

INTERVENCIÓN CLÍNICA EN DEPORTE DE ALTO RENDIMIENTO: UNA EXPERIENCIA EN FÚTBOL SALA

Juan Carlos López María Dolores

Sociedad Murciana de Psicología de la Actividad Física y el Deporte, Murcia, España

RESUMEN: Tras realizar una breve introducción reflexionando acerca de los límites entre especialidades dentro de la psicología y, en concreto, entre la psicología del deporte y la psicología clínica, se expone la intervención clínica llevada a cabo con un jugador de fútbol sala de alto rendimiento, que padece trastorno de pánico. Se hace una descripción global sobre el fútbol sala profesional en España, como contexto en el que tienen que desenvolverse los jugadores; y se describen los pasos seguidos en el tratamiento y su adaptación a las características propias del entorno del deporte profesional.

PALABRAS CLAVE: Intervención clínica, deporte de alto rendimiento, fútbol sala.

ABSTRACT: After making a brief introduction reflecting about the limits between specialities inside Psychology and, specifically, between Sport Psychology and Clinical Psychology, it is exposed the clinical intervention carried out with a high-performance indoor football player with panic disorder. Next, a global description about professional indoor football in Spain is provided as the context where players must manage themselves. Finally, the steps followed in the treatment and their adaptation to the specific characteristics of the professional sport environment are described.

KEY WORDS: clinical intervention, high-performance sport, football indoor.

INTRODUCCIÓN

Los psicólogos contamos con un cuerpo de conocimientos que nos permite explicar e intervenir en distintas áreas y resolver problemas diversos. Tenemos una visión multidimensional de la persona, que nos capacita para actuar en cualquier ámbito en el cual participa un ser humano, realizando esta intervención desde una perspectiva integral, pudiendo utilizar un sinfín de instrumentos y técnicas que sobre una adecuada base teórica y filosófica están avaladas científicamente y experimentalmente (Santolaya, 1998).

La actividad física y el deporte abarca muchas dimensiones del comportamiento social humano, por lo que la Psicología del Deporte incluye las diversas áreas de conocimiento que conforman la ciencia psicológica: básica, organizacional, social, educación, salud, clínica, psicobiología,... (Cantón, 2002). Esto, que no ocurre solo con la psicología del deporte, hace que en muchas ocasiones los límites entre especialidades se difuminen y no queden claramente definidos. Muchas de las actividades que realiza el profesional de la psicología en su quehacer cotidiano en un área específica de intervención, son coincidentes con las que realizan los otros psicólogos en otras áreas de intervención, es decir, la dicotomía que aparece con frecuencia en el ámbito teórico y de la investigación, desaparece con la unificación que se da en la práctica profesional (Santolaya, 1998). Si a esto le añadimos la tendencia a la proliferación de infinidad de especialidades y sub-especialidades psicológicas, ocasionada por el gran número de psicólogos que hay en nuestro país y la competitividad en el difícil mundo laboral, podemos generar un alto nivel de confusión tanto a los potenciales clientes, a los estudiantes de psicología, como a los propios profesionales. Esta lucha por conquistar campos de aplicación que sean independientes y excluyentes entre sí, por evitar el intrusismo tanto desde fuera de la psicología, como entre especialidades, puede llevar a una inercia que ocasione graves consecuencias legales y profesionales que dejen fuera de juego a muchos profesionales, como ha ocurrido con la Especialidad en Psicología Clínica. Estas fronteras entre especialidades, creadas en un principio por un buen fin de intentar estructurar la profesión, vienen muchas veces contaminadas por celos profesionales, luchas por sobrevivir en el mundo laboral, intentos de monopolizar el conocimiento de un área, etc.

Por otra parte, durante mucho tiempo, los psicólogos han sido vistos con recelo desde ciertos ámbitos por considerar que parecía que sabíamos de todos los campos y de ninguno, y que nos sentíamos con derecho a opinar sobre todo, dando una imagen negativa de poca rigurosidad. Por este motivo, estamos de acuerdo con el COP que es necesario una formación de postgrado en la que profundizar en los ámbitos de aplicación de un área determinada, unos criterios de acreditación profesional para el ejercicio de la profesión exigibles por el Colegio, añadiendo a esta idea, que exista una accesibilidad para conseguirlos que no tenga limitaciones más allá del esfuerzo, tiempo y dinero a emplear, sin las restricciones legales y de posibilidad de acceso que se han creado en la Especialidad de Psicología Clínica con la LOPS. Como afirma Santolaya (1998), un psicólogo no puede hacer de todo, es necesaria una formación especializada en cada área de intervención, dejando de funcionar como un todo terreno.

Siguiendo a Cantón (2002) en la Psicología del Deporte han aumentado los grupos y secciones profesionales en las distintas delegaciones del COP, el número de cursos de postgrado, el número de miembros de las asociaciones profesionales, etc. También se han creado los criterios del COP sobre los contenidos básicos de formación y los requisitos para la acreditación profesional en Psicología del Deporte (para una exposición detallada al respecto ver Cantón, 2002 y Cantón, 2003). Pero en la mayoría de los casos los psicólogos especializados en el ámbito del deporte no lo hacen con dedicación exclusiva porque la situación no lo permite, sino que compaginan estas tareas con otras referidas a la formación/educación o a la intervención profesional en otros campos como la clínica y la organizacional, fundamentalmente.

Dentro de este marco profesional, a continuación se presenta el tratamiento de un jugador de fútbol sala de alto nivel, que padece un trastorno de pánico, un trabajo llevado a cabo en el contexto del deporte de alto rendimiento, y que refleja como las demandas que recaen sobre los deportistas pueden dar lugar a la aparición de trastornos que requieren una intervención psicológica de carácter clínico.

EL FÚTBOL SALA DE ALTO RENDIMIENTO EN ESPAÑA

El fútbol sala se ha convertido en España en un deporte de gran relevancia, inmerso en un constante crecimiento, que se refleja tanto a nivel de clubes, con la Liga Nacional de Fútbol Sala (LNFS), como a nivel internacional con la Selección Española.

La LNFS, fundada en 1989, (el equivalente en el fútbol sala de la LFP de fútbol) es una competición profesional cuya máxima categoría, la División de Honor, está considerada como la mejor liga del mundo. En ella juegan los mejores jugadores de este deporte, fundamentalmente españoles y brasileños, que disfrutan de los mayores salarios, aunque muy lejos de los del fútbol. Consta de una liga regular y unos play-off por el título, que juegan los ocho primeros clasificados; y unos play-off de permanencia, que juega el antepenúltimo con los aspirantes de la División de Plata clasificados para el play-off de ascenso. El campeón de liga juega la UEFA Futsal Cup (Copa de Europa) y los dos últimos descienden. Además, se organiza una Copa de España, que en la actualidad se juega en una ciudad organizadora cuyo equipo pertenezca a la División de Honor, y en la que participan los siete primeros clasificados de la primera vuelta de la liga regular, más el equipo de la ciudad organizadora. El equipo vencedor juega la Recopa de Europa. En los medios de comunicación sigue aumentando su presencia cada temporada, con programación específica en televisión, con retransmisiones de los partidos, con una audiencia potencial que puede llegar a superar los 600.000 espectadores en los grandes encuentros. También existen revistas especializadas, secciones en los programas deportivos de radio, en la prensa escrita deportiva, y en los medios locales de los lugares a los que pertenecen los clubes. En definitiva, un potencial publicitario que no para de crecer y que permite una mayor profesionalización, lo que también hace aumentar las exigencias y la competitividad.

A nivel internacional, la Selección Española, integrada en la FEF, ha sido la ganadora en los dos últimos Campeonatos del Mundo, y ha vencido este año por tercera vez la UEFA Futsal Championship, equivalente a la Eurocopa de fútbol. Además, a nivel de clubes, los equipos españoles acaparan los títulos en la UEFA Futsal Cup (Copa de Europa), ganando tres de las cuatro ediciones disputadas hasta ahora, más la primera edición de la Recopa de Europa disputada la temporada pasada.

En este contexto, el fútbol sala, como deporte profesional que es, está rodeado de numerosos intereses económicos, publicitarios, políticos y sociales, que exigen resultados a corto plazo. Además de esto, los jugadores de fútbol sala tienen que afrontar las exigencias propias del deporte de competición: estilo de vida atípico, incertidumbre sobre el futuro profesional, continuos cambios de residencia, presión social y familiar, exigencias físicas, relaciones interpersonales con el cuerpo técnico y los compañeros, compartir vivienda, lesiones, negociación de contratos, prensa, viajes continuos, concentraciones, compromisos sociales y publicitarios de su club, sacrificios personales ante la imposibilidad de estudiar o aprender una profesión de cara a la retirada deportiva,... A esto hay que incluir, como todas las especialidades deportivas, las situaciones características del deporte que pueden ser fuente de estrés: gran velocidad de juego, toma de decisiones continuas en cortos espacios de tiempo, limitación a la hora de hacer faltas, el doble penalti, el portero-jugador, cambios en el marcador a favor y en contra, lo decisivo del juego pasivo, nivel técnico-táctico exigido,... (López, 2003). En definitiva, un entorno repleto de estresores que pueden provocar desequilibrios psicológicos que requieran una intervención de carácter clínico.

EXPOSICIÓN DEL CASO

Datos personales

Pedro (en la exposición del caso se omiten o modifican algunos datos para salvaguardar la identidad del jugador, sin perjuicio de la exposición rigurosa del tratamiento), tiene 28 años, es soltero, juega en un equipo de División de Honor de fútbol sala, donde juega en la posición de ala, lleva tres temporadas en el club y le resta de contrato la presente temporada y otra más. Actualmente comparte piso con otros dos jugadores del equipo con los que se encuentra a gusto. Es una persona extrovertida y alegre, que no tiene dificultad alguna para establecer relaciones sociales, independientemente del sexo de la otra persona. Es muy querido por los aficionados, teniendo una peña con su nombre. Se trata de un jugador de gran velocidad, buena conducción de balón, gran entrega, comprometido con el equipo y con su profesión y que se enfrenta con decisión en los momentos claves de la competición (lanzar penaltis y dobles penaltis, marcadores y adversos,...). Por sus características ha gozado de la confianza de diferentes entrenadores en todas sus temporadas en el club, que recurren a él en los momentos de mayor tensión, cuando hay que dar mucha velocidad al juego y defender con intensidad, siendo de los jugadores que más minutos permanece en pista y, aunque no es un goleador, marca con cierta frecuencia. En la presente temporada se produce la llegada de nuevos jugadores de muy alto nivel, pero afirma que el no tiene ningún complejo y terminará jugando. En el inicio de la temporada, a pesar de que juega menos minutos que la temporada anterior lo interpreta de manera positiva porque piensa que era excesivo lo que jugaba la temporada anterior. Sigue considerándose una pieza importante del equipo, siendo el sexto jugador de pista (sin contar el portero) que más minutos juega.

Historia del problema

A mediados de la temporada llegó el rumor al club de que podía ser convocado para la Selección, por lo que estaba muy motivado y se esforzó al máximo. Coincidiendo con esto Pedro afirma que comienza a tener molestias en el estómago, ligeros dolores, apenas tiene hambre y las comidas no le sientan bien. Durante esos meses dice que estaba muy preocupado, continuamente pendiente de su cuerpo, porque uno de sus puntos fuertes es la condición física y no se encontraba bien. En tres semanas llega a adelgazar de 66 a 62 kilos y pensaba que si seguía sin comer bien iba a adelgazar más, se iba a cansar con cualquier mínimo esfuerzo en los entrenamientos y los partidos y su rendimiento bajaría. En palabras del jugador, los médicos le reconocieron y le dijeron que no tenía nada y que sería producto de los nervios y de la tensión acumulada. El Cuerpo Técnico y los directivos valoran su rendimiento como de más a menos y, aunque ha tenido alguna buena actuación puntual, no está jugando a su nivel.

Así permaneció durante tres meses hasta que a principios del mes de abril, viendo un partido de fútbol sala en TV, acompañado por otro jugador, empieza a tener sensación de ahogo, palpitaciones, dolor en el pecho, miedo a tener algo grave y a morir, se le queda la mente como en blanco, con una sensación muy rara,... Varios días después, desconcertado y preocupado por lo que le pasó, viajando en el autobús del equipo, todos van durmiendo menos él, y comienza a sentirse acelerado, con palpitaciones, falta de aire, con mucho calor y miedo; pero intenta sobrellevarlo como puede, diciéndose solo al fisioterapeuta para, según él, evitar cachondeo de los compañeros. Parece que se le pasa leyendo una revista. Al llegar al hotel no tenía ganas de comer y duerme bien. Al día siguiente, día del partido, se encuentra bien, no piensa en ello; pero

jugando el partido siente que le falta el aire y, mientras está en el banquillo no puede estar sentado y también cuesta respirar. Tras el partido, está muy preocupado, no se tranquiliza con la ducha, en la cena no para de darle vueltas. Por la noche no puede dormir, tiene que ir al aseo varias veces, nota palpitaciones y falta de aire, tiene miedo, se toma dos valerianas y, tras aproximadamente una hora, se queda dormido. En el viaje de vuelta vuelve a ocurrirle, habla con el fisioterapeuta y con el médico y le emplaza a la consulta nada más terminar el viaje de regreso, donde se le descarta que tenga ningún problema físico y se le recetan unos ansiolíticos. Tanto el fisioterapeuta como el médico le aconsejan que puede ser positivo acudir al psicólogo. Al día siguiente, se pone en contacto telefónico con el psicólogo, contándole resumidamente su problema y queda en verse con él la semana siguiente, ya que tiene viaje y partido. Durante esos días, en una cena del club, donde la directiva quiere compartir con la plantilla su satisfacción por la buena trayectoria del equipo vuelve a ocurrirle, dice que le entran ganas de irse de la cena, pero prefiere quedarse e intentar centrarse en lo que está comiendo y se le pasa. El jugador habla con el entrenador, le comenta la situación, dándole el visto bueno para acudir al psicólogo, y le ofrece dos días de descanso de los entrenamientos, que acepta no muy convencido porque el quiere seguir entrenando para no dejar de jugar los partidos. Antes de acudir a consulta, el jugador ya lleva una semana tomando los ansiolíticos, afirmando que, exceptuando lo que le ocurrió en la cena, han desaparecido algunos de los síntomas físicos, encontrándose con una sensación de bienestar, relajado, respirando bien, sin malestar de estómago y durmiendo bien; pero se encuentra apagado en los entrenamientos y no quiere depender de las pastillas.

Rol del psicólogo

Acude al psicólogo a falta de dos jornadas para el final de la liga regular, aunque el equipo se ha clasificado para los play off por el título, y cómo mínimo quedan otros dos partidos más (cuatro semanas de competición). El psicólogo ya trabajaba con el club desde hacía tres temporadas en trabajos puntuales. Por tanto, se trata de un profesional que ya conoce desde hace años y con el que tiene una relación de confianza y cordialidad y que está familiarizado con su trabajo.

La pregunta que surge inmediatamente cuando tenemos un caso clínico en el contexto deportivo es si sería más conveniente remitir el caso a un psicólogo clínico. Siguiendo a Ezquerro (2002), hemos de tener presentes algunas consideraciones:

- Ni siempre es posible, ni es lo más conveniente en muchos casos. Ciertos trastornos pueden ir asociados a las demandas deportivas, y la solución requiere conocer en profundidad el contexto donde se desarrolla el deportista, y un psicólogo ajeno a este ámbito no puede comprender el problema en profundidad. Incluso dentro de los psicólogos del deporte se hace necesario conocer la especialidad deportiva en la que participa el deportista para analizar posibles variables relevantes.
- Algunas alteraciones se presentan o se agudizan dependiendo del momento de la competición, requieren soluciones rápidas y eficaces para afrontar los retos deportivos. La intervención tiene que adaptarse a la inmediatez que exige el deporte profesional, aunque posteriormente se utilicen recursos adicionales destinados a afianzar los logros y prevenir recaídas.
- Alteraciones que en otros contextos pueden ser tenidas como leves en el deporte pueden ser de vital importancia para el rendimiento deportivo, y en estos

casos puede no ser operativo remitir al deportista a una consulta clínica cada vez que se presenta un problema.

- La intervención psicológica en estos problemas debe ser evaluada tanto desde su dimensión psicológica como en su dimensión deportiva, en relación al rendimiento deportivo, utilizando los recursos y metodología de la modificación de conducta y los específicamente elaborados para el deporte, siempre y cuando cumplan con una garantía científica.

Además, y siguiendo con los criterios para la intervención clínica en el deporte propuestos por Ezquerro (2002), el psicólogo posee formación (tanto en deporte como en clínica) y experiencia para atender el caso; realizar esta intervención no interfería con otras tareas en el club puesto que no pertenecía al organigrama técnico de este; el deportista y el club tenía preferencia por trabajar con un profesional que ya conocían; y este disponía de tiempo para atenderle.

Evaluación y diagnóstico

La descripción que hacía el jugador de sus "crisis" hacía pensar que padeciera una crisis de angustia. Para delimitar el diagnóstico se hizo la siguiente evaluación:

- *Entrevista de Evaluación del Pánico* (Botella y Ballester, 1997). Entrevista estructurada, tanto para evaluar el trastorno de pánico como la posible comorbilidad con otros problemas.
- *Autorregistros de los ataques de pánico*, donde se incluían: momento del día y situación en que se produce el ataque de pánico, duración y severidad del episodio, severidad de cada uno de los síntomas individuales, tipo de ataque (inesperado, predispuesto o determinado situacionalmente), las cogniciones y el grado de creencia en estas. Se le enseña previamente a identificar y registrar los ataques, dándole por escrito una descripción clínica del mismo.
- *Cuestionario de Sensaciones Corporales (BSQ)*, de Chambles, Caputo, Bright y Gallagher, (1984); para evaluar el grado de temor a los síntomas somáticos asociados a los ataques de pánico.
- Valoración subjetiva del rendimiento deportivo por parte del entrenador y del propio jugador. No se estableció una línea base en cuanto a datos objetivos sobre criterios de rendimiento que tuvieran controlados desde el cuerpo técnico (tiempo jugado, goles, recuperaciones, pérdidas de balón, cumplimiento de los movimientos tácticos, errores no forzados, fallos en los marcajes defensivos, faltas cometidas y recibidas...) pues en la mayoría de ellos no se llevaba un registro sistematizado de los mismos y la mayoría de los que si eran registrados se ven influidos en muchas ocasiones por variables no controlables.

Tras la evaluación global del jugador se llegó a la conclusión de que se trataba de un trastorno de pánico, siguiendo los criterios diagnósticos del DSM-IV, tanto para los ataques de pánico como para el trastorno (Ver cuadros 1 y 2). El trastorno de pánico se caracteriza por ataques de pánico recurrentes, que son crisis agudas de ansiedad caracterizadas por unas sensaciones fisiológicas desagradables (taquicardia, dolor en el pecho, sensación de ahogo, mareo, hiperventilación, etc.) y unos pensamientos muy atemorizantes (temor a sufrir un ataque al corazón, miedo a ahogarse, pavor a perder el control, etc.) que están relacionados con dichas sensaciones (Echeburúa y De Corral, 1998).

Cuadro 1. Criterios diagnósticos del DSM-IV para el Ataque de Pánico o Crisis de Angustia

Período discreto de miedo o malestar intenso en el que al menos cuatro de los siguientes síntomas aparecen súbitamente y alcanzan gran intensidad en los diez minutos siguientes:

- Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca.
- Sudoración.
- Temblores o sacudidas.
- Sensación de ahogo o falta de aliento.
- sensación de atragantarse.
- Opresión o malestar torácico.
- Náuseas o molestias abdominales.
- Inestabilidad, mareo o desmayo.
- Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (sensación de estar separado de uno mismo).
- Miedo a perder el control o volverse loco.
- Miedo a morir.
- Parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo).
- Escalofríos o sofocaciones.

Para establecer el diagnóstico diferencial de otros trastornos de ansiedad hay que especificar de nuestro jugador lo siguientes aspectos sobre los síntomas:

1. El temor del jugador es acerca de la propia reacción fisiológica y a experimentar nuevas crisis.
2. Los ataques de pánico son inesperados y recurrentes, no determinados situacionalmente.
3. El jugador tiene una alta preocupación somática; pero no se queja de síntomas ajenos a los de las ataques, y la amenaza percibida es inminente y no a medio o largo plazo.

Cuadro 2. Criterios diagnósticos del DSM-IV para el trastorno de angustia o trastorno de pánico sin agorafobia

-
- A. Se cumplen (1) y (2):
- 1) Crisis de angustia (ataques de pánico) inesperadas recidivantes.
 - 2) Al menos uno de los ataques se ha seguido durante un mes o más de uno o más de los siguientes síntomas:
 - a. Inquietud persistente ante la posibilidad de tener más crisis.
 - b. Preocupación por las implicaciones de las crisis o sus consecuencias (por ejemplo, perder el control, sufrir un infarto de miocardio, volverse loco.
 - c. Cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis.
- B. Ausencia de agorafobia.
- C. Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica.
- D. Las crisis de angustia no pueden explicarse mejor por la presencia de otro estado mental, como por ejemplo, fobia social, fobia específica, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés postraumático o trastorno por ansiedad de separación.
-

Además, teniendo en cuenta que se trata de un deportista profesional hay que tener presente que:

- ▣ Los deportistas parecen tener un mayor grado de propiocepción en comparación con las personas no deportistas, lo que lo acentúa el hecho de ser un jugador que tiene en una de sus virtudes la velocidad y la resistencia físicas, y en lo que basa buena parte de su autoconfianza como jugador. La existencia de bajos umbrales a la percepción interoceptiva, los sesgos atencionales hacia las señales de daño y la elevada capacidad a percibir señales internas, unida a la tendencia a la hiperventilación son factores de predisposición que pueden facilitar la aparición del trastorno de pánico (Ehlers, Margraf y Roth, 1988; Sandín y Chorot, 1991).
- ▣ El problema puede ser más decisivo en su rendimiento laboral, tanto para los entrenamientos como para los partidos, que para una persona no deportista. Para que un trastorno de pánico se considere como grave debe superar los ocho ataques al mes (Spitzer, Williams y Gibbon; 1987). En este caso solo se llega a cinco; pero al tratarse de un deportista las repercusiones de estos en su trabajo y, por tanto, en su bienestar puede que sean mayores.

Toma de decisiones respecto al tratamiento

Una vez se ha decidido llevar a cabo la intervención clínica con el deportista hay que considerar algunos aspectos como los siguientes (Ezquerro, 2002):

- ▣ La confidencialidad, dependiendo si la demanda proviene del propio jugador y quiera llevarla en secreto, o si la demanda proviene del entrenador y se hace necesario compartir información, siempre con el consentimiento del jugador. En caso de compartir información es preferible que sea el propio jugador quien la transmita.
- ▣ Toma de decisiones relevantes, como la retirada temporal de los entrenamientos y la competición, sus ventajas y sus inconvenientes.
- ▣ Intervención psicológica como servicio de urgencias, tratando de solventar el problema con la mayor brevedad y simplicidad posibles, teniendo que optar en ocasiones, por necesidades de la competición y de la situación profesional del deportista, por una solución paliativa hasta niveles tolerables, ya que el problema puede resultar inviable solucionarlo por completo en un corto espacio de tiempo.
- ▣ Realizar un programa posterior para consolidar los logros y prevenir recaídas una vez pasadas las situaciones críticas de la competición.

En este caso la información acerca del problema y del tratamiento se transmitió al entrenador y al club a través del jugador; la retirada del jugador de los entrenamientos duró sólo dos días por voluntad y decisión del jugador, participando en todos los partidos hasta final de temporada; la intervención fue lo más sencilla posible, teniendo el carácter de urgencia por el momento decisivo de la temporada en que se encontraba; y se llevó un seguimiento del caso una vez finalizada la temporada y durante la siguiente.

Descripción del tratamiento

1. Tratamiento farmacológico

Las revisiones sobre la eficacia de los tratamientos farmacológicos para el Trastorno de Pánico indican que una serie de fármacos resultan eficaces: antidepresivos tricíclicos (imipramina,...), los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRIs) (fluoxetina, paroxetina,...), las benzodiacepinas (alprazolam, loracepam,...) y los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAOs) (fenelzina,...) (Botella, 2001); pero las recaídas son frecuentes al suprimir el tratamiento (Ramallo, 1996). El tratamiento farmacológico recibido por los Servicios Médicos del club fue el siguiente:

- Loracepam (ansiolítico benzodiacepínico de acción media): Un comprimido de 1 mg por la mañana y otro por la noche durante 6 semanas, y si se siente especialmente mal, media pastilla después de comer. Las benzodiacepinas mejoran la ansiedad asociada a las crisis de angustia. Se trata de un tratamiento de baja intensidad, ya que los ansiolíticos, dependiendo de la dosis y del paciente puede afectar a la concentración, el aprendizaje, el nivel de activación, relajación muscular, reducción de la capacidad de realizar movimientos coordinados, tiempo de reacción aumentado, apatía, depresión respiratoria,...; es decir, aspectos que pueden afectar decisivamente en el rendimiento deportivo. Se le retira progresivamente bajo supervisión médica para evitar el síndrome de abstinencia.
- Paroxetina (antidepresivo, inhibidor selectivo de la recaptación de la serotonina). Tras la retirada del Loracepam, se le prescribe entre 20 y 60 mg al día, en principio durante los meses de verano. Los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de la Serotonina (SSRIs) producen buenos resultados en el tratamiento del Trastorno de Pánico, incluso se insiste en que serían la alternativa de elección para el tratamiento farmacológico de este trastorno (McNally, 1996; Roy-Bime y Cowley, 1998).

En la práctica clínica con los trastornos de ansiedad, cuando la ansiedad es muy elevada, se suele prescribir una benzodiacepina planificando el inicio y el final del fármaco, suprimiéndolo progresivamente con relativa rapidez (4-8 semanas), para pasar a un tratamiento con antidepresivos que será más prolongado y simultáneo con la terapia de conducta, la cual se iniciará una vez haya disminuido la ansiedad, habitualmente a las 2-4 semanas de iniciados los fármacos (Ramallo, 1996). En este caso, por la urgencia que requería el caso, la terapia de conducta comenzó a la semana de iniciarse el tratamiento con benzodiacepina.

El psicólogo plantea al jugador que consumir el fármaco es un acto terapéutico más integrado dentro del tratamiento, al servicio de un cambio global que exigirá otras medidas (cognitivas,...). Esto se hizo con el objetivo de que el jugador no le atribuyese al fármaco un poder mayor al que tiene, como un acto definitivo, y darle la importancia que merece al tratamiento psicológico. El jugador cumplió con el tratamiento con psicofármacos; aunque manifestó que no le gustaba consumir medicamentos en general y no quería "depender de la pastilla" para estar bien. Estaba fuertemente motivado a aprender a controlarse por sí mismo y dejar las pastillas en cuanto fuera posible y le recomendara el médico.

2. Tratamiento psicológico

Después de casi 20 años de investigación acerca del trastorno de pánico se ha puesto de manifiesto que el tratamiento psicológico más eficaz es la terapia cognitivo-comportamental especialmente diseñada para el trastorno de pánico, en concreto el de Clark y Salkovskis (1987) y el de Barlow y Cerny (1988) (Ballester y Botella, 1992; Botella, 2001). En este enfoque de terapia se suelen incluir los siguientes componentes: un componente educativo acerca de qué es la ansiedad y el pánico, reestructuración cognitiva, técnicas de manejo de los síntomas (respiración, relajación,...), alguna forma de exposición (a los estímulos externos, internos o a ambos) y/o entrenamiento en habilidades de afrontamiento (Botella y Ballester, 1997; Botella, 2001). Estos tratamientos para el Trastorno de Pánico están caracterizados por elevadas tasas de éxitos, claridad con respecto a los componentes específicos de la intervención, disponibilidad de manuales de tratamiento para el terapeuta que ayudan a este a lo largo de las sesiones de terapia y disponibilidad de manuales de autoayuda para los pacientes que resultan de gran utilidad también en terapia (Beck y Zebb, 1994).

También resulta importante prestar atención al hecho de combinar el tratamiento psicológico y el farmacológico. Como se ha dicho anteriormente, las recaídas con el tratamiento farmacológico en solitario son muy elevadas al suspender el fármaco, tanto con los antidepresivos como con las benzodiazepinas (Ramallo, 1996). Parece ser que la terapia de conducta disminuye significativamente las recaídas de la terapia farmacológica sola. En cuanto a la superioridad entre un tipo de tratamiento y otro la cuestión sigue sin dilucidarse (existen muchos intereses encubiertos en uno y otro bando), habiendo estudios para todos los gustos. A pesar de ello, lo que si parece poder afirmarse con prudencia es que la combinación de fármacos y terapia de conducta parece tener un efecto aditivo en el tratamiento de los trastornos de angustia, superior a cualquiera de los tipos en solitario. La intensidad de dicho efecto depende de la dosis del fármaco y del momento en que se introducen los diversos procedimientos terapéuticos (Ramallo, 1996; Botella, 2001). Lo que si que hay que tener presente es el efecto negativo que producen las benzodiazepinas sobre el aprendizaje, sobre todo las de acción larga, que pueden interferir o perturbar las ganancias obtenidas con la terapia cognitiva-comportamental (Brown y Barlow, 1995; Otto, Pollack y Sabatino, 1995). Lo que se aprende bajo los efectos de un ansiolítico puede no persistir cuando dichos efectos se han disipado (Marks y O'Sullivan, 1988, 1989). En definitiva, parece que es acertada la decisión de combinar ambos tipos de terapia y así se le expuso al jugador.

2.1. Componentes del tratamiento

Basándonos en los programas de tratamiento de Clark y Salkovskis (1987), Barlow y Cerny (1988) y Botella y Ballester (1997) la intervención se estructuró en 11 sesiones de entre una hora y una hora y media de duración, adaptándolo a dos o tres sesiones semanales, dependiendo de si había desplazamiento o no, y por la urgencia que requería el momento de la competición (vísperas del play off). El desarrollo de la misma fue el siguiente:

- Primera sesión: Evaluación inicial (entrevista, cuestionarios).
- Segunda sesión: Fase educativa, que se complementó con más información en las sesiones sucesivas.
- Segunda y tercera sesión: Entrenamiento en relajación muscular progresiva.
- Cuarta sesión y quinta sesión: Análisis de posibles problemas con la técnica de relajación. Exposición del papel de la atención y entrenamiento en control de la atención y técnicas de distracción.

- De la sexta a la novena sesión: Análisis de problemas surgidos en los ejercicios de entrenamiento en control de la atención y ensayos en consulta. Intervención cognitiva.
- Décima sesión: Análisis de problemas surgidos, evaluación postratamiento, valoración de la evolución del jugador y del tratamiento, expectativas futuras, conveniencia de seguir practicando lo aprendido como estrategia de afrontamiento, planteamiento del seguimiento.

El tratamiento se llevó a cabo en cuatro semanas, distribuyendo las sesiones por semana en 3-2-3-2 cada una, para pasar posteriormente al seguimiento. La descripción de las fases de tratamiento es la que sigue:

⊙ *Fase educativa*

El jugador llegó a la consulta tras descartarle por los Servicios Médicos del club que padeciese algún problema orgánico, estando algo desorientado, pues no sabía a qué atribuirlo. Se le ofreció al jugador una explicación detallada de lo que le estaba sucediendo, tanto en el momento de las ataques como del trastorno. Se le expuso que es la ansiedad, las formas de manifestarse las emociones en general (fisiológica, cognitiva y conductual) y la ansiedad en particular, y cómo los pensamientos juegan un papel desencadenante de las respuestas emocionales, en concreto, sus pensamientos anticipatorios de los ataques. Además, se analizó con el jugador mediante ejemplos cómo la ansiedad no es una emoción negativa en sí, sino que puede tener una función adaptativa que puede beneficiarnos en ciertas situaciones, y que además puede reflejar nuestra implicación en las actividades que realizamos y la importancia que le damos al resultado de estas. También se analizó su sensibilización a cualquier sensación corporal y su atención continua a su estado físico, y los pensamientos de preocupación que le generan acerca de las posibles repercusiones en su rendimiento deportivo. Esta fase se llevó a cabo fundamentalmente en la primera sesión, aunque se fue completando la información conforme avanzó el tratamiento.

⊙ *Entrenamiento en relajación muscular progresiva*

Antes de comenzar con el entrenamiento en respiración, se le expuso gráficamente al jugador la interrelación entre el ritmo respiratorio y el ritmo cardíaco, entre la función pulmonar y la cardíaca. También se le explica la diferencia entre respiración profunda y respiración superficial y en las consecuencias de ambas, especialmente las referentes a las que pueden influir en su rendimiento deportivo (fatiga muscular, recuperación muscular, trabajo cardíaco,...). Posteriormente, se lleva a cabo un ejercicio mediante pulsómetro (aparato con el que está muy familiarizado) en el que el jugador vea reflejado cómo los diferentes ritmos de respiración determinan el ritmo cardíaco, llevándolo a cabo el terapeuta primero (haciéndolo con mayor intensidad) y posteriormente el jugador.

Una vez que nos hemos asegurado que el jugador entiende la relación expuesta se comienza a entrenar la respiración profunda como paso previo a los ejercicios de relajación. Comenzando por llevar tiempos de inspiración-retención-expiración-detención de 4-2-4-2 segundos respectivamente, para pasar progresivamente hasta 8-4-8-4 que llegó a conseguir. Los ejercicios duraban 2 minutos, haciendo descansos de otros 2 minutos donde se comenta la realización del ejercicio. Bastó con una sesión para que el jugador aprendiera el procedimiento. Se le instó a practicar en casa hasta la siguiente sesión, llevándose acabo un autorregistro de cada ensayo.

En la tercera sesión se comenzó el entrenamiento en relajación muscular progresiva mediante una grabación en CD. Este apartado del tratamiento se vio facilitado porque el jugador ya conocía el procedimiento, ya que lo practicó con el psicólogo la temporada anterior en el club. El programa, tomado de Capdevila (2000), consta de 10 sesiones de entrenamiento, de las cuáles las cinco primeras se realizan ejercicios de tensión-distensión, las cinco sesiones siguientes solo se realizan ejercicios de distensión y las 5 últimas se realizan ejercicios de relajación rápida. La primera sesión de relajación se realizó en la consulta, como recordatorio del procedimiento, se le enseñó a complementar el registro de dicho programa y se le indicó que lo llevara a cabo todos los días para acelerar el proceso, procurando no hacerlo en las horas anteriores a los entrenamientos y los partidos, así como la hora posterior a las comidas ya que la digestión puede interferir con la relajación (Labrador, 1993). Se decidió que la mejor hora era por las mañanas después del entrenamiento como por la noche antes de irse a dormir. Los registros y los ejercicios para casa se analizaban en las sesiones posteriores en la consulta para tratar posibles dificultades. El jugador realizó con total implicación todo el programa y manifestó que había desarrollado un control muy grande sobre su activación. Una vez finalizado el programa se le instó a hacer ejercicios de relajación rápida en diferentes posiciones (de pie, andando) y situaciones (en casa, en el vestuario, en la calle, en el banquillo, en el autobús, los hoteles,...).

⊙ *Entrenamiento en control de la atención*

Las personas que sufren 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 su organismo. Desarrollan una hipervigilancia respecto a sus propias sensaciones corporales por ligeras que estas sean (Botella y Ballester, 1997). Si a esto le añadimos que el cuerpo y su buen estado físico es la herramienta de trabajo de un deportista profesional, al que se le inculca el cuidado mediante preparación física, fisioterapia de recuperación, calentamiento y estiramiento, alimentación y descanso, y que a lo largo de su carrera ha sufrido sobrecargas y lesiones; hay más posibilidades de que exista una elevada capacidad de propiocepción, bajos umbrales de percepción interoceptiva y sesgos atencionales hacia las señales de daño, superiores a los de una persona que no tenga en su estado físico un aspecto decisivo en su rendimiento laboral. En este caso, se da además la circunstancia, que el jugador ve en sus capacidades físicas, como ya expusimos antes, uno de los factores claves de su éxito deportivo.

La capacidad para controlar los procesos de pensamiento, para concentrarse en una tarea, es sin duda la clave más importante para lograr una actuación eficaz en el deporte (Nideffer, 1991). Las alteraciones de la activación fisiológica y cognitiva afectan a la concentración, por lo que no parece que tener un trastorno de pánico sea el marco ideal para un buen rendimiento deportivo, por leve que sea este.

Comenzamos exponiéndole al jugador las dimensiones de la atención de Nideffer (1976), y cómo tendía a utilizar una atención interna, amplia o reducida, centrándose en sus sensaciones corporales permanentemente, o cómo a la mínima alteración física se le iba la atención a su situación física, alarmándose automáticamente con pensamientos catastróficos.

Para trabajar el control de la dirección de la atención comenzamos utilizando la *Técnica de Gauron* (1984), para que el jugador experimentara los distintos estilos atencionales y aprendiera a dirigir la atención a su voluntad por las dos dimensiones (estrecha-amplia, interna-externa). Una descripción del procedimiento se puede ver en Nideffer (1991). Una vez aprendido este en la consulta, se le indicó que lo practicara en casa, justo después de realizar los ejercicios de relajación,

añadiendo al autorregistro de la relajación un apartado específico donde indicar dificultades surgidas y nivel de concentración conseguido (0-10).

Posteriormente, se le propusieron *técnicas de distracción* de los pensamientos las sensaciones corporales, como ejercicios mentales (contar de cero a cien de tres en tres, buscar palabras que empiecen por una determinada letra,...), actividades absorbentes (escuchar música con el discman, ver la televisión, leer revistas, descripción mental del lugar donde se encuentre,...), rituales de concentración y ejecución, que ya conocía y practicaba desde la temporada anterior, tanto en las tareas cotidianas como en las tareas deportivas (vestirse para entrenar o jugar un partido, orden del calentamiento y el estiramiento, hábitos el día del partido, hábitos a la hora de acostarse, etc.). Las tareas de distracción fueron seleccionadas por el propio jugador de entre las propuestas. Estas tareas se programaron para las distintas situaciones de su vida diaria, poniendo especial atención en aquellas en las que se veía como más propenso a atender a sus sensaciones corporales (estar solo sin tener que hacer nada en concreto). Para convencer al jugador en la eficacia de estas estrategias se utilizó la propia experiencia del jugador, ya que el mismo comentó durante la evaluación de los ataques que sufrió que pudo aliviarlos tratando de mantenerse entretenido (centrarse en la comida cuando le ocurrió cenando, leer revista en el autobús, etc.).

El entrenamiento en control de la atención se realizó en dos sesiones, unidas a los ejercicios para casa. El jugador manifestó, tanto en la consulta como en los autorregistros, haber adquirido una habilidad elevada en controlar la dirección de la atención (percepción subjetiva), tanto en sus quehaceres diarios extradeportivos como en los deportivos, consiguiendo una mayor concentración, y reduciendo considerablemente su atención continua a las sensaciones corporales.

⊙ *Intervención cognitiva*

El modelo cognitivo del pánico de Clark y Salkovskis (1987) postula que el pánico es una consecuencia de la interpretación catastrófica de una serie de sensaciones corporales derivados de la aprensión o miedo experimentado ante la percepción de un estímulo desencadenante interno (pensamiento, sensación o imagen) o externo (situación) como amenazante. Para otros autores en los ataques de pánico hay un procesamiento defectuoso de la información, que no se sabe aún con certeza si es causa de los ataques de pánico o una consecuencia temprana de los primeros de ellos (Wolpe y Rowan, 1988). Más recientemente, Botella y Ballester (1997) afirman, basándose en sus investigaciones, que no son el tipo ni el número de cogniciones lo que diferencia un afrontamiento con crisis de uno sin crisis, sino más bien otros factores como el grado de creencia que la persona mantiene acerca de sus pensamientos. En cualquier caso, en la ansiedad patológica, es la percepción de peligro la interpretación relevante, que aparece reflejada de las siguientes formas (Belloch, 1987 y Botella, 1991):

- Sobreestimación de la probabilidad del hecho temido.
- Sobreestimación de la intensidad del hecho temido.
- Infravaloración de los recursos para afrontarlo.
- Anticipación catastrofista de las consecuencias de los síntomas (mareos, taquicardia, etc.), con un elevado nivel de miedo a las sensaciones corporales.

En el caso que nos ocupa, la reestructuración de los pensamientos y creencias acerca de las sensaciones corporales ocupó la mayor parte del tratamiento. Primeramente, antes de comenzar con la modificación de pensamientos catastróficos, se le expuso al jugador la relación entre el contenido de los pensamientos y las respuestas emocionales, cómo una misma situación interpretada de manera positiva, negativa, amenazante o como reto produce reacciones

emocionales acordes con dichas interpretaciones. También se le explicó cómo una situación novedosa o desconocida, en la que no tenemos experiencias previas, puede llevarnos a interpretaciones erróneas, por no conocer el por qué de su ocurrencia y cómo afrontarla con éxito, que a su vez generen altos niveles de ansiedad y/o miedo. A partir de una primera experiencia malinterpretada y generadora de ansiedad y miedo, se van a dar pensamientos automáticos, basados en ideas erróneas, en las siguientes situaciones similares a la anterior, con la consiguiente respuesta emocional. Una vez aclarados estos conceptos previos se pasó a la reestructuración.

En primer lugar, se trabajó la identificación de los pensamientos catastróficos, utilizando tanto los autorregistros como, principalmente, el análisis retrospectivo de los ataques, ya que el jugador solo volvió a sufrir uno de carácter leve una vez comenzado el tratamiento psicológico. Además, se valoró el grado de creencia de dichos pensamientos antes de comenzar el tratamiento, ya que en la explicación que se le dio acerca del trastorno se modificaron algunas de las ideas preconcebidas que tenía. Una vez identificados estos, comenzamos a trabajar los argumentos que le habían llevado a interpretar de modo catastrófico sus sensaciones corporales (infarto, enfermedad grave, asfixia, desmayo, muerte,...). Siguiendo a Botella y Ballester (1997), se realizó un análisis de las evidencias a favor y en contra del contenido de sus pensamientos, las probabilidades de que ocurrieran los efectos de sus sensaciones corporales que temía, generar otras posibles interpretaciones y consecuencias, desdramatizar las posibles consecuencias analizando las peores que podrían darse, y los efectos negativos de pensar en consecuencias catastróficas que generan ansiedad y empeoran la situación. A esto hay que añadir los efectos positivos que le produjo el hablar del problema con otros dos deportistas (nadador y jugador de fútbol sala retirado) que pasaron por lo mismo, y que le ayudaron a entender mejor su problema y a modificar sus ideas catastróficas. También se analizó el por qué ha podido malinterpretar sus sensaciones físicas como peligrosas, por su similitud con infartos (opresión en el pecho, taquicardia,...), desmayos (mareos, visión borrosa,...), problemas gastrointestinales y pérdida de peso, etc.; pudiendo caer fácilmente en pensar que tiene alguna enfermedad de consideración.

Sin ser exhaustivos en la exposición, el jugador modificó en apenas 4 sesiones los pensamientos catastróficos que le generaban ansiedad, comentando que el origen de su problema era fruto del desconocimiento y la ignorancia sobre el tema, y que si hubiera tenido toda la información y recursos que tiene ahora no lo hubiera pasado tan mal. El nivel de creencia en sus pensamientos se redujo de forma drástica, pasando de estar absolutamente convencido de tener algún tipo de enfermedad y de existir la posibilidad de ocurrirle algo grave en los ataques de pánico, a opinar que él mismo se sugestionaba con sus pensamientos catastróficos y que, como mucho, solo podía pasar un momento desagradable. Además, cambió de estar persuadido de no poder hacer nada ante los ataques de pánico a convencerse a sí mismo de que dependía en exclusiva de él la prevención de estos, a través de las estrategias aprendidas en el tratamiento.

© *Resultados y seguimiento*

En los diez meses posteriores a terminar el tratamiento el jugador no sufrió ningún ataque de pánico. El jugador (al igual que el terapeuta) valoró subjetivamente su mejora como muchísimo mejor (EMT y EMP, de Botella y Ballester, 1997), mostrándose muy satisfecho con el tratamiento. Afirmó descartar totalmente sufrir ningún tipo de enfermedad y de tener estrategias y capacidad suficiente para controlar posibles crisis. Dejó de tomar la medicación una vez terminado el tratamiento psicológico, con el visto bueno del médico, pues según él se encontraba bien y no

quería seguir tomando pastillas que creía no necesitar. A nivel deportivo, participó normalmente en todos los entrenamientos y partidos hasta final de la temporada, sin sensaciones de cansancio prematuro o de falta de aire. La valoración subjetiva del entrenador en cuanto a su rendimiento deportivo fue que, sin haber tenido una mejora espectacular, sus actuaciones fueron buenas, llegando incluso a tener una actuación puntual muy destacada. Valoró muy positivamente su mejora en los entrenamientos en cuanto a que aparentaba estar menos tenso y más centrado, y había cambiado la sensación de malestar y el estado de ánimo que proyectaba. El jugador recibió varias ofertas de otros clubes para la temporada siguiente, decidiendo aceptar una por la mejora económica, mayor número de temporadas y proximidad geográfica con su lugar de origen, desplazándose a otra ciudad. Se mantuvo contacto telefónico con él, afirmando sentirse muy satisfecho de su nueva situación deportiva, no habiendo tenido problemas de nuevo con los ataques de pánico, viéndolo como un problema olvidado que le había servido de experiencia y de aprendizaje para mejorar. También manifestó su satisfacción con su rendimiento que, según el propio jugador, mejoró ostensiblemente, teniendo de nuevo gran protagonismo dentro del equipo, aumentando mucho el número de minutos jugados, consiguiendo la titularidad durante toda la temporada y siendo el segundo máximo goleador del equipo. A final de temporada volvió a recibir ofertas; pero esta vez decidió quedarse en su actual club por encontrarse muy valorado en todos los aspectos.

Tabla 1. Evolución del jugador en algunas variables relacionadas con el pánico

	PRE TRATAMIENTO	POST TRATAMIENTO
FRECUENCIA CRISIS AL MES	5	0
FRECUENCIA CRISIS SEMANA	4	0
INTENSIDAD CRISIS	9	0
SINTOMAS CRISIS (DSM-IV)	11	1
INTENSIDAD MIEDO SENSACIONES CORPOR. EN LAS CRISIS (BSQ)	3	1
CREENCIA DE LOS PENSAMIE DISTORSIONADOS	9	0
EVALUACIÓN PACIENTE MEJORÍA (EMP)	3	1
EVALUACIÓN TERAPEUTA ESTADO/MEJORÍA (1-2)	4	1

CONCLUSIONES

En este trabajo hemos expuesto la intervención clínica llevada a cabo con un deportista profesional, hemos reflexionado acerca de las fronteras entre especialidades y las posibles dificultades que conllevan el realizar una intervención clínica en el contexto deportivo (rapidez de actuación, simplificación del tratamiento, adaptación a las necesidades deportivas del jugador, conocimiento del contexto deportivo por parte del psicólogo,...). Se tenía planificado la posible utilización de otras técnicas como la exposición interoceptiva a los estímulos temidos, detención de pensamiento, autoinstrucciones, etc.; pero no fueron necesarias de aplicar, ya que el jugador mejoró muy rápido. Además, era necesario simplificar al máximo el tratamiento por motivos de urgencia deportiva por lo que decidió no utilizarlas.

En general, podemos afirmar que el tratamiento fue eficaz para el problema de pánico de nuestro paciente, consiguiendo una mejora considerable, que se refleja en que más de un año

después no ha vuelto a tener problemas de pánico, además de encontrarse satisfecho con su situación profesional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ballester, R. y Botella, C. (1992). Aplicación del programa terapéutico de Clark a un caso con trastorno de pánico. *Psicothema*, 4(2) 69-88.
- Barlow, D.H. y Cerny, J.A. (1988). *Psychological treatment of panic*. Nueva York: Guilford Press.
- Beck, J.G. y Zebb, B.J. (1994). Behavioral assessment and treatment of panic disorder: Current status, future directions. *Behavior Therapy*, 25, 581-611.
- Belloch, J.V. (1987). Procesos cognitivos en los trastornos fóbicos y terapia cognitivo-conductual de la ansiedad ¿Nuevas perspectivas? *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Sexología*, 3, 61-62.
- Botella, C. (1991). Tratamiento psicológico del trastorno de pánico: Adaptación del paquete cognitivo-comportamental de Clark. *Análisis y Modificación de Conducta*, 17, 871-894.
- Botella, C. (2001) Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno de pánico. *Psicothema*, 13(3), 465-478.
- Botella, C. y Ballester, R. (1997). *Trastorno de pánico: Evaluación y tratamiento*. Barcelona: Martínez Roca.
- Brown, T.A. y Barlow, D.H. (1995). Log-term outcome in cognitive-behavioral treatment of panic disorder: Clinical predictors and alternative strategies for assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 754-765.
- Cantón, E. (2002). El área profesional de la psicología del deporte. En J. Dosil (Ed.), *El psicólogo del deporte. Asesoramiento e intervención*. Madrid: Síntesis.
- Cantón, E. (2002). La psicología del deporte profesional. En E.J. Garcés de Los Fayos (Coord.) *Áreas de aplicación de psicología del deporte*. Murcia: Dirección General de Deportes. Consejería de Presidencia. Región de Murcia.
- Capdevila, Ll. (2000). *Entrenamiento psicológico en deporte*. Bellaterra: UAB.
- Clark, D. y Salkovskis, P. (1987). *Cognitive treatment for panic attacks: Therapist's manual*. Manuscrito no publicado.
- Chambless, D.L., Caputo, C.G., Bright, P. y Gallagher, R. (1984). Assessment of fear in agoraphobics: The Body Sensations Questionnaire and the Agoraphobic Cognitions Questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 1090-1097.
- Echeburúa, E. y Del Corral, P. (1998). Nuevos desarrollos en la terapia de exposición. En M.A. Vallejo (Dir.) *Avances en modificación y terapia de conducta: Técnicas de intervención*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Ehrls, A., Margraf, J. y Roth, W.T. (1988). Selective information processing, interoception, and panic attacks. En I. Hand y H.U. Wittchen (Eds.), *Panic and phobias 2*. Berlín: Springer.
- Ezquerro, M. (2002). Psicología clínica del deporte. En J. Dosil (Ed.) *El psicólogo del deporte. Asesoramiento e intervención*. Madrid: Síntesis.
- Gauron, E.F. (1984). *Mental training for peak performance*. Nueva York: Sport Science Associates.
- Labrador, F.J. (1993). Técnicas de relajación y desensibilización sistemática. En M.A. Vallejo y M.A. Ruiz (Coords.), *Manual práctico de modificación de conducta*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- López, J.C. (2003). Entrenamiento psicológico. *Doble penalti*, 77(4).

- Marks, I.M. y O'Sullivan, G. (1988). Drugs and psychological treatments for agoraphobia/panic and obsessive-compulsive disorders: A Review. *British Journal of Psychiatry*, 153, 650-658.
- Marks, I.M. y O'Sullivan, G. (1989). Anti-anxiety drug and psychological treatment effects in agoraphobia/panic and obsessive-compulsive disorders. En P. Tyrer (Ed.), *Psychopharmacology of anxiety*. Oxford: Oxford University Press.
- McNally, R.J. (1996). Desarrollos recientes en el tratamiento del trastorno de pánico. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 1, 91-103.
- Nideffer, R.M. (1991). Entrenamiento para el control de la atención y la concentración. En J.M. Williams (Coord.), *Psicología aplicada al deporte*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Otto, M.W., Pollack, M.H. y Sabatino, S.A. (1995). Maintenance of remission following CBT for panic disorder: Possible deleterious effects for concurrent medication treatment. *World Congress of Behavioral and Cognitive Therapies*, Copenhagen, Dinamarca.
- Ramallo, J.P. (1996). *Psicofarmacología y terapia de conducta*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Roy-Bime, P.P. y Cowley, D.S. (1998). Pharmacological of panic, generalized anxiety and phobic disorders. En P.E. Nathan y J.M. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work*. Oxford: Oxford University Press.
- Sandín, B. y Chorot, P. (1991). Trastornos de pánico: Consideraciones sobre su naturaleza, etiología y tratamiento. En G. Buéla-Casal y V.E. Caballo (Eds.), *Manual de psicología clínica aplicada*. Madrid: Dyckinson.
- Santolaya, F. (1998). *Perfiles profesionales del psicólogo*. Colegio Oficial de Psicólogos.
- Spitzer, R.L., Williams, J.B. y Gibbon, N.M. (1987). *Instruction manual for the structured clinical interview for DSM-III-R (SCID, 4/1/87 Revis.)*. Nueva York, Nueva York State Psychiatric Institute.