de cabecera; tras diagnosticar que presentaba un *síndrome ansioso-depresivo* le instauró tratamiento farmacológico con Sulpiride (100 mg./día) y Diazepam (10 mg./día). Dicho tratamiento lo siguió durante tres meses y lo interrumpió por presentar efectos secundarios (galactorrea) y no mejorar. Posteriormente acudió a la consulta de un médico psiquiatra privado quien diagnosticó un *trastorno de ansiedad* y le pautó tratamiento farmacológico con Alprazolam (1.50 mg./día); al cabo de unos meses la paciente abandonó el tratamiento por no encontrar mejoría. Finalmente M. volvió a la consulta de su médico de atención primaria y éste la remitió a la Unidad de Salud Mental. Le atiende en primera visita el médico psiquiatra y le instaura tratamiento farmacológico con Bromazepam (4.50 mg./día). Este último profesional remite el caso a la psicóloga de la Unidad de Salud Mental para tratamiento psicológico. Con la ayuda de uno de los facultativos del equipo, se le indica a la paciente la pauta de reducción de la medicación hasta retirarla para, a continuación, poder ser incluida en la investigación

sobre la eficacia diferencial de diversos componentes para el tratamiento del trastorno de angustia e iniciar el tratamiento psicológico.

Respecto a su vida familiar, hace 2 años y medio que vive con su marido, con el que mantiene unas relaciones ajustadas y sin problemas. La explicación que el esposo da a los problemas de su mujer es que se preocupa demasiado por todo y, a veces, incluso por problemas que todavía no lo son. No acaba de entender lo que le ocurre aunque sigue esforzándose en ello para poder serle útil. Las relaciones sexuales de pareja resultan satisfactorias para la paciente, quien ha tenido siempre una actitud positiva respecto al sexo. Ultimamente, M. está preocupada porque su esposo está pendiente de someterse a una intervención quirúrgica de ojos (miopía). El otro problema familiar que existe es el deseo de ambos de tener un hijo y el miedo de la paciente de no ser capaz de atenderle adecuadamente por su actual problema de ansiedad. En ambos casos le horroriza el sólo pensar que deberá permanecer en un hospital como acompañante o como paciente. También le preocupa la disminución de los ingresos familiares si es despedida por cierre de la empresa aunque existe la posibilidad de poder trabajar con su hermana en un negocio que ésta va a abrir próximamente.

En cuanto a la vida social de M., ésta considera que ha disminuido considerablemente, sobre todo con los amigos, por miedo a tener las crisis de angustia. Sin embargo, ha mantenido la misma frecuencia de encuentros sociales familiares porque con ellos puede hablar de sus problemas y se siente más segura.

Finalmente, señalar que la motivación de la paciente antes de comenzar el tratamiento psicológico es muy alta, mostrando una gran confianza (9 en una escala de 0 a 10) en la posibilidad de su recuperación.

## 2.2. Evaluación

Para la evaluación de la paciente se utilizaron una serie de instrumentos referidos a distintos aspectos directa o indirectamente relacionados con el pánico. En general, la in-

---

forman escenas humorísticas alusivas a sucesos de actualidad. Se levantan muchas por las ciudades y son quemadas en la llamada "noche de fuego", el día de San José. La elaboración de la falla se realiza a lo largo de varios meses y colaboran en la misma los vecinos de los diferentes barrios.

formación que intentamos recabar se centró en torno a los siguientes aspectos:

- \* *Criterios para el diagnóstico:* Entrevista estructurada SCID-P de Spitzer Williams (1987) con los criterios del DSM-III-R.
- \* *Anámnesis:* Adaptación de la entrevista semiestructurada de Lazarus.
- \* *Variables directamente relacionadas con el pánico* como la frecuencia de ataques, su intensidad y sus síntomas con el Diario de Pánico (adaptado de Clark y Salkovskis, 1987); y las cogniciones catastróficas con el Cuestionario de Pensamientos Distorsionados de Beck, 1988 (CDQ).
- \* *Variables relacionadas con la conducta agorafóbica.* Grado de evitación y temor (de 0 a 10) hacia determinadas situaciones o actividades a través de la Escala de Evitación-Temor agorafóbicos adaptada de Marks *et al.*, (1975).
- \* *Variables clínicas* que consideramos relevantes por su entidad tales como la ansiedad-estado y la ansiedad-rasgo (STAI de Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970) y el grado de depresión (BDI de Beck, 1979, en versión de Conde y Franch, 1984).
- \* *Otras variables:* La valoración de la paciente acerca del malestar generado por el trastorno (Escala de 0 a 10). El grado en que aquel interfiere en su vida (Cuestionario de Adaptación de Echeburúa y De Corral, 1987). La valoración que la propia paciente hace de su mejoría o no (Escala S-6 de Marks, de 1 a 7 donde 1 es "muchísimo mejor", 2 es "bastante mejor", 3 es "un poco mejor", 4 es "sin cambios", 5 es "un poco peor", 6 es "bastante peor" y 7 es "muchísimo peor"), así como la valoración del terapeuta del estado y evolución de la paciente (Escala S-5 de Marks, de 1 a 6 para valorar el estado del paciente donde 1 es "normal", 2 es "ligeramente perturbado", 3 es "moderadamente perturbado", 4 es "bastante perturbado", 5 es "severamente perturbado" y 6 es "muy gravemente perturbado". Para valorar la mejoría del paciente el terapeuta utiliza las mismas puntuaciones de 1 a 7 que las utilizadas en la Escala S-5 de

Marks ).

Algunos de los instrumentos señalados anteriormente eran cumplimentados semanalmente, mientras que otros se aplicaban antes y después de cada módulo terapéutico y en los cuatro seguimientos realizados.

### 2.3. Tratamientos

La intervención terapéutica en la paciente se llevó a cabo a través de dos módulos diferenciados, cada uno de ellos compuesto por dos sesiones de tratamiento, a razón de una sesión por semana. El detalle del contenido y proceso de aplicación de cada uno de estos módulos se encuentra expuesto en el trabajo citado de Botella *et al.*, (1993), por lo que aquí presentaremos los aspectos más generales y el modo concreto en que se aplicó a nuestra paciente.

El primer módulo, de entrenamiento en respiración lenta (*ERL*), tuvo como objetivo entrenar a la paciente en un ritmo de respiración lento opuesto a la hiperventilación, entendiendo el entrenamiento en respiración lenta como un mecanismo de control de la ansiedad. En la Tabla 1 presentamos la agenda y contenido de las dos sesiones que componen el módulo de entrenamiento en respiración lenta.

El segundo módulo terapéutico, de Terapia Cognitiva Focal (*TCF*), tuvo como objetivo la identificación y modificación de las interpretaciones catastróficas que la paciente solía hacer de sus sensaciones corporales en el momento en que se producían las crisis, llevándola a una reatribución de tales sensaciones. Las cogniciones más importantes de M. en sus ataques eran "*voy a desmayarme*" y "*voy a morir ahogada*". En la tabla número 2 presentamos la agenda y contenido de las dos sesiones de terapia cognitiva focal.

Es importante aclarar que en ninguno de los módulos terapéuticos se remarcó el papel mantenedor de las crisis de angustia que supone la evitación agorafóbica, ni se animó a la paciente a exponerse progresivamente a situaciones temidas. Por último, aunque consideramos que la utilización de experimentos

conductuales como base para las discusiones cognitivas no pueden considerarse, en sentido estricto, una técnica de exposición queremos señalar que no los utilizamos en ninguna ocasión.

**Tabla 1:** Contenido del módulo de entrenamiento en respiración lenta.

MODULO DE ENTRENAMIENTO EN RESPIRACION LENTA (ERL)		
Sesión	Duración	Contenido
A	90 min.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Concepto de ansiedad, valor adaptativo, ausencia de consecuencias perjudiciales para el organismo, qué síntomas suele presentar cuando está en alerta, cómo es su respiración y a qué atribuye los síntomas físicos que presenta en sus crisis</li> <li>• Prueba de hiperventilación.</li> <li>• Papel de la hiperventilación en las crisis de pánico.</li> <li>• Entrenamiento en respiración lenta tumbado y de pie.</li> <li>• Tareas para casa (realizar la respiración lenta en posición sentada o tumbada dos veces al día durante 15 min.).</li> </ul>
B	60-75 min.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisión y comentarios de los registros.</li> <li>• Dificultades que la paciente haya tenido con la respiración lenta.</li> <li>• Entrenamiento en respiración lenta de pie y andando.</li> <li>• Aclaración de cualquier duda sobre el papel de la hiperventilación en los ataques de pánico y sobre cómo puede controlar la ansiedad a través de la respiración lenta en los ataques de pánico</li> <li>• Prevención de recaídas y generalización del cambio.</li> </ul>

#### 2.4. Terapeuta

La aplicación de los módulos terapéuticos descritos fue llevada a cabo por el primer autor de este artículo, con amplia experiencia en este tipo de tratamiento del trastorno de pánico.

#### 2.5. Diseño

La investigación en la cual participó la paciente utilizó un diseño de caso único de línea base múltiple entre sujetos. La duración de la línea base (*pre-tratamiento*) para M. fue de cuatro semanas. Después de la línea base, aplicamos el módulo terapéutico de entrenamiento en respiración lenta (ERL) en dos sesiones, a razón de una por semana (semanas 1 y 2). Seguidamente establecimos un período de no intervención de dos semanas de duración al término del cual volvimos a evaluar a la paciente (*primer post-tratamiento*, semana 4). Tras la evaluación y en la misma sesión, iniciamos la aplicación del módulo de terapia cogni-

tiva focal (TCF) en dos sesiones, a razón de una por semana (semanas 4 y 5). A continuación volvimos a establecer un período de dos semanas de no intervención que finalizaba con otro momento de evaluación (*segundo post-tratamiento*, semana 7). Finalmente, realizamos *cuatro seguimientos*: al mes (semana 11), a los tres meses (semana 19), a los seis meses (semana 31) y a los doce meses (semana 55) de haber finalizado el segundo post-tratamiento. En la tabla número 3 pueden verse los distintos momentos de evaluación e intervención terapéutica.

### 3. Resultados

Los resultados que muestran la evolución de la paciente a lo largo del proceso terapéutico aparecen en las tablas número 4, 5, 6 y 7. Para poder constatar la mejoría clínica de la paciente en los post-tratamientos y seguimientos presentamos entre paréntesis los porcentajes de mejoría respecto del pre-tratamiento. Siguiendo la clasificación de Visser y Bouman (1992) consideraremos "*muy mejorada*" a la paciente cuando se dé una disminución superior al 70% en las

variables evaluadas; "mejorada" cuando la disminución sea del 31 al 69%; y "no mejorada" significativamente cuando la disminución sea inferior al 30%. Asimismo, en las figuras 1, 2, 3 y 4 es posible observar de modo gráfico la evolución de la paciente en algunas de las variables más relevantes.

**Tabla 2:** Contenido del módulo de terapia cognitiva focal.

MODULO DE TERAPIA COGNITIVA FOCAL (TCF)		
Sesión	Duración	Contenido
A	90 min.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Breve repaso (ya se vió en la sesión A del módulo anterior) de los contenidos generales acerca de qué es la ansiedad, remarcando el papel central que ocupa el pensamiento o las cogniciones.</li> <li>Presentación del modelo cognitivo de Clark y Salkovskis acerca del trastorno de pánico, según el cual, el ataque de pánico es la consecuencia de un círculo vicioso en el que la interpretación catastrófica de las sensaciones corporales juega un papel central.</li> <li>Pasos en la discusión cognitiva de las interpretaciones catastróficas de las sensaciones corporales y aplicación a las cogniciones de la paciente.</li> <li>Tareas para casa (identificación y reto de las cogniciones catastróficas presentes en los ataques de la semana).</li> </ul>
B	60-75 min.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Revisión de la tarea (análisis y comentario de los registros).</li> <li>Discusión cognitiva de las cogniciones presentes en los ataques de la semana.</li> <li>Aclaración de cualquier duda respecto al mecanismo de la ansiedad, los ataques de pánico y cómo combatir los pensamientos catastróficos.</li> <li>Prevención de recaídas y generalización de las estrategias aprendidas a otras posibles sensaciones corporales.</li> </ul>

**Tabla 3:** Diseño: estrategias de evaluación e intervención.

	Pretest	Tratam ERL		Postrat ERL	Tratam TCF		Postrat TCF	Seg 1	Seg 2.	Seg 3.	Seg 4.
Semana	-4 a -1	1	2	4	4	5	7	11	19	31	55
SCID-UP	*										
Lazarus	*										
Diario pán	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
CDQ	*				*	*	*	*	*	*	*
Evit-temor	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
STAI	*			*			*	*	*	*	*
BDI	*			*			*	*	*	*	*
Malestar	*			*			*	*	*	*	*
Adaptac.	*			*			*	*	*	*	*
Esc. S-6	*			*			*	*	*	*	*
Esc. S-5	*			*			*	*	*	*	*

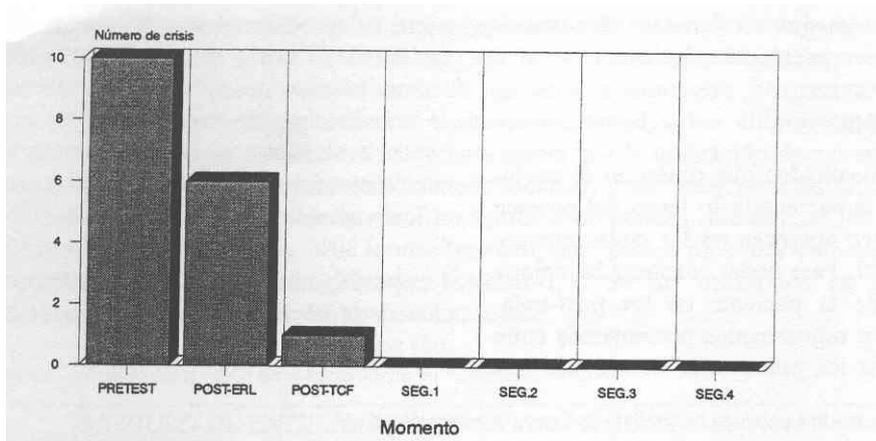


Figura 1: Evolución de la paciente en cuanto a la frecuencia de crisis

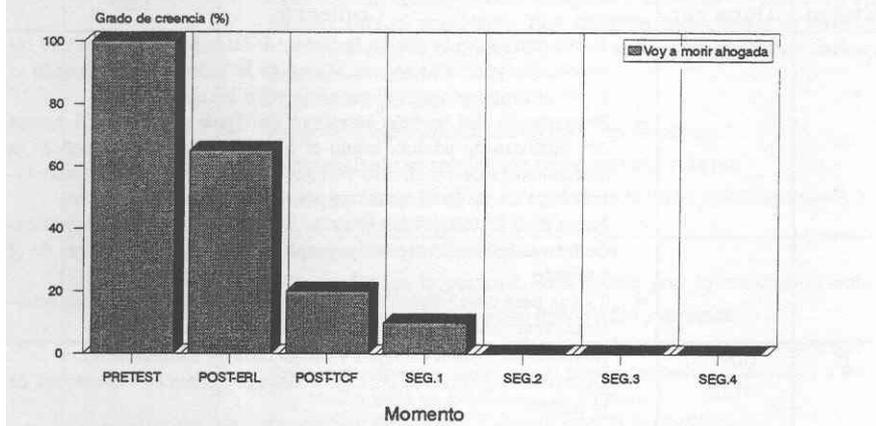


Figura 2: Evolución en función del grado de creencia en la principal cognición catastrófica

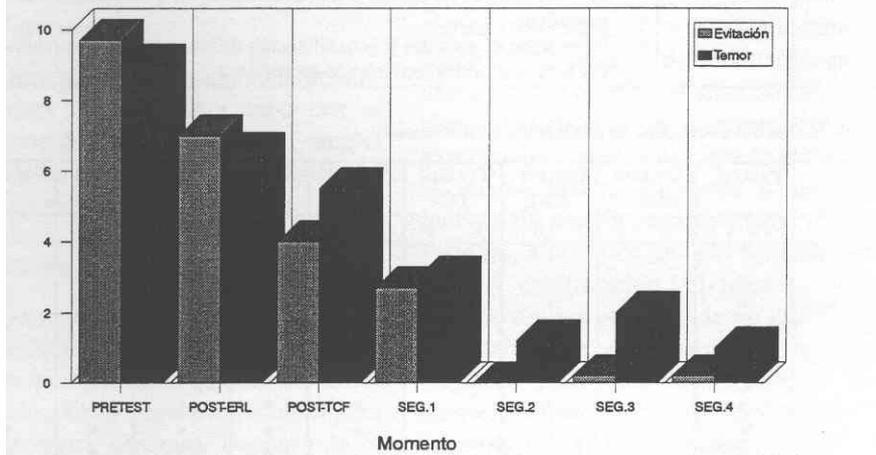


Figura 3: Evolución del grado-promedio de evitación-temor en las conductas-objetivo.

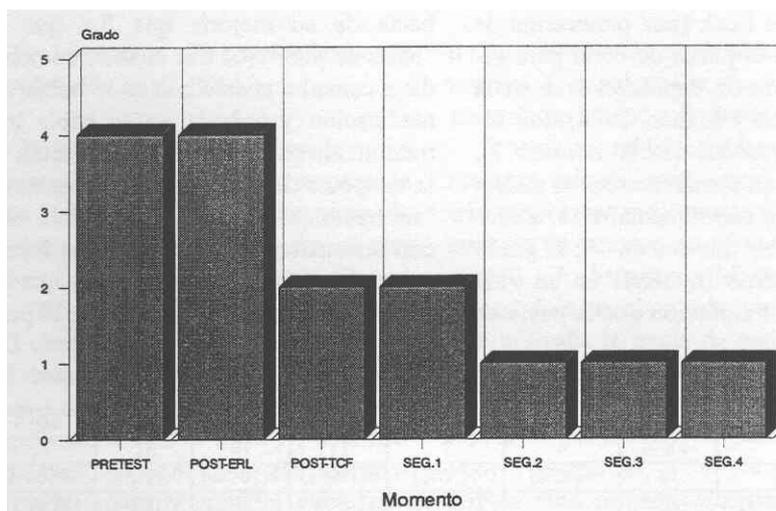


Figura 4: Evolución del grado de interferencia de las crisis en la vida global de la paciente.

### 3.1. Pre-tratamiento

Después de retirarle el tratamiento farmacológico a la paciente se estableció un período de *línea base* de cuatro semanas. Durante esta fase de pre-tratamiento se realizó una entrevista de recepción en la que se hizo el diagnóstico de la paciente. Al término de esta entrevista se le solicitó a M. un ECG y una analítica de sangre para descartar la existencia de enfermedades orgánicas concomitantes que pueden producir síntomas similares a los de las crisis de angustia (vg. hipoglucemia, hipertiroidismo, prolapso de la válvula mitral,...). Los resultados de dichas exploraciones orgánicas fueron negativas. Durante todo el período de línea base la paciente fue cumplimentando el diario de pánico en el que se recogían datos respecto a la frecuencia de ataques de pánico, su intensidad y el número de síntomas.

Asimismo, en este período, la terapeuta realizó una exploración de los principales datos de la vida de la paciente referidos al ámbito familiar, laboral, social, de pareja, sexual, ocio, salud, etc. Y por último, la terapeuta fue administrando a la paciente los instrumentos de evaluación, (reseñados en

la tabla número 3), dirigidos a la obtención de datos respecto a distintas variables.

En la Tabla 4 aparecen los datos relativos a las diferentes *variables directamente relacionadas con el pánico*. Como se puede ver en el *pre-tratamiento*, antes de iniciar ninguna intervención, la frecuencia de ataques de pánico (promedio semanal) fue de 10; la puntuación obtenida en el cuestionario de distorsiones cognitivas de pánico (CDQ) fue de 27 y respecto a las cogniciones catastróficas presentes en los ataques de pánico, M. refirió tener mucho miedo a ahogarse y a desmayarse (con un grado de creencia, en ambos casos, del 100%). Respecto a las *variables relacionadas con la conducta agorafóbica*, (tabla número 5), la paciente y la terapeuta fijaron como *conductas objetivo* las siguientes: 1. salir con amigos; 2. utilizar sola el autobús y el tren; 3. acudir a las reuniones de la falla; y 4. participar en las actividades que organice el grupo de teatro de la falla. Estas conductas representaban para M. unos niveles de evitación, en una escala de 0 a 10, de 10, 9, 10 y 10 respectivamente y un grado de temor de 10, 8, 8 y 10 respectivamente. En cuanto a *variables clínicas* como *ansiedad* y *depresión* (tabla número 6), M. obtuvo una puntuación de 36 en Ansiedad-estado (centil 85) y 49 en Ansiedad-rasgo (centil 99), y de 13 en el Inventario de Depre-

sión de Beck (una puntuación de 18 se considera el punto de corte para establecer un grado de depresión leve en la versión de Conde y Franch, 1984). Por último, *otras variables*, (tabla número 7), que se tuvieron en cuenta fueron: el malestar subjetivo que experimentaba M. a causa de su problema que fue de 10; el grado en que el trastorno interfería en su vida que fue de 4; la valoración que la paciente hacía de su

mejoría que fue que se sentía "bastante peor" (6) que cuando comenzó a acudir a consulta puesto que se le había retirado la medicación y todavía no se había iniciado el tratamiento psicológico; la valoración que hacía la terapeuta de la mejoría de la paciente que fue "sin cambios" (4) desde que inició el contacto con nosotros y la valoración que hacía la terapeuta del estado de la paciente que fue de 4, esto es, "bastante perturbada" por el problema.

**Tabla 4:** Evolución de la paciente en función de las variables directamente relacionadas con el pánico.

	Pretest	Post ERL	Post TCF	Seg.1	Seg.2	Seg.3	Seg.4
Semana	-4 a -1	4	7	11	19	31	55
Frec.Sem.Pán	10	6(40%)	1(90%)	0(100%)	0(100%)	0(100%)	0(100%)
Cognic.Pánico(CDQ)	27	---	10(63%)	12(56%)	6(78%)	11(59%)	7(74%)
Miedo a ahogarse	100	65(35%)	20(80%)	10(90%)	0(100%)	0(100%)	0(100%)
Miedo a desmayarse	100	50(50%)	10(90%)	5(95%)	0(100%)	0(100%)	0(100%)

**Tabla 5:** Evolución de la paciente en las variables relacionadas con las conductas agorafóbicas.

	Pretest	Post ERL	Post TCF	Seg.1	Seg.2	Seg.3	Seg.4
Semana	-4 a -1	4	7	11	19	31	55
Evit cond. 1	10	5(50%)	0(100%)	0(100%)	0(100%)	0(100%)	0(100%)
Evit cond..2	9	9(0%)	5(44%)	5(44%)	0(100%)	1(89%)	0(100%)
Evit cond..3	10	6(40%)	5(50%)	1(90%)	0(100%)	0(100%)	1(90%)
Evit cond..4	10	8(20%)	6(40%)	5(50%)	0(100%)	0(100%)	0(100%)
Temor cond.1	10	4(60%)	2(80%)	2(80%)	1(90%)	0(100%)	0(100%)
Temor cond.2	8	8(0%)	6(25%)	4(50%)	0(100%)	2(75%)	0(100%)
Temor cond.3	8	6(40%)	7(13%)	2(75%)	0(100%)	0(100%)	1(88%)
Temor cond.4	10	8(20%)	7(30%)	4(60%)	4(60%)	6(40%)	3(70%)

**Tabla 6:** Evolución de la paciente en función de las variables clínicas ansiedad y depresión.

	Pretest	Post ERL	Post TCF	Seg.1	Seg.2	Seg.3	Seg.4
Semana	-4 a -1	4	7	11	19	31	55
Ans-Estado*	85	35(59%)	15(82%)	20(76%)	25(71%)	11(87%)	9(89%)
Ans-Rasgo*	99	94(5%)	57(42%)	57(42%)	35(65%)	10(90%)	4(96%)
Depresión	13	14(8%)	7(54%)	9(31%)	8(39%)	6(54%)	3(77%)

**Tabla 7:** Evolución de la paciente en función de otras variables analizadas.

	Pretest	Post ERL	Post TCF	Seg.1	Seg.2	Seg.3	Seg.4
Semana	-4 a -1	4	7	11	19	31	55
Malestar subj.	10	8(20%)	2(80%)	1(90%)	1(90%)	1(90%)	0(100%)
Interferencia	4	4(0%)	2(50%)	2(50%)	1(75%)	1(75%)	1(75%)
Ev.Pac.Mejor.	6	3(50%)	1(83%)	1(83%)	1(83%)	1(83%)	1(83%)
Ev.Ter.Mejor.	4	3(25%)	1(75%)	1(75%)	1(75%)	1(75%)	1(75%)
Ev.Ter.Estado	4	3(25%)	2(50%)	1(75%)	1(75%)	1(75%)	1(75%)
Mej. Global	---	29%	62%	70%	83%	83%	87%

**Nota:** Las variables con asterisco (\*) son presentadas en puntuaciones centiles. La raya discontinua (---) significa que la variable no fue evaluada en ese momento.

### 3.2. Tratamiento: Entrenamiento en respiración lenta (ERL).

3.2.1. *Primera sesión:* Como puede verse en la tabla número 3 en la primera semana de tratamiento se inició la intervención terapéutica, con el módulo de entrenamiento en respiración lenta. El contenido de esta primera sesión de ERL se ha descrito en la tabla número 1. Al término de esta sesión la paciente informó haber tenido, durante la semana anterior, nueve ataques de pánico con una intensidad que oscilaba entre 6 y 10 y acompañados por sensación de falta de aire, palpitaciones y mareo como principales quejas somáticas. La ansiedad general a lo largo de la semana fue de 9 y la paciente valoró que, respecto a la primera vez que acudió a la consulta, se sentía bastante peor (6).

3.2.1. *Segunda sesión.* En esta sesión, dedicada a la segunda parte del módulo de ERL, la paciente informó que se encontraba un poco mejor y que había tenido durante la semana anterior ocho crisis de angustia de intensidad variada (7, 8, 6, 7, 7, 6, 5). Las situaciones en que se encontraba la paciente en el momento de los ataques de pánico también habían sido variadas: en la peluquería, yendo en el coche conduciendo su marido, estando en casa con su marido y en el trabajo; por otra parte, las sensaciones que acompañaron a los ataques fueron la sensación de falta de aire, la sudoración y el mareo. La evitación y el temor agorafóbicos para la conducta número uno, salir con amigos, disminuyeron ligeramente respecto a la semana anterior (8 y 9 respectivamente). En cambio, para las otras tres conductas se mantuvo el mismo grado de evitación y temor.

### 3.3. Post-tratamiento del módulo terapéutico de ERL.

Una vez finalizada la segunda sesión de ERL se estableció un período de dos semanas de no intervención al término del cual, (en la semana 4, como puede verse en la tabla número 3), se evaluó a la paciente.

Los datos relativos a las *variables directamente relacionadas con el pánico* (tabla número 4), nos indican que disminuyó la frecuencia de ataques de pánico (promedio semanal) a 6. Asimismo, M. decía que los síntomas desaparecían más rápidamente desde que utilizaba la pauta de respiración lenta y, en cuanto a las cogniciones catastróficas presentes en los ataques de pánico, M. informó que había disminuido su grado de creencia en "voy a ahogarme" y "voy a desmayarme" al 65% y 50% respectivamente (en el pretratamiento el grado de creencia en ambas cogniciones había sido del 100%).

Respecto a las *variables relacionadas con la conducta agorafóbica*, (tabla número 5), los niveles de evitación y de temor de todas las *conductas objetivo* disminuyeron respecto al pretratamiento, excepto la conducta 2 (utilizar sola el tren y el autobús) que se mantuvo en el mismo grado de evitación y temor. Hay que señalar que, durante el período de no intervención, el marido de la paciente había sido intervenido quirúrgicamente de su dolencia ocular, permaneciendo hospitalizado durante 3 días, estando en todo momento con él la paciente.

En cuanto a las *variables clínicas ansiedad y depresión*, (tabla número 6), vemos como se produce un descenso en el nivel de ansiedad-estado (18, centil 35), ansiedad-rasgo (40, centil 94) y que aumenta ligeramente la puntuación del cuestionario de depresión de Beck (14). Por último, respecto a *otras variables*, (tabla número 7), que se tuvieron en cuenta hay que decir que: el malestar subjetivo que causaba el trastorno se redujo ligeramente (8); manteniéndose el mismo grado de interferencia en la vida del paciente que en la línea base (4); la paciente informó sentirse "un poco mejor" (3) que antes de iniciar el tratamiento y la valoración del terapeuta fue que la paciente se encontraba "moderadamente perturbada" (3) y "ligeramente mejor" que en el pretratamiento.

Al hacer una valoración general del módulo de entrenamiento en respiración lenta, esto es, *si promediamos los porcentajes de mejoría respecto al pre-*

mejoría respecto al pre-tratamiento, en todas las variables evaluadas, comprobamos que el resultado es de una disminución del 29% porcentaje que, según los puntos de corte respecto a cambio asumidos, no nos hablaría de una mejoría clínicamente significativa.

#### 3.4. Tratamiento: Terapia Cognitiva Focal (TCF).

3.4.1. *Primera sesión:* Tras la evaluación de la paciente y en la misma sesión se inició la aplicación del módulo terapéutico de terapia cognitiva focal (TCF). El contenido de esta primera sesión de TCF también se ha descrito en la tabla número 2. Al término de esta sesión la paciente refirió haber tenido, durante la semana anterior, tres ataques de pánico con una intensidad de 4, 3 y 2, respectivamente, y acompañados por sensación de falta de aire, mareo y sudoración como principales sensaciones corporales. La ansiedad general a lo largo de la semana fue de 5 y la paciente valoró que respecto a la última vez que acudió a la consulta se sentía "un poco mejor" (3).

3.4.2. *Segunda sesión:* En esta sesión, dedicada a la segunda parte del módulo de TCF, la discusión cognitiva estuvo orientada al miedo a ahogarse y a desmayarse. Antes de la sesión, el grado de creencia respecto a la posibilidad de ahogarse era del 65% y respecto a desmayarse era del 50%. Después de la discusión cognitiva el grado de creencia se redujo a 20% y 10% en ambos casos. En la evaluación de la semana anterior, la paciente informó que tuvo tres ataques de pánico y que el grado de ansiedad general fue de 5, y que habían aumentado los niveles de evitación y temor de las *conductas objetivo*: salir con los amigos y acudir a las reuniones de la falla. Sin embargo, durante esta semana la paciente había acompañado en varias ocasiones a su esposo a las consultas de oftalmología del hospital y, además, había conducido ella el coche (actividad esta última que llevaba dos años sin hacer por miedo a tener una cri-

sis). M. manifestó sentirse un "poco mejor" (3) respecto a la sesión anterior.

#### 3.5. Post-tratamiento del módulo terapéutico de TCF.

Una vez finalizada la segunda sesión de TCF se estableció un período de dos semanas de no intervención al término del cual, (semana 7, como puede verse en la tabla número 3), se evaluó a la paciente.

Los datos relativos a las *variables directamente relacionadas con el pánico*, (tabla número 4), nos indican que disminuyó considerablemente la frecuencia de ataques de pánico (promedio semanal) a 1. La puntuación obtenida en el cuestionario de distorsiones cognitivas de pánico (CDQ) fue de 10, esto es, se redujo de forma importante respecto a la alcanzada en la línea base que fue de 27. También, el grado de creencia en las cogniciones catastróficas "voy a ahogarme" y "voy a desmayarme" disminuyó llegando a ser del 20% y 10% respectivamente.

Respecto a las *variables relacionadas con la conducta agorafóbica*, (tabla número 5), la evitación y el temor de las *conductas objetivo* fue de (0,5,5,6) y de (2,6,7,7) respectivamente, afrontando sin dificultades el salir con los amigos. En cuanto a las *variables clínicas ansiedad y depresión* (tabla número 6), se redujo considerablemente la ansiedad-estado (13, centil 15) y la ansiedad-rasgo (24, centil 57), y la puntuación que obtuvo en el inventario de depresión de Beck fue de 7, (hasta 11 se considera ausencia de depresión), la mitad que la alcanzada en el pre-tratamiento (línea base) y en el post-tratamiento del ERL. Por último, respecto a *otras variables*, (tabla número 7), que se tuvieron en cuenta hay que decir que: el malestar subjetivo que causaba el trastorno se redujo considerablemente a (2), así como el grado de interferencia en la vida de la paciente a (2). M. informó sentirse "muchísimo mejor" (1) que al principio de la terapia. La valoración del terapeuta, también, consideró que la paciente estaba "muchísimo

mejor" (1) y que su estado era solo "ligeramente perturbado" (2).

Por último, cuando hacemos una valoración global de los efectos de este módulo de terapia cognitiva focal, vemos que, *en general, promediando los porcentajes de mejoría en las diferentes variables, obtenemos una reducción del 62%, que permitiría calificar a la paciente como "mejorada"*. Recuérdese que el porcentaje global de mejoría obtenido en el post-tratamiento del ERL fue del 29%.

### 3.6. Seguimientos.

*3.6.1. Primer seguimiento:* Al mes de haber realizado el post-tratamiento de la TCF se llevó a cabo el primer seguimiento como puede verse en la tabla número 3.

Los datos relativos a las *variables directamente relacionadas con el pánico*, (tabla número 4), revelan que desde la última evaluación la paciente no presentó ningún ataque de pánico. La puntuación alcanzada en el CDQ fue de 12 y el grado de creencia en las cogniciones catastróficas "voy a ahogarme" y "voy a desmayarme" disminuyó a 10% y 5% respectivamente. Respecto a las *variables relacionadas con la conducta agorafóbica*, (tabla número 5), la evitación y temor hacia las *conductas objetivo* fue inexistente para la conducta de salir con los amigos y siguió descendiendo para las otras tres conductas siendo la evitación de 5, 1, 5 y el temor de 4, 2, 4 respectivamente. En cuanto a las *variables clínicas ansiedad y depresión*, (tabla número 6), se mantuvo la ansiedad-rasgo (24, centil 57) y se produjo un ligero aumento en la ansiedad-estado (14, centil 20) y en el nivel de depresión valorado por BDI (9). Por último, *otras variables*, (tabla número 7), indicaron que el malestar subjetivo de la paciente fue mínimo (1) y que el grado de interferencia se mantuvo igual que en la anterior evaluación (2), la paciente y el terapeuta coincidieron en el grado de mejoría (1), y la valoración clínica del terapeuta indicaba total normalidad en la paciente.

*El porcentaje global de mejoría en las distintas variables fue en el primer seguimiento del 70% considerando a la paciente "muy mejorada"*, con lo que se incrementaba aún más la mejoría obtenida en el post-tratamiento de la TCF. La paciente al término de este momento de evaluación informó que había dejado de tomar anticonceptivos y que quería quedarse embarazada porque consideraba que había sido capaz de afrontar y superar su problema de ansiedad, ya que, en su opinión, la presencia de este problema, entre otras cosas, era lo que le había impedido poder asumir la responsabilidad que significaba tener un hijo.

*3.6.2. Segundo seguimiento:* A los tres meses de haber finalizado la terapia se llevó a término el tercer seguimiento como puede verse en la tabla número 3.

Los datos relativos a las *variables directamente relacionadas con el pánico*, (tabla número 4), revelaron total normalidad, siguen sin presentarse ataques de pánico. Asimismo, la puntuación que se obtuvo en el CDQ es muy baja (6) y el grado de creencia en las cogniciones "voy a ahogarme" y "voy a desmayarme" fue nulo (0%). Respecto a las *variables relacionadas con la conducta agorafóbica*, (tabla número 5), la evitación de las *conductas objetivo* fue nula y el temor fue de 1, 0, 0 y 4 para cada una de ellas. En cuanto a las *variables clínicas ansiedad y depresión*, (tabla número 6), disminuyeron las puntuaciones de ansiedad-rasgo (19, centil 35) y de depresión BDI (8) y se incrementó la ansiedad-estado (16, centil 25). Por último, en *otras variables*, (tabla número 7), señalar que la paciente informó un malestar subjetivo y un grado de interferencia del pánico en su vida mínimos (1), y afirmó encontrarse muchísimo mejor que la última vez que acudió a consulta. La valoración clínica del terapeuta acerca del estado de la paciente siguió siendo de total normalidad.

*El porcentaje global de mejoría en las distintas variables siguió incrementándose situándose en el 83% a los tres meses de haber finalizado la terapia.* Al finalizar este mo-

mento de evaluación M. dijo, con gran satisfacción, que estaba embarazada de aproximadamente dos meses, que seguía conduciendo ella sola su coche cuando lo precisaba y que también seguía acudiendo a consultas externas de su hospital de zona sin ninguna dificultad.

*3.6.3. Tercer seguimiento:* A los 6 meses de finalizada la terapia se realizó el *tercer seguimiento* de la paciente como puede verse en la tabla número 3.

Los datos relativos a las *variables directamente relacionadas con el pánico*, (tabla número 4), confirmaban la evolución positiva de la paciente. En cuanto a las *variables relacionadas con la conducta agorafóbica* (tabla número 5), ninguna de las *conductas objetivo* era evitada por la paciente, pero seguía experimentando temor cuando utilizaba el autobús o el tren (2) y cuando participaba en el grupo de teatro de la falla (6). Respecto a las *variables clínicas ansieda y depresión* (tabla número 6), las puntuaciones de ansiedad-estado (12, centil 11) y ansiedad-rasgo (13, centil 10) seguían descendiendo así como el nivel de depresión BDI (6). Por último, en *otras variables*, (tabla número 7), indicar que el malestar subjetivo de la paciente y el grado de interferencia en su vida volvieron a ser mínimos (1), y, además, M. afirmó encontrarse muchísimo mejor que la última vez. La terapeuta volvió a valorar el estado de la paciente como normal.

*El porcentaje global de mejoría en las distintas variables siguió siendo alto, situándose en el 82% a los 6 meses de haber finalizado la terapia.* Además, M. informó que en la semana 11 de embarazo tuvo dificultades que requirieron estar hospitalizada dos semanas, durante las cuales abortó. Mientras estaba hospitalizada recibió la noticia del cierre de la empresa en la que trabajaba. Ambas situaciones las afrontó adecuadamente y, además, manifestaba que estaba deseando volver a quedarse embarazada y tenía en perspectiva, dentro de unos meses, incorporarse de nuevo al mundo laboral como dependienta en una panadería.

*3.6.4. Cuarto seguimiento:* A los 12 meses de haber finalizado la terapia se realizó el cuarto seguimiento de la paciente como puede verse en la tabla número 3.

Los datos relativos a las *variables directamente relacionadas con el pánico*, (tabla número 4), reafirman, de nuevo, la evolución positiva de la paciente. Ni un solo ataque de pánico un año después de haber finalizado el tratamiento. En cuanto a las *variables relacionadas con la conducta agorafóbica* (tabla número 5), tampoco había reaparecido ningún grado de evitación o de temor hacia las *conductas objetivo*, sólo experimentaba intranquilidad cuando acudía a las reuniones del grupo de teatro de la falla. En las *variables clínicas ansiedad y depresión*, (tabla número 6), las puntuaciones siguieron descendiendo: ansiedad-estado (10, centil 9), ansiedad-rasgo y depresión BDI (3). Finalmente, en las *otras variables*, (tabla número 7), indicar que el malestar subjetivo de la paciente fue nulo (0) y el grado de interferencia volvió a ser mínimo (1). La paciente informó sentirse muchísimo mejor tanto desde la última vez como desde el comienzo de la terapia y el terapeuta, de acuerdo con todo esto, valoró el estado de la paciente como normal (1).

*El porcentaje global de mejoría de la paciente en las distintas variables llegó a situarse en el 87% a los 12 meses de finalizada la terapia*, con lo que parece que la mejoría obtenida por la paciente tras el tratamiento, no sólo se mantuvo, sino que se incrementó tras un intervalo de tiempo considerable. La paciente estaba convencida de que no podía pasarle nada malo en caso de que su ansiedad fuese alta por alguna razón. Asimismo M. indicó que cuando estaba nerviosa seguía teniendo síntomas como sensación de falta de aire, mareo y palpitations pero no preocupándose de ellos y utilizando la respiración lenta conseguía que no adquiriesen mayor importancia y desaparecían. De la agorafobia, sólo quedaba, según la paciente, una ligera intranquilidad cuando participaba en las actividades que organizaba el grupo de teatro de la

falla de su barrio. Por lo demás, M. informó no tener ninguna dificultad en su actual trabajo y estar siendo atendida en la unidad de ginecología del hospital "La Fe" para poder lograr su objetivo de ser madre. Por último, el terapeuta preguntó a la paciente acerca de qué componente terapéutico le había resultado de mayor ayuda, considerándolos con perspectiva. M. respondió que le había resultado más útil el módulo de terapia cognitiva focal para afrontar sus ataques de pánico, pero que el módulo de entrenamiento en respiración lenta le había ayudado para aprender a relajarse y a controlar su ansiedad en general.

#### 4. Conclusiones

A partir de los resultados respecto a la evolución de la paciente en los distintos momentos de evaluación pensamos que podemos extraer algunas conclusiones:

1. Por lo que respecta a la eficacia global de ambos componentes podemos afirmar que, con tan solo cuatro sesiones de terapia, conseguimos la mejoría de la paciente en un amplio espectro de variables. Así, la paciente mejoró no sólo respecto a la frecuencia de ataques de pánico que se redujo a cero, sino también en la evitación agorafóbica y en otras variables clínicas importantes como la ansiedad, la depresión, el grado de malestar subjetivo y el grado de interferencia que el pánico provocaba en la vida de la paciente. Tras la aplicación de los dos módulos terapéuticos mejoraron las puntuaciones de M. en las distintas variables en un 65%.

2. El cambio logrado con la terapia, no sólo se generalizó a distintos ámbitos de la vida de la paciente, sino que se mantuvo e incrementó en los distintos seguimientos realizados, al año de haber finalizado la terapia se observó un porcentaje global de mejoría en las distintas variables de un 87%.

3. Cuando entramos en el detalle de la eficacia diferencial de los dos componentes terapéuticos, entrenamiento en respiración lenta (*ERL*) y terapia cognitiva focal (*TCF*), podemos concluir que con el *ERL* se aprecia un cambio favorable en la paciente, ahora bien, este cambio es mucho menos importante (29% de mejoría) que el logrado al aplicar el módulo de *TCF* (62% de mejoría), incluso asumiendo el posible efecto de arrastre de los beneficios obtenidos con el primer módulo terapéutico.

4. Realizando el análisis por grupos de variables, en cuanto a las *variables directamente relacionadas con el pánico*, podemos ver cómo, tras el *ERL*, la paciente mejora pero sigue presentando ataques de pánico (la frecuencia semanal de ataques se reduce a seis) y el grado de creencia en las cogniciones catastróficas "miedo a ahogarse" y "miedo a desmayarse" se reduce a 65% y 50%, respectivamente. Probablemente, la razón de esto radique en que la respiración lenta esté incidiendo positivamente en un mayor nivel de autoeficacia y control de la ansiedad en general y en los ataques por parte de la paciente. Por otra parte, no sabemos si esta situación hubiera continuado o incluso mejorado en caso de no haberse aplicado después el módulo de terapia cognitiva focal. Lo que sí sabemos es que, tras la *TCF*, no vuelven a darse ataques de pánico, al menos hasta un año después de finalizar el tratamiento, y también que, tras este módulo terapéutico, el grado de creencia en las cogniciones catastróficas se reduce a 20% y 10% respectivamente.

5. Respecto a la *evitación agorafóbica*, con el módulo terapéutico de *ERL* disminuye a la mitad el grado de evitación-temor hacia la conducta objetivo número 1 (salir con los amigos), pero en las restantes conductas objetivo, prácticamente, no se producen cambios. En cambio, tras la aplicación del módulo terapéutico de *TCF* el grado de evitación-temor de la conducta objetivo número 1 se reduce a cero, la evitación hacia las otras tres conduc-

tas se reduce considerablemente y el temor hacia éstas se reduce ligeramente.

6. En cuanto a las variables clínicas *ansiedad y depresión*, al menos en este caso, resulta la *TCF* muy eficaz para lograr disminuciones muy importantes en ambos casos.

7. Por lo que se refiere al malestar subjetivo ocasionado por el problema de M. éste se reduce a 8 después del *ERL*, llegando a 2 después de la *TCF*. Sin embargo, el grado de interferencia del pánico en la vida de la paciente sólo es afectado positivamente por la *TCF*. Finalmente, aunque la paciente con el *ERL* ya informa sentirse un "poco mejor" es con la *TCF* cuando indica sentirse "muchísimo mejor". El juicio del terapeuta al término del módulo de *ERL* es que la paciente está un "poco mejor" y que su estado es de "moderada perturbación" y al finalizar la *TCF* considera que la paciente está "muchísimo mejor" y que su estado es "normal".

8. Por último, la valoración de la paciente un año después de haber finalizado el tratamiento es que, aunque la *TCF* resultó el ele-

mento más útil para combatir sus ataques de pánico, el *ERL* contribuyó a aumentar su control sobre la ansiedad y a reducir su malestar en general.

Por todo ello, coincidimos con Salkovskis *et al.* (1991) en que el componente cognitivo, especialmente cuando está dirigido a la identificación y modificación de las cogniciones catastróficas de las sensaciones experimentadas por el sujeto, resulta central en los programas cognitivo-comportamentales para el tratamiento del pánico. El entrenamiento en respiración lenta puede resultar útil como mecanismo de autoeficacia y control de la ansiedad. Para finalizar deseamos subrayar el hecho de que el tratamiento fue administrado en sólo cuatro sesiones y que sin utilizar técnicas de exposición se logró que la paciente afrontara y superara sus crisis así como las conductas agorafóbicas que interferían negativamente en su vida. Nos parece importante que un tratamiento tan breve haya logrado cambios centrales para el funcionamiento cotidiano de la paciente y que éstos cambios se mantengan y generalicen en los distintos seguimientos.

## Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (1987). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Revisado*, (DMS-III-R). Barcelona: Masson, S.A.
- Barlow, D.H. (1988). *Anxiety and its disorders. The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford Press.
- Barlow, D.H. y Cerny, J.A. (1988). *Psychological treatment of panic*. New York: Guilford Press.
- Beck, A.T. (1988). Cognitive approaches to panic disorder. Theory and therapy. En S. Rachman y J.D. Maser (Eds.), *Panic: Psychological perspectives*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Beck, A.T., Emery, G. y Greenberg, R. (1985). *Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Beck J.G., Stanley M.A., Baldwin L.E., Deagle III E.A. y Averill P.M. (1994). Comparison of cognitive therapy and relaxation training for panic disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, 62, 818-826.
- Botella, C., Ballester, R., Carrió, M.C. y Benedito, M.C. (1993). El desmantelamiento de los programas cognitivo-comportamentales para el tratamiento del trastorno por angustia. *Análisis y Modificación de Conducta*, 19, 883-91.
- Clark, D., Salkovskis, P. y Chalkley, A. (1985). Respiratory control as a treatment for panic attacks. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 16, 23-30.
- Clark, D. y Salkovskis, P. (1987). Cognitive treatment for panic attacks: Therapist's manual. Manuscrito no publicado.
- Clum, G.A. (1989). Psychological interventions versus drugs in the treatment of panic. *Behavior Therapy*, 20, 429-457.
- Clum, G.A. y Surls, R. (1993). A meta-analysis of treatments for panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 317-326.
- Conde, V. y Franch, J.I. (1984). *Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología psicopatológica en los trastornos angustiosos y depresivos*. Madrid: Laboratorios Upjohn.
- Ley, R. (1985). Agoraphobia, the panic attack and the hyperventilation syndrome. *Behavioral Research and Therapy*, 23, 79-81.
- Ley, R. (1987). Panic disorder: A hyperventilation interpretation. En L. Michelson y L.M. Ascher (comps): *Anxiety and stress disorders: cognitive behavioral assessment and treatment*. New York. Guilford Press.

- Ley, R. (1988). Hyperventilation and lactate infusion in the production of panic attacks. *Clinical Psychology Review*, 8, 1-18.
- Lum, L.C. (1976). The syndrome of habitual chronic hyperventilation. En O.W. Hill (De), *Modern trends in Psychosomatic Medicine*, vol.3. London: Butterworths.
- Lum, L.C. (1981). Hyperventilation and anxiety state. *Journal. Research. Social. Medicine*, 74, 1-4.
- Margraf, J., Barlow, D.H., Clark, D.M. y Telch, M.J. (1993). Psychological treatment of panic: work in progress on outcome, active ingredients and follow-up. *Behavioural Research and Therapy*, 31, 1-8.
- Marks, I.M. (1987). *Fears, phobias and rituals*. New York: Oxford University Press.
- Michelson, L.K. y Marchione, K. (1991). Behavioral, cognitive and pharmacological treatments of panic disorder with agoraphobia: critique and synthesis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 100-114.
- Öst, L.G., Westling, B.E. & Hellstrom, K. (1993). Applied relaxation, exposure in vivo and cognitive methods in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Behavioral Research and Therapy*, 31, 383-394.
- Rachman, S. (1987). Panics and their consequences: a review. In S. Rachman y J.D. Maser (Eds.). *Panic: psychological perspectives*. New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- Rijken, H., Kraaimaat, F., De Ruiter, C. y Garssen, B. (1992). A follow-up study on shortterm treatment of agoraphobia. *Behavioral Research and Therapy*, 30, 63-66.
- Salkovskis, P., Clark, D. y Hackman, A. (1991). Treatment of panic attacks using cognitive therapy without exposure or breathing retraining. *Behaviour Research and Therapy*.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. & Lushene, R.E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press.
- Visser, S. y Bouman, P.K. (1992). Cognitive-behavioural approaches in the treatment of hypochondriasis: six-single case cross-over studies. *Behaviour Research and Therapy*, 30, 301-306.