

NUEVO TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DEL PÁNICO Y LA AGORAFOBIA

*Antonio Cano Vindel
Esperanza Dongil Collado*

Guías profesionales


EDITORIAL
SÍNTESIS

NUEVO TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DEL PÁNICO Y LA AGORAFOBIA

Consulte nuestra página web: www.sintesis.com
En ella encontrará el catálogo completo y comentado



Queda prohibida, salvo excepción prevista en la ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sin contar con autorización de los titulares de la propiedad intelectual. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (arts. 270 y sigs. Código Penal). El Centro Español de Derechos Reprográficos (www.cedro.org) vela por el respeto de los citados derechos.

NUEVO TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DEL PÁNICO Y LA AGORAFOBIA

Antonio Cano Vindel
Esperanza Dongil Collado



© Antonio Cano Vindel
Esperanza Dongil Collado

© EDITORIAL SÍNTESIS, S. A.
Vallehermoso, 34. 28015 Madrid
Teléfono: 91 593 20 98
www.sintesis.com

ISBN: 978-84-907799-4-1

Reservados todos los derechos. Está prohibido, bajo las sanciones penales y el resarcimiento civil previstos en las leyes, reproducir, registrar o transmitir esta publicación, íntegra o parcialmente, por cualquier sistema de recuperación y por cualquier medio, sea mecánico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia o cualquier otro, sin la autorización previa por escrito de Editorial Síntesis, S. A.

Índice

Prólogo

1. *El trastorno de pánico con agorafobia*

- 1.1. Modelos explicativos: hiperventilación frente a factores cognitivos
- 1.2. Los pensamientos catastróficos
- 1.3. La espiral del pánico
- 1.4. Síntomas más habituales en un ataque de pánico
- 1.5. El trastorno de pánico con agorafobia
- 1.6. Qué suele suceder tras un primer ataque de pánico
- 1.7. Las conductas de evitación
- 1.8. El condicionamiento de algunas respuestas fisiológicas
- 1.9. El miedo a los síntomas fisiológicos
- 1.10. El círculo vicioso producido por el miedo a los síntomas
- 1.11. Tipos de tratamiento para el trastorno de pánico
 - 1.11.1. *Tratamientos farmacológicos*
 - 1.11.2. *Tratamientos no basados en la evidencia*
 - 1.11.3. *Tratamiento cognitivo-conductual*

2. *Desarrollo y evolución del trastorno de pánico*

- 2.1. El trastorno de pánico en atención primaria
- 2.2. El desarrollo del trastorno de pánico
- 2.3. El miedo al miedo o sensibilidad a la ansiedad
- 2.4. Consecuencias del consumo de ansiolíticos

3. *Epidemiología y afrontamiento del pánico*

- 3.1. La prevalencia del pánico y la agorafobia en diferentes países
- 3.2. El afrontamiento del pánico: exposición de casos

4. *La ansiedad: una emoción*

- 4.1. Respuestas cognitivas-subjetivas de ansiedad
- 4.2. Efectos de la ansiedad sobre la atención
- 4.3. Factores responsables del rasgo y los trastornos de ansiedad

- 4.4. El sesgo atencional
- 4.5. El sesgo interpretativo
- 4.6. Diferencias individuales
- 4.7. Respuestas fisiológicas de ansiedad
- 4.8. La predisposición biológica
- 4.9. El condicionamiento de respuestas fisiológicas
- 4.10. Respuestas motoras de ansiedad
- 4.11. Efectos de la evitación en las respuestas de ansiedad
- 4.12. Otras respuestas expresivas de ansiedad
- 4.13. Sesgos de atención e interpretación en los tres sistemas de respuesta

5. *La ansiedad normal y la patológica*

- 5.1. La presencia de ansiedad en situaciones de la vida cotidiana
- 5.2. El valor adaptativo de la ansiedad
- 5.3. La presencia de ansiedad en situaciones sociales
- 5.4. El miedo a hablar en público
- 5.5. La presencia de ansiedad ante enfermedades físicas
- 5.6. El diagnóstico de los trastornos de ansiedad
- 5.7. Factores relacionados con el desarrollo de un trastorno de ansiedad

6. *La evaluación del pánico y la agorafobia*

- 6.1. La evaluación de la ansiedad y de la intensidad del pánico y la agorafobia
- 6.2. Criterios DSM-5 para el diagnóstico del ataque de pánico
- 6.3. Otros instrumentos de evaluación
- 6.4. Tres métodos de evaluación
 - 6.4.1. *Autoinforme*
 - 6.4.2. *Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad (ISRA)*
 - 6.4.3. *Eficacia del ISRA en la evaluación clínica*
 - 6.4.4. *Inventario de actividad cognitiva en los trastornos de ansiedad (IACTA)*

7. *El cambio de paradigma: desde el conductual al cognitivo*

- 7.1. Principales críticas a las teorías sobre el condicionamiento

emocional

7.2. Supuestos teóricos del nuevo paradigma

8. *El tratamiento según el modelo conductual tradicional: la exposición*

- 8.1. La exposición a lo largo de la historia de la terapia de conducta
- 8.2. La exposición interoceptiva y los problemas que conlleva su práctica
- 8.3. La hiperventilación
- 8.4. Más ejercicios para reproducir sensaciones
- 8.5. La intención paradójica
- 8.6. Cómo poner en práctica la exposición interoceptiva
- 8.7. Por qué puede fracasar la exposición interoceptiva en la práctica clínica
- 8.8. Diferencias entre conductas de evitación o de seguridad y conductas de manejo de la emoción
- 8.9. Manejo del componente cognitivo durante la exposición
- 8.10. El problema de trabajar en la clínica con recetas
- 8.11. ¿La ansiedad sube hasta un punto y luego baja?
- 8.12. Por qué se afirma que la ansiedad bajará con el paso del tiempo
- 8.13. Un análisis de esta fundamentación

9. *Dificultades del modelo conductual tradicional*

- 9.1. Algunas contradicciones del modelo conductual tradicional
- 9.2. ¿Los pensamientos irracionales son siempre del mismo tipo?
- 9.3. Diferencias entre ansiedad, miedo y respuesta de lucha-huida
- 9.4. Diferencias según la psicología de la emoción
- 9.5. Diferencias entre ansiedad y miedo según el enfoque cognitivo
- 9.6. ¿El paciente con pánico tiene miedo o tiene ansiedad a sus sensaciones físicas?
- 9.7. La evidencia científica sobre la eficacia de la exposición interoceptiva
- 9.8. El tratamiento conductual del pánico no es solo exposición interoceptiva

10. *La relajación*

- 10.1. Técnicas para reducir la activación fisiológica
- 10.2. El entrenamiento en relajación

- 10.3. ¿Es la relajación una estrategia de afrontamiento evitativa?
- 10.4. La eficacia de la relajación durante la exposición
- 10.5. Cuándo es ineficaz la relajación

11. *La reestructuración cognitiva basada en modelos experimentales de la ansiedad*

- 11.1. La brecha entre la investigación y la práctica clínica
- 11.2. La teoría de los cuatro factores de la ansiedad
- 11.3. Las cuatro fuentes de la ansiedad según el modelo de los sesgos cognitivos
 - 11.3.1. *Trastorno de pánico*
 - 11.3.2. *Fobia social*
 - 11.3.3. *Trastorno obsesivo-compulsivo*
 - 11.3.4. *Trastorno de estrés postraumático*
 - 11.3.5. *Ansiedad generalizada*
- 11.4. Cómo llevar a cabo la exposición

12. *La reestructuración cognitiva en el trastorno de pánico*

- 12.1. Evaluación de la actividad cognitiva relacionada con los síntomas de ansiedad
- 12.2. La vulnerabilidad cognitiva
- 12.3. Un nuevo modelo de intervención cognitivo-emocional
- 12.4. Un modelo integrador de reestructuración cognitiva

13. *El entrenamiento en reestructuración cognitiva*

- 13.1. Actividades en la reestructuración cognitiva
 - 13.1.1. *Información*
 - 13.1.2. *Autobservación*
 - 13.1.3. *Reestructuración*
 - 13.1.4. *Entrenamiento conductual*
 - 13.1.5. *Persuasión*
- 13.2. Habilidades del terapeuta

14. *Controversias en la clínica de los trastornos de ansiedad*

- 14.1. El paciente tiene miedo a desmayarse
 - 14.1.1. *¿La ansiedad no produce desmayo?*
 - 14.1.2. *Conclusión*

- 14.2. Cómo dejar de pensar en la ansiedad
- 14.3. Cómo explicar el pánico nocturno
- 14.4. El paciente no entiende los ataques de pánico espontáneos

Consideraciones finales

Bibliografía

Prólogo

Todas las personas adultas normales tienen la capacidad de reaccionar emocionalmente ante determinadas situaciones relevantes para la supervivencia, la adaptación al ambiente o para los intereses del individuo. Así, las reacciones de ansiedad se producen ante situaciones de resultado incierto que pueden ser interpretadas como una amenaza para nuestros intereses. Cuando nos enfrentamos a un examen, a una entrevista de trabajo o ante un auditorio, podemos reaccionar con mayor o menor nivel de ansiedad, dependiendo del grado de amenaza percibido. Esta reacción se observará en una serie de respuestas cognitivas, fisiológicas y conductuales, bien conocidas.

La ansiedad se experimenta a nivel cognitivo-subjetivo como un estado o reacción de tensión, preocupación, inseguridad, temor a un resultado no deseado, pensamientos negativos magnificados, anticipaciones, sensación de falta de control, temor a que los demás nos evalúen negativamente, falta de concentración, atención centrada en la amenaza, dificultad para manejar los pensamientos, etc.

A nivel fisiológico, la ansiedad se caracteriza por el aumento del nivel de activación de las respuestas inervadas por el sistema nervioso autónomo, el sistema somático o el endocrino, lo que se traduce en un aumento de la tasa de diferentes respuestas del sistema cardiovascular, respiratorio, digestivo, dermatológico, incremento del sudor, el temblor, el rubor, la temperatura, etc.

A nivel motor y observable se aprecian distintos signos de inquietud, agitación o activación conductual, alteraciones de la conducta normal, aumento de algunas conductas de ingesta o consumo, etc.

En principio, la reacción de ansiedad se caracteriza por un incremento del estado de alerta o una movilización de recursos, que se vive con cierto grado de malestar ante la posibilidad de que tal preparación no sea suficiente para cambiar el posible resultado negativo. Por lo tanto, la ansiedad tiene un carácter anticipatorio, de preparación, que se vive con tensión y malestar, pero que resulta útil, en principio, para resolver problemas presentes o futuros.

Sin embargo, a pesar de este carácter adaptativo, en algunas ocasiones la ansiedad puede llegar a disminuir nuestro rendimiento e incluso bloquearnos. Además, puede ocasionar permanentes síntomas físicos o mentales, que podrían alcanzar una elevada intensidad y ser muy molestos, e incluso constituir a la larga un trastorno de salud física o mental, como los trastornos de ansiedad.

El trastorno de pánico con o sin agorafobia es un trastorno de ansiedad que puede generar un elevado grado de discapacidad y una considerable pérdida de calidad de vida. Acontece en personas que sufren con cierta frecuencia ataques de pánico, reacciones extremas de ansiedad que surgen de manera inexplicable, súbita, descontrolada e intensa, que producen malestar clínicamente significativo, un gran temor a las sensaciones físicas

de ansiedad y a que se puedan repetir, por lo que la vida social, familiar o laboral se puede ver afectada.

El tratamiento psicológico del trastorno de pánico con técnicas cognitivo-conductuales ha demostrado ser eficaz, siendo la exposición y la reestructuración cognitiva las técnicas que gozan de mayor evidencia científica. En los últimos veinte años han surgido una serie de modelos cognitivos del pánico como, el modelo de los sesgos cognitivos, cuyo apoyo creciente ha hecho llevar a la práctica clínica una serie de estrategias novedosas que han enriquecido notoriamente la reestructuración cognitiva con sus aportaciones.

El presente libro supone una revisión y actualización del tratamiento psicológico del pánico mediante técnicas cognitivo-conductuales, en el que se resalta especialmente un nuevo enfoque cognitivo de este trastorno, cuyo mantenimiento se explica en parte por los sesgos cognitivos de atención e interpretación centrados en las temidas sensaciones físicas de ansiedad. Las implicaciones de este modelo tienen importantes consecuencias prácticas para el tratamiento de este mediante reestructuración cognitiva, que se ve muy mejorada respecto a los modelos y prácticas tradicionales.

Va dirigido especialmente a los psicólogos clínicos que atienden casos de trastorno de pánico con y sin agorafobia, aunque los pacientes pueden entender casi todos los capítulos y beneficiarse de su lectura, pues está escrito en un lenguaje claro y con un estilo pedagógico que pretende llegar más allá de los terapeutas.

Michael W. Eysenck

El trastorno de pánico con agorafobia

El trastorno de pánico con agorafobia es un desorden emocional, caracterizado por altos niveles de ansiedad, en el que una persona evita ciertas situaciones, de difícil escape (agorafobia), porque cree que puede volver a tener un ataque de pánico (o crisis de angustia), una descarga de ansiedad muy intensa; algo que le viene sucediendo con una cierta frecuencia, desde hace algún tiempo, y que ha cambiado su vida (toma fármacos, evita situaciones, ha disminuido su calidad de vida, etc.). Cuando no puede evitar esas situaciones temidas, se incrementa notablemente su nivel de ansiedad, de nerviosismo, y lo pasa muy mal, temiendo que se produzca un nuevo ataque de pánico y que le suceda algo malo, como un infarto, volverse loco, perder el control o que los demás se enteren de su problema. Un problema del que sabe muy poco (muchas veces ni siquiera cómo se llama), que le produce una gran inquietud, una gran incertidumbre y del que no sabe cómo salir.

El ataque de pánico es una reacción extrema de ansiedad, de nerviosismo, con altos niveles de activación fisiológica (taquicardia, palpitaciones, respiración agitada, aumento de la temperatura, sudoración, temblor, etc.), en la que el individuo pierde el control y cree que puede llegar a morir, marearse o volverse loco. Una reacción tan intensa y desagradable, que quien la está sufriendo puede creer que se trata de un ataque al corazón, o tener otras sensaciones similares de muerte inminente, desmayo, estar volviéndose loco o perdiendo el control sobre su mente, su cuerpo, o sobre algunas constantes vitales, etc.

Este ataque puede sobrevenir por sorpresa en cualquier momento de agobio, generalmente durante una época de estrés, se suele dar con mayor frecuencia en mujeres que en varones, siendo más probable en el comienzo de la edad adulta.

En esta reacción extrema de ansiedad pueden jugar un papel importante diferentes factores, cuyo efecto ha sido estudiado experimentalmente, como la hiperventilación (respiración más rápida de lo normal), el exceso de atención prestada a los síntomas de activación fisiológica (como la taquicardia) y la interpretación errónea de dichos síntomas.

1.1. Modelos explicativos: hiperventilación frente a factores cognitivos

Tradicionalmente se había prestado mayor importancia al papel de la hiperventilación en el desarrollo y mantenimiento del pánico que a los factores cognitivos, tales como la atención e interpretación catastrofista de las sensaciones físicas. Desde los años noventa,

aproximadamente, esto ha cambiado por completo. Sin embargo, en la práctica clínica muchos terapeutas continúan trabajando con una concepción del pánico basada en gran medida en la hiperventilación y no en los factores cognitivos.

La hiperventilación o respiración agitada consiste en un ritmo respiratorio rápido y poco profundo que provoca mayor activación fisiológica (aumento de la temperatura, de la tasa cardíaca, sensación de mareo, etc.). La hiperventilación voluntaria, aunque provoca una mayor activación fisiológica, no suele acarrear un incremento del estado de ansiedad a nivel subjetivo (Cano-Vindel, Miguel-Tobal, González-Ordi e Iruarrizaga, 2007; 2009), por lo que difícilmente puede desencadenar una reacción de pánico.

Sin embargo, un incremento de activación fisiológica (haya hiperventilación o no) puede producir una mayor atención a los síntomas fisiológicos (lo que aumentará su intensidad), así como una mayor preocupación por estos, que tenderán a producir un incremento de la experiencia subjetiva de ansiedad (Eysenck, 1997).

La atención que se presta a los síntomas corporales (sudor, rubor, temblor, etc.) puede aumentar su intensidad. Las respuestas inervadas por el sistema nervioso autónomo carecen de control voluntario y pueden verse modificadas cuando les prestamos atención o desarrollamos actividad cognitiva (por ejemplo, pensamos o imaginamos) relacionada con cambios fisiológicos en dichas respuestas. Así, las respuestas fisiológicas sexuales se modifican cuando imaginamos situaciones con contenido sexual; las respuestas fisiológicas del sistema digestivo se alteran cuando imaginamos o pensamos en situaciones o estímulos relacionados con la alimentación. La atención prestada a algunas respuestas fisiológicas que se activan ante situaciones que producen ansiedad puede aumentar su intensidad. Tal es el caso de la taquicardia, del rubor o de la sudoración. Un buen número de pacientes que presentan elevados niveles de ansiedad o incluso ataques de pánico centran su atención en estas sensaciones físicas y les dan una exagerada importancia. Los resultados de la investigación muestran que los procedimientos cognitivos dirigidos a cambiar las malas interpretaciones de las sensaciones corporales (reestructuración cognitiva), sin exposición (a sensaciones físicas producidas por hiperventilación) y sin entrenamiento en respiración, pueden reducir la frecuencia de ataques de pánico, y también que los procedimientos cognitivos que no están dirigidos a cambiar errores de interpretación son incapaces de reducir la aparición de nuevos ataques de pánico (Salkovskis, Clark y Hackmann, 1991).

Dos de cada tres ataques de pánico clínicos son de tipo respiratorio (Fullana *et al.*, 2011), lo que sin duda explica en parte el énfasis puesto por la terapia conductual en la investigación de las técnicas de exposición a sensaciones físicas producidas por la hiperventilación. Además, según el modelo conductual, los problemas esenciales del pánico y la agorafobia se centraban en la evitación clásicamente condicionada, por lo que era imprescindible buscar la habituación a los estímulos que disparan el miedo (sensaciones físicas y situaciones propias de la agorafobia) y, por lo tanto, la hiperventilación voluntaria jugaba un papel importante en la clínica del pánico. Sin embargo, en muchas ocasiones la hiperventilación voluntaria en la clínica no provoca malestar psicológico, ni siquiera en pacientes con pánico de tipo respiratorio, por lo que

no les sirve mucho como exposición para habituarse a las sensaciones físicas temidas. Además, en el laboratorio se ha demostrado repetidamente que la hiperventilación voluntaria no produce experiencia de ansiedad (Cano-Vindel *et al.*, 2007; Cano-Vindel *et al.*, 2009; Wood, 2010). E incluso, en el laboratorio, con participantes sin pánico, la misma cantidad de hiperventilación voluntaria puede producir malestar o placer, de acuerdo con las instrucciones del experimentador. Estos resultados apoyan un modelo cognitivo del pánico y son incompatibles con la idea de que el pánico no es más que una consecuencia del síndrome de hiperventilación (Salkovskis y Clark, 1990).

1.2. Los pensamientos catastróficos

Algunos pensamientos catastróficos, tales como la posibilidad de muerte inminente, sufrir un ataque al corazón, sufrir un desmayo, o de volverse loco, etc., que pueden surgir como consecuencia de una mala interpretación de los síntomas fisiológicos intensos que se están experimentando en un momento dado, lógicamente tienden a producir un aumento de la reactividad fisiológica. Este tipo de pensamientos de temor exagerado generan de manera automática más activación fisiológica, que a su vez provoca más temor (Clark, 1986). Se produce así una retroalimentación entre síntomas cognitivos y fisiológicos, de manera que unos hacen crecer a los otros y viceversa. Se trata de un círculo vicioso o una espiral creciente de síntomas y preocupaciones que no para de aumentar de tamaño y que el tratamiento deberá reducir.

Por lo tanto, para que el tratamiento sea eficaz se debe conseguir que las sensaciones físicas dejen de ser temidas, dejen de ser consideradas como anticipos de catástrofes.

1.3. La espiral del pánico

Esta espiral o círculo vicioso termina muchas veces en los servicios sanitarios de urgencias, con la administración de un fármaco de tipo ansiolítico, que reduce los síntomas fisiológicos, lo que a su vez suele reducir el temor, al menos de manera temporal.

Pero el paciente medicado, no aprende a interpretar correctamente sus síntomas de activación fisiológica, lo que le sigue produciendo un gran temor, gran preocupación, altos niveles de ansiedad, etc., y dedica mucho tiempo a observar sus reacciones o respuestas de ansiedad, de activación fisiológica.

Cuando se mantiene la atención sobre algunas respuestas fisiológicas, se incrementa su nivel, aumenta la tasa de respuesta. Y si, además, este incremento produce miedo, o temor, o simplemente preocupación por la falta de control sobre dicha respuesta automática, entonces se incrementará aún más la intensidad de la respuesta. Con ello, se retroalimenta una vez más el círculo vicioso que estamos describiendo, de manera que

las reacciones son cada vez más intensas y el temor es mayor. Por lo tanto, más apropiada que la metáfora del círculo vicioso sería en realidad la de la espiral que se va haciendo cada vez mayor (Eysenck y Derakhshan, 1997).

1.4. Síntomas más habituales en un ataque de pánico

Los síntomas que se experimentan en un ataque de pánico pueden diferir de una persona a otra, entre los cuales se incluyen algunos de los siguientes: palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca, sudoración, temblores o sacudidas, sensación de ahogo o falta de aire, sensación de atragantamiento, opresión en el pecho o malestar torácico, náuseas o molestias abdominales, inestabilidad, mareo o desmayo, desrealización (sensación de irrealidad, de que no está sucediendo realmente) o despersonalización (sensación de estar separado de uno mismo, de su propio cuerpo), miedo a perder el control o volverse loco, miedo a morir, parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo), o escalofríos o sofocos (Asociación de Psiquiatría Americana, 2001).

1.5. El trastorno de pánico con agorafobia

Después de haber tenido un ataque de pánico, por lo general, tiende a repetirse, y puede llegar a desarrollarse el trastorno de pánico con o sin agorafobia (con o sin evitación de situaciones que provocan ansiedad, que son temidas por la posibilidad de que en ellas se desaten nuevos ataques de pánico). El trastorno de pánico se instaura cuando se suceden los ataques de pánico de manera inesperada, o se ha producido uno al menos en el último mes, acompañado de un gran temor a que se repitan estas crisis y de una preocupación por sus implicaciones (miedo a volverse loco, a morir de un infarto, etc.) y se han producido cambios conductuales significativos relacionados con los ataques de pánico o crisis de ansiedad.

Normalmente, además de instaurarse el trastorno de pánico, se suele desarrollar también una agorafobia, que consiste en la evitación de aquellas situaciones que están relacionadas con su ansiedad y sus ataques de pánico, por lo que es mucho más frecuente el trastorno de pánico con agorafobia que el trastorno de pánico sin agorafobia (Asociación de Psiquiatría Americana, 2001).

1.6. Qué suele suceder tras un primer ataque de pánico

La persona que ha sufrido un primer ataque de pánico suele carecer de información (necesaria para entender adecuadamente lo que le ha sucedido), cree que puede repetirse

el ataque de ansiedad en cualquier momento, no sabe cómo evitarlo, dedica mucho tiempo a observar sus reacciones fisiológicas automáticas, o a realizar anticipaciones cognitivas sobre situaciones temidas, tiene miedo a que se incrementen sus respuestas fisiológicas, teme tener que dar explicaciones si vuelve a tener otro ataque, puede temer incluso la muerte..., y todo ello crea un caldo de cultivo propicio para volver a tener nuevos ataques de pánico.

De su experiencia, tras varios ataques de pánico, suele concluir que solamente hay dos cosas que le pueden ayudar en ese estado: *evitar* las situaciones que teme y tomar el *ansiolítico* que le ha reducido la activación fisiológica. Pero ambas suelen ser insuficientes para controlar nuevos ataques de pánico y en cambio se va reforzando la necesidad de evitar dichas situaciones, así como la de tomar ansiolíticos.

Un 10% de adultos europeos ha sufrido alguna vez a lo largo de su vida al menos un ataque de pánico de tipo clínico y un 3,3% lo ha sufrido en el último año (Fullana *et al.*, 2011), según los datos del Estudio Epidemiológico Europeo de Trastornos Mentales (ESEMED), promovido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que incluye a seis países de nuestro entorno: Alemania, Holanda, Bélgica, Francia, Italia y España. Sin embargo, solo una de cuatro o cinco personas que sufren un ataque de pánico termina desarrollando un trastorno de pánico. Así, en estos seis países europeos la prevalencia del trastorno de pánico a lo largo de la vida es del 2,1%, y en el último año del 0,8% (Alonso *et al.*, 2004a).

1.7. Las conductas de evitación

Una persona que teme sufrir ataques de pánico suele evitar ir a ciertos lugares a los que le apetecería ir, o que tiene que ir (como grandes almacenes, restaurantes, cines, reuniones sociales, etc.), o situaciones que le provocan nerviosismo (aglomeraciones de personas, ir al dentista, conducir, etc.), o sitios que están lejos de sus zonas seguras (alejarse de casa sin la compañía de alguien que conoce el problema, viajar a ciudades donde no hay un hospital, etc.), o situaciones en las que puede surgir su ansiedad y resulta difícil escapar de ellas (viajar en tren o en avión, atascos de tráfico, recibir visitas en casa, etc.). Estas son algunas situaciones, que se repiten en diferentes casos, de personas que sufren agorafobia, pero no son las únicas.

Si no puede evitar estas situaciones, lo pasa muy mal, tiene mucha ansiedad, piensa que es horrible tener ansiedad (simplemente ponerse nervioso) y puede llegar a tener una crisis de ansiedad en las situaciones temidas. Cuando prevé que no podrá evitar una determinada situación, sufre con bastante antelación altos niveles de ansiedad, anticipando que cuando llegue el momento tendrá mucha ansiedad y será terrible. Puede anticipar meses antes que tendrá que asistir ineludiblemente a una boda, donde tendrá un papel importante, habrá mucha gente (que puede darse cuenta de su problema), se puede marear, etc. Puede anticipar meses antes que es horrible tener que ir, por ejemplo, a Roma en avión, porque puede tener una crisis de ansiedad (o porque no puede salir

cuando quiera del avión), a pesar de ser un viaje de placer, ir con su pareja, gustarle el arte, desear conocer esta ciudad, haber decidido personalmente el viaje, etc.

1.8. El condicionamiento de algunas respuestas fisiológicas

Muchas personas que sufren crisis de ansiedad se especializan en algún síntoma fisiológico. Por ejemplo, dificultades para respirar, o dificultades para tragar, o sensación de mareo, o taquicardia, o algún otro síntoma fisiológico. Puede ser que en un primer momento esta persona tenga una mayor reactividad fisiológica para esta respuesta concreta. Pero también se produce un aprendizaje o condicionamiento de la respuesta fisiológica, que se asocia a determinados estímulos o pensamientos, que adquieren la propiedad de disparar dicha respuesta fisiológica. Se produce también una sensibilización a la ansiedad y en especial al síntoma o síntomas que más importancia se concede (y que más se temen, por lo tanto). Este síntoma, al que se da tanta importancia, al que tanta atención se presta, se va a disparar precisamente por ello. Si a uno le preocupa ponerse rojo y piensa que se está poniendo rojo, se pone rojo, y cuánto más le preocupe sentir que aumenta la temperatura de su cara, más rojo se pondrá. Si a uno le preocupa su sudor y centra su atención en su sudor, suda más. Si una persona presta atención a su respiración, respira de otra manera, con mayor dificultad. Si uno presta atención a tragar, traga peor. Si prestamos atención a la sensación de mareo, dicha sensación aumenta.

Este incremento paradójico de la tasa de respuesta (aumento del rubor, aumento del sudor, etc.) es relativamente frecuente en respuestas que están inervadas por el sistema nervioso autónomo, como el rubor facial que se ha puesto de ejemplo. Pero también se produce en otras respuestas, que pueden funcionar de manera automática o voluntaria, como es el caso de la respiración. Así, hay personas que sienten que tienen dificultad para respirar, que no les llega suficiente oxígeno a sus pulmones, y prestan más atención a su respiración, que se vuelve más irregular, más agitada y menos profunda, y puede llegar a hiperventilar, lo que aumenta su activación fisiológica (tasa respiratoria, frecuencia cardíaca, sudoración, etc.) y produce más miedo.

1.9. El miedo a los síntomas fisiológicos

La preocupación por los síntomas de activación fisiológica juega un papel fundamental en las crisis de ansiedad y en las situaciones agorafóbicas. Se da mucha importancia a los síntomas y se está muy pendiente de ellos, pues se malinterpretan. Así, por ejemplo, la taquicardia puede ser un signo de infarto de miocardio, las dificultades para tragar pueden provocar un espasmo de glotis, o incluso muerte por asfixia, la sensación de mareo puede hacer que se pierda la conciencia y se caiga al suelo, etc. Se trata de falsas interpretaciones, de una activación fisiológica incrementada, pero cuesta creerlo así, incluso cuando se tiene información correcta sobre los síntomas de la ansiedad.

1.10. El círculo vicioso producido por el miedo a los síntomas

Por otro lado, tenemos la preocupación por otro tipo de factores menos fisiológicos y más psicológicos: por ejemplo, puede preocupar que los demás se den cuenta, o volverse loco, o la pérdida de control, etc. Pero estas preocupaciones y este exceso de atención a los síntomas de ansiedad provocan, una vez más, un incremento de la activación fisiológica, con lo que se produce un círculo vicioso o el recorrido ascendente de una espiral que va aumentando su radio en cada nueva vuelta.

Con la evitación de las situaciones que se temen, desaparece la ansiedad y el malestar psicológico, pero con ello se refuerza la conducta de evitación y aumenta el temor a enfrentarse a estas situaciones. Se trata de un reforzamiento negativo (desaparece el malestar), si se emite la respuesta de evitación, que aumenta la probabilidad de responder en el futuro con nuevas evitaciones. De hecho, hoy sabemos que lo mejor para reducir los miedos es la exposición (gradual y bajo condiciones de control) a las situaciones temidas, justo lo contrario de la evitación.

Quien tiene trastorno de pánico (o trastorno de angustia) con agorafobia, anticipa que al estar en presencia de personas que no conocen *su problema*, si surge de nuevo un ataque de pánico, una crisis de ansiedad, no podrá seguir ocultando lo que le sucede, y no sabrá cómo explicarlo tampoco, lo cual le genera una gran cantidad de ansiedad. ¿Cómo puede librarse de esta ansiedad?

Ingenuamente cree que, en primer lugar, evitando la situación que teme. En segundo lugar, si no se puede evitar la situación, recurriendo al ansiolítico, creyendo que es la única herramienta que puede ayudarle a disminuir la ansiedad, ayudarle a pasar el mal trago que no queda más remedio que pasar. Pero aunque tome el ansiolítico, en ocasiones le sigue preocupando que los demás se den cuenta de su ansiedad. Esto provoca ansiedad, a pesar del efecto del ansiolítico (reductor de la ansiedad). Muchas veces tiene más fuerza la preocupación que no cesa que el efecto del fármaco. Al final, el ansiolítico ayuda, pero no sirve para que desaparezca la ansiedad, porque lo que piensa esa persona hace aumentar su ansiedad. El ansiolítico hace efecto, reduce la ansiedad, pero el pensamiento produce más ansiedad y no se modifica el hábito de producirla de manera frecuente, intensa y ante situaciones en las que no se requiere tanta ansiedad.

1.11. Tipos de tratamiento para el trastorno de pánico

En España, el tratamiento psicológico recibido en el último año se aplica solo al 0,9% de los casos con un trastorno de ansiedad actual (en los últimos doce meses), pese a ser el tratamiento de elección (NICE, 2011a, 2011b); un 27,1% de estos pacientes recibe tratamiento psicológico y farmacológico, mientras que un 33% recibe tratamiento exclusivamente farmacológico y el 39% no recibe ningún tratamiento (Codony *et al.*, 2007b).

La mayoría (el 50,7%) de los pacientes con trastorno de pánico actual no ha acudido

a consulta sanitaria alguna (psicólogo, psiquiatra, médico u otro) en los últimos doce meses (Fernández *et al.*, 2006). De los pacientes con pánico que están en tratamiento, solo el 25,4% ha recibido un tratamiento mínimamente adecuado a la evidencia científica (Fernández *et al.*, 2006).

1.11.1. Tratamientos farmacológicos

En nuestro país se consumieron 55,5 millones de envases de tranquilizantes y antidepresivos en el año 2003, según los datos de la receta médica oficial de la Dirección General de Farmacia. Se estima que la receta médica oficial solo cubrió el 85% del consumo (Ministerio de Sanidad, 2004). Año tras año, la tasa de tranquilizantes consumidos ha ido aumentando en torno a un 7% hasta nuestros días. Así, en el año 2010 se consumieron 76,9 millones de envases en este tipo de fármacos (Ministerio de Sanidad, 2011).

En el año 2014 las ventas en psicofármacos alcanzaron los 3.043,9 millones de euros. Esto supone el 26,9% del total del gasto farmacéutico (el valor más alto de la OCDE). El gasto en ansiolíticos supuso los 103,8 millones de euros, en hipnóticos los 44,7 millones y en antidepresivos los 535,3 millones de euros; es decir, un total de 683,8 millones de euros para estos tres tipos de psicofármacos (OCDE, 2016). Este coste de cerca de 700 millones de euros en ansiolíticos, hipnóticos y antidepresivos supone un consumo anual medio de 142 dosis diarias definidas por mil habitantes. Lo que significa que en promedio, el 14,2% de la población toma todos los días en España una dosis completa del tratamiento estándar.

En cuanto a las dosis diarias definidas (DDD) recomendadas por cada mil habitantes y día, en el año 2005 se aconsejaba no superar las 24 dosis en consumo de tranquilizantes o ansiolíticos. Sin embargo, este límite se superó en el año 1994, y se alcanzaron las 56,4 DDD en el año 2014. Es decir, 2,4 veces más que el límite que se recomendaba no superar. A su vez, este consumo en nuestro país multiplica por 2,5 la media de los países occidentales de la OCDE. España es el segundo país que más consume este tipo de psicofármacos, solo por detrás de Portugal.

Este tipo de fármacos (los tranquilizantes o ansiolíticos y las benzodiacepinas) está desaconsejado por la Guía de Práctica Clínica NICE del Reino Unido, que resume la evidencia científica publicada en todo el mundo. Ello es debido a que no curan los trastornos de ansiedad, pero pueden producir adicción en unas pocas semanas. Sin embargo, según la última Encuesta Europea de Salud, los datos de España reflejan que el 18,9% de los españoles con quince o más años había consumido en las dos últimas semanas psicofármacos de tipo tranquilizante, relajante o somnífero; y el 8,4% había consumido antidepresivos o estimulantes (Instituto Nacional de Estadística, 2015). Es decir, que casi uno de cada cinco españoles ha consumido en las dos últimas semanas fármacos cuyo consumo está desaconsejado. Si alguien los necesita, no debe tomarlos más allá de unas semanas, pues de lo contrario generan adicción, pero no curarán su trastorno de ansiedad o de insomnio. Pero, con mucha frecuencia, encontramos

pacientes que llevan no solo años, sino varias décadas, tomando tranquilizantes, ansiolíticos o somníferos, cuyo principio activo son las desaconsejadas benzodiacepinas.

Si ante un problema de ansiedad se sigue un tratamiento farmacológico, pero no se aprende a manejar aquellos pensamientos que generan ansiedad y simplemente se evitan ciertas situaciones, se seguirá produciendo ansiedad, aunque durante unas horas el ansiolítico haga su efecto. Es una situación similar a la que sucedería si cuando nos aprieta un zapato y nos produce dolor, solo adoptásemos como única solución el tomar un analgésico. El analgésico es eficaz en la disminución del dolor durante unas horas, pero no resolvería el problema.

Un varón que tiene un primer problema de erección en una situación sexual íntima con una nueva pareja, con la que no tiene confianza, a la que teme defraudar, no puede resolver su problema tomando un fármaco para provocar erección. Aunque el fármaco sea eficaz, si él no se concentra en la situación sexual, sino que por el contrario sigue preocupado y continúa pensando cosas que le generan ansiedad, no se resolverá el problema de erección, a pesar del efecto positivo del fármaco. La solución definitiva tiene que venir por la no evitación de la situación sexual íntima, pero bajo ciertas condiciones en las que vaya habiendo un aprendizaje progresivo, de manera que vaya aumentando la confianza de la pareja y la concentración en la comunicación sexual por parte del varón, desechando sus preocupaciones ansiosas.

Si una persona no es consciente de estar provocando su propia ansiedad con sus pensamientos, con sus anticipaciones, con sus interpretaciones erróneas sobre la activación fisiológica, etc., entonces suele hacer una especie de huida hacia adelante. Se comporta como el perro que corre asustado por el ruido que hace una ristra de botes atada a su rabo: corre y corre hasta quedar exhausto, sin darse cuenta de que el ruido lo provoca él mismo al correr. La solución no es huir.

¿A qué tiene miedo en realidad una persona que tiene un trastorno de agorafobia con ataques de pánico? Pues al final tiene miedo a tener ansiedad, lo que se ha denominado miedo al miedo, o sensibilización a la ansiedad. Tiene miedo a sus reacciones fisiológicas no controladas y al malestar tan intenso que le provocan.

De esta manera, pueden pasar los años evitando situaciones, tomando ansiolíticos para reducir sus síntomas de activación fisiológica y su malestar, pero el trastorno por lo general no mejora. Es probable que se visiten varios profesionales de la salud, sin que se encuentre una solución, e incluso alguno de ellos es probable que diga que es un trastorno crónico (para siempre) y que no se cura, cosa que no es cierta.

1.11.2. Tratamientos no basados en la evidencia

A veces se recurre a remedios *naturales*, como las hierbas medicinales, que pueden resultar incluso peligrosos (especialmente si se mezclan distintos tipos de hierbas, o estas con fármacos), pero no eficaces en el tratamiento de los trastornos de ansiedad. Otros tratamientos alternativos, como la videncia, la acupuntura, la homeopatía, etc., tampoco han demostrado ser eficaces en la curación de los trastornos de ansiedad. Sin embargo,

un elevado porcentaje de pacientes con pánico ha utilizado estos tratamientos.

El psicoanálisis no es un tratamiento eficaz para abordar los trastornos de ansiedad, aunque algunos profesionales sigan ofreciéndolo. Muchos pacientes tras varios años de psicoanálisis continúan teniendo ataques de pánico, cuando existen tratamientos que han demostrado ser eficaces en tan solo doce sesiones.

Así mismo, otros tratamientos parciales, es decir, aquellos que pueden reducir una parte de la sintomatología pero no atienden todos los factores implicados en el problema, como por ejemplo aquellos que ayudan a reducir la activación fisiológica (la relajación como único tratamiento, hacer yoga, o taichí, o deporte, etc.), pero no atienden el problema de la actividad cognitiva o las evitaciones, tampoco van a ser la solución.

1.11.3. Tratamiento cognitivo-conductual

Sin embargo, hoy en día el trastorno de pánico con agorafobia tiene muy buen pronóstico: puede solucionarse en unos meses de tratamiento con técnicas psicológicas de tipo cognitivo-conductual, que han demostrado su eficacia en estudios científicos a la hora de reducir la frecuencia y la intensidad de las respuestas cognitivo-subjetivas (experiencia, malestar, miedos, preocupaciones, etc.), fisiológicas (las respuestas del organismo reguladas por diferentes sistemas) y conductuales (como las evitaciones).

¿Cuál es el problema entonces? ¿Por qué hay tantas personas con este trastorno viviendo un infierno desde hace muchos años, si existen tratamientos eficaces? La respuesta es muy simple: la falta de información. La falta de *información* de los pacientes que sufren este problema y la falta de *formación* de muchos profesionales de la salud que atienden estos problemas (lo que se suele denominar la *brecha* o *gap* entre la investigación y la práctica). Así, por ejemplo, solo el 23% de los pacientes españoles con trastorno de pánico que están siendo tratados por un psicólogo recibe un tratamiento mínimamente basado en la evidencia (Fernández *et al.*, 2006).

La psicología es una ciencia que ha sabido dar solución a este problema, que ciertamente era muy grave. La eficacia de algunas técnicas de tratamiento psicológico está demostrada. El número de personas que han superado este calvario gracias a estas técnicas sigue creciendo. Además, una vez superado el trastorno de pánico mediante un tratamiento eficaz bien aplicado, no se producen recaídas. Pero ahora falta algo que no es tarea de un día: transmitirlo a la sociedad. Es necesario, por un lado, formar especialistas que sepan tratar este problema con las técnicas que han demostrado su eficacia, y por otro lado, informar a los individuos de nuestra sociedad sobre este problema y las soluciones eficaces.

En los años noventa una gran mayoría de los pacientes con trastorno de pánico y agorafobia no sabía cómo se llamaba su problema. La mayoría tomaba tranquilizantes, sin ninguna esperanza de curación, pero no podía dejar de tomarlos. Algunos profesionales sanitarios comenzaban a conocer este trastorno. Era frecuente encontrar pacientes que habían sido tratados con psicoanálisis durante algunos años y no se habían curado.

Hoy existen tratamientos que han demostrado ser eficaces basados, en las técnicas psicológicas de tipo cognitivo-conductual. Sin embargo, no es infrecuente encontrar casos de personas que han seguido uno o varios tratamientos de este tipo y siguen sufriendo ataques de pánico. ¿Por qué? Si el tratamiento ha demostrado ser eficaz en estudios controlados, si muchos pacientes se curan en el contexto clínico normal (no experimental) cuando se aplican debidamente estos tratamientos, entonces ¿a qué puede ser debido este fracaso? En nuestra opinión, aunque algún caso pueda atribuirse a la falta de adherencia al tratamiento por parte del paciente (incumplimiento terapéutico), probablemente son mayoría los casos en los que el tratamiento aplicado no es el más adecuado, aunque se utilicen técnicas psicológicas de tipo cognitivo-conductual. Este libro pretende ayudar a disminuir estos fracasos, reduciendo la brecha entre la investigación y la práctica profesional.

Desarrollo y evolución del trastorno de pánico

El trastorno de pánico con agorafobia suele seguir un curso evolutivo, que se inicia con un primer ataque de pánico (también llamado “crisis de ansiedad” o “crisis de angustia”). En este primer episodio se manifiestan de manera intensa e incontrolada un buen número de respuestas de ansiedad que pueden ser observadas a nivel cognitivo-subjetivo, a nivel fisiológico y a nivel conductual-observable. Esta reacción intensa se caracteriza por el temor, miedo, e incluso, pánico a las sensaciones físicas, a la tremenda descarga de activación fisiológica del sistema nervioso autónomo, que está aconteciendo en ese momento, de manera descontrolada para el individuo.

Como ya hemos señalado anteriormente, los síntomas que se experimentan en un ataque de pánico pueden incluir taquicardia, palpitaciones, sudoración, temblores o agitación, sensación de ahogo o falta de aliento, sensación de atragantamiento, opresión en el pecho o malestar torácico, náuseas o molestias abdominales, inestabilidad, mareo o desmayo, desrealización (sensación de irrealidad, de que no está sucediendo realmente) o despersonalización (sensación de estar separado de uno mismo, de su propio cuerpo), miedo a perder el control o volverse loco, miedo a morir, parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo), escalofríos o sofocos.

Los minutos que suele durar este primer ataque de pánico se describen muchas veces como el momento más espantoso de toda la vida. Pensar, sentir, que uno está viviendo los últimos minutos de su vida, o que se está volviendo loco, ciertamente debe producir una huella importante en la experiencia de esa persona. No olvidemos además que la mayoría de las personas que sufren un ataque de pánico, o crisis de ansiedad, no tienen información sobre este desorden, sobre lo que les está sucediendo, lo que hace más grave este acontecimiento. E incluso, años después de estar sufriendo este problema hay personas que siguen sin tener dicha información, con lo que muchos individuos siguen pensando que pueden morir en cualquier momento en una de estas crisis.

Para entender esta falta de información que todavía hoy sufren las personas afectadas de crisis de ansiedad vamos a analizar el curso del trastorno que suelen desarrollar la mayoría de los pacientes.

2.1. El trastorno de pánico en atención primaria

La mayor carga de los problemas de ansiedad la atienden los médicos de atención

primaria. En Estados Unidos, se calcula que cada paciente con algún trastorno de ansiedad gasta unos 1500 \$ al año, de los que más de la mitad se gastan en el presupuesto de atención primaria (Barlow, 2003).

Al revisar la literatura científica sobre trastornos mentales que son atendidos en los servicios de atención primaria en España, encontramos en primer lugar dos tipos de estudios. Un primer tipo está centrado en encuestas realizadas con una muestra representativa de los médicos, otro está centrado en la información proporcionada por muestras representativas de pacientes. En ambos se concluye que los trastornos de ansiedad suponen un gasto importante en atención primaria.

Si se investiga la opinión de los médicos de atención primaria, se encuentra que dos de cada tres de estos profesionales sanitarios considera que más del 20% de sus pacientes presentan problemas de salud mental, de los cuales estiman que el 76% presentan problemas o trastornos de ansiedad. No olvidemos que los trastornos de ansiedad son el tipo de trastorno mental más frecuente o más prevalente (Latorre, López-Torres, Montañés y Parra, 2005). Le siguen los trastornos del estado de ánimo (depresiones) y los trastornos por consumo de sustancias (adicciones).

Si se entrevista a los enfermos que acuden a las consultas de estos médicos y se investigan los fármacos que están tomando los pacientes de atención primaria, encontramos que al menos el 21% de los que acuden a consulta consumen psicofármacos, de los cuales el 74% toma benzodiacepinas, el tipo de tranquilizantes más común. El 82% de los pacientes que consumían psicofármacos eran mujeres. La edad media fue de 56 años, y predominan las personas solas, inactivas o con patología crónica (Mateo Fernández, Rupérez Cordero, Hernando Blázquez, Delgado Nicolás y Sánchez González, 1997).

Ambos tipos de investigación, por vías diferentes, coinciden en señalar que en los centros de atención primaria se atiende a un buen número de pacientes que presentan trastornos de ansiedad. En un estudio con entrevista diagnóstica estructurada sobre una muestra representativa (N = 3.815) de los pacientes españoles en las consultas de atención primaria se encontró que el 18,5% presentó algún trastorno de ansiedad en los últimos doce meses. A su vez, un 7% de las personas que acuden a su médico de atención primaria presenta trastorno de pánico (Cano-Vindel, Wood, Dongil-Collado y Latorre, 2011b).

Según los datos de una investigación llevada a cabo en varios países del entorno europeo, la consulta médica de atención primaria en España tiene una duración media de siete minutos, cifra que no es muy superior en otros países, donde el máximo lo alcanza Suiza con quince minutos. Cuando el paciente español refiere problemas de tipo psicosocial, la duración media se incrementa unos cincuenta segundos (Deveugele, Derese, Van den Brink-Muinen, Bensing y De Maeseneer, 2002). En tan corto espacio de tiempo (menos de ocho minutos) el médico no dispone de tiempo suficiente para explicar al paciente que ha tenido una crisis de ansiedad, en qué consiste su trastorno, ni el papel que juega la actividad cognitiva en sus ataques de pánico, ni el papel que pueden jugar las evitaciones o los fármacos en la evolución del problema.

Por otra parte, en las facultades de medicina la información sobre salud mental dirigida a los médicos de atención primaria continúa en muchos casos teniendo un enfoque psicodinámico tradicional, que no es útil ni para la prevención, ni para el tratamiento de los trastornos de ansiedad. Según una investigación realizada con médicos de atención primaria de Castilla-La Mancha, la mayoría considera que su formación en salud mental es insuficiente, a pesar de estar atendiendo a un buen número de pacientes con este tipo de problemas, en concreto uno de cada cinco (Latorre *et al.*, 2005).

Todos estos datos confluyen a la hora de señalar que el paciente que ha sufrido un ataque de pánico, o crisis de ansiedad, no recibe la información que necesita para aprender a manejar su ansiedad, sin la cual es muy probable que se vuelva a repetir el ataque de pánico y termine desarrollando un trastorno de pánico con agorafobia.

2.2. El desarrollo del trastorno de pánico

Tras el primer ataque de pánico se suelen desarrollar una serie de miedos que van a marcar el desarrollo evolutivo de este trastorno.

Por un lado, se desarrolla miedo a que se repita de nuevo esta experiencia tan angustiosa. Este miedo se suele condicionar a la situación en la que se produjo el primer ataque de pánico, de manera que la sola presencia de una situación similar provoca temor, anticipaciones negativas y alta activación fisiológica, lo que suele conducir a la evitación de dichas situaciones.

Por otro lado, se suele desarrollar un temor a sufrir un ataque al corazón, a volverse loco, a ser diferente, a que los demás se enteren de lo que ha sucedido (para lo que no tienen una explicación). Todo ello conduce a una hipervigilancia, a un exceso de atención hacia todo lo que sea un síntoma de ansiedad, acompañada de una interpretación errónea de todo lo que se está sufriendo.

El segundo episodio consistirá en la repetición de un nuevo ataque de pánico, algo que puede estar inducido por el temor a que suceda, la anticipación negativa y catastrófica de ese suceso temido, más toda una serie de pensamientos negativos, que harán que se dispare la alarma, o lo que es lo mismo, que aumente la ansiedad.

Los nuevos ataques de pánico refuerzan los miedos que ya existían desde el primero, de manera que se incrementa el número de situaciones que se temen, aumenta el temor a estas y se incrementan las evitaciones. Si no se pueden evitar, se dispara la ansiedad en presencia de ellas, y pueden acontecer nuevos ataques de pánico en dichas situaciones (que reforzarán más los miedos). Estas situaciones serán más temidas si hay presencia de personas que no conocen el problema que ya se sufre y se teme que se enteren de algo que uno no sabe muy bien qué es, y que produce la sensación de falta de realidad, o de rozar la locura.

2.3. El miedo al miedo o sensibilidad a la ansiedad

Al final se desarrolla un gran temor a tener ansiedad, que a veces se denomina también como “miedo a tener miedo” o “sensibilización a la ansiedad”. Muchas personas llegan al punto de no poder soportar tenerla, aunque se trate de niveles moderados de ansiedad, algo que han vivido cotidianamente, en múltiples ocasiones a lo largo de su vida. Temen que se incremente su activación fisiológica, por pequeño que sea este incremento. Temen que comience a elevarse su ansiedad y ya no puedan controlarla. ¿Pero cómo se puede vivir toda la vida teniendo miedo a una reacción universal en todos los seres humanos, cotidiana, que se desata en múltiples situaciones? Pues... mal. Perdiendo mucha calidad de vida y ganando cada día un poco más de miedo a la ansiedad. Sobre todo cuando no se sabe cómo controlarla y solo se utilizan tranquilizantes como método de control, que es lo que suele suceder en nuestro país.

2.4. Consecuencias del consumo de ansiolíticos

A todo este proceso descrito, hay que añadir generalmente la presencia de consumo de tranquilizantes o ansiolíticos, unos fármacos que pueden reducir de manera rápida e importante la sintomatología ansiosa. Si el primer ataque de pánico concluye en el servicio de urgencias de una clínica u hospital, algo que es bastante frecuente, el paciente recibirá muy probablemente como único tratamiento un ansiolítico, sin más explicación para lo que le ha sucedido que alguna frase del tipo “esto no es grave, se trata solo de un problema nervioso, tómese el ansiolítico”. Al acudir posteriormente a su centro de atención primaria, le atenderá un médico (puesto que no hay psicólogos en este nivel de atención en nuestro país) y le prescribirá de nuevo un tratamiento farmacológico, en la mayoría de los casos con tranquilizantes.

Este puede ser el prólogo de un trastorno de pánico, ya que no se enseña a manejar la ansiedad y los procesos cognitivos que la producen o la regulan, con lo que es muy probable que los ataques de pánico se vuelvan a producir. También puede suponer el inicio de otro trastorno mental de abuso o dependencia en el consumo de ansiolíticos, que suele durar años, sin que se solucione el problema del pánico. La evidencia señala que el tratamiento con este tipo de psicofármacos no debe superar unas pocas semanas (Manthey *et al.*, 2011), pero más de un 10% de la población española lo consume durante años. Recordemos que en España, según la Encuesta Nacional de Salud del año 2003 (publicada en 2005), el 12,8% de los españoles había consumido tranquilizantes en las dos semanas anteriores a ser encuestados (Instituto Nacional de Estadística, 2005); o que en Europa, según los datos del estudio ESEMeD publicado en el año 2004, el 9,8% de los europeos adultos que viven en los seis países de este estudio (incluido España) había consumido ansiolíticos en el último año y el 25,3% de los europeos que están diagnosticados con algún trastorno de ansiedad (últimos doce meses) han tomado ansiolíticos en el mismo periodo de tiempo; es decir, en el último año (Alonso *et al.*, 2004b). El porcentaje de españoles que ha consumido tranquilizantes en los últimos doce

meses es superior a la media europea y se eleva al 11,4% (Codony *et al.*, 2007a). Según datos de la OCDE (2013), España en el año 2010 fue el segundo país en consumo de estos psicofármacos (después de Portugal), entre los países de nuestro entorno. Nuestro país tuvo una tasa de consumo de 51,9 en cuanto a dosis definidas diarias (DDD) por mil habitantes y día, cuando la media es 24,1 y los expertos recomiendan no superar la cifra de 24 DDD por mil habitantes y día.

En un primer momento, el consumo de ansiolíticos puede tener mayor efecto y puede parecer que se ha encontrado la solución a los ataques de pánico, pero si se repiten estos, y es frecuente que así suceda, a la larga los ansiolíticos harán cada vez menos efecto y se dependerá más de ellos, de manera que no se pueden dejar, porque si se dejan aumenta la ansiedad y se incrementan los ataques de pánico. Pero llega un momento en el que tomar dichos fármacos no impide seguir teniendo crisis de ansiedad. Así, encontramos que más de la mitad de los pacientes sigue consumiendo fármacos durante años, pero no se cura; además, sufre una serie de consecuencias secundarias asociadas a este consumo: adicción y síndrome de abstinencia (Secades *et al.*, 2003), aumento de la accidentalidad vial (Chang *et al.*, 2012), pérdida de memoria y otras disfunciones cognitivas (Stewart, 2005), caídas de personas mayores con rotura de cadera (Woolcott *et al.*, 2009), aumento de algunos riesgos para el feto (Croen, Grether, Yoshida, Odouli y Hendrick, 2011), etc.

El consumo inapropiado de benzodiacepinas está asociado a personas de mayor edad, menor nivel cultural, que padecen una enfermedad crónica, más entre mujeres, solteros, desempleados, etc. (Codony *et al.*, 2007a; Manthey *et al.*, 2011). Por el contrario, entre las personas más jóvenes y con mayor nivel cultural, cuando sufren un ataque de pánico, suelen buscar información para entender lo que les ha sucedido y suelen ser menos partidarios del uso de psicofármacos.

Pero volvamos al principio de este proceso que desemboca en un trastorno de pánico, casi siempre con agorafobia. Volvamos a la etapa anterior, cuando el individuo no ha tenido aún crisis de ansiedad alguna, aunque sí la sufre en múltiples ocasiones. En esta etapa, en general, la reacción de ansiedad surge con frecuencia ante cualquier amenaza potencial, pero no se teme esta reacción. Simplemente, cuanto mayor es la importancia de la amenaza, mayor será la intensidad de la reacción de ansiedad. Antes de sufrir el primer ataque de pánico, esta ansiedad se considera normal y no genera ningún temor. Sin embargo, a raíz de haber sufrido ataques de pánico, la persona que los ha sufrido se vuelve intolerante a cualquier reacción de ansiedad, por pequeña que sea. Teme volver a activarse. Usa los tranquilizantes para disminuir la activación fisiológica, como si antes nunca se hubiera activado. Es obvio que la normalidad no puede volver a conseguirse tomando durante décadas los tranquilizantes que le ayudan a disminuir su activación fisiológica y con los que ha llegado a desarrollar un trastorno por consumo de benzodiacepinas.

Epidemiología y afrontamiento del pánico

Los estudios epidemiológicos nos pueden ayudar mucho a entender una determinada patología, saber a cuántas personas afecta, conocer variables de predisposición o riesgo, factores de protección, etc. Pero, la realización de estudios epidemiológicos no es tarea fácil, pues implica la evaluación de muestras muy amplias, correctamente seleccionadas (para que sean representativas de la población), que han de ser evaluadas necesariamente por muchos especialistas en psicodiagnóstico, convenientemente entrenados para usar los mismos criterios. Todo ello implica necesariamente un gran gasto de todo tipo de recursos (económicos, humanos, etc.) y dificulta la realización de este tipo de estudios. Una vez realizado el estudio, puede quedar obsoleto rápidamente y sus resultados no ser comparables con otros, al variar los criterios diagnósticos con los que se llevaron a cabo los trabajos de esta investigación.

Aparentemente, en una primera mirada rápida, los resultados de los diferentes estudios epidemiológicos no siempre son coincidentes. Pero es necesario tener en cuenta diversos factores antes de comparar los resultados de unos estudios frente a otros. Así, por ejemplo, se deben tener en cuenta factores tales como la existencia de distintos criterios de clasificación de trastornos mentales, el tipo de estudio según la población objeto (se puede estudiar una muestra representativa de toda la población, lo que se denomina *estudio comunitario*, o una muestra representativa de los pacientes que acuden a un centro de atención primaria), el intervalo temporal considerado (prevalencia del trastorno en el último año, prevalencia del trastorno a lo largo de la vida, etc.), instrumento de evaluación o recogida de datos (entrevista diagnóstica, síntomas recogidos por un inventario que son compatibles con el diagnóstico del trastorno, etc.), parámetro considerado (no es lo mismo la prevalencia de un trastorno, que el porcentaje de personas que sufren síntomas de ese trastorno), diseño de la investigación (de una fase, de dos fases), tener en cuenta o no variables que resultan ser significativas a la hora de evaluar la prevalencia del trastorno (por ejemplo, la variable sexo), etc.

3.1. La prevalencia del pánico y la agorafobia en diferentes países

En el año 2004 y 2005 se han publicado los primeros informes acerca de la investigación epidemiológica sobre trastornos mentales más ambiciosa realizada hasta ahora. Ha sido promovida por la OMS y recoge ya datos de más de catorce países (entre ellos España y otros cinco países europeos), con muestras representativas que suman más de sesenta mil participantes. El haber utilizado los mismos criterios diagnósticos (DSM-IV), la

misma entrevista diagnóstica (CIDI) y la misma metodología permite hacer comparaciones entre los datos de estos catorce países.

Lo primero que destaca es la amplia variabilidad de datos existente entre distintos países, algo que antes resultaba difícil concluir, al no ser comparables los estudios. Así, por ejemplo, mientras que en España hay un 5,9% de personas que en los últimos doce meses presentan algún trastorno de ansiedad (incluidos agorafobia, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno por estrés postraumático, fobia social y fobia específica), en Estados Unidos se encontró un 18,2%, en Francia un 12,0%, en Holanda un 8,8%, en el conjunto de los seis países europeos estudiados (Alemania, Bélgica, Francia, Holanda, Italia y España) un 6,4% y en Shanghái (China) un 2,4% (Demyttenaere *et al.*, 2004).

En Estados Unidos se ha encontrado que el 2,7% de la población tenía en los últimos doce meses un trastorno de pánico, mientras que un 0,8% tenía agorafobia sin pánico (Kessler, Chiu, Demler, Merikangas y Walters, 2005). De entre la comorbilidad bivariada cabe destacar, por su elevada prevalencia, una alta comorbilidad entre trastorno de pánico y agorafobia, así como entre agorafobia y fobia social.

En Europa, en el estudio ESEMeD, el Estudio Europeo sobre la Epidemiología de los Trastornos Mentales (que recoge datos de Alemania, Bélgica, Francia, Holanda, Italia y España) se encontró para el trastorno de pánico en los últimos doce meses, una prevalencia del 0,8%, y para la agorafobia, un 0,4% (Alonso *et al.*, 2004a). Esto significa que cerca de dos millones (casi 1,7 millones) de personas adultas de estos seis países (0,8% de 212 millones de europeos adultos que viven en estos seis países) padecían un trastorno de pánico en los últimos doce meses, mientras que unos 850.000 europeos adultos presentaba agorafobia. En el estudio de la comorbilidad de estos trastornos en los últimos doce meses apareció también una alta comorbilidad entre agorafobia y trastorno de pánico, así como entre cada uno de estos trastornos con depresión mayor.

Para este periodo de tiempo (doce últimos meses) en estos seis países europeos la probabilidad de tener algún trastorno de ansiedad (incluidos agorafobia, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno por estrés postraumático, fobia social y fobia específica) fue superior para las mujeres (2,43 veces más) y los jóvenes de dieciocho a veinticuatro años, para los que no se habían casado nunca, para los desempleados y las amas de casa, por estar de baja por enfermedad o por tener discapacidad. En cambio fue un factor protector para el conjunto de trastornos de ansiedad el estar jubilado (Alonso *et al.*, 2004a).

Si consideramos el parámetro de prevalencia a lo largo de la vida, es decir, qué porcentaje de personas han tenido el trastorno no en los últimos doce meses, sino en cualquier época, encontramos para estos seis países europeos un 2,1% para el trastorno de pánico (4,62 millones de personas) y un 0,9% para la agorafobia (1,98 millones de adultos). Si tenemos en cuenta el sexo, un 2,5% de mujeres, frente a un 1,6% de varones, ha tenido alguna vez trastorno de pánico; mientras que en el caso de la agorafobia los porcentajes son 1,1% para mujeres y 0,6% para varones (Alonso *et al.*, 2004a). Cerca de tres millones (2,86) de mujeres europeas (de los seis países citados)

han tenido en alguna ocasión un trastorno de pánico, frente a 1,69 millones de varones europeos que han padecido alguna vez este trastorno.

Por lo tanto, más de seis millones y medio (6,6) de adultos europeos, residentes en estos seis países, alguna vez en su vida han tenido alguno de estos dos trastornos de ansiedad considerados aquí (trastorno de pánico y agorafobia), y teniendo en cuenta que el 15,6% de esos 220 millones de europeos mayores de 18 años de los seis países citados eran españoles, cabe estimar (aunque la prevalencia de todos los trastornos de ansiedad en España sea algo más baja que la media de los seis países europeos) que cerca de un millón de españoles a lo largo de su vida presenta alguno de estos dos trastornos estudiados.

En general, los datos epidemiológicos de esta macroinvestigación promovida por la OMS reflejan cifras inferiores a las anteriormente publicadas en otros estudios. Los autores argumentan que ello se debe a la nueva entrevista diagnóstica consensuada por la Organización Mundial de la Salud, que tiene en cuenta los criterios DSM-IV y de manera más precisa. En cualquier caso, a pesar de considerar cifras más bajas que las anteriormente publicadas, el número de personas afectadas por estos trastornos de ansiedad es enorme. Los trastornos de ansiedad son el tipo de trastorno mental más frecuente o más prevalente en los catorce países en los que se ha llevado a cabo este estudio epidemiológico, con la sola excepción de Ucrania, donde los trastornos del estado de ánimo (depresiones) ocupan el primer lugar.

Pero cobran aún más fuerza estas cifras si tenemos en cuenta que estos trastornos pueden curarse con técnicas empíricamente validadas (científicamente estudiadas). ¿Cómo es posible que siendo eficaces los tratamientos de los trastornos de ansiedad, al final sean estos los trastornos mentales en los que se encuentra una mayor prevalencia y una mayor cronicidad (una mayor duración)?

Aunque los tratamientos científicos de los trastornos de ansiedad han demostrado su eficacia, sin embargo, el porcentaje de personas que está en tratamiento es muy bajo (Codony *et al.*, 2007b). Así, en España, solo uno de cada tres pacientes con trastornos mentales de gravedad ligera o media estuvo en algún tipo de tratamiento en los últimos doce meses, y solo dos de cada tres tuvieron algún tipo de tratamiento en el mismo periodo en el caso de los trastornos mentales más severos.

3.2. El afrontamiento del pánico: exposición de casos

Cuando en septiembre de 1997 la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés (SEAS) puso en marcha su servidor de información en Internet (www.ucm.es/info/seas), la información que publicaba iba dirigida casi exclusivamente a profesionales e investigadores, y no a personas que sufren trastornos de ansiedad y estrés. Sin embargo, pronto hubo que cambiar esta política debido al número creciente de mensajes recibidos de personas que hacían consultas específicas sobre los problemas de ansiedad y estrés que padecían, predominando los casos de trastorno de pánico con

agorafobia. No solo se comenzó a publicar información dirigida a pacientes, sino que se ofreció un servicio gratuito de información y ayuda para estas personas, que ha llegado a atender a unas dos mil personas al año.

Veamos algunas de las consultas recibidas en este servicio de información. Aunque no se puede hacer un diagnóstico a partir de los datos aportados por correo electrónico, estos casos nos pueden servir para ilustrar la realidad a la que nos enfrentamos en este servicio de ayuda.

Estimados Sres.:

Me pongo en contacto con Uds. dándoles las gracias por anticipado, para formularles algunas preguntas sobre diagnóstico y tratamiento de un posible problema de ansiedad.

Hace cuatro meses aproximadamente comencé con malestar general, mareos (no se mueven las cosas, es como si yo me moviera), nerviosismo, como un temblor interior, sequedad de boca, mala calidad de sueño, tensión muscular, etc. He estado en varios médicos de la Seguridad Social porque el diagnóstico era problema de cervicales. Me hice radiografías de cervicales y el resultado fue negativo. Mi analítica es normal (un poco alto el colesterol, 240). Me recomendaron relajantes musculares, pero el problema ha seguido adelante, bien es cierto que más atenuado.

Los mareos siempre se producen con el movimiento, nunca tumbado y en reposo, de tal manera que he llegado a temer salir a la calle por el malestar que esto me producía. Sufro mucho estrés, siempre voy corriendo a todas partes, no lo puedo evitar, así como una ansiedad, un temor a no poder llegar a hacer todo lo que tengo que hacer.

En una ocasión acudí a urgencias porque me sentía fatal, me hicieron electrocardiograma, pruebas neurológicas, y el resultado fue negativo. Me recetaron más relajantes musculares y tranquilizantes.

El caso es que el problema no se soluciona y ya estoy cansado de que nadie me dé una solución.

Mi pregunta es la siguiente: ¿puede deberse a un problema de estrés, ansiedad? ¿Estos síntomas descritos pueden coincidir con la ansiedad?

Sin otro particular y esperando sus noticias, les quedo muy agradecido de antemano por su atención.

Tengo 46 años.

Veamos un segundo caso, en el que la propia persona que nos consulta habla del diagnóstico que le ha dado algún especialista que previamente había visitado.

Hola, en primer lugar muchas gracias por tener un servicio de ayuda gratuita sobre el tema de la ansiedad.

Mi nombre es Carmen y tengo 25 años. Desde hace unos tres meses padezco ataques o crisis de ansiedad según me han diagnosticado. En concreto, el ataque me ha dado unas cuatro veces y me he sentido horrible: empieza con una sensación de agobio, presión en la cabeza, el corazón se me acelera una barbaridad, y empiezo a ponerme nerviosísima, así durante una hora o más, en una ocasión fue más tiempo, al día siguiente estoy nerviosa, muy intranquila.

El caso es que todo el mundo a quien consulté me dijo que era ansiedad, me puse en manos de un psicólogo (hace un mes) para que me ayudara a determinar la causa de esta situación, estamos en ello pero, mientras, estoy cogiéndole miedo a todo, tengo muchísimo miedo a que se repitan los ataques y por eso ya no hago una vida normal, he dejado de salir con amigos a sitios agobiantes, o con música alta, etc. He dejado incluso de trabajar esta semana porque le he cogido miedo al transporte público y no puedo ir en coche al trabajo.

Cada vez pienso más que mi vida es una porquería porque no puedo hacer lo que quiero, no soy la de antes, tengo muchos miedos y cuando surge una situación que me inquieta y el ataque se pone en marcha soy incapaz de controlarlo y pararlo. Sé que todo está en mi mente pero no puedo autocontrolarme y mientras... me voy desesperando. Pienso que este psicólogo no me está funcionando, tengo mucha impaciencia y quiero que esto se resuelva ya para volver a ser la misma de antes. Voy a consultar esta semana con un psiquiatra, pero también me angustia el hecho de que estos profesionales son muy caros, carísimos, y sinceramente mis recursos económicos son más bien escasos.

Necesito ayuda para salir de esto porque tengo la sensación de que cada vez estoy más hundida, con más miedo incluso a salir de casa. No sé de qué forma me pueden ayudar ustedes, pero he entrado en su web y me he sentido aliviada. Creo que ahora todas las ayudas son pocas. Bueno, muchas gracias de antemano y espero su respuesta.

Carmen.

Después de este caso de corta trayectoria, veamos otro con una larga evolución, en el que además de un problema de agorafobia, que ella confiesa, podría haber depresión.

Hola:

Mi nombre es Ana, soy una chica de 28 años y desde hace 10 tengo agorafobia. Buscando alguna página que me pudiera ayudar, he encontrado la vuestra y he visto un poquito de luz.

Os cuento mi historia: creo que esto empezó cuando me dejó el chico con el que salía cuando tenía 18 años. No lo encajé bien y comía y dormía poco por lo que en clase me mareaba, tenía mucha ansiedad, me agobiaba, y al final acabé por no ir a clase, dejando de estudiar durante un año. Fui a un psiquiatra que me mandó pastillas, pero no me explicó qué me pasaba ni por qué. Volví a estudiar aunque cada día tenía que hacer un esfuerzo inmenso por entrar en el instituto. Fui dejando de hacer cada vez más cosas, como ir al cine, viajar en autocar, en metro...

Después me trató una enfermera del servicio de salud mental del INSALUD y fue cuando me enteré de que lo que sentía le pasaba a más gente y que incluso muchos lo habían superado. Pero dejé de ir porque no tenía paciencia para hacer los ejercicios de relajación y de exposición a situaciones complicadas.

Hace dos años fui a otro psiquiatra, tomaba antidepresivos, y aunque me encontraba mejor de ánimo, no solucionaban la agorafobia. Así que también deje las pastillas.

Ahora no estoy en tratamiento ni haciendo ninguna terapia. Me siento bastante peor que otras veces y casi no salgo de casa, si no es en coche y me lleva alguien. Algún día cojo el autobús, pero lo paso tan mal que intento evitarlo por todos los medios.

Tengo un título universitario pero nunca he trabajado en ello. En este tiempo solo me he atrevido a trabajar de camarera y de limpiadora y solo un par de años.

Hace un mes he comprado un cachorro para obligarme a salir y ha sido un empujoncito para intentar estar mejor.

Vivo en Madrid y os agradecería mucho que me informaraís y me aconsejaraís sobre esta enfermedad y sobre psicólogos que tengan consulta cerca de esta zona.

Os agradezco de antemano vuestra atención y espero no haberos aburrido.

Un saludo,

Ana

Y finalmente, mostramos otro caso en el que la paciente solicita ayuda profesional después de haber leído la descripción de su problema.

Hola:

Después de ver vuestra página en Internet he pensado que quizás podrían ayudarme. He

intentado ponerme en contacto con vosotros por teléfono pero no es posible. Tengo ansiedad desde hace más o menos diez años, estoy pensando en ir a un psicólogo pero no sé a cuál. Me gustaría que me dijerais cuáles son los profesionales más adecuados para tratar este tema en Madrid. Gracias,
María.

¿Qué ha leído esta persona en Internet para animarse a iniciar un tratamiento tras sufrir diez años su problema? Ha leído la descripción del problema que ella tiene, con sus síntomas, el testimonio de otras personas que tienen un problema similar, la existencia de tratamientos eficaces (compatibles con las pastillas que toma desde hace diez años) y avalados por una sociedad que agrupa a científicos y profesionales especializados en su problema. Y todo ello le ha transmitido un poco de esperanza. Algo de lo que ya le quedaba poco, tras diez años de tratamiento farmacológico.

María había perdido a su padre, que murió de un infarto de miocardio. Esta experiencia la marcó. Cuando poco después ella sufrió su primer ataque de pánico pensó que iba a morir igual que su padre, de un ataque al corazón. Aunque le explicaron en urgencias que solo se trataba de un ataque de pánico, en las sucesivas crisis de ansiedad que tuvo a lo largo de diez años, siempre pensó que “esta vez” podría tratarse de un ataque al corazón, de un infarto, como el que había matado a su padre.

Veamos cómo describía ella sus miedos:

1. Miedo a morir de un infarto.
2. Miedo a estar sola en casa, a salir sola por si me pongo mal y nadie me puede ayudar (menos mal que trabajo con mi hermana y tenemos el mismo horario).
3. Miedo a entrar en sitios cerrados (sobre todo bares, y en especial si tienen mucha gente).
4. Miedo a ponerme nerviosa, a los síntomas de la ansiedad.
5. Miedo a salir, a pasármelo bien, a desconectar... al pensar que siempre debo estar pendiente de mi “tema”, por si acaso...
6. Miedo a enfrentarme a un cambio, a algo desconocido, que me pueda provocar ansiedad.
7. Miedo a que la gente se dé cuenta de lo que me pasa, por eso evito quedar con mis amigos.
8. Miedo a sentarme en las butacas centrales del cine por si tengo ansiedad y necesito salir corriendo.
9. Miedo a hacer algo mal, por ejemplo en mi trabajo, por la falta de concentración (siempre estoy pensando en lo mal que me encuentro). Esto me llevaba a revisar todas las cosas mil veces, lo que supone una gran inseguridad y una gran pérdida de tiempo.
10. Miedo a tener relaciones sexuales, por la activación que supone. Incluso no me gusta mucho besar a mi novio, porque me da la sensación de que me va a faltar el aire y me voy a ahogar.

11. Miedo a estar lejos de un hospital, de una farmacia... es lo primero que busco cuando me voy a un lugar de vacaciones que no conozco.
12. Me dan miedo los atascos porque pienso que, si me sufro un infarto, la ambulancia no podría llegar a salvarme.
13. Tengo miedo a fallar a la gente por la ansiedad. Por ejemplo, una amiga tuvo un bebé y era incapaz de cogerlo porque pensaba que se me caería.
14. Podría seguir así, enumerando mil cosas, porque todo me da miedo. Tengo miedo de levantarme por las mañanas, porque mi primer pensamiento es “Hoy me pondré nerviosa, me dará otro ataque de esos y me moriré”; por eso se puede decir que tengo miedo a morir, pero también a vivir como lo estoy haciendo.

Los síntomas de activación fisiológica los describía así:

1. Sensación de asfixia, ahogo, falta de aire, no poder respirar.
2. Sensación permanente de mareo.
3. Dolor en el pecho, en el brazo... síntomas que, se supone, son de un infarto.
4. Perder la noción de la realidad, no saber dónde estoy exactamente.
5. No ver bien lo que está a mi alrededor.
6. Sensación de que el corazón me palpita rápidamente o, al contrario, me parece que se ha parado.
7. No coordinar bien las palabras, se me traba la lengua.
8. Temblor de manos.
9. Si unimos todo esto, tenemos como resultado los grandes y terribles ataques de pánico que me dan y que siempre me llevan al hospital.

Las conductas de evitación que presentaba eran las siguientes:

1. Estar en sitios donde no pueda apoyarme en nada, sujetarme a nada (como paredes, barandillas...) por temor a marearme y caerme al suelo.
2. Salir sola, por si me pasa algo y no tengo quien me ayude.
3. Entrar en sitios cerrados, como bares concurridos y, a veces, aunque haya poca gente. Imagino que me da un ataque, caigo al suelo, todo el mundo se acerca a mirarme, viene el SAMUR... es horrible.
4. Salir a divertirme.
5. Quedar con mis amigos y más aún con personas desconocidas.
6. Estar en situaciones que no conozco y me ponen nerviosa.
7. Ir al cine, sentarme en las butacas centrales.
8. Salir de la ciudad, viajar, alejarme de los hospitales.
9. Mantener relaciones sexuales, por la activación fisiológica.
10. Besar a mi novio, porque me falta el aire.
11. Hablar, reír... porque siempre estoy concentrada en mi respiración, en mi

corazón...

12. Los itinerarios en los que pueda haber atascos.
13. Evito situaciones o cosas que puedan suponer una falta de aire, por ejemplo, nunca puedo tener una ventana cerrada, no me gusta mucho el verano porque me falta el aire cuando hace mucho calor, no soporto la calefacción... incluso no puedo bucear en la piscina.

La experiencia con su tratamiento farmacológico durante los diez años que había venido sufriendo el trastorno de pánico con agorafobia la resumía así:

Como mucha gente fui al médico de cabecera y me recetaron pastillas para tranquilizarme. Empecé tomando un Donix por la mañana y un Tryptizol por la noche, aparte, me tomaba diariamente seis o siete tilas. Como no mejoraba, me cambié yo misma el tratamiento y pase a tomarme un Donix por la mañana y otro por la noche.

Las pastillas se convirtieron en mi gran apoyo y ¿cuál era la solución a cualquier problema?: una pastilla. Si tenía mucho trabajo: una pastilla. Si tenía que ir a un bar: una pastilla. Si tenía que hacer frente a algo que no me apetecía: una pastilla. Llegué a tomarme seis pastillas al día normalmente, pero si ocurría algo excepcional me tomaba algunas más.

El momento más feliz del día era cuando me las tomaba. Tenía una hora exacta para cada pastilla, y sin tener reloj, podía saber perfectamente cuándo me tocaba la siguiente. Cuando acababa de tomarme la pastilla estaba genial. Según pasaba el tiempo, empezaba a pensar que el efecto se estaba pasando y que para evitar la ansiedad necesitaba la siguiente dosis.

Las pastillas te hacen sentir bien, pero también mal porque creía que sin ellas estaba perdida y me las tomaba con ansia, como si me las fuesen a quitar de las manos.

Cuando salía, lo primero que miraba era si llevaba las pastillas, cuando me iba de vacaciones llevaba cajas y cajas. Nunca me he quedado sin pastillas, excepto una vez, ¿qué pasó?: me sentía tan mal que no pude ir a trabajar.

Si me encontraba mal no necesitaba ayuda, ni consejos, ni amigos, ni familia... solo mis pastillas, yo pensaba que era lo único que día a día me iba salvando la vida.

Por lo tanto, la información que leyó María en Internet le ayudó a mejorar su esperanza y a buscar un tratamiento eficaz. El servicio de información al que escribió un correo electrónico le facilitó el contacto con una consulta especializada en este tipo de trastornos. Al final, tras casi un año de tratamiento psicológico (las últimas consultas muy espaciadas en el tiempo), María había resuelto su problema. Ya no tenía ataques de pánico, ni evitaba situaciones, ni tomaba ansiolíticos. Ahora María ha recuperado la calidad de vida que había perdido.

En este libro vamos a exponer el tratamiento de este problema (trastorno de pánico con agorafobia) de una manera práctica, aportando soluciones para los terapeutas y para los pacientes. Pero antes de entrar más de lleno en estos trastornos de ansiedad, conviene conocer bien qué es la ansiedad. Para entender qué son los trastornos de ansiedad hay que pensar primero en la normalidad, en las reacciones de ansiedad que experimentamos a diario, sin que ello suponga un problema. Hay que pensar que todas las personas tienen capacidad para reaccionar con ansiedad, porque se trata de una respuesta emocional. Después podremos entender mejor este trastorno de ansiedad como una patología, como un exceso en la frecuencia, intensidad o duración de la respuesta de ansiedad, o

simplemente como una respuesta inadecuada a las demandas de la situación.

La ansiedad: una emoción

El trastorno de pánico y la agorafobia están incluidos dentro de los trastornos de ansiedad y, por lo tanto, creemos que para hablar de problemas de ansiedad deberíamos empezar primero hablando de las emociones, porque la ansiedad es una emoción.

Las emociones son reacciones que se producen en los seres humanos y en otras especies de mamíferos, ante la presencia de situaciones vitales o relevantes para los individuos. Se trata de reacciones de adaptación, o reacciones de superación de esas situaciones. Por ejemplo, la reacción de miedo es útil para afrontar el peligro físico, la reacción de ira puede ser adecuada para enfrentarse con otras personas cuya conducta nos perjudica, o la de tristeza es una reacción adaptada a una pérdida importante.

Se trata de reacciones automáticas que se producen ante situaciones tan relevantes para el individuo como es una situación de peligro físico, en la cual puede estar en riesgo la supervivencia. La reacción emocional de miedo supone un conjunto de múltiples respuestas a tres niveles diferentes: cognitivo, fisiológico o somático, y conductual. En ese conjunto de reacciones lo que se observa, a ese triple nivel, es el intento de superar esa situación de peligro, esa situación en la cual puede estar en riesgo la vida.

Así, la reacción de miedo comprende respuestas de temor, de preocupación, que llevan al individuo a valorar esa situación como un peligro importante, a centrar la atención en ese peligro o a buscar una solución inmediata. Además, los cambios fisiológicos aumentan su capacidad para poner en marcha conductas de defensa o huida, o bien para que su conducta sea más ágil, más rápida, más dinámica, lo cual implica estar activado, pues necesita que su corazón bombee más sangre, que sus músculos se tensen, los pulmones lleven más oxígeno al corazón y que este distribuya ese oxígeno por todas las células (Cano-Vindel, 1997b). Toda esa reacción de activación afecta a las tres áreas más importantes del individuo. A su parte cognitiva, donde observamos que sus procesos cognitivos cambian, se aceleran, van más rápidos, se producen nuevas respuestas. Además, el cuerpo se activa para tener más fuerza, más energía. Finalmente, la conducta se vuelve más eficaz y enérgica. Todo esto es lo que llamamos “miedo”.

Otras reacciones emocionales se producen en otro tipo de situaciones igualmente relevantes. Así, por ejemplo, la tristeza se produce en una situación de pérdida, en la cual el individuo necesita, por un lado, experimentar el abatimiento, la desesperación, la pérdida de lo que tuvo y tanto quiso y ya no tiene, y por otro lado, es una emoción social, pues esa reacción de tristeza tiene también mucho de social, porque observamos que cuando un individuo de nuestra sociedad está triste, los demás le arropan, los demás experimentan emociones de comprensión de esa situación, de ponerse en el lugar del otro, de empatía hacia el otro y de ayuda altruista hacia la persona que sufre.

En la reacción de ira, lo que observamos es a un individuo enfadado, irritado, que reacciona con energía, con fuerza, avisando al otro de que le ha hecho daño, que no ha atendido sus intereses, que los ha arrinconado, que ha hecho algo que le perjudica o afecta, y le avisa seriamente, de manera que le hace notar su presencia, aquello que le concierne, su malestar por la conducta del otro y espera una rectificación.

La ansiedad es una emoción natural, como la alegría, la tristeza o la ira, que nos prepara para responder a una situación en la que hay en juego un resultado incierto que valoramos como significativo para nuestros intereses. La ansiedad surge en situaciones importantes de nuestra vida cotidiana, como cuando hacemos un examen o una entrevista de trabajo, hablamos ante un grupo de personas, conocemos gente nueva, pensamos en un problema que nos afecta, tomamos una decisión importante, vamos a llegar tarde a una cita, o pensamos simplemente que los demás se van a dar cuenta de que estamos nerviosos o no vamos a dar una buena imagen.

Ante este tipo de situaciones, esta emoción natural que es la ansiedad supone una reacción de alarma ante la posibilidad de obtener un resultado no deseado, que comprende un conjunto amplio de respuestas, tales como preocupación, inseguridad, taquicardia, aumento de la sudoración, inquietud motora, o cambios en el tono de la voz. Todo este conjunto de respuestas se pueden clasificar en tres tipos: cognitivo-subjetivas, fisiológicas y motor-expresivas (Cano-Vindel, 1989, 2004).

4.1. Respuestas cognitivas-subjetivas de ansiedad

Dentro de las respuestas cognitivo-subjetivas de ansiedad, podemos considerar un amplio abanico de contenidos mentales (pensamientos, imágenes, sensaciones, etc.) y procesos cognitivos (una sucesión de cambios que conducen a un nuevo estado de mayor nerviosismo), que suelen producirse ante situaciones que valoramos como amenazantes. El conjunto de respuestas cognitivo-subjetivas, que pueden ser consideradas como parte de la reacción de ansiedad, es muy amplio (Cano-Vindel, 2004). Por ejemplo, pensamientos negativos que van anticipando un resultado no deseado, la preocupación, el temor, la inseguridad, el miedo, los pensamientos rumiativos (darle vueltas al problema o a pensamientos negativos), la pérdida de concentración, los pensamientos sobre la mala imagen que se puede estar dando ante los demás, la sensación de pérdida de control, la falta de decisión, etc. Todos estos síntomas que podemos percibir configuran, por lo general, una experiencia desagradable de tensión y nerviosismo, cuya intensidad vendrá definida en buena medida por la percepción de los cambios fisiológicos que se están dando en nuestro cuerpo al mismo tiempo. Esta percepción de los cambios fisiológicos también forma parte de la experiencia emocional.

Pero no siempre la experiencia de ansiedad es desagradable. Por ejemplo, a veces buscamos un cierto grado de activación ante un resultado incierto, al que damos importancia, pero que no es vital para nosotros; así, buscamos sensaciones de este tipo en un espectáculo deportivo, o ante un reto en el que podemos superar una amenaza o

peligro, o simplemente porque perseguimos superarnos a nosotros mismos o frente a los demás. En estos casos la experiencia no es necesariamente desagradable, puesto que la buscamos. Por lo tanto, hay también placer en algunos casos. Quizás estamos mezclando ansiedad con otras emociones, pero en los ejemplos seleccionados hay ansiedad y no es desagradable.

Sin embargo, cuando se escribe sobre la ansiedad casi siempre se refleja la vertiente desagradable de la experiencia de “ponerse nervioso”, e incluso muchas veces es para hablar de los trastornos de ansiedad (Cano-Vindel, 2011a) o las cosas importantes que evitamos (Cano-Vindel, Camuñas, Iruarrizaga, Dongil-Collado y Wood, 2010). La valencia negativa de la experiencia de ansiedad, es decir, el que la experiencia de ansiedad se viva muchas veces como algo desagradable, seguramente tiene mucho que ver con diferentes aspectos de cada situación, tales como: la posibilidad de obtener un resultado negativo en la situación que provoca esta experiencia (p. ej., la posibilidad de suspender), una alta activación fisiológica vivida como algo no deseable y que se escapa al propio control (p. ej., el temblor de manos, el sudor abundante, etc.), los pensamientos negativos sobre uno mismo, que muchas veces son parte importante de esta experiencia (p. ej., sentirse inferior o torpe, los autorreproches, etc.), y muy especialmente los errores o sesgos cognitivos, como las interpretaciones erróneas que hacemos a veces de la situación, que nos llevan a realizar anticipaciones catastróficas (“si tengo que hablar en público me muero”), evaluaciones muy negativas de nosotros mismos (“soy un inútil”), de nuestra actuación (“he estado muy nervioso y todos pensarán que he hecho el ridículo”), de nuestros síntomas de ansiedad (“estoy tan mareado que me voy a caer al suelo”), de nuestros pensamientos (“no sé si he cerrado la puerta, aunque sé que esta es mi eterna preocupación”), de acontecimientos traumáticos (“nunca podré vivir en paz, siempre lo recordaré con igual intensidad”), etc.

4.2. Efectos de la ansiedad sobre la atención

Además de todos estos cambios que hemos visto, también cabe destacar algunos cambios en determinados procesos cognitivos, especialmente en el nivel de atención. La ansiedad es una reacción de alarma y, por lo tanto, está muy relacionada con la atención (Arcas-Guijarro y Cano-Vindel, 1999; Cano-Vindel, 1997a).

Por un lado, la ansiedad se produce en función del grado de atención que prestemos a estímulos neutros o a estímulos amenazantes. Si prestamos más atención a los estímulos amenazantes, que pueden estar presentes en una situación, surgirá una reacción de ansiedad; mientras que si prestamos más atención a los estímulos neutros de esa misma situación, estaremos más tranquilos (Cano-Vindel, 2011a).

Por otro lado, cuando aumenta nuestro nivel de ansiedad, cambia también nuestro patrón de atención. En un primer momento, al ponernos nerviosos nuestra atención aumenta y se dirige a observar cualquier estímulo potencialmente amenazante, estamos hipervigilantes, disminuye el umbral de alarma, estamos en alerta, anticipamos posibles

peligros aunque su nivel de amenaza sea pequeña (Eysenck, 1997). Si continúa nuestro estado de ansiedad y ya hemos detectado algún estímulo amenazante, nuestra atención se centrará prioritariamente en este tipo de estímulos, prestando menos atención a los que consideramos neutros o no amenazantes. Puede suceder incluso que nuestra atención se centre por completo en una posible amenaza (p. ej., suspender el examen) y que no podamos centrar nuestra atención en la tarea primordial presente, como hacer el examen (Cano-Vindel, 1997a, 2004).

4.3. Factores responsables del rasgo y los trastornos de ansiedad

Hoy en día, se considera que la ansiedad, tanto normal como patológica, surge como consecuencia de una serie de sesgos cognitivos (podríamos llamarles también “tendencias erróneas”), fundamentalmente de dos tipos: sesgos de la atención y sesgos de la interpretación (Eysenck, 1997; Eysenck y Derakhshan, 1997). Se trataría por lo tanto de dos tendencias a la hora de atender y a la hora de entender la realidad. La primera llevaría a atender en exceso a los posibles fantasmas o amenazas. La segunda llevaría a ver demasiadas amenazas o excesivamente graves donde otros ven situaciones tranquilas o incluso agradables.

4.4. El sesgo atencional

El sesgo de la atención nos lleva a fijarnos fundamentalmente en los estímulos amenazantes de una situación, olvidando los estímulos neutros o positivos de esta (Eysenck, 1997). Cuando nuestra atención se centra prioritariamente en amenazas potenciales, sucede que nuestro pensamiento, los cambios fisiológicos de nuestro cuerpo, o nuestra conducta observable, comienzan a reflejar un aumento de respuestas de ansiedad. Así, por ejemplo, prestar mucha atención a ciertas respuestas fisiológicas de ansiedad (como la taquicardia, el temblor de manos, etc.), especialmente si son consideradas como amenazantes, hace aumentar nuestro nivel de ansiedad.

4.5. El sesgo interpretativo

El sesgo interpretativo consiste en la tendencia a dar un significado de amenaza, e incluso de catástrofe, a aquellas situaciones o estímulos que podrían ser considerados como neutros o positivos (Eysenck, 1997). De esta manera, si el sesgo interpretativo es muy pronunciado en una persona, tenderá a ver demasiados peligros o amenazas (y por lo tanto a reaccionar con más ansiedad) en muchas situaciones en las que otros individuos permanecen tranquilos y no disparan su alarma emocional, la ansiedad.

Tanto el sesgo atencional como el sesgo interpretativo son considerados hoy, por el modelo de Eysenck, como factores responsables o explicativos tanto del rasgo de ansiedad (la mayor o menor tendencia de las personas a reaccionar con respuestas de ansiedad), como de los trastornos de ansiedad.

4.6. Diferencias individuales

Así, se observa que una persona que es muy nerviosa (tiene un elevado rasgo de ansiedad, o que puntúa más alto en los inventarios psicológicos que evalúan el rasgo de ansiedad) muestra mayores sesgos de atención e interpretación que otra persona con menor rasgo de ansiedad (Eysenck y Derakhshan, 1997). Las personas nerviosas, dedican más tiempo y atención a las posibles amenazas de su entorno que las personas tranquilas. Además, tienden a percibir un mayor grado de amenaza ante situaciones ambiguas.

Igualmente, los individuos con algún trastorno de ansiedad presentan mayores sesgos atencionales e interpretativos, que quienes no padecen tales trastornos, e informan de más rumiaciones y magnificaciones (Cano-Vindel, Pellejero, Ferrer, Iruarrizaga y Zuazo, 2000). Así, una persona con trastorno de pánico centra demasiado su atención en sus síntomas fisiológicos (lo cual produce más ansiedad) e interpreta sus síntomas de activación fisiológica como mucho peor que simples respuestas de ansiedad, por ejemplo, como signos de un infarto (Cano-Vindel, 2007; Wood y Cano-Vindel, 2009).

4.7. Respuestas fisiológicas de ansiedad

En una reacción de ansiedad, además de las respuestas cognitivo-subjetivas que acabamos de analizar, encontramos también respuestas fisiológicas y respuestas motoras u observables (Cano-Vindel y Miguel-Tobal, 1990b).

Los incrementos en las respuestas fisiológicas suponen un aumento de la activación en diferentes sistemas (como el sistema nervioso motor, el sistema nervioso autónomo o el sistema neuroendocrino) y, por lo tanto, un aumento de la tasa de respuesta de una serie de respuestas concretas, como aumentos de la tasa cardiaca, de la tasa respiratoria, de la tensión muscular, de la temperatura o de la sudoración. A su vez, estos cambios fisiológicos pueden ser interpretados o no como una amenaza, lo que podría desencadenar un incremento de la ansiedad en los otros sistemas de respuesta o en otras respuestas fisiológicas (Cano-Vindel *et al.*, 2007; Cano-Vindel *et al.*, 2009).

Algunos cambios no son perceptibles, como el aumento de la presión arterial o de las respuestas electrodermales, por ejemplo. Sin embargo, el mantenimiento de una activación fisiológica elevada durante mucho tiempo provoca algunos síntomas, claramente perceptibles, que pueden llegar a ser molestos, tales como temblor de manos o piernas, escalofríos, dolor muscular (o incluso contracturas, especialmente en hombros

y espalda), dolor de cabeza (cefalea tensional), molestias gástricas, palpitaciones, arritmias, sequedad de boca, dificultades para tragar, náuseas, mareos, etc.

Algunos de estos síntomas pueden llegar a ser parte de una disfunción o trastorno psicofisiológico, una alteración física, cuyo curso está estrechamente relacionado con cambios en los niveles de ansiedad. Así, cuando una persona con una disfunción gástrica, o una cefalea, tiene mucho estrés y presenta niveles altos de ansiedad, empeora su estado físico y aumenta el malestar gástrico, o el dolor de cabeza, respectivamente. A su vez, en general, padecer algún trastorno psicofisiológico, como el asma, está relacionado con niveles altos de activación fisiológica (Cano-Vindel, Fernández y Spielberger, 2012).

Pero, en general, las manifestaciones fisiológicas de ansiedad son respuestas normales de una reacción emocional corriente, que es básica para la adaptación del individuo a su entorno. Se trata de una serie de respuestas de nuestro organismo que se prepara para un posible estado de alarma o simplemente de mayor alerta. Aunque se trata de un conjunto típico de respuestas que suponen un incremento del estado de activación, existen diferencias individuales en cómo se activan sobre diferentes personas.

Existe un patrón de activación característico del individuo, una especialización, podríamos decir. De manera que unos individuos se activan más a nivel respiratorio, otros en cambio sufren más alteraciones gástricas, para otros es más fácil desarrollar una fuerte reactividad cardiovascular, mientras que otros acumulan sin darse cuenta grandes cantidades de tensión muscular en hombros, cuello, músculos frontales, etc., u otros sudan mucho más que el resto (Cano-Vindel, 2004).

4.8. La predisposición biológica

Cuando un individuo muestra ya desde su infancia una fuerte reactividad en una determinada respuesta fisiológica (rubor, sudor, alguna alteración gástrica, etc.), dicha respuesta resulta más fácil de condicionar, de asociarse a los estímulos ambientales en los que se produce un incremento. Así, en sucesivos ensayos en los que se asocian los estímulos de una determinada situación con una alta tasa de respuesta fisiológica (la que predomine en este individuo), se producirá fácilmente un condicionamiento, o un incremento de los sesgos cognitivos centrados en esta respuesta, que determinarán el que dichos estímulos adquieran la propiedad de elicitar o provocar esa respuesta.

Por lo tanto, a la predisposición biológica inicial de un individuo a responder con una mayor reactividad fisiológica en una determinada respuesta, se sumará el efecto del aprendizaje que dicho individuo lleve a cabo en diferentes situaciones, que provocará un incremento de tal respuesta ante un número cada vez mayor de situaciones, así como un mayor número de anticipaciones cognitivas de dichas situaciones.

Los niños recién nacidos muestran reacciones fisiológicas tales como el cambio de tasa cardíaca, o en las respuestas electrodermales, producidos por un ruido intenso. A los pocos meses de vida, muestran capacidad para que sus respuestas fisiológicas se puedan modificar o condicionar experimentalmente.

4.9. El condicionamiento de respuestas fisiológicas

Hay respuestas que son fácilmente condicionables mediante condicionamiento clásico, el tipo de aprendizaje predominante para las respuestas fisiológicas involuntarias, reguladas por el sistema nervioso autónomo. Así, por ejemplo, la respuesta de náusea es fácilmente condicionable a estímulos olfativos de tipo aversivo. Un niño que ha vomitado en un coche que circulaba a gran velocidad, por una carretera con muchas curvas, justo después de haber comido, etc., tendrá respuesta de náusea ante el olor del mismo coche, en el siguiente viaje, aunque todavía esté parado. Si el condicionamiento no se produce en el primer ensayo (primer mareo del niño en el coche), sucederá en muy pocos ensayos. Esta respuesta condicionada se irá asociando a su vez a las anticipaciones de la situación (viajar en el coche), lo que puede llegar a provocar náuseas y vómitos simplemente con ver de lejos el coche, en ausencia de estímulos olfativos.

Así pues, las respuestas fisiológicas de ansiedad se pueden evocar por la presencia de ciertos estímulos o por la anticipación o representación cognitiva de estos.

La crisis de ansiedad o ataque de pánico puede provocar reacciones fisiológicas muy intensas que se pueden condicionar a la situación en la que se produce la crisis. Si se produce el condicionamiento, la sola presencia de los estímulos más relevantes de la situación en la que se produjo el ataque de pánico puede provocar reacciones fisiológicas potentes, que tenderán a producir temor, o incluso miedo, sensación de pérdida de control (pues se trata de respuestas involuntarias) y malestar psicológico. El condicionamiento de respuestas fisiológicas puede jugar un papel importante en la evitación de la situación en la que se produjo el primer ataque de pánico, o crisis de ansiedad, que suele ser típico en las personas que han sufrido dichas crisis.

4.10. Respuestas motoras de ansiedad

Finalmente, además de respuestas cognitivas y fisiológicas, encontramos respuestas motoras u observables. Las respuestas motoras o expresivas se pueden observar claramente como conductas que están relacionadas con nerviosismo, inquietud, agitación, evitación, desajuste, etc.

Así, por ejemplo, encontramos, en primer lugar, algunos índices de inquietud motora como rascarse, tocarse, morderse las uñas, manipular objetos, movimientos repetitivos con pies o manos, moverse de un lado a otro sin concentrarse en una tarea, etc. Estas conductas suelen ser interpretadas socialmente como signos de nerviosismo.

Pero encontramos otros índices de nerviosismo también en respuestas tales como quedarse paralizado, movimientos torpes, rigidez en la expresión facial, cambio en el tono o el ritmo de la voz, tartamudez, u otras dificultades de expresión (Cano-Vindel, 2004).

Por otro lado, encontramos conductas consumatorias o de incremento del consumo de comida, bebida, tabaco, etc. Muchas personas ante los problemas cotidianos, como puedan ser los exámenes o algunas situaciones sociales, aumentan el consumo de

comida, de alcohol, de tabaco, etc.

El consumo de estas sustancias suele provocar una disminución del estado de ansiedad y esta disminución del malestar psicológico producido por la ansiedad refuerza el consumo. Se trata de un condicionamiento operante denominado *reforzamiento negativo*, en el que la consecuencia (disminución del malestar) que sigue a una conducta provoca un incremento de la probabilidad de que se vuelva a repetir esa conducta. Además, la sustancia consumida tiene propiedades reforzantes, pues produce placer, con lo que se suman ambos efectos, condicionamiento positivo y negativo. A su vez, los procesos cognitivos juegan un papel relevante en este proceso, pues pueden generar reacciones emocionales que tienen también valor motivacional (Cano-Vindel *et al.*, 2010).

4.11. Efectos de la evitación en las respuestas de ansiedad

A veces, se evitan las situaciones que provocan ansiedad, con el fin de eliminar la experiencia desagradable de tensión y malestar psicológico. Evitar o no poder afrontar una situación amenazante que sin embargo no produce ningún temor en los demás podría ser considerado un síntoma de ansiedad.

La respuesta de evitación juega un papel importante en los trastornos de ansiedad, por ejemplo en la agorafobia o en otras fobias. Cuanto más se evita, se desarrolla más temor a la situación; mientras que la exposición a la situación temida puede reducir el miedo.

Según las teorías del condicionamiento, la evitación se ve reforzada por condicionamiento negativo: la respuesta de evitación es seguida de una disminución del malestar psicológico que produce la ansiedad, y la eliminación de un estímulo desagradable hace que aumente la probabilidad de volver a poner en marcha esa respuesta. Por ello, quien tras una crisis de ansiedad o ataque de pánico evita la situación en la que se ha producido dicha crisis, tiene después más dificultades para dejar de evitar, para exponerse a dicha situación.

La exposición gradual a la situación que produce ansiedad, bajo condiciones de control para el sujeto, tiende a producir un aprendizaje progresivo que va disminuyendo la ansiedad en presencia de dicha situación y, a la vez, va aumentando la seguridad de esa persona cuando se encuentra en presencia de la situación.

4.12. Otras respuestas expresivas de ansiedad

Por último, podemos encontrar como índice de expresión de un estado de ansiedad el que una persona pierda el control sobre su conducta, echándose a llorar, o mostrando claramente otros síntomas fisiológicos o motores de ansiedad, como los que acabamos de ver.

En resumen, la ansiedad es una reacción emocional normal en la que se producen un buen número de manifestaciones cognitivo-subjetivas (experiencia), fisiológicas (cambios corporales) y conductuales (expresión) que nos preparan ante una situación que interpretamos como una amenaza. Esta reacción nos prepara para dar una respuesta más adaptativa, pero a veces se produce un fallo en la adaptación, que puede ser considerado en algunas ocasiones como una patología. Una forma de explicar este fallo en la adaptación es la que ha adoptado el enfoque de la regulación emocional, una línea de investigación consolidada que resalta que los esfuerzos del individuo por regular su emoción (p. ej., intentar que no se note o exprese su ansiedad) puede llevar a estrategias equivocadas (p. ej., la supresión de la expresión) que paradójicamente pueden generar el efecto contrario.

Las respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras de ansiedad están reguladas por distintos principios o reglas. Los mismos principios que explican las reacciones normales de ansiedad sirven también para explicar el desarrollo y mantenimiento de reacciones patológicas como el trastorno de pánico con agorafobia (Cano-Vindel, 2003).

4.13. Sesgos de atención e interpretación en los tres sistemas de respuesta

Así, en las respuestas cognitivas hemos analizado los sesgos que cometemos en algunos procesos cognitivos, sobre todo el sesgo atencional y el sesgo interpretativo. Estos sesgos conducen a un incremento de la ansiedad que puede ser normal o puede llegar a ser patológico. A su vez, cuanta más importancia demos a una situación, más atención le prestemos, y más amenazante sea la interpretación que hagamos de los posibles resultados, más intensa será la reacción de ansiedad que nos produzca esa situación.

Hay situaciones en las que es muy adaptativo desarrollar una fuerte reacción de ansiedad, porque ello nos puede ayudar a prevenir males mayores, pero en otras ocasiones hay que saber conservar los recursos cognitivos, energéticos y conductuales para otra situación que realmente suponga una amenaza para nuestros intereses.

En el caso de las respuestas fisiológicas hemos repasado el papel del condicionamiento clásico, que junto con otros factores (como un exceso de atención, o un exceso en la importancia que se le concede a la alta intensidad de las respuestas fisiológicas), pueden producir un incremento de la intensidad de tales respuestas, o el que se disparen dichas respuestas en múltiples situaciones, lo cual puede resultar desadaptativo.

En las respuestas motoras hemos destacado el papel del condicionamiento instrumental, especialmente del reforzamiento negativo, que puede explicar cómo algunos individuos tienden a dar una tasa de respuesta progresivamente creciente en respuestas de consumo de comida, de alcohol, o de tabaco, ante situaciones ansiógenas, o cómo otros individuos optan por la evitación y pueden desarrollar un repertorio de conductas en el que las evitaciones sean cada vez más frecuentes y alcancen cada vez a un mayor número de situaciones.

Si conocemos bien los principios que regulan las manifestaciones cognitivas, fisiológicas y conductuales de la ansiedad, no solo entenderemos mejor cómo se producen tales reacciones, o cómo explicar los incrementos de intensidad, sino que podremos también generar los cambios inversos a los que han ido desarrollando el problema, los cuales nos ayudarán a resolver los trastornos o las disfunciones que han llegado a constituir una patología.

La ansiedad normal y la patológica

Hemos visto que la ansiedad es una emoción, una reacción normal que se produce en múltiples ocasiones, en cualquier situación en la que esté en juego un resultado importante para nuestros intereses (una amenaza).

Las personas que han tenido ataques de pánico tienden con frecuencia a considerar solo los aspectos patológicos de la ansiedad, pero la ansiedad ha estado presente siempre en su vida y la mayoría de las veces no ha sido un problema, sino una ayuda.

5.1. La presencia de ansiedad en situaciones de la vida cotidiana

En nuestra vida cotidiana, la ansiedad está presente de manera natural en muchas situaciones. No podríamos sobrevivir seguramente sin la ansiedad. Necesitamos dar la importancia que merece a cada situación, es conveniente “preocuparnos” en muchas ocasiones (aunque solo sea pensando) antes de “ocuparnos” (antes de que ocurra algo), es fundamental en muchos casos tratar de evitar un resultado negativo, etc. Para saber cuán importante es la situación que tenemos que afrontar, realizamos valoraciones cognitivas de distintos aspectos de la situación (valoración, *appraisal*), como la consideración de posibles consecuencias negativas, o de nuestras posibilidades de afrontamiento (Cano-Vindel y Miguel-Tobal, 1999b).

Sin embargo, a veces, la ansiedad puede llegar a ser un inconveniente, pues más que ayudar a resolver está interfiriendo en el problema que la provoca. Un exceso de ansiedad puede provocar problemas para manejar nuestros procesos cognitivos, como la atención o la capacidad de concentración, lo que puede hacer que tengamos problemas de rendimiento.

5.2. El valor adaptativo de la ansiedad

La reacción intensa o aguda de ansiedad no siempre es patológica, sino que en la mayor parte de las ocasiones puede ser muy adaptativa. En general, la reacción de ansiedad será adaptativa ante situaciones en las que tenemos que movilizar una gran cantidad de recursos:

1. Si la situación que la provoca requiere una fuerte reacción de alarma que nos

- despierte, nos prepare para pensar más deprisa, o si nos exige una gran concentración en una tarea para la que se necesitan muchos recursos cognitivos (como un gran nivel de atención).
2. Si se requieren recursos energéticos que implican una gran activación fisiológica (porque necesitamos tensar más los músculos, bombear más sangre, más oxígeno, etc.).
 3. Si la situación en la que se produce la ansiedad requiere una fuerte reacción de alarma que nos prepare para la acción, de manera que podamos desarrollar una conducta más ágil y rápida.

En todos estos casos dicha reacción de ansiedad nos ayudará a responder mejor ante las demandas de la situación y, por lo tanto, consideraremos que ese conjunto de respuestas cumplen una función de adaptación al medio (Cano-Vindel, 2004).

5.3. La presencia de ansiedad en situaciones sociales

Todos los individuos estamos nerviosos o ansiosos en múltiples ocasiones, sin embargo, muchas veces intentamos ocultarlo. Podríamos decir que tendemos a pensar algo así como que no está bien visto que se nos noten públicamente el enfado, la tristeza, el miedo, la tensión, la pérdida de control emocional o la ansiedad, en general las emociones negativas o desagradables. Con frecuencia tendemos a perdonar más estas expresiones emocionales en los demás que en nosotros mismos.

En el proceso de socialización, los niños desarrollan emociones que cada vez tienen un carácter más social, como la vergüenza. Esta emoción juega un papel relevante en la expresión de las emociones, en general, y en la expresión de la ansiedad, en particular.

Algunas personas sienten mucho temor ante la posibilidad de expresar ansiedad y que los demás perciban sus manifestaciones de ansiedad. Estas personas suelen presentar altas puntuaciones en los inventarios que miden la ansiedad ante situaciones de evaluación (aquellas en las que nos sentimos evaluados por los demás). El estudio de la ansiedad de evaluación tiene una larga trayectoria y un volumen enorme de investigaciones publicadas (Camuñas, Cano-Vindel, Pérerz-Nieto y González-Ordi, 2002).

Algunos individuos, con altas puntuaciones en los test de ansiedad de evaluación, llegan a desarrollar una verdadera fobia social y evitan las situaciones sociales por la ansiedad que les provoca este tipo de situaciones, al estar pensando constantemente, cuando se encuentran en dichas circunstancias, que su comportamiento no es adecuado, que hacen el ridículo, que los demás les observan, etc. Y cuando no pueden evitar las situaciones sociales experimentan reacciones de ansiedad muy intensas, mientras centran su atención en su propia conducta, la cual es considerada por ellos como desastrosa, de manera que creen (están totalmente convencidos) que estará siendo evaluada negativamente por los demás (Vidal-Fernández, Ramos-Cejudo y Cano-Vindel, 2008).

5.4. El miedo a hablar en público

Para hablar en público se requiere estar preparado para pensar deprisa, relacionar conceptos, recuperar información de nuestra memoria, elaborarla, etc.; se requiere también un cierto grado de energía para levantar la voz, mantenerse erguido o para atender a la vez al público y a la charla que se está impartiendo, y se necesita también desarrollar una conducta social ágil, rápida, atenta con los demás, dirigida a objetivos, con capacidad de resolución de problemas, etc.

Quizás por todo ello hablar en público es una situación ansiógena, que produce en todo el mundo (aunque con grandes diferencias individuales) un incremento del estado de preparación a nivel cognitivo, un incremento de activación fisiológica y una conducta más activa. Quien interpreta todos estos cambios como una posible amenaza, se preocupa en exceso, teme que ocurran los cambios fisiológicos, cree que dichos cambios los perciben los demás con la misma intensidad que él los experimenta, considera que si los otros notan su ansiedad le evaluarán negativamente y le rechazarán, tiene muchos pensamientos negativos sobre su actuación, sobre su activación fisiológica, le cuesta centrarse en la tarea y centra su atención en su ansiedad, considera que está haciendo el ridículo, etc., por lo que desarrollará una gran cantidad de ansiedad, experimentará un gran malestar, una fuerte sensación de pérdida de control, y todo ello será tan desagradable que tenderá a evitar hablar en público.

Por el contrario, hay personas a quienes les gusta hablar en público, lo han hecho muchas veces, se sienten seguras, les gusta activarse, utilizan su activación para hacer una buena exposición, aprovechan los recursos cognitivos de manera que producen nuevas ideas cuando las están transmitiendo, se centran en la tarea de comunicarse con su público, intentan transmitirle a este sus ideas, intentan convencer o persuadir, se sienten valoradas positivamente por quienes le escuchan, buscan su aprobación con la comunicación no verbal, hacen distendida la charla, no están preocupadas por si alguien sabe más que ellas, etc. Estas personas también están teniendo un incremento de algunas respuestas de ansiedad, pero su ansiedad no interfiere en su rendimiento, como en el caso anterior, sino que lo facilita, y no sufren por tener que hablar en público, sino que lo disfrutan.

¿Se puede reducir la ansiedad que experimenta el primer caso y conseguir que viva la tarea de hablar en público como lo experimenta el segundo caso? La respuesta es muy simple: sí, se puede. Si se conoce bien qué es la ansiedad, si uno recibe entrenamiento en técnicas de manejo de ansiedad, dirigidas por un especialista y si se practican estas habilidades adquiridas, exponiéndose a situaciones o tareas de hablar en público, se consigue.

5.5. La presencia de ansiedad ante enfermedades físicas

La ansiedad está presente de manera importante en algunas enfermedades físicas, como

hipertensión, asma, algunos trastornos digestivos, etc. La alta activación fisiológica que puede producir la ansiedad, mantenida en el tiempo, podría estar relacionada con algunas disfunciones orgánicas, que pueden llegar a cronificarse como enfermedades físicas, que empeoran cuando aumentan el estrés, el agobio o la ansiedad. A su vez, la ansiedad también podría estar relacionada con la preocupación por la enfermedad física, así como con las molestias que dicha enfermedad pueda ocasionar (Cano-Vindel *et al.*, 2012; Cano-Vindel y Miguel-Tobal, 1990a, 2001).

Es normal que si uno está enfermo se preocupe y trate de buscar una solución. Pero si la preocupación interfiere en la enfermedad y hace que esta empeore, entonces la ansiedad se puede convertir en parte del problema. Hay muchos médicos de atención primaria y otros especialistas en medicina que consideran que sus pacientes mejorarían de su dolencia física si no se preocuparan tanto, o si no fueran tan nerviosos. Se considera que en torno a un tercio de los pacientes que acuden a la consulta del médico presentan problemas de ansiedad y estrés psicosocial (Cano-Vindel, 2011b).

La ansiedad también está presente en muchos otros trastornos mentales aparte de los trastornos de ansiedad. Así, encontramos muchos síntomas de ansiedad en los trastornos del estado de ánimo (depresión mayor, distimia, etc.), en los trastornos por consumo de sustancias o adicciones (tabaco, alcohol, cafeína, derivados del cannabis, cocaína, heroína, etc.), en los trastornos de alimentación (anorexia, bulimia), en los trastornos del sueño, en las disfunciones sexuales, en los trastornos del control de impulsos (juego patológico, tricotilomanía, etc.), en los trastornos somatomorfos (hipocondría, somatización, conversión, etc.), y por supuesto, cómo no, en los llamados *trastornos de ansiedad* (Cano-Vindel, 2011b; Cano-Vindel *et al.*, 2011b).

Más de un 15% de la población llega a sufrir alguna vez a lo largo de su vida algún trastorno de ansiedad, que consiste en una serie de reacciones (a nivel cognitivo, fisiológico y motor) de ansiedad demasiado intensas, o demasiado frecuentes, o con una excesiva duración, o simplemente poco ajustadas a la situación en que se encuentra el individuo. Estas manifestaciones, cuando ya han llegado a ser patológicas, dificultan la vida normal de estas personas, haciéndoles sentir experiencias muy desagradables en diferentes situaciones.

Los síntomas de ansiedad alcanzan niveles muy elevados en personas que sufren uno o varios trastornos de ansiedad. Existe una alta comorbilidad entre los trastornos de ansiedad, de manera que la mayor parte de los pacientes sufren dos o más de estos trastornos al mismo tiempo. Solo un tercio de los pacientes con trastornos de ansiedad es diagnosticado de un único trastorno de ansiedad. De las personas que tienen un diagnóstico de trastorno de pánico en los últimos doce meses, el 70,6% presenta algún otro trastorno mental, siendo así uno de los trastornos de ansiedad que presenta mayor comorbilidad (Autonell *et al.*, 2007).

5.6. El diagnóstico de los trastornos de ansiedad

La ansiedad es una emoción universal, con carácter adaptativo, pero existen desórdenes emocionales relacionados especialmente con la ansiedad. Para algunos autores, las manifestaciones de ansiedad tanto normales como patológicas se explicarían en una única dimensión principal sobre la que se podrían clasificar a todos los comportamientos o individuos, con un mayor o menor nivel de ansiedad (Eysenck, 1997). Así, la ansiedad se podría medir según este enfoque dimensional por la frecuencia o intensidad de los síntomas de ansiedad manifestados.

Pero otra forma de estudiar la ansiedad es la que se realiza desde el enfoque categórico, que pretende clasificar a los individuos o sus comportamientos en diferentes grupos o categorías (p. ej., sin trastornos de ansiedad o con algún trastorno de ansiedad). Este enfoque intenta clasificar trastornos mentales puros, como por ejemplo, el trastorno de pánico o el trastorno depresivo mayor.

Existen unos criterios prácticamente universales para determinar si el comportamiento de una persona cabe diagnosticarlo como un trastorno de ansiedad. Estos criterios están recogidos en las dos clasificaciones de trastornos mentales o psicopatológicos más importantes: la DSM-5 o DSM-IV TR (de la Asociación de Psiquiatría Americana, APA) y la ICD-10 (de la Organización Mundial de la Salud, OMS). Si echamos un vistazo a ambas clasificaciones encontramos que los criterios para diagnosticar un trastorno de ansiedad son similares (Asociación de Psiquiatría Americana, 2000, 2001; Organización Mundial de la Salud, 1992). Existen varias entrevistas diagnósticas para aplicar estos criterios. Entre las más conocidas para diagnosticar el trastorno de pánico con o sin agorafobia están la SCID (First, Gibbon, Spitzer, Williams y Smith, 1999; First, Spitzer, Gibbon y Williams, 1996) y la CIDI (Kessler y Üstün, 2004; Organización Mundial de la Salud, 2010).

Los trastornos de ansiedad no se diferencian mucho entre sí por las manifestaciones en las respuestas de ansiedad, pues en la mayoría de los desórdenes se alcanzan niveles de ansiedad muy altos, sin grandes diferencias entre ellos, sino que más bien se encuentran diferencias entre dichos trastornos ligadas a las áreas situacionales en las que los sujetos con diferentes trastornos de ansiedad presentan dificultades o altos niveles de ansiedad (Espada, Torres, Cano-Vindel y Ochoa, 1994; Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1995). Así, por ejemplo, los individuos con fobia social presentan diferencias con los sujetos que padecen ansiedad generalizada en las situaciones sociales, más que en la intensidad global de sus síntomas de ansiedad. Parece lógico que para los trastornos de ansiedad sean los estímulos sociales los que marquen diferencias, mientras que en el trastorno de pánico con agorafobia sean las situaciones activadoras de los cambios fisiológicos (los incrementos de activación fisiológica), típicamente fóbicas.

El enfoque dimensional y el enfoque categórico no son excluyentes y debemos abordar el trastorno de pánico desde ambas perspectivas. Si queremos estudiar la naturaleza del trastorno de pánico, necesitamos tener unos criterios universales sobre este trastorno que nos permitan crear grupos homogéneos de pacientes con este trastorno de ansiedad, para ser estudiados. Pero si solo tenemos una evaluación mediante una entrevista diagnóstica, perdemos información importante, como por ejemplo la gravedad

o intensidad del pánico que se pueden medir con una prueba general de ansiedad, como el STAI, (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1982) o el ISRA, (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1988), aunque también es recomendable usar una prueba específica de autoinforme sobre la intensidad del pánico, como la subescala de pánico del PHQ, *Patient Health Questionnaire* o “cuestionario de salud del paciente”, que puede ser usada como una prueba de cribado (midiendo así un probable diagnóstico de trastorno de pánico, que habría que confirmar con entrevista diagnóstica) y como una medida de la intensidad de los síntomas del pánico (Spitzer, Kroenke y Williams, 1999; Wittkampf, Baas, Van Weert, Lucassen y Schene, 2011). Esta subescala (PHQ-PD) contiene los criterios DSM-IV del trastorno de pánico, que han de ser valorados por el propio paciente.

5.7. Factores relacionados con el desarrollo de un trastorno de ansiedad

En Europa, el que un individuo llegue a desarrollar o no un trastorno de ansiedad está asociado a diferentes factores. De los factores que conocemos, el más importante es el sexo. Las mujeres tienen una probabilidad de llegar a desarrollar un trastorno de ansiedad mucho mayor que los varones (2,43 veces superior en el entorno europeo). Desde que disponemos de datos epidemiológicos, esta enorme desproporción no se ha visto alterada de manera significativa a lo largo del tiempo (Alonso *et al.*, 2004a).

En cambio, algunos factores más ambientales, como el vivir en un medio rural o urbano, o el nivel educativo (número de años de escolarización), no afectan a la probabilidad de desarrollar trastornos de ansiedad.

Ello nos hace pensar que las diferencias en la probabilidad de desarrollar trastornos de ansiedad pueden estar asociadas a las importantes diferencias que existen entre el hombre y la mujer a nivel endocrino u hormonal. Algunas otras observaciones apoyan también esta afirmación. Así, por ejemplo, en algunos trastornos endocrinos como el hipotiroidismo, o el hipertiroidismo, aparecen niveles de ansiedad muy elevados, que incrementan la probabilidad de desarrollar trastornos de ansiedad. Otro ejemplo: las mujeres con síndrome disfórico premenstrual, presentan también niveles de ansiedad muy altos (y probablemente presentan una mayor probabilidad de desarrollar ataques de pánico). Resulta difícil explicar estos datos desde una perspectiva de género.

De hecho, en un interesante trabajo (Seedat *et al.*, 2009) con casi 73.000 participantes de quince países de todos los continentes, con cuatro cohortes diferentes de edad, se ha encontrado que en todas las cohortes (jóvenes frente a mayores) y países (con diferentes culturas) las mujeres tenían más trastornos de ansiedad que los hombres. Además, las diferencias entre hombres y mujeres en la prevalencia de trastornos de ansiedad se mantienen constantes entre las diferentes cohortes, entre los distintos grupos de edad, pese a variar las diferencias de género (las mujeres jóvenes han asumido roles diferentes a los que han desempeñado sus abuelas).

No sucede lo mismo con otros trastornos, como por ejemplo el consumo de

sustancias, donde el hombre presenta mayores prevalencias que la mujer. Se argumentó en este artículo que si las mujeres jóvenes no mostraban tantas diferencias frente a los hombres jóvenes en la dependencia a la nicotina, como las encontradas entre las mujeres y los hombres de la tercera edad, entonces sería muy probable que el trastorno por consumo de nicotina estuviese relacionado con el género. Los resultados apoyaron esta hipótesis, de manera que las diferencias entre hombres y mujeres en consumo de sustancias se deben en parte al género.

Pero si esto mismo no se observa en el caso de los trastornos de ansiedad en ninguno de los quince países del mundo estudiados, cambia la mayor prevalencia de la mujer frente a la del varón en una proporción similar; por lo tanto, el género no parece guardar mucha relación con los trastornos de ansiedad. Además, al dividir a los casi 73.000 participantes de los quince países en cuatro cohortes diferentes de diferentes edades (donde se asume y se demuestra que hay diferencias de rol de género entre cohortes de edades muy distintas), las diferencias de género permanecieron estables entre las diferentes cohortes para el caso de los trastornos de ansiedad. Sí que se han encontrado algunas diferencias entre cohortes para otros trastornos mentales, como los trastornos del estado de ánimo o el consumo de sustancias, que lógicamente apuntan a una posible influencia del género sobre estos desórdenes; sin embargo, en el caso de los trastornos de ansiedad, las diferencias de género fueron generalmente consistentes a través de las cohortes, en los quince países estudiados de todos los continentes.

Los modelos de diátesis-estrés han sido ampliamente utilizados a la hora de explicar la aparición y el mantenimiento de los trastornos de ansiedad. Estos modelos suponen que la relación entre situaciones ambientales estresantes (estrés) y los trastornos de ansiedad está moderada por la presencia de dimensiones internas al individuo (diátesis). Por lo general, los factores ambientales que están más relacionados con el desarrollo del pánico son de tipo activador, como el estrés en general, el estrés laboral (Clark *et al.*, 2012), una mayor exposición a eventos traumáticos (Cano-Vindel, Miguel-Tobal, González-Ordi y Iruarrizaga, 2004) o el consumo de tabaco (Wood, Cano-Vindel, Iruarrizaga, Dongil-Collado y Salguero, 2010). Estos factores interaccionan con las variables internas al individuo, como son el sexo, el perfeccionismo, la sensibilidad a las reacciones físicas de ansiedad, el síndrome premenstrual, etc. Dentro de estos factores internos, los cognitivos ocupan un lugar destacado (Clark, 1986; Clark y Salkovskis, 1986).

En una investigación de nuestro grupo, el perfeccionismo mostró tener un efecto significativo al generar altos niveles de estrés percibido; el estrés percibido mostró una relación significativa con el aumento de la ansiedad fisiológica, que a su vez mostró una importante asociación con la sensibilidad a la ansiedad relacionada con preocupaciones por sensaciones físicas. Por último, las preocupaciones físicas resultaron estar parcialmente mediadas por la asociación entre la ansiedad fisiológica y el trastorno de pánico (Wood, Cano-Vindel y Salguero, 2015).

La evaluación del pánico y la agorafobia

La evaluación de los problemas que tiene una persona que muestra signos evidentes de tener un trastorno de pánico y probablemente una agorafobia (véanse los criterios DSM-IV en el segundo apartado de este capítulo) puede abordarse desde distintas perspectivas. Por un lado, nos encontramos con un enfoque dimensional (evaluación de la intensidad) y otro categorial (diagnóstico de un trastorno). Pero por otro lado, también tenemos que afrontar un proceso general de evaluación y diagnóstico, que debe seguir unos pasos para explorar los distintos aspectos del problema, según el método hipotético-deductivo, para generar y comprobar hipótesis acerca del caso que ayuden a conceptualizarlo y planificar su abordaje.

Desde una perspectiva cognitivo-conductual, hay que tener en cuenta sobre todo aspectos cognitivos que muchas veces no son suficientemente tenidos en cuenta, puesto que la ansiedad es una reacción emocional que se va a producir en mayor o menor medida dependiendo de lo que pensemos. Una reacción de pánico supone un conjunto de respuestas cognitivo-subjetivas, fisiológicas y conductuales, que puede provocar sin saberlo el propio individuo, de manera que esa reacción extrema de ansiedad está asociada a determinados pensamientos y, por lo tanto, para hacer un análisis funcional de la conducta hay que tener en cuenta qué piensa el individuo en determinadas situaciones. Siendo este uno de los aspectos más relevantes del pánico, sin embargo, la mayor parte de los artículos de tratamiento de casos de pánico que leemos, no está suficientemente desarrollado. Por el contrario, se suele hacer un análisis funcional de la conducta muy básico, basado únicamente en aprendizaje por condicionamiento clásico y operante, centrado solo en situaciones, conductas, refuerzos, algo de variables cognitivas, pero lo mínimo, y sin embargo en el pánico y la agorafobia, esas variables cognitivas son lo esencial la mayor parte de las veces.

6.1. La evaluación de la ansiedad y de la intensidad del pánico y la agorafobia

En la evaluación de cualquier trastorno de ansiedad podemos cuantificar mediante test psicométricos, como el ISRA (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1988), aspectos esenciales del problema como el nivel de ansiedad general del individuo, el nivel de ansiedad en los tres sistemas de respuesta o el nivel de ansiedad en determinadas situaciones relevantes en la vida cotidiana (situaciones de evaluación, sociales, laborales, etc.). Todas estas medidas pueden ser fácilmente traducidas a puntuaciones centiles e inmediatamente

conocer la importancia de las manifestaciones de ansiedad, en relación con la población general, tal y como las experimenta el individuo.

Existen otros cuestionarios más centrados en el trastorno de pánico con o sin agorafobia, que evalúan intensidad del pánico y están más centrados en los trece síntomas de la DSM-IV que definen la reacción de crisis de ansiedad, crisis de angustia o ataque de pánico. Este es el caso de la subescala de trastorno de pánico del PHQ (Wittkampf *et al.*, 2011), que además de permitir cuantificar la intensidad del pánico, permite hacer una predicción de probable trastorno de pánico, con un pequeño margen de error en sensibilidad y especificidad del diagnóstico.

Hay también cuestionarios conductuales que se centran en la evaluación de la agorafobia, en qué situaciones evita el sujeto, por ejemplo, estar lejos de un hospital o cualquier otra situación en la que anticipa que puede tener mucha ansiedad y puede provocar una reacción de pánico.

De manera que la evaluación del pánico y la agorafobia es una evaluación compleja, pero quizás lo esencial para poder evaluar pánico y agorafobia es tener en cuenta los criterios DSM-IV, de manera que en realidad cuando estamos haciendo la evaluación inicial fácilmente podemos detectar a los pocos minutos de haber comenzado esa primera entrevista, que se trata de un caso de pánico. Hoy en día, ya el paciente sabe en muchos casos que tiene un trastorno de pánico con agorafobia porque se lo han diagnosticado otros profesionales que le han tratado previamente.

Generalmente lo primero que vamos a observar cuando preguntamos a esa persona “qué le sucede” es que nos va a decir que tiene mucha ansiedad, otra cosa que nos va a decir es que tiene mucha ansiedad a nivel fisiológico (cada uno con sus respuestas características) y que tiene miedo a su ansiedad por las reacciones tan intensas que sufre. Si en la entrevista vamos centrando la información en todos estos aspectos y hacemos preguntas que van encaminadas a determinar si realmente ese individuo presenta dificultades en estos niveles, entonces estaremos en condiciones de conocer si ha tenido reacciones de pánico o si nos encontramos ante un posible trastorno de pánico. Y si luego hacemos más preguntas y comprobamos que ese temor a su ansiedad, ese temor a su activación fisiológica, le lleva a evitar ciertas situaciones, estaremos frente a una agorafobia. En ese caso lo mejor es empezar comprobando que efectivamente cumple los criterios de un trastorno de pánico con agorafobia, pues saber de antemano que una persona tiene un trastorno de pánico con agorafobia es saber mucho, porque es un trastorno muy estudiado. Aunque solamente supiéramos eso, ya sabríamos mucho acerca de lo que le pasa a una persona con ese trastorno que llega por primera vez a nuestra consulta.

Por lo tanto, la evaluación podemos completarla de muchas maneras y quizá la más interesante y novedosa sea abordar los errores autoinformados y sesgos cognitivos que presenta un paciente con pánico y agorafobia.

6.2. Criterios DSM-5 para el diagnóstico del ataque de pánico

La DSM-5 define el ataque de pánico como la aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro (o más) de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros diez minutos:

1. Palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardíaca.
2. Sudoración.
3. Temblores o sacudidas.
4. Sensación de dificultad para respirar o de asfixia.
5. Sensación de ahogo.
6. Dolor o molestia en el tórax.
7. Náuseas o malestar abdominal.
8. Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo.
9. Escalofríos o sensación de calor.
10. Parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo).
11. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo).
12. Miedo a perder el control o a “volverse loco”.
13. Miedo a morir.

Para diagnosticar trastorno de pánico, con o sin agorafobia (Asociación de Psiquiatría Americana, 2001, 2014), es necesario haber sufrido repetidos ataques de pánico (sentimientos intensos, inesperados y repentinos de miedo, acompañados de cuatro o más síntomas descontrolados de ansiedad, que se desarrollan rápidamente y alcanzan un pico en varios minutos), junto con cualquiera de las siguientes acciones: al menos un mes de constante y excesiva preocupación sobre las consecuencias negativas de los ataques de pánico o un cambio conductual significativo en relación con los ataques.

6.3. Otros instrumentos de evaluación

La evaluación psicológica, o lo que evalúan los psicólogos, incluye múltiples medidas sobre la actividad de pensar (como por ejemplo, los autoinformes sobre la ansiedad subjetiva, las preocupaciones, las autoinstrucciones, etc.), medidas fisiológicas de la actividad orgánica (como los registros fisiológicos de tasa cardíaca o de respuestas electrodermales) y medidas conductuales (como el número de veces que se ejecuta una determinada acción observable en un periodo de tiempo).

Existen tantos instrumentos de evaluación psicológica que para abordarlos sería necesario clasificarlos previamente: entrevistas, cuestionarios, inventarios, escalas, autorregistros, registros fisiológicos, escalas de observación, escalas de estimación, etc. Pero todos estos tipos de instrumentos realizan la medida psicológica fundamentalmente

de tres formas diferentes. Por ello, se dice que existen tres métodos de evaluación en psicología.

6.4. Tres métodos de evaluación

Estos tipos de instrumentos pueden ser agrupados en tres categorías: autoinforme, registros fisiológicos y observación. Es necesario resaltar que estas tres diferentes formas de medida no deben ser consideradas como equivalentes, ya que los resultados mostrados por un método no se reflejan necesariamente al emplear otro.

6.4.1. Autoinforme

El método más utilizado es el del autoinforme (cuestionarios, inventarios, escalas), debido fundamentalmente a razones de tipo práctico, ya que la observación y el registro psicofisiológico implican un alto coste (en tiempo, esfuerzo, personal especializado, etc.) y presentan importantes limitaciones en cuanto a su aplicabilidad. Así, la observación solamente puede ser empleada para la evaluación de respuestas motoras o expresivas y el registro psicofisiológico para respuestas de carácter fisiológico, mientras que el autoinforme es mucho más sencillo en su empleo, más económico y permite valorar los tres sistemas de respuesta: cognitivo, fisiológico y motor.

Es necesario matizar que el sujeto puede informar sobre sus respuestas motoras tales como, temblores, consumo de alcohol o conductas de evitación, y hacerlo además asociando estas respuestas a situaciones concretas. También puede informar sobre algunas respuestas de carácter fisiológico, como taquicardia, dolor de cabeza o sequedad de boca en distintas situaciones, si bien en este caso existen notables limitaciones, ya que no es posible informar de respuestas psicofisiológicas no percibidas (por ejemplo, cambios en la presión sanguínea o en la conductancia eléctrica de la piel, entre otras). Además, por supuesto, puede suministrar información sobre su experiencia subjetiva y sobre algunas respuestas de tipo cognitivo, tales como inseguridad, preocupación o sentimientos depresivos, así como sobre sus atribuciones, creencias, expectativas, etc.

El autoinforme puede ser considerado como una derivación de la autoobservación y se refiere a la información verbal que un individuo proporciona sobre sí mismo, o sobre su comportamiento. Mediante el método de autoinforme podemos evaluar los tres sistemas de respuesta, si bien debemos tener en cuenta que respecto a los sistemas fisiológico y motor será una medida indirecta.

Puesto que las manifestaciones de ansiedad en los tres sistemas de respuesta, cognitivo, fisiológico y motor (C-F-M) pueden arrojar niveles diferentes en una misma situación para un mismo individuo, se hace necesaria una evaluación de los tres sistemas por separado. El método primario de evaluación del sistema cognitivo es el de autoinforme, mientras que para el sistema fisiológico es el método de registro fisiológico,

y para el sistema motor lo es el método de observación. Así pues, el método de autoinforme se considera que es el método primario de evaluación de los aspectos cognitivo-subjetivos, pero a su vez mediante este método se pueden evaluar, aunque no sea la forma más directa de hacerlo, los datos del sistema fisiológico y los del sistema conductual-motor (Cano-Vindel y Miguel-Tobal, 1990c). Con ello se conseguiría evaluar los tres sistemas de respuesta con un mismo método, evitando así el sesgo de las diferencias intermétodo a la hora de hacer comparaciones entre los niveles de ansiedad en los tres sistemas de respuesta. Así pues, mediante el método de autoinforme se pueden obtener perfiles de reactividad (C-F-M), que están asociados a las características de expresión emocional de los individuos (Cano-Vindel y Miguel-Tobal, 1999a; Herrero-Gómez y Cano-Vindel, 2010).

Dichos perfiles pueden ser utilizados para determinar el tipo de reactividad predominante de un individuo, es decir, pueden servirnos para comprobar si en dicho individuo predomina un tipo de reacción o sistema (C, F o M) frente a los otros dos. Cuando predomina la reactividad en un sistema, frente a los otros dos, puede determinarse cuál será el tipo de técnica de tratamiento más adecuada para este individuo, pues se ha encontrado que existe una interacción entre el tipo de reactividad predominante (C, F o M) y el tipo de tratamiento (también clasificado en C, F, o M). La reactividad predominante en el individuo puede ser de tipo cognitivo, fisiológico o motor (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1995). A su vez, las técnicas de reducción de ansiedad pueden ser clasificadas en técnicas cognitivas –o técnicas que reducen más la actividad cognitiva–, técnicas que reducen más la reactividad fisiológica –como la relajación–, y técnicas que reducen más expresión motora –como el entrenamiento en habilidades sociales–. Según los estudios realizados mejoran más los individuos que son tratados con un tipo de técnica de reducción de ansiedad concordante con su tipo de reactividad predominante, que cuando son tratados con una técnica discordante. Así, por ejemplo, cuando un individuo con reactividad predominantemente cognitiva es tratado con una técnica de tipo cognitivo (técnica concordante con su perfil) reduce más su nivel de ansiedad que cuando es tratado con otro tipo de técnica (Espada *et al.*, 1994; Michelson, 1986; Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1989).

6.4.2. *Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad (ISRA)*

El inventario de situaciones y respuestas de ansiedad, ISRA (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1986, 1988, 1994), es un instrumento de autoinforme, con formato interactivo $S \times R$, que incluye veinticuatro respuestas de ansiedad (siete de tipo cognitivo, diez de tipo fisiológico y siete de tipo motor), así como veintidós situaciones que se agrupan en cuatro tipos (evaluación, interpersonal, fóbicas y situaciones de la vida cotidiana). De los cruces Situación (filas) por Respuesta (columnas) resultan un conjunto de 224 ítems, o cuadros blancos a responder, más los correspondientes cruces que se han desechado (cuadros negros, a los que no hay que responder), por diferentes motivos: excesivo número de ítems, eliminación de ítems con menor poder de discriminación o con menor posibilidad

de ocurrencia, etc. La selección de los ítems se llevó a cabo utilizando una triple metodología racional, empírica y factorial (Cano-Vindel y Miguel-Tobal, 1999a; Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1986).

Este inventario permite la evaluación de los tres sistemas de respuesta de ansiedad por separado (C, F y M). Por lo tanto, el ISRA posibilita la obtención de perfiles individuales de respuesta en los tres sistemas, así como comprobar si existe un tipo de reactividad predominante en un individuo. Con ello se pueden determinar cuáles son las técnicas de reducción de ansiedad más adecuadas para cada individuo.

Por otro lado, el ISRA también permite la evaluación de la ansiedad asociada a cuatro áreas situacionales o rasgos específicos: ansiedad de evaluación (F1), interpersonal (F2), fóbica (F3) y ansiedad en la vida cotidiana (F4). Estos rasgos específicos de ansiedad son bastante similares a los obtenidos por Norman S. Endler (Endler, 1975, 1981; Endler y Okada, 1975) en el marco del modelo interactivo de ansiedad. Se refieren a diferencias individuales ligadas a áreas situacionales o tendencias de los individuos a manifestar diferente grado de ansiedad en estos tipos de situaciones. Este perfil de rasgos específicos del ISRA está asociado a diferencias en el tipo de trastorno de ansiedad que presentan los grupos diagnósticos del DSM-IV. Sobre este punto véase el trabajo de Espada y Cano-Vindel (1999) y el de Miguel-Tobal y Cano-Vindel (1995).

El ISRA ha mostrado en diferentes estudios una buena capacidad de discriminación entre distintos grupos y patologías, y se ha revelado altamente sensible para el estudio de las diferencias. Se ha trabajado con una amplia muestra de poblaciones clínicas, entre ellas: (1) cefaleas (Martínez-Sánchez, Sánchez, Muela y Moreno, 1993); (2) trastornos de la piel (Amorim-Gaudêncio, Cano-Vindel y Miguel-Tobal, 1996); (3) síndrome premenstrual (Pérez-Pareja, Borrás-Sansaloni y Palmer-Pol, 1994); (4) hipertensión (Miguel-Tobal, Cano-Vindel, Casado y Escalona, 1994); (5) diferentes trastornos psicofisiológicos (Cano-Vindel y Miguel-Tobal, 1990c); (6) diversos trastornos de ansiedad, como agorafobia, fobias simples, fobia social y ansiedad generalizada (Espada *et al.*, 1994; Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1995); (7) trastornos del estado de ánimo (Espada y Cano-Vindel, 1999; Sanz, 1991); (8) delincuencia juvenil (Ortiz-Bascuñana, 1992); (9) juego patológico (García, Díaz y Aranda, 1993); etc. En todos estos casos el ISRA ha mostrado una alta capacidad de discriminación, presentando diferencias altamente significativas entre los diferentes grupos y patologías evaluados. Incluso en la controvertida diferenciación entre ansiedad y depresión por medio de autoinformes, Sanz (1991, p. 170) señala que “en relación a [sic] la diferenciación psicométrica entre ansiedad y depresión, las subescalas de rasgos específicos de ansiedad del ISRA se configuran como instrumentos de elección a la hora de discriminar entre sujetos ansiosos y depresivos frente a las tan utilizadas medidas de rasgo general de ansiedad”; a lo que añade que “de hecho, la inclusión de medidas de rasgo específico de ansiedad permite que la depresión aparezca en los análisis factoriales como un constructo relativamente independiente y discernible de la ansiedad”.

6.4.3. *Eficacia del ISRA en la evaluación clínica*

En el ámbito clínico, el ISRA puede ser de utilidad en la valoración de la eficacia del tratamiento, ya que se ha mostrado altamente sensible en la detección de los cambios entre evaluación pre- y postratamiento (Cáceres, Arrarás, Jusue y Zubizarreta, 1996; Miguel-Tobal *et al.*, 1994; Pérez-Nieto y Cano-Vindel, 1998). Así mismo, la obtención del perfil de reactividad permite la selección del tratamiento concordante, y por tanto, más idóneo con las características individuales (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1989) mientras que, el perfil de áreas situacionales, o rasgos específicos, puede aportar información de interés sobre el área, o áreas, en las que centrar el tratamiento y las relaciones entre ellas. Por último, señalar de nuevo, que es aconsejable el estudio detallado de cada una de las situaciones y respuestas que incluye el ISRA, ya que ello permite una valoración más exhaustiva y concreta del caso individual.

6.4.4. *Inventario de actividad cognitiva en los trastornos de ansiedad (IACTA)*

El inventario de actividad cognitiva en los trastornos de ansiedad (IACTA) es un instrumento desarrollado para evaluar qué es lo que piensan las personas que tienen diferentes trastornos de ansiedad, y uno de ellos es el trastorno de pánico con agorafobia. Las personas que tienen un trastorno de pánico con agorafobia dedican mucho tiempo a pensar en su ansiedad, en sus sensaciones físicas, en su problema de ansiedad. Cuando se pregunta al paciente qué porcentaje de su tiempo cotidiano dedica a pensar en su problema, a darle vueltas, a rumiar, suele dar cifras del orden del 90%, eso puede ser considerado como un indicador de un *sesgo atencional*, pues los sesgos cognitivos se miden de forma objetiva en el laboratorio y no mediante autoinforme, como se hace en la clínica.

Una persona tiene que hacer muchas cosas a lo largo del día, tiene que atender muchas tareas en su vida cotidiana, en su trabajo, en sus relaciones con los demás, y ocupar en su mente el 90% del tiempo a pensar en su ansiedad, produce ansiedad, porque tiene un problema, y la presencia de ese problema produce más ansiedad.

Otro tipo de pensamientos que tienen las personas con trastorno de pánico con agorafobia son los que nos llevan a pensar en un posible *sesgo interpretativo*. Un posible sesgo interpretativo caracterizado porque estas personas no observan que tienen ansiedad simplemente, sin concederle más importancia, sino que observan que tienen ansiedad, dan mucha importancia a sus síntomas de ansiedad e interpretan erróneamente que esos síntomas son muy graves, cuando en realidad son síntomas de ansiedad que ellos han conocido en otros momentos. Siempre han tenido ansiedad antes de tener un trastorno de ansiedad, simplemente ahora es más de lo mismo, pero algunos síntomas de ansiedad ahora son más intensos, hay nuevos síntomas y no se posee la información suficiente como para saber que son síntomas de una reacción emocional normal o excepcional. Se

trata de ansiedad, una reacción emocional o un trastorno emocional que no mata, sin embargo su interpretación puede llevar a pensar a algunas personas que pueden morir o que van a volverse locos o que van a marearse y caerse al suelo, etc., y eso puede ser considerado como una magnificación, seguramente un indicador de sesgo interpretativo, porque lo que en realidad están teniendo es ansiedad. Esos síntomas de ansiedad son magnificados por el paciente con pánico, especialmente en el momento que lo está experimentado. Esto es esencial en la naturaleza de este trastorno de ansiedad. Interpretar una taquicardia como un posible ataque al corazón está asociado con un sesgo interpretativo. Igualmente, interpretar sensaciones de mareo que produce la ansiedad como “voy a marearme y me voy a caer al suelo, seguro”, cuando eso le lleva sucediendo varios años y nunca ha caído al suelo, puede ser considerado un indicador de sesgo interpretativo. Otras magnificaciones, como pensar que uno se está volviendo loco porque tiene mucha ansiedad o sufre síntomas de irrealidad y no los puede controlar puede ser considerado también como un indicador de sesgo interpretativo.

El IACTA incluye pensamientos característicos de personas con un determinado trastorno de ansiedad y evalúa con qué frecuencia se producen esos pensamientos. Básicamente las cuestiones que están recogidas en este instrumento de evaluación son pensamientos que presumiblemente están relacionados con un sesgo atencional y con un sesgo interpretativo. Y recordemos que esos sesgos atencionales e interpretativos, para las personas que tienen pánico y agorafobia, están centrados sobre todo en su activación fisiológica y sus sensaciones de ansiedad.

Este instrumento de evaluación ha sido desarrollado de acuerdo con el modelo de Michael Eysenck, que señala que los trastornos de ansiedad están provocados generalmente por sesgos cognitivos, de tipo atencional e interpretativo, centrados en una de las cuatro fuentes, los cuatro factores que producen la ansiedad: activación, situación, pensamientos y conducta. Las personas con trastorno de pánico centran sus sesgos cognitivos en la activación fisiológica. Cuando una persona está pendiente de si aumenta su tasa cardiaca o cualquier otro síntoma de activación fisiológica lo que tiende a hacer es provocar una mayor frecuencia, una mayor intensidad de sus síntomas fisiológicos y cuando además piensa que esos síntomas son horribles, son insoportables, inaceptables, pueden incluso acabar con su vida, llevarle a perder el control, volverse loco o caer al suelo mareado, etc., pues todos esos pensamientos producen todavía más ansiedad. El IACTA evalúa la frecuencia de estos pensamientos y los pacientes con pánico obtienen elevadas puntuaciones en la subescala de pánico y agorafobia, pero no en la de fobia social.

El cambio de paradigma: desde el conductual al cognitivo

Antes de entrar en el tratamiento del pánico y la agorafobia, nos vamos a detener en el análisis de los dos modelos psicológicos sobre estos trastornos que gozan de mayor evidencia científica: el conductual y el cognitivo.

En líneas generales, durante los años de predominio del enfoque conductista, la psicología estudió sobre todo la conducta observable y algunos procesos fisiológicos, y rechazó explícita y enérgicamente el estudio de las variables cognitivas. Una de las consecuencias de ello fue que durante más de cincuenta años la psicología estudió sobre todo el aprendizaje o condicionamiento (especialmente de la respuesta observable o la fisiológica) y relegó el estudio de otros procesos psicológicos básicos, mucho más cognitivos o difíciles de operativizar. Así, el estudio de algunos procesos psicológicos, como la percepción o la emoción, quedó fuera del núcleo principal de investigadores conductistas. Por supuesto, el enfoque cognitivo de la psicología quedó congelado. Pero a partir de los años sesenta, comenzaron las críticas al conductismo, especialmente hacia las variables que habían sido relegadas, como las variables cognitivas, las diferencias biológicas o los factores sociales, comenzando poco a poco a abrirse paso el enfoque o paradigma cognitivo.

En los años setenta y ochenta el panorama se fue ampliando. Así, por ejemplo, se estudiaron diferentes formas de adquisición para algunos trastornos de ansiedad, en concreto para las fobias (fobia específica, fobia social, agorafobia) por tratarse de desórdenes más simples, más frecuentes en la población general y, además, asociados a situaciones concretas, lo que los acercaba más al modelo conductual. Aunque en un primer momento este estudio se llevó a cabo desde un enfoque conductista, más adelante se amplió a un enfoque conductual-cognitivo.

Una de estas formas de adquisición se basaba en el condicionamiento clásico, o aprendizaje directo, según el cual una fobia a animales inofensivos, por ejemplo, se adquiriría por experiencia directa con el estímulo (en este caso una experiencia negativa con el animal). Tras al menos un ensayo de experiencia directa desagradable o aversiva con el estímulo, se asociaría la respuesta emocional negativa producida en dicho ensayo (miedo, activación fisiológica) con la sola presencia del estímulo. Por ejemplo, a una persona le muerde un perro en una ocasión y a continuación desarrolla una fobia a los perros, aunque sean inofensivos. A su vez, a partir de los años sesenta se ampliaron las teorías de la adquisición de estas fobias, que incluían el aprendizaje por observación e, incluso, por transmisión de información.

Un cierto paralelismo puede ser dibujado para el tratamiento de estos trastornos de ansiedad. Primero, en los años sesenta, fue la desensibilización sistemática, que se explicaba por un proceso de contracondicionamiento; y, posteriormente, en los años setenta y ochenta se ampliaron estos procedimientos con las técnicas cognitivas desarrolladas por Ellis y Beck.

Durante estas décadas (entre 1913 y los años sesenta) en las que el enfoque predominante dentro de la psicología fue el conductista, se alcanzó para la psicología un fuerte desarrollo a nivel metodológico, pero el objeto de estudio se limitó a la conducta observable, a sus bases fisiológicas o a las relaciones estímulo-respuesta. Los datos obtenidos sobre este tipo de conductas eran contrastables y podían ser relacionados con los datos obtenidos de la situación en la que se encontraba el sujeto. Se asumía el modelo funcional más simple, en el que la conducta está en relación o depende de las características de la situación. Desde los años veinte se estudiaron leyes generales del comportamiento, especialmente las leyes del aprendizaje. Los éxitos fueron notables y se obtuvieron buenos resultados. Se alcanzó un buen nivel metodológico y unos aceptables conocimientos sobre el comportamiento observable. Buena prueba de ello es que se consiguió trasladar este conjunto de conocimientos a campos aplicados de la psicología, como la psicología clínica, u otras áreas en las que es objetivo fundamental conseguir cambiar la conducta de los individuos.

En la psicología clínica que había surgido desde el modelo conductista del aprendizaje emocional (Watson y Rayner, 1920) se había venido suponiendo que los desórdenes emocionales eran fruto del aprendizaje por asociación y, por lo tanto, se corregían aplicando técnicas basadas en las leyes del aprendizaje clásico y operante (Eysenck, 1960; Wolpe, 1958). Bajo el rótulo *modificación de conducta* surgieron un buen número de técnicas basadas en las leyes del aprendizaje que presentan un alto grado de eficacia, gracias a la adopción del método experimental.

Sin embargo, a finales de los años sesenta, cuando se pusieron en cuestión algunos de los supuestos que se habían venido manejando dentro de las teorías sobre el condicionamiento emocional, quedaron algunas lagunas por resolver, en las que el enfoque conductual se quedaba corto, sin explicaciones posibles, mientras que el enfoque cognitivo tenía grandes ideas que aportar a la investigación científica de estas cuestiones. Las principales críticas realizadas al conductismo radical podrían resumirse en los siguientes puntos que veremos a continuación (Brewin, 1988, 1996; Rowan y Eayrs, 1987).

7.1. Principales críticas a las teorías sobre el condicionamiento emocional

Aunque las leyes del condicionamiento pretendían ser universales para todos los individuos y las diferentes especies, a partir de los años sesenta aparecieron toda una serie de cuestionamientos de esta pretendida generalidad, así como algunas dificultades a la hora de validar algunos supuestos. En el momento en que está surgiendo el nuevo

enfoque cognitivo, estas críticas se hicieron más fuertes.

1. El modelo de los dos factores de Mowrer sostenía que en el condicionamiento de respuestas de miedo se dan dos procesos, uno de condicionamiento clásico y otro de condicionamiento operante, a través de los cuales, primero se condiciona una respuesta emocional negativa y, después, una respuesta de evitación. Posteriormente se encuentra que en algunos sujetos no se han condicionado respuestas autonómicas, pero sí se dan respuestas de evitación. Esto se podría explicar por procesos de mantenimiento que establecerían diferencias con respecto al proceso original de adquisición, pero también se puede explicar por procesos cognitivos.
2. En el laboratorio se requieren condiciones muy precisas para que se llegue a condicionar una respuesta emocional, pero tales requisitos no siempre se reúnen en las situaciones de la vida real y, sin embargo, las personas adquieren fobias y otros desórdenes emocionales. Esto quizás se deba a que en el laboratorio se utilizan estímulos incondicionados menos intensos que en la vida real, pero también a la interpretación del paciente (“estoy en un lugar seguro”). Por otro lado, si dos personas están sometidas a las mismas condiciones, puede suceder que una adquiera la fobia y otra no. Las leyes del aprendizaje pretenden ser generales, universales, pero esto no se cumple (no todas las personas sometidas a un evento traumático importante desarrollan un desorden emocional). Estas diferencias individuales podrían ser explicadas según diferencias en los procesos cognitivos que uno y otro han puesto en marcha.
3. Muchos pacientes no recuerdan ningún suceso traumático que pueda estar relacionado con su problema y, sin embargo, han desarrollado un trastorno de ansiedad.
4. Se pueden adquirir y reducir miedos por observación de modelos, así como acudiendo a otras variables cognitivas, sin necesidad de que haya condicionamiento directo. Un niño puede aprender a temer a animales inofensivos observando la conducta de su madre. Un adulto puede desarrollar un trastorno por estrés postraumático sin haber sufrido directamente el trauma.
5. Son innumerables los casos de personas que han estado sometidas a intensos estímulos ambientales en periodo de guerra, sin que en ellos se haya dado un condicionamiento emocional. Lo mismo sucede con cualquier tipo de situaciones traumáticas, solo un pequeño porcentaje de personas expuestas a un suceso potencialmente traumático desarrollan un trastorno de estrés postraumático y la intensidad del suceso no es el único predictor, sino que existen variables individuales sobre todo relacionadas con la interpretación del evento.
6. Han sido notables los fracasos en el intento de generar respuestas emocionales

condicionadas en el laboratorio; por ejemplo, utilizando choques eléctricos para generar una respuesta de aversión al alcohol.

7. El principio de equipotencialidad de todos los estímulos no parece cumplirse, sino que por el contrario algunos están más “preparados” para ser condicionados que otros (p. ej., es más fácil condicionar miedo a símbolos que asemejan una serpiente que a símbolos que representan un automóvil, aunque hoy en día son más peligrosos los automóviles que las serpientes). Además, no todos los emparejamientos entre diferentes tipos de estímulos resultan igualmente condicionables.
8. A veces no se da la extinción de la respuesta emocional condicionada en ausencia del estímulo incondicionado aversivo (p. ej., no cesa el miedo al ascensor, aunque se produzca exposición, no se evita subir en ascensor y no se produce ningún incidente durante la exposición).

A la vista de estas cuestiones, no resueltas adecuadamente por el paradigma conductista radical, no parecía adecuado seguir centrándose exclusivamente en el modelo de condicionamiento clásico para explicar la adquisición, mantenimiento, modificación y extinción de respuestas emocionales. Surgieron así nuevos modelos y técnicas que intentan explicar y modificar la conducta emocional mediante variables de tipo cognitivo. Estos modelos que se han ido desarrollando en la psicología clínica, asociados por lo general con técnicas cognitivas de tratamiento, se han centrado especialmente en los trastornos emocionales (principalmente los trastornos de ansiedad y los trastornos del estado de ánimo o depresión). Por otro lado, ha habido una convergencia desde la psicología básica con aportaciones destacadas dentro del estudio experimental de las relaciones entre cognición y emoción (p. ej., el estudio de la regulación emocional o el modelo de los cuatro factores de la ansiedad de Michael W. Eysenck).

Así, por ejemplo, desde una tradición cognitiva, el modelo de los cuatro factores de la ansiedad o modelo de los sesgos cognitivos, surgido dentro de la psicología cognitiva experimental y desarrollado en los años noventa por Michael W. Eysenck (Eysenck y Derakhshan, 1997; Eysenck y Eysenck, 2007), ha encontrado una manera mucho más eficaz de explicar el comportamiento emocional. A su vez, desde una tradición centrada en el estudio de la emoción, la investigación de los últimos treinta años sobre estrategias de regulación emocional también ha supuesto una gran aportación para el tratamiento de los desórdenes emocionales, incluidos los trastornos de ansiedad.

En ambos casos, hay una convergencia hacia un tratamiento cognitivo del pánico, así como de otros trastornos de ansiedad, a través de una reestructuración cognitiva centrada en la corrección de sesgos cognitivos (atencional e interpretativo) y sustitución de estrategias de regulación emocional que no son eficaces por otras que sí lo son (p. ej., es mejor la reinterpretación cognitiva y el cambio atencional que la rumiación, la supresión o la negación).

7.2. Supuestos teóricos del nuevo paradigma

Desde una perspectiva cognitiva se supone que entre el estímulo o situación y la conducta existen una serie de variables importantes que se pueden y se deben estudiar. A grandes rasgos podríamos afirmar que la conducta depende no solo de la situación en la que se encuentra el individuo, sino que también depende de cómo el sujeto interpreta la situación. Por lo que se refiere a las emociones, tanto en la conducta emocional normal como en los trastornos emocionales, los significados privados de las personas juegan un papel importante, pues median de una manera decisiva en la determinación de la reacción emocional y, en definitiva, en la conducta. Estos significados se estudian a partir de los informes verbales conscientes que nos proporciona el propio individuo.

Así pues, entre la situación y la conducta, dentro de las variables del *sujeto* (antes considerado la caja negra que no se podía estudiar), se definen una serie de conceptos, estructuras y procesos, de carácter cognitivo, que nos permiten explicar, predecir y modificar una conducta dada, en una situación concreta, para un individuo determinado.

La interpretación desajustada de las situaciones que vive el individuo dificultaría su adaptación al medio. Así, por ejemplo, unas consecuencias negativas exageradas conllevarían un estado de alerta. Se iniciaría un proceso de estrés o activación en el que, además de una serie de cambios corporales físicos, se irían desatando una serie de emociones, tales como la ansiedad o la ira.

En algunos casos, una persona que está sometida a eventos que para otros resultan mínimamente amenazantes puede aumentar considerablemente su reacción de ansiedad si no maneja adecuadamente sus pensamientos o si procesa la información de una manera inadecuada. En ese caso, se podrá observar en dicho individuo una intensa reacción de ansiedad o fuertes niveles de ansiedad (alta activación fisiológica, malestar subjetivo, inquietud motora, etc.); mientras que en otras personas sometidas a la misma situación no se observarían estos síntomas.

La ansiedad desde este enfoque está generada por las *evaluaciones* de los sucesos internos y externos (que el sujeto interpreta como amenazantes), por las *atribuciones* (a veces erróneas) que realizan las personas sobre los resultados de sus acciones, por la forma (a veces desajustada) en que se *estructura o interpreta* la realidad, por el autodiálogo interno o las *autoinstrucciones* (por lo general, en forma de pensamientos negativos o rumiaciones con autovaloraciones negativas y magnificadas), por la forma en que el individuo lleva a cabo el proceso de *solución de problemas* o toma de decisiones (cuando se carece de habilidades de este tipo), etc. Cuando la intensidad de esta respuesta emocional es muy alta, encontramos que ese nivel elevado de ansiedad está relacionado con sesgos o errores cognitivos en la interpretación de la situación o de algún otro elemento esencial (las sensaciones físicas, la conducta social o los pensamientos intrusos). Por lo tanto, está implícito en este planteamiento que si se modifican estas variables cognitivas podemos modificar las conductas de ansiedad a que dan lugar a estas y, de esta manera, el individuo estaría manejando mejor su ansiedad.

Por lo tanto, en los últimos veinte años el enfoque cognitivo ha desplazado su interés

hacia los procesos y sesgos cognitivos. En la actualidad contamos con un cuerpo importante de modelos cognitivos e investigación, que intentan explicar los trastornos emocionales desde los sesgos cognitivos, aunque no provienen de la psicología clínica. Véanse las revisiones de Cano-Vindel, 2002, o la de Eysenck, 1992. Tal es el caso de la ya citada teoría de los cuatro factores de Michael W. Eysenck (Eysenck, 1997; Eysenck y Derakhshan, 1997; Eysenck y Eysenck, 2007), un modelo surgido dentro de la psicología cognitiva experimental que ha encontrado una forma de explicar el comportamiento emocional normal y los desórdenes emocionales, a partir de las variables que había excluido el modelo conductual tradicional.

Pero antes de desarrollar el modelo de los cuatro factores de la ansiedad, veamos primero el modelo de tratamiento conductual del pánico, basado en la exposición a las sensaciones físicas temidas.

Desde hace varias décadas, se ha entendido la evitación de las sensaciones temidas como una respuesta clásicamente condicionada. Desde esta perspectiva, parece lógico plantear que la exposición a dichas sensaciones era un método eficaz para producir la habituación a las sensaciones temidas y romper la asociación entre las sensaciones y los pensamientos catastróficos. Sin embargo, lo cierto es que, aunque se han observado mejorías, la gran mayoría de pacientes continúan teniendo niveles de ansiedad muy elevados y vuelven a sufrir ataques de pánico (Barlow, 1997b). Aunque la exposición ha demostrado ser eficaz, conviene revisar por qué se producen los fallos y si puede ser mejorada con otras técnicas.

El tratamiento según el modelo conductual tradicional: la exposición

Ya sabemos qué es el pánico y cómo funciona, según los modelos cognitivos actuales. Hemos visto que se trata de una reacción muy extrema de ansiedad que consiste en la aparición inesperada y súbita de miedo intenso, creciente, con niveles muy elevados de activación fisiológica (taquicardia, palpitaciones, respiración agitada, aumento de la temperatura, sudoración, desrealización, opresión o malestar torácico, mareo, etc.), en la que una persona pierde el control y cree que puede llegar a morir, tener un ataque al corazón, desmayarse, volverse loco o sufrir otras consecuencias catastróficas, que en realidad no suceden, pero provocan un gran temor.

Hemos visto también que, de acuerdo con el modelo cognitivo, cuando una persona se asusta mucho e interpreta sus síntomas de activación fisiológica (inesperados y descontrolados) como muy peligrosos, puede desarrollar un gran temor a esas sensaciones, magnificar su importancia (probable sesgo interpretativo), dedicar mucho tiempo a observar sus reacciones y su activación (probable sesgo atencional), y experimentar altos niveles de ansiedad y preocupación, que se van incrementando rápidamente hasta alcanzar su punto máximo en unos minutos.

Posteriormente, el temor a experimentar de nuevo las sensaciones temidas se suele condicionar o asociar a la situación en la que se produjo el primer ataque de pánico, e incluso generalizarse a situaciones en las que se cree que podrían aparecer de nuevo dichas sensaciones. De manera que la persona va aprendiendo a evitar enfrentarse a dichas situaciones, así como a hacer anticipaciones ansiosas sobre ellas. Con la evitación, desaparece el malestar momentáneamente, pero se refuerza cada vez más la idea e importancia de la asociación situación-sensaciones, lo que hace aumentar la probabilidad de nuevas conductas de evitación, se sigue incrementando el temor a las sensaciones y, poco a poco, va aumentando el grado de discapacidad al no poder afrontar situaciones importantes para el individuo (p. ej., viajar en avión, conducir o salir de casa). De esta manera, las reacciones iniciales de pánico tienden a hacerse crónicas, en forma de trastorno de pánico, primero, y agorafobia, después. Por el contrario, una intervención cognitiva adecuada, en la que se explique con detalle este modelo y se entrenen algunas habilidades para manejar sus rumiaciones, magnificaciones, sesgos cognitivos (disminuir el grado de atención hacia las sensaciones físicas y disminuir la importancia que se concede a estas) y cómo afrontar las situaciones temidas (mostrando que no son solo las situaciones las que provocan el pánico, sino sobre todo lo que se piensa en ellas), puede revertir este aprendizaje progresivo, de manera que en lugar de incrementarse los ataques

de pánico y las evitaciones, disminuyan rápidamente.

Este es el modelo explicativo actual del trastorno de pánico, con una orientación claramente cognitiva innovadora, y defendemos que así es como debe orientarse su tratamiento. Defiende que la reestructuración cognitiva debe ser previa a la exposición, pero la exposición es una técnica de tratamiento basada en el modelo conductual que es anterior a esta explicación. Recordemos brevemente sus orígenes para entenderla.

8.1. La exposición a lo largo de la historia de la terapia de conducta

El modelo conductista, que tuvo gran fuerza entre los años veinte y ochenta del siglo pasado y sirvió para consolidar la psicología científica, se centró casi exclusivamente en la conducta observada. Desde esta perspectiva, el problema de una persona que sufre un trastorno de pánico con agorafobia es esencialmente la evitación, que sin duda se trataría de una conducta aprendida; por ejemplo, tras un accidente de automóvil o un ataque de pánico mientras se conduce, se podría desarrollar un gran temor a conducir.

El tratamiento conductual más radical se centraría en el entrenamiento directo de la conducta, con el fin de reducir la frecuencia de las evitaciones mediante un nuevo aprendizaje. Este enfoque también admite que los cambios fisiológicos intensos pueden estar en la base de las conductas de evitación y que tales cambios pueden producirse o aprenderse por condicionamiento clásico. Si las respuestas de activación fisiológica se han asociado con un estímulo neutro (p. ej., una situación cotidiana que antes no se evitaba como conducir o salir de casa), mediante un proceso de condicionamiento clásico o condicionamiento directo, entonces para reducir las sensaciones físicas exageradas producidas por la situación ahora temida (p. ej., conducir) se deberá usar la exposición a dicha situación, sin que esté presente el estímulo incondicionado de miedo (p. ej., accidente), para que no provoque activación. La repetición de la nueva asociación conducir-seguridad (en lugar de accidente) reforzaría la sensación de seguridad y disminuiría la activación fisiológica adquirida.

En ausencia de accidente, también se podría desarrollar un ataque de pánico mientras se conduce. El resultado sería similar, pero sin accidente, el conductor podría aprender a temer la conducta de conducir al quedar asociada con sensaciones extremas que producen miedo o pánico. El tratamiento de este problema (conducta de evitación) desde el modelo conductual sería preferentemente la exposición. Al exponerse a conducir de nuevo, debería surgir un proceso de aprendizaje que iría debilitando la intensidad de las reacciones físicas, lo que permitiría reducir la evitación.

Si el paciente presenta trastorno de pánico sin agorafobia, el problema se limitaría a la reducción de la frecuencia de ataques de pánico hasta extinguir su aparición. El modelo conductual clásico reconocía que la conducta está basada en procesos fisiológicos, que son susceptibles de ser modificados por condicionamiento clásico. Por lo tanto, desde este modelo el tratamiento conductual del pánico para reducir la frecuencia e intensidad de las sensaciones físicas podría hacerse por exposición a síntomas físicos similares,

experimentalmente provocados por el propio individuo. Es lo que se conoce como *exposición interoceptiva*.

Continuando con la historia de la terapia de conducta, este modelo se enriqueció en los años setenta y ochenta con las aportaciones de los primeros modelos cognitivos, como la terapia racional-emotiva de Ellis que daba carta de naturaleza a alguna variable cognitiva (previamente rechazadas por el conductismo), como las creencias irracionales. Lo que estos modelos aportan al anterior es que el paciente tiene la creencia, poco realista, de que un aumento tan rápido e intenso de la activación fisiológica supone una catástrofe que solo puede tener consecuencias muy graves para la salud. Desde esta óptica el tratamiento de exposición se vería enriquecido añadiendo la discusión racional y emotiva de estas creencias erróneas. Tanto la exposición a situaciones temidas como la exposición interoceptiva, se deberían hacer por aproximaciones sucesivas, frente a la exposición abrupta no controlada. Se trata de generar un aprendizaje progresivo, en el que el individuo vaya controlando la ansiedad cada vez más.

8.2. La exposición interoceptiva y los problemas que conlleva su práctica

El propósito de la exposición interoceptiva es eliminar el temor a las sensaciones físicas del pánico y, en su caso, las conductas de evitación, y provocar en una situación segura las sensaciones temidas de forma repetida, de manera que se produzca una habituación a las sensaciones y se vaya rompiendo la asociación entre las sensaciones corporales temidas y las creencias catastróficas, lo que facilitará el cambio en la interpretación de los síntomas (Beck y Greenberg, 1988; Clark y Salkovskis, 1986; Craske y Barlow, 2001).

El método para conseguir provocar voluntariamente las sensaciones temidas son los experimentos conductuales, que consisten en realizar determinados ejercicios que pueden ayudar a reproducir sensaciones iguales o muy parecidas a la experiencia de pánico. Existe una gran variedad de ejercicios recomendados para reproducir sensaciones (Wood y Cano-Vindel, 2009). A continuación exponemos algunos de ellos.

8.3. La hiperventilación

Uno de los ejercicios más recomendados en la literatura psicológica para reproducir sensaciones de pánico es la *hiperventilación*. Se trata de una respiración rápida y agitada que provoca cambios fisiológicos intensos y rápidos (aumento de la temperatura, de la tasa cardiaca, mareo, sensación de ahogo, visión borrosa, etc.). Este incremento de activación fisiológica agrava la experiencia de pánico en algunas personas y puede producir una mayor atención o hipervigilancia hacia los síntomas, así como un mayor temor hacia estos.

A través de la hiperventilación, sería posible producir de manera voluntaria sensaciones parecidas a la experiencia de pánico, lo que convertiría a la hiperventilación

en un método excelente para exponer al paciente a las sensaciones corporales que teme y de gran utilidad para modificar sus interpretaciones catastróficas y superar su problema.

8.4. Más ejercicios para reproducir sensaciones

Otros ejercicios recomendados en la literatura psicológica para reproducir sensaciones son los siguientes: hacer deporte intenso, no dormir, tomar mucha cafeína, tomar una copa de alcohol en ayunas, dar saltos, subir escaleras, dar sacudidas de un lado a otro con la cabeza, dar vueltas en un sillón giratorio, apagar y encender la luz, fijar la vista en una luz parpadeante, cambiar bruscamente de posición, respirar a través de una pajita fina o con los labios casi cerrados (lo que reduce la entrada de aire a los pulmones), etc. Sin embargo, este arsenal de técnicas no es capaz de reproducir todas las sensaciones físicas que pueden ser experimentadas en un ataque de pánico (Lee *et al.*, 2006).

8.5. La intención paradójica

La intención paradójica consiste en indicar al paciente que intente aumentar aún más su ansiedad realizando conductas incompatibles con las conductas de evitación o de seguridad. Por ejemplo, si una persona estuviera exponiéndose a su temor a alejarse de casa y, mientras realizara la tarea, sintiera un aumento repentino de su ritmo cardíaco, se le indicaría que empezara a correr para elevar aún más su ritmo cardíaco. Se espera que esta experiencia genere una reducción de la ansiedad hasta un nivel tolerable al atribuir el aumento del ritmo cardíaco al aumento de actividad física (Steketee, 1993).

En el caso de que la persona experimente sensaciones físicas intensas a través de los ejercicios de exposición interoceptiva, en lugar de intentar controlar su ansiedad, debería hacer justo lo contrario; es decir, debería centrarse en las sensaciones e intentar hacerlas mucho más intensas, esforzándose todo lo que pudiera en conseguir volverse loco, desmayarse o provocarse un infarto (desatando el descontrol de la ira, gritando, tirándose al suelo, pataleando, etc.). Una vez finalizado el experimento conductual, el paciente no ha conseguido provocarse el temido infarto, ni ha podido volverse loco, ni se ha desmayado a pesar de haberlo intentado con todas sus fuerzas. Luego, esta experiencia le habrá permitido comprobar en primera persona, que lo que teme no es peligroso, se trata solo de sensaciones que ha venido interpretando como catastróficas, pero que no pueden hacerle ningún daño. Es más, cuánto más se esfuerce por que ocurra lo peor, más se reducirán las sensaciones. Por lo tanto la asociación entre las sensaciones temidas y las creencias catastrofistas se irá debilitando, hasta haber superado su trastorno de pánico.

8.6. Cómo poner en práctica la exposición interoceptiva

Los tres grupos de técnicas que acabamos de describir (hiperventilación, otros ejercicios para reproducir sensaciones e intención paradójica) persiguen los mismos objetivos: lograr la exposición a las sensaciones eliminando las conductas de evitación, hasta que la ansiedad llegue a cero por efecto de la habituación. Para alcanzar estos objetivos se insiste en que, una vez aparezcan las sensaciones temidas, se debe intentar experimentarlas lo más vívidamente que se pueda, recrearse en ellas, prestarles mucha atención, esforzarse para que las sensaciones sean cada vez más intensas, más fuertes, para que cada vez haya, por ejemplo, más taquicardia, más sensación de asfixia, más sensación de mareo, etc., sin ofrecer resistencia, y esperar a que baje la ansiedad de manera natural, lo que sucederá en un tiempo no superior a dos horas y media.

Se considera que si la ansiedad no baja transcurrido ese tiempo, se debería al efecto de las conductas de evitación o evitación cognitiva, como intentar relajarse, pensar en otras cosas, practicar la terapia cognitiva (racionalizaciones) o realizar cualquier otro mecanismo que pueda ayudar a manejar la ansiedad durante la exposición. Es decir, que se debe exponer a las consecuencias temidas sin intentar reducir o manejar su ansiedad, ya sea racionalizando, ya sea distrayéndose con otra actividad, etc. Esta es una explicación que ha intentado justificar por qué falla la exposición con muchos pacientes, pero esta explicación no está apoyada por la evidencia científica actual (Dongil-Collado y Wood, 2009).

Rachman (1984a; 1984b) introdujo por primera vez el concepto de “claves de seguridad” para explicar la relación entre el miedo y la evitación. Según este autor la intensidad de la percepción de amenaza está en función de la posibilidad percibida de ponerse a salvo. Foa y Kozak (1986) defienden que la evitación cognitiva como la distracción, o imaginar que se está en otro lugar, o centrarse en elementos de la situación de contenido emocional neutro, o generar pensamientos tranquilizadores, etc., impiden la activación de los esquemas del miedo y por tanto dichas estrategias de neutralización son las responsables del fracaso del procesamiento emocional (Foa y McNally, 1996). Craske y Barlow (2001) recomiendan que los pacientes centren toda su atención en los estímulos de la situación elicitadores del miedo, minimizando al máximo cualquier tipo de distracción. Otros autores (Antony y Swinson, 2000) sugieren que atender plena y conscientemente a los estímulos que provocan el miedo, así como aceptar el miedo, son las mejores estrategias para manejar la ansiedad, ya que los esfuerzos por reducir la ansiedad mediante la distracción o la supresión de sentimientos, paradójicamente mantienen o aumentan la ansiedad.

Por lo tanto, durante la exposición lo que se recomienda es no intentar manejar ni reducir la ansiedad, sino mantenerse en la situación que provoca miedo hasta que disminuya la ansiedad de manera natural, e incluso si fuera necesario aumentar el miedo mediante los ejercicios de intención paradójica (Steketee, 1993).

8.7. Por qué puede fracasar la exposición interoceptiva en la práctica clínica

En lo que acabamos de describir como terapia de exposición interoceptiva, encontramos incoherencias y discrepancias entre la lógica de esta terapia y la realidad. Sin embargo, es habitual encontrar muchos pacientes que han recibido este tipo de tratamiento en la práctica clínica habitual, y a resultado ser un fracaso en repetidas ocasiones con distintos terapeutas, si bien, en los estudios controlados esta técnica es más eficaz que el no tratamiento o el tratamiento placebo.

En cuanto a la lógica de la técnica, en primer lugar, nos preguntamos qué sentido tiene pedirle a una persona que intente provocarse un infarto o volverse loco de manera voluntaria. Pues, además de ser percibido como totalmente imposible por muchos pacientes, si creyesen que fuera posible ¿cómo íbamos a pedirles algo así? Además, muchas personas pensarán sensatamente que aunque no puedan provocarse un infarto, este podría producirse de manera involuntaria en cualquier momento, lo que anularía el efecto de esta intención paradójica. Por otra parte, si una persona tiene miedo a que su taquicardia pueda significar un aviso de infarto, ¿no sería más lógico explicarle por ejemplo –entre muchas más cosas– los factores de riesgo relacionados con el infarto (que no tienen nada que ver con las sensaciones de pánico)? ¿Es que no basta la transmisión de información? ¿Son obligatorios los experimentos conductuales aunque resulten absurdos para el paciente? ¿Debemos provocar hiperventilación en todos los pacientes con pánico aunque sus síntomas no sean de tipo respiratorio?

En segundo lugar, la gran mayoría de pacientes con pánico tiene otros síntomas, pero no hiperventilan por mucho que se alargue el tiempo de exposición, y no teme los síntomas que produce la hiperventilación, sino otros diferentes. ¿Por qué utilizar con ellos la hiperventilación? Otros pacientes, con la hiperventilación, pueden reproducir sensaciones muy parecidas al pánico –tanto en situaciones seguras como en otros contextos–, pero no se sienten amenazados por esas sensaciones provocadas por ellos mismos y les dan un significado menos catastrófico que cuando surgen de manera espontánea, por ejemplo, al conducir, mientras duermen, o en cualquier otra situación de su vida cotidiana.

Y en tercer lugar, no entendemos por qué se consideran conductas de escape o evitación intentar calmarse practicando la relajación, o la terapia cognitiva, o cualquier otra estrategia que ayude a la persona –que lo pasa tan mal– a manejar su emoción, a tranquilizarse con sus propios recursos y a terminar dicha exposición con menos ansiedad, atribuyendo el éxito de la exposición a su propia actuación y sintiéndose un poco más segura porque ha sabido manejar sus pensamientos y su ansiedad durante la exposición. Puede ser que haya algún paciente que crea que el ataque de pánico es un infarto o supone un riesgo para sufrir un infarto, pero en muchos otros casos el problema no es ese, sino que pueden temer la pérdida de control, el malestar tan intenso que les genera las sensaciones físicas, etc. Por lo tanto, es probable que la exposición interoceptiva o la intención paradójica puedan ayudar a algunos pacientes, pero no a otros; como es probable que durante la exposición a situaciones que generan sensaciones físicas temidas, muchos pacientes se puedan beneficiar de técnicas de manejo de la

ansiedad, en cuyo caso no deberíamos considerarlas como conductas de evitación o escape o seguridad.

8.8. Diferencias entre conductas de evitación o de seguridad y conductas de manejo de la emoción

Según Salkovskis (1996) las conductas de búsqueda de seguridad son cualquier estrategia cognitiva o conductual que intenta evitar o reducir un resultado temido. Sin embargo, en su programa de Terapia Cognitiva para el trastorno de pánico (Salkovskis y Clark, 1991), entre los ejercicios propuestos para manejar las sensaciones temidas se incluyen técnicas de distracción y focalización de la atención (Wood, 2006) de acuerdo con el modelo de los sesgos cognitivos. ¿Con qué nos quedamos? ¿La distracción es una conducta de evitación o seguridad, o bien es una estrategia de reducción o manejo de la ansiedad que puede ser útil para afrontar situaciones de pánico?

Por su parte, Wells (2000) ha desarrollado la técnica de entrenamiento atencional (TEA) que consiste en realizar ejercicios atencionales mediante los cuales los pacientes aprenden a atender selectivamente sonidos neutrales y a cambiar y dividir la atención entre diferentes sonidos. Esta técnica ayuda a interrumpir el procesamiento repetitivo y rumiativo que implican la preocupación y las obsesiones. Para Wells esta técnica es eficaz porque debilita la atención focalizada en uno mismo y permite aliviar los síntomas de ansiedad. Otra variante de la TEA es la refocalización atencional situacional (RAS) en la que se enseña a los pacientes a desviar la atención de un foco de información interno a uno externo. Sin embargo, y a pesar de que este autor admite la importancia de no centrar la atención en la estimulación de tipo amenazante para no provocar mayor nivel de ansiedad, insiste en garantizar que los pacientes no usen la TEA para evitar sus pensamientos ansiosos o sus síntomas de ansiedad, pues los intentos de evitación o supresión generan ansiedad.

Nos parece que existe una aparente contradicción al considerar que las mismas actividades puedan ser consideradas como claves de seguridad o evitaciones, unas veces, mientras que en otras ocasiones pueden ser entendidas como estrategias de reducción y manejo de la ansiedad. Tal contradicción está presente de manera generalizada en la literatura científica y en autores tan destacados de la psicología clínica como los que acabamos de citar, lo cual produce mucha confusión entre muchos profesionales que tratan el pánico. Intentaremos dar nuestra visión sobre este punto. Pero también hay que hacer una aclaración desde el punto de vista de la historia de la investigación sobre la naturaleza y el tratamiento del trastorno de pánico, que ha ido evolucionando desde una posición puramente conductista hacia posiciones mucho más cognitivas.

Por ejemplo, para una persona con pánico y miedo a viajar en avión, hablar con otra persona y distraerse durante un vuelo, no tiene por qué ser una conducta de evitación o de seguridad (como se defiende en la práctica de la exposición interoceptiva), sino que también puede entenderse como una nueva actividad encaminada a modificar su

atención, reduciendo su focalización de la atención o sesgo atencional centrado en sus sensaciones físicas, que hasta ahora le producía un elevado nivel de ansiedad, ataques de pánico y evitación de volar. Mientras que esta nueva actividad le ha permitido a muchas personas volver a aprender a volar sin temor a su ansiedad, sus sensaciones físicas y sus ataques de pánico (aplicando el modelo de los sesgos cognitivos del pánico o el modelo de la autorregulación emocional). En este sentido, hablar con un compañero de vuelo puede resultar una excelente conducta de manejo de la ansiedad que lleve al éxito terapéutico, tras varias repeticiones exitosas, siguiendo un tratamiento de reestructuración cognitiva basado en el modelo de sesgos cognitivos y el modelo de la autorregulación emocional.

En cambio, una persona con pánico y miedo a volar, que viaja en avión con la ayuda de un tranquilizante u otra sustancia psicoactiva, como el alcohol, es muy probable que fracase en su objetivo de aprender a volar sin temor, aunque consiga disminuir su ansiedad en los viajes cuando consuma dichas sustancias. Entre otras cosas, porque pensará que su éxito es relativo, que no es un éxito propio (no hay un aprendizaje interiorizado que le ayuda a manejar su ansiedad en el avión), sino que se puede ayudar con la ingesta de una sustancia, pero seguirá pensando de manera que él mismo generará su ansiedad y sus ataques de pánico (por efecto de sus magnificaciones, rumiaciones, sesgos cognitivos), aun a pesar del efecto reductor del tranquilizante. En este sentido, este psicofármaco podría ser considerado una conducta de seguridad que impide un correcto aprendizaje por exposición.

Con las conductas de seguridad lo que sucede es que atribuimos el éxito de la reducción de la ansiedad no al aprendizaje por exposición que estamos llevando a cabo, sino a algo externo a nosotros, por ejemplo a un fármaco, o a cualquier otra estrategia, como ir acompañado de otra persona o ingerir alcohol, en la que el paciente no tiene que implicarse activamente para reducir su ansiedad y, por lo tanto, no puede avanzar en su proceso de aprendizaje. Sin embargo, cuando una persona intenta calmarse con sus propios recursos (su atención, su valoración cognitiva, su habilidad para relajarse), siguiendo un modelo de sesgos cognitivos o de regulación de la emoción basados en la evidencia, que defiende que sus síntomas de ansiedad se los puede provocar él mismo, magnificándolos y focalizando su atención en ellos, e intenta modificar su atención y la magnificación, así como relajarse, y consigue mantener bajo control su ansiedad, atribuirá el éxito de dicha exposición a algo interno y controlable, es decir, así mismo, y habrá asimilado que puede seguir aprendiendo en esta dirección, manejar cada vez más su ansiedad, cambiando su atención, su valoración cognitiva, su respiración, su tensión muscular, sus evitaciones, etc. Y esto le ayudará a exponerse cada vez mejor y a ir adquiriendo más sensación de control, pues si comprueba que ha podido dirigir su atención hacia otro tipo de estimulación no amenazante, o que ha sido capaz de pensar en otras cosas, o aceptar y restar importancia a sus sensaciones físicas, y eso le ha ayudado a no empeorar sus síntomas y a realizar su exposición un poco mejor, pues estará aprendiendo a resolver su problema.

Desde un punto de vista histórico, hace ya más de una década que Botella (2001)

señalaba que históricamente la utilización de la exposición in vivo se consideraba el ingrediente esencial en el tratamiento del pánico y la agorafobia desde el enfoque conductista tradicional, por el modo de entender el problema, ya que se pensaba que la evitación fóbica se debía a una respuesta de miedo clásicamente condicionada y, por tanto, era necesario facilitar la habituación a las situaciones que provocaban la ansiedad. “Si se aplicaba correctamente el procedimiento de exposición, se presumía que se podría eliminar, tanto la conducta de evitación, como la respuesta de miedo condicionada. La cuestión es que, aunque sí es verdad que se obtenían éxitos (mejorías entre un 60% a un 70% de los casos), muy pocos pacientes podían considerarse ‘curados’ y continuaban teniendo importante ansiedad y ataques de pánico a pesar de la mejoría lograda en su evitación fóbica (Barlow, 1997a). [Sin embargo,] en estos momentos, prácticamente, nadie estaría de acuerdo en defender que solo la exposición resulta suficiente para resolver totalmente el trastorno de pánico” (Botella, 2001, p. 468).

El Tratamiento del Control del Pánico de Barlow (Barlow, Craske, Cerny y Klosko, 1989) es uno de los tratamientos cognitivo-conductuales bien establecidos para el trastorno de pánico (junto con el programa de tratamiento basado en el modelo cognitivo de Clark). El de Barlow incluye un importante componente educativo en el que se explica al paciente qué es el trastorno de pánico y cómo se produce, así como reestructuración cognitiva y relajación. Pero también da una importancia central al hecho de exponer al paciente de forma sistematizada a sensaciones interoceptivas similares a las que experimenta en sus ataques de pánico. A pesar de que este programa de tratamiento hace especial hincapié en la exposición interoceptiva como forma de tratar la evitación agorafóbica (Barlow y Craske, 2007). en publicaciones recientes (Barlow, 2008) señala que resulta más eficaz exponer a las personas a sus experiencias emocionales actuales, de modo que puedan aprender a manejar y regular sus emociones de forma positiva, que exponerles directamente a condiciones aversivas externas sin tener en cuenta los procesos cognitivos que están moderando la experiencia. Véase Wood (2008).

En resumen, si las estrategias cognitivas y conductuales que realiza el individuo para calmarse le permiten aprender a manejar su ansiedad, de manera que puedan integrarse en un proceso de autoaprendizaje eficaz, no podemos considerarlas como conductas de evitación o de seguridad, como hacía el conductismo tradicional. Si, por el contrario, esas estrategias cognitivas y conductuales reducen la ansiedad de manera temporal, pero ni consiguen formar parte de ese proceso de autoaprendizaje eficaz de manejo de la ansiedad, ni son un recurso propio del individuo, entonces podrán considerarse estrategias de evitación o de seguridad.

Aunque podamos encontrar que algunas personas obtienen éxito con la exposición interoceptiva, y siguiendo un modelo de tratamiento conductista tradicional, el paciente no debería usar la distracción, ya que en muchos casos este tratamiento fracasa. En otra línea diferente, muchas personas que siguen un tratamiento de reestructuración cognitiva basado en la autorregulación emocional o los sesgos atencional e interpretativo utilizan estrategias, como la refocalización de la atención (una forma de distracción), que les resultan útiles para exponerse a situaciones de pánico o aceptar sus sensaciones físicas, lo

que a la larga permitirá repetir la exposición, cada vez con mejores resultados, y desarrollar un progresivo aprendizaje que acabará con el pánico. El uso de tales estrategias no solo no es considerado una evitación o conducta de seguridad en este modelo cognitivo-emocional de tratamiento, sino que son parte esencial o principio activo del proceso terapéutico. No cabe pues considerar tales estrategias como conductas de evitación o seguridad, puesto que funcionan y son parte esencial de los modelos de sesgos cognitivos y autorregulación emocional.

Es muy probable que existan varias formas de adquisición y por lo tanto de tratamiento del pánico. Una de tipo asociativo, basada en el condicionamiento clásico de respuestas fisiológicas de miedo, para la cual la terapia de exposición pueda ser más útil. Y otra de tipo más cognitivo, asentada en procesos psicopatológicos de aprendizaje apoyados en el desarrollo progresivo de sesgos cognitivos (atencional e interpretativo) y estrategias equivocadas de autorregulación de la ansiedad (p. ej., rumiación y magnificación de las sensaciones físicas de ansiedad en lugar de revaloración cognitiva para disminuir la importancia y atención que se les concede). Algunos autores (Arntz, 2002) defienden esta idea a partir de un dato obtenido en sus investigaciones: la reestructuración cognitiva es tan eficaz como la exposición en el tratamiento del pánico. No existe suficiente investigación para resolver esta duda, aunque se va acumulando cierta evidencia a su favor. Para aclararla, se deberían llevar a cabo más estudios sobre el proceso terapéutico (analizar qué parte del tratamiento es más eficaz) y la naturaleza de los síntomas (qué síntomas están más relacionados con el miedo y el condicionamiento clásico, y qué síntomas son más propios de la ansiedad y responden mejor a los modelos cognitivos de sesgos y autorregulación emocional). Mientras tanto, no tiene sentido que en la práctica clínica se intente tratar a todos los pacientes como si tuvieran un aprendizaje por condicionamiento clásico de respuestas de miedo, porque la gran mayoría no lo tiene, lo cual puede ayudar a explicar los fracasos de este tipo de tratamiento, que los hay, a pesar de su eficacia.

8.9. Manejo del componente cognitivo durante la exposición

Desde un enfoque cognitivo más actual, si partimos de la base de que las sensaciones pueden estar provocadas por una incorrecta autorregulación emocional, por la actividad cognitiva del propio paciente (por sus sesgos o errores cognitivos de *interpretación catastrófica* y *atención centrada en la amenaza*), ¿cómo vamos a ignorar el componente cognitivo durante la exposición? Por otro lado, no resulta nada fácil, ni lógico, aplicar la exposición de acuerdo con el modelo conductual tradicional. Si el hecho de *pensar* en cualquier otra cosa que no sean los síntomas de ansiedad se considera una conducta de escape o evitación durante la exposición ¿cómo podemos conseguir que una persona no piense?, e incluso ¿cómo conseguir que no piense durante un tiempo determinado? Además, aunque al paciente se le indique que únicamente se centre en las sensaciones, ¿cómo va a conseguir no pensar *algo* sobre esas sensaciones que está experimentando?

Y si para resolver este problema, se nos ocurre que la solución consiste en indicarle que se centre y *piense únicamente* en lo horribles y peligrosas que son las sensaciones ¿cómo va a conseguir pensar únicamente en lo que nosotros queremos que piense? o ¿cómo va a conseguir *creerse* que son horribles y catastróficas las sensaciones que se ha provocado él mismo, por ejemplo, subiendo escaleras? ¿Simplemente porque sí? ¿Porque se lo ha indicado su terapeuta? Muchos pacientes verbalizan en consulta que no experimentan ningún temor a sus sensaciones fisiológicas provocadas voluntariamente con los ejercicios de exposición interoceptiva, y cuando sucede esto, no podemos empeñarnos en continuar aplicando una receta que no funciona o en atribuir el fracaso del tratamiento a variables extrañas, como por ejemplo, culpar al paciente, con el argumento de que es torpe, no entiende el tratamiento, no se esfuerza lo suficiente, etc., porque entonces terminaremos cayendo en eso tan típico de “si la realidad no encaja con lo que yo pienso, el problema lo tiene la realidad”. Lo cierto es que muchos ejercicios de exposición interoceptiva a sensaciones provocadas en la consulta no tienen validez externa para el paciente; es decir, no son representativos de lo que le sucede en la realidad cuando está a punto de tener un ataque de pánico. Y, por lo tanto, no le sirven.

Los fracasos de la exposición conductual se han intentado explicar con frecuencia por variables extrañas al modelo (p. ej., variables cognitivas que no eran tenidas en cuenta por el modelo conductual radical). Pero lo cierto es que la exposición meramente conductual no siempre funciona y, además, no es difícil encontrar el por qué, si tenemos en cuenta el modelo de los sesgos cognitivos o si conocemos las relaciones entre cognición y emoción (p. ej., la atención centrada en la amenaza produce ansiedad), o los principios de la regulación emocional (p. ej., la reevaluación cognitiva de la amenaza es una buena estrategia de regulación emocional, bastante mejor que la que utilizan las personas con un estilo de afrontamiento sensibilizador, que centran su atención en la amenaza y magnifican sus consecuencias negativas).

Una reestructuración cognitiva basada en la evidencia actual (modelo de los sesgos cognitivos, investigación sobre las relaciones entre cognición-emoción, modelos de la regulación emocional) debe conducir a una exposición progresiva a las situaciones que provocan pánico. Durante esta exposición, el paciente debe utilizar las estrategias que ha aprendido con la reestructuración cognitiva para manejar su ansiedad (refocalización de la atención, revaloración cognitiva, etc.), las cuales le van a permitir afrontar la exposición de una manera más fácil, más práctica, más útil y con menos riesgo de abandono del tratamiento.

Hoy en día este enfoque tiene mucho más sentido, es mucho más práctico y probablemente más eficaz, aunque falta investigación, que el modelo tradicional cognitivo-conductual que venimos aplicando en la práctica clínica en los últimos treinta años. Un ejemplo de ello es el cambio de trayectoria en la línea de investigación de Barlow, uno de los grandes investigadores de la exposición interoceptiva. Esta figura, tan destacada de la investigación del pánico, desde hace diez años está trabajando en el enfoque transdiagnóstico, que defiende que el pánico se puede tratar conjuntamente (en el mismo grupo) con otros trastornos de ansiedad (como la fobia social o la ansiedad

generalizada) y propone un modelo de tratamiento similar al que estamos defendiendo en este libro, que se inicia con una fase psicoeducativa y de reestructuración cognitiva, común a los diferentes trastornos de ansiedad. En esta fase, la información que hay que suministrar a los pacientes y los cambios que hay que promover mediante reestructuración cognitiva incluyen el manejo de la ansiedad con diferentes estrategias cognitivas (refocalización, revaloración, etc.), así como la inclusión de estrategias de relajación, todo ello antes de la exposición. Por otro lado, la exposición interoceptiva queda muy marginada, pues solo tendrían que hacerla algunos pacientes que puedan experimentar cierto temor a sus sensaciones físicas reproducidas voluntariamente, que son una pequeña parte del grupo. ¿Y tendrá sentido pedir a los pacientes que durante la exposición piensen que se van a volver locos o van a sufrir un infarto, cuando previamente se les ha enseñado lo contrario y les está funcionando?

8.10. El problema de trabajar en la clínica con recetas

No podemos tener recetas para la clínica (ni para la exposición ni para la reestructuración cognitiva), porque cada paciente con pánico es un caso diferente. No podemos pensar, por ejemplo, que el pánico siempre está asociado con idea de muerte producida por taquicardia y palpitaciones (posible infarto) o por la sensación de falta de aire (posible asfixia) o por dificultades para tragar (posible muerte por inanición). Las ideas catastróficas no son siempre idea de muerte. Unas veces el pánico lo generan sensaciones de mareo (temor a un posible desmayo), otras veces lo genera la idea de perder el control (la activación fisiológica aumenta y no es posible controlarla voluntariamente) o volverse loco (sensaciones de irrealidad), otras veces es “me lo van a notar” (signos de activación no controlada ante situaciones sociales), otras veces es “no sé la causa y eso es horrible y no puede ser nada bueno”. Luego, hay muchos tipos de pacientes y no podemos aplicar la misma receta para todos. La magnificación, el sesgo interpretativo, no siempre es una amenaza de muerte, desmayo o locura, y el síntoma predominante en el paciente con pánico no siempre es taquicardia, hiperventilación, mareo o despersonalización. Hay pacientes que tienen pánico porque han sufrido vértigo, otros por taquicardia, otros porque tienen síntomas de opresión precordial y lo asocian con infarto, otros porque piensan que pueden vomitar repentinamente y temen que puedan hacerlo en público, etc. Entonces, la interpretación catastrofista en ese caso no es muerte, sino que puede ser “¿y si vomito delante de todos?” Esa idea es una magnificación, un sesgo interpretativo, porque por ejemplo, esa persona nunca ha vomitado en público, por otro lado, si hubiese vomitado, probablemente le hubieran ayudado y, sin embargo, lleva años pensando en la posibilidad de que eso suceda como algo terrible y tratando de evitar comer o cenar fuera de casa. Esto es pánico también y no tiene nada que ver con muerte, ni con sensaciones fisiológicas cardiovasculares o respiratorias. Y el tratamiento no va a funcionar si ese sesgo interpretativo lo trabajamos solo mediante una reestructuración cognitiva simplista que consista, únicamente, en pedir al paciente que nos de pruebas a favor o en contra de

sus creencias irracionales o realizando una discusión racional basada solo en términos de porcentajes o probabilidades de que suceda o no suceda lo que teme, sino que habrá que hacer más cosas, como la refocalización de la atención. Además, por otro lado, las tareas diseñadas serán diferentes según qué caso.

Entonces no podemos aplicar recetas, como por ejemplo: todo paciente con pánico piensa en la muerte y rumia “voy a morir”. No, su pánico es un temor intenso a la ansiedad, sobre todo a los síntomas fisiológicos y a la falta de control sobre ellos. Por tanto, muchas personas desarrollan pánico porque no saben cómo funcionan las emociones, cómo funcionan las respuestas fisiológicas de la ansiedad. Cuando la persona entiende cómo funcionan las respuestas fisiológicas, sabe que están reguladas por el sistema nervioso autónomo (por lo tanto, presentan un carácter no voluntario) y aprende a manejarlas indirectamente o que puede aprender a manejarlas, disminuye su magnificación, su sesgo interpretativo y, por lo tanto, está disminuyendo el pánico, si además paralelamente va disminuyendo la atención que le presta a su problema (a sus sensaciones físicas, la gran amenaza del pánico), terminará superándolo.

Tampoco podemos aplicar recetas para la exposición, sino que también debemos conocer los principios de esta técnica, saber cómo funciona para poder adaptarla a cada caso. La exposición es una técnica que ayuda a reducir el miedo y la ansiedad, bajo ciertas condiciones. Una de ellas es que el individuo entienda por qué hace esa exposición, para qué le sirve. Otra es que tenga sensación de control. Y, para tener sensación de control, debe entender el proceso normal de la emoción y el proceso de la emoción como patología, que implica mayor intensidad, mayor frecuencia o aparición de la reacción emocional en un momento no adecuado. Si el individuo entiende los procesos psicológicos básicos, como la relación entre las emociones con la atención, la memoria o el pensamiento, entonces la exposición funcionará mejor. Si simplemente hacemos exposición como receta, es muy probable que esa receta no funcione. La relajación, o practicar la terapia cognitiva (racionalizando o distrayéndose durante la exposición), puede ayudar a afrontar mucho mejor la exposición y en absoluto tienen por qué considerarse conductas de evitación, sino todo lo contrario. Una persona que aprende que en el tren de alta velocidad (AVE) se puede hablar con otra persona, ir a la cafetería, ver una película, hacer relajación, mirar el paisaje, escuchar música, en lugar de centrar su atención en la amenaza de sus sensaciones físicas, puede aprender de nuevo a disfrutar de este medio de transporte, en lugar de seguir sufriendo.

8.11. ¿La ansiedad sube hasta un punto y luego baja?

Muchos defensores a ultranza de la exposición defienden que la exposición hará que disminuya la ansiedad tras un periodo aproximado de dos horas y media, siempre que el paciente no realice conductas de evitación o seguridad. Si la exposición no funciona, se debe a que el paciente ha desarrollado tales conductas de neutralización. Sin embargo, la exposición falla en un buen número de casos en estudios controlados, en los que se aplica

rigurosamente esta técnica siguiendo un manual concreto (que ha demostrado ser más eficaz que el no tratamiento o el tratamiento placebo), y falla aún más en la práctica clínica habitual. Por otro lado, los modelos cognitivos actuales van mejorando su evidencia científica, especialmente en lo que se refiere a eficacia terapéutica y, sin embargo, defienden el uso de estrategias cognitivas y de relajación durante la exposición.

Una persona que haga exposición y pueda manejar su emoción con estrategias de regulación emocional eficaces aprenderá mejor (que sin tal manejo de su emoción) que su exposición le ayuda a controlar cada día un poquito más y le dará mayor sensación de control, más sensación de seguridad. Aprenderá más rápido que si simplemente le pedimos que haga exposición cuando está muy activada o la tenemos haciendo exposición pensando en lo peor y centrando su atención en el problema durante horas. Si está muy asustada, muy nerviosa ¿cómo va a disminuir su ansiedad durante la exposición?, ¿por agotamiento?, ¿por el paso del tiempo? No, la ansiedad no funciona así. No sucede que una persona que está haciendo exposición y se centre lo más vívidamente posible en sus sensaciones –sin hacer escapes ni evitaciones–, con el paso del tiempo vaya teniendo menos ansiedad o llegue un punto crítico en el que disminuya o desaparezca su ansiedad.

No existe ninguna evidencia científica a favor de esta afirmación. Eso puede que suceda o puede simplemente que su ansiedad se mantenga indefinidamente. La exposición a una situación temida puede producir extinción de la respuesta emocional, pero también puede producir sensibilización, es decir, un aumento de la intensidad de la respuesta.

Pensemos de nuevo en el ejemplo de la fobia a volar (con temor a la situación en sí, por su peligro) o un caso de pánico con agorafobia y temor a volar por si se desatan las sensaciones físicas de pánico durante el vuelo. Si una persona tiene miedo a viajar en avión y le indicamos que durante el vuelo se centre únicamente en sus pensamientos catastróficos y en sus sensaciones de ansiedad, ¿por qué va a comprobar a las dos horas y media que sus miedos (pensamientos catastróficos) no se producen? Si un paciente con fobia a volar tiene que realizar un vuelo, por ejemplo, de ocho horas, a las dos horas y media faltan todavía cinco horas y media, durante las cuales el avión podría sufrir el temido accidente. ¿Por qué le va a bajar entonces la ansiedad? ¿Quién garantiza que una expectativa de accidente, por muy irracional que sea, desaparecerá al cabo de dos horas y media, simplemente por estar dentro del avión pensando en lo peor? ¿Cuál es el mecanismo o modelo que explicaría este fenómeno, si sucediese? No existe ninguna evidencia científica a favor de esta práctica clínica ineficaz. Para una discusión sobre este tema véase el artículo de Dongil-Collado y Wood (2009) sobre el tratamiento de la fobia a volar.

8.12. Por qué se afirma que la ansiedad bajará con el paso del tiempo

Según la explicación que fundamentaría esta práctica clínica (consistente en exponer al

paciente durante dos horas y media, bajo condiciones de no evitación), nuestra especie cuenta con un mecanismo regulado por el sistema nervioso autónomo que impide que nuestra respuesta de lucha-huida dure mucho tiempo y por tanto la ansiedad bajará inevitablemente, como por agotamiento. Por tanto, el objetivo de este modelo de tratamiento consiste en intentar que el paciente entre en estado de lucha-huida durante la exposición, y para conseguir este estado se le indica que se centre y ponga toda su atención en las sensaciones y en los pensamientos de contenido catastrófico para que pueda llegar a creer por ejemplo, que puede morir y esperar a que su sistema nervioso parasimpático frene dicha respuesta.

Curiosa explicación, especialmente para el pánico, pues resulta que una persona hiperactivada y agotada por la hiperactivación es más probable que sufra ataques de pánico, en lugar de calma. Si el estrés y la alta activación fisiológica son factores de vulnerabilidad para el pánico, resulta extraño que en el tratamiento de este trastorno haya que aumentar estos factores de vulnerabilidad.

Existe una abundante evidencia en la práctica clínica habitual que señala que un buen número de personas expuestas durante más de cuatro horas a la situación que genera ansiedad no disminuye su nivel de ansiedad. Podemos atribuirlo a errores del paciente, que tiene la manía de pensar y comportarse como no debía hacerlo; pero también cabe ser un poco más críticos con nuestras técnicas y buscar soluciones a través de la investigación y la innovación.

8.13. Un análisis de esta fundamentación

Pensamos que este modelo del tratamiento del pánico (la exposición interoceptiva y la exposición a situaciones temidas, focalizando la atención en el aumento de sensaciones físicas) recurre a una explicación o fundamentación que no está apoyada por la evidencia científica actual. Con frecuencia, en muchos textos se explican los fundamentos de la exposición interoceptiva recurriendo a la respuesta de lucha-huida. Pero la investigación científica sobre la ansiedad, el miedo, la emoción, la regulación emocional y el pánico van también por otros derroteros. Este modelo de tratamiento no tiene en cuenta que la ansiedad y la respuesta de lucha-huida no son lo mismo, aunque en ambas haya activación fisiológica. Y esto tiene importantes consecuencias teóricas (contradicciones en el modelo) y prácticas (problemas de eficacia en la práctica clínica), como veremos a continuación.

La gran mayoría de los pacientes con trastornos de ansiedad no desatan una respuesta de lucha-huida cuando sufren ansiedad en situaciones reales. Por ejemplo, un paciente con miedo a ciertas situaciones (subir en ascensores, viajar en metro o avión, o cruzar un túnel en automóvil) experimenta un gran temor a las sensaciones físicas de ansiedad que se activan de manera descontrolada en dichas situaciones, pero no suele experimentar una reacción de lucha-huida cuando está en tales situaciones, a pesar de la alta activación fisiológica y el gran temor que tiene a las sensaciones físicas.

Tampoco es posible desatar voluntariamente una respuesta de lucha-huida haciendo que el paciente se exponga a la situación que teme, pues si no se trata de una situación de peligro real para la supervivencia, no se desatará una respuesta de lucha-huida. Menos aún será posible desatar dicha respuesta haciendo imaginar en la clínica una situación de peligro como un atraco con violencia, una violación, un desastre natural, un accidente de automóvil o un infarto.

Dificultades del modelo conductual tradicional

Aunque el modelo conductual tradicional ha supuesto un gran avance en el tratamiento del pánico y la agorafobia, a nuestro juicio se ha encontrado con algunas dificultades a la hora de explicar desde sus postulados ciertos fenómenos, así como a la hora de alcanzar éxito en el tratamiento de algunos casos.

Al fin y al cabo, un modelo es solo una aproximación a la realidad, un instrumento para conocerla mejor, que puede ser mejorado a medida que conocemos nuevos datos y desarrollamos nuevos modelos que se ajustan mejor a los datos.

9.1. Algunas contradicciones del modelo conductual tradicional

Vamos a analizar lo que consideramos algunas contradicciones del modelo teórico conductista en publicaciones recientes. Por un lado, tanto en el modelo cognitivo original propuesto por Beck y sus colaboradores en los años ochenta (Beck, Emery y Greenberg, 1985), como en la versión revisada recientemente por el propio Beck, junto con David M. Clark (Beck y Clark, 2012), se afirma que la activación del miedo (respuesta de lucha-huida) supone poner en marcha un sistema de respuesta defensiva e involuntaria, que se dispara de forma automática cuando el organismo percibe que existe una situación que puede poner en peligro la supervivencia y que dicho sistema de tipo reflejo, una vez activado, bloquea los procesos cognitivos más elaborados, reflexivos y lentos con el fin de maximizar la seguridad y minimizar el peligro. Por lo tanto, este sistema tiende a dominar el procesamiento y los recursos atencionales de la persona, y dificulta que pueda procesar otro tipo de información que no sea la amenazante. El propio Beck ya afirmaba hace dos décadas que en los trastornos de ansiedad rara vez el procesamiento deliberativo consigue desactivar los esquemas del miedo (Beck *et al.*, 1985).

Pero, por otro lado, pensamos que se contradicen. ¿Por qué estos mismos autores (Beck y Clark, 2012) afirman que los ejercicios de inducción de síntomas permiten activar directamente los esquemas de amenaza y son una oportunidad para desafiar las cogniciones y creencias catastrofistas? Si se está diciendo que la activación de los esquemas del miedo es de naturaleza automática, preconsciente, no intencionada, fuera del control voluntario, ¿cómo se puede plantear un tratamiento que consista en activar los esquemas del miedo de manera deliberativa y voluntaria a través de los ejercicios de exposición interoceptiva, por ejemplo hiperventilando, dando saltos, corriendo, etc., o

producirlos simplemente dando una orden, una instrucción, imaginando una situación de amenaza, etc.? ¿Estos procedimientos experimentales desarrollados en la clínica van a tener la misma fuerza que las situaciones de riesgo físico o que los estímulos de la vida real que provocan la reacción de pánico (p. ej., estar dentro de un avión)? ¿Cómo se puede conseguir activar los esquemas de miedo de manera gradual mediante una jerarquía de ítems?

Adicionalmente, aunque fuera posible provocar fácilmente la respuesta de lucha-huida en el paciente, en el contexto seguro de la clínica, ¿qué sentido tendría utilizar en la práctica clínica esta técnica invasiva, aun suponiendo que funcionara, cuando existen otras técnicas más eficaces y mucho menos invasivas? El principio de parsimonia, desde un punto de vista científico, el principio de eficacia, que ha de presidir cualquier intervención psicológica, así como el principio de mínimo malestar clínico de nuestro código deontológico, deberían llevarnos a desechar técnicas de este tipo.

Walter Cannon describió la respuesta de lucha-huida para referirse a una reacción primitiva y refleja que se desencadena ante un peligro para la vida (Cannon, 1915). Esta reacción está descartada en la mayoría de las situaciones que producen ansiedad en el individuo occidental y queda reservada a situaciones de peligro inminente, en las que está en juego la supervivencia. La mayor parte de los pacientes que acuden a la consulta de un psicólogo es probable que no hayan desarrollado nunca la respuesta de lucha-huida y, sin embargo, tienen problemas de ansiedad.

Pero, además, en aquellos casos que sí han experimentado situaciones de vida o muerte, como algún paciente con estrés postraumático, si les planteamos que el tratamiento va a consistir en exponerles de nuevo a situaciones similares, con mucha probabilidad abandonarán el tratamiento. En estos casos deberíamos comenzar por hacer reestructuración cognitiva, empezando por dar información sobre el proceso cognitivo-emocional que se está llevando a cabo. Para, más adelante, enseñarle a manejar su atención y su reinterpretación de los síntomas que está sufriendo, así como de la situación traumática vivida. Es verdad que la técnica de reprocesamiento emocional de Foa (Foa y Kozak, 1986) exige volver a exponerse a la situación traumática, empezando primero por la exposición en imaginación. Pero ya solo con esta exigencia hay un porcentaje importante de abandonos (a veces superior al 20%), que podríamos evitar si comenzásemos e insistiésemos en la reestructuración cognitiva. El modelo de Anke Ehlers y David M. Clark (Ehlers y Clark, 2000) para el trastorno de estrés postraumático ha permitido desarrollar un programa de tratamiento mucho más cognitivo y con menos problemas de adherencia. Véase Dongil-Collado (2008).

Por lo tanto, aplicar este reprocesamiento emocional desde el primer momento no se sostiene y menos aún en el caso del pánico, que no tiene casi nada que ver con la respuesta de lucha-huida puesto que no hay una situación de peligro. Existen muchos tipos de pánico y en pocos casos el paciente teme la muerte. Además, cuando el paciente que pensaba en la probabilidad de sufrir un infarto ya es consciente de que eso no es cierto continúa teniendo ataques de pánico, aunque no tenga respuesta de lucha-huida.

9.2. ¿Los pensamientos irracionales son siempre del mismo tipo?

Otra cuestión, que también consideramos errónea y que complica mucho más las cosas en la práctica clínica es la insistencia en toda la literatura psicológica sobre el tratamiento de los trastornos de ansiedad en que los contenidos cognitivos son siempre de tipo irracional, catastrófico con consecuencias tan graves o exageradas que pueden ser incluso mortales: volverse loco, perder el control, asfixiarse, sufrir un infarto, etc. Cuando la realidad nos muestra que los contenidos cognitivos del paciente con pánico rara vez son de tipo tan catastrófico como para implicar la propia muerte. En este punto, debemos tener en cuenta que en nuestra cultura la mayoría de las personas utilizamos un lenguaje muy catastrófico o exagerado para expresar el alcance de nuestro malestar. Por ejemplo, si esperamos una llamada importante podemos decir algo parecido a “si no me llama antes de mediodía me muero” o “como no me llame hoy me va a dar algo”, etc. Sin embargo, es solo una forma de expresar la preocupación o el malestar que estamos experimentando, pero en ningún caso estamos pensando o creyendo realmente que vamos a morir si no nos llaman o que nos va a suceder algo casi tan malo como la muerte.

Sería un error por ejemplo, comenzar a racionalizar con un paciente que sufre ansiedad social que es muy poco probable que alguien muera si tiene que hablar en público, aunque el paciente diga que morirá si se ve obligado a hablar ante una gran audiencia. Esta es a nuestro juicio una de las razones por las que fracasa con frecuencia la terapia cognitiva tradicional (tipo Ellis) del pánico, que parte del supuesto de que los pacientes tienen siempre pensamientos o creencias irracionales de contenido muy catastrófico que no verbalizan, bien porque los pensamientos se han automatizado y no tienen acceso a ellos, bien porque las sensaciones son tan fuertes que no pueden atender a sus pensamientos durante las crisis o bien porque los pensamientos andan por ahí en algún lugar de la mente, atorados, ocultos, diseminados, etc., pero pueden ser la causa de la ansiedad desadaptada, y por tanto debemos intentar identificarlos recurriendo a técnicas como la “flecha descendente”, que consiste en ir formulando una batería de preguntas que van desde las verbalizaciones más generales o ambiguas del paciente hasta la creencia irracional final, responsable de su malestar. Cuando se intenta aplicar al paciente la “receta” de la flecha descendente, como las que encontramos en algunos manuales, por ejemplo:

Balbupearé al hablar → La gente lo notará → Pueden reírse de mí → No me tomarán en serio → Pensarán que soy estúpido → Pensaré que soy estúpido. (Supuesto: si balbuceo, la gente pensará que soy estúpido, lo cual significa que lo soy.) (Wells, 1997).

Encontramos un tipo de reestructuración cognitiva muy poco hábil y afortunada, difícil de comprender (no solo para el paciente, sino también para el joven terapeuta) y probablemente condenada al fracaso.

De manera que no tiene sentido una terapia cognitiva centrada en preguntas estereotipadas de receta casera, que se puedan aplicar en todos los casos, como la batería

de cuestiones sobre pruebas de realidad que estamos comentando para la ansiedad de hablar en público, “¿qué pruebas tienes de que vas a morir si tienes que hablar en público?”, “¿en qué te basas?”, “¿cuál es la probabilidad de que suceda lo que temes?”, “¿para qué te sirve pensar así?”, etc. En cambio tiene más sentido aclarar simplemente que el lenguaje utilizado por el paciente indica una magnificación de las consecuencias amenazantes de la situación, ahorrándose esa batería de preguntas, absurdas en este caso.

La reestructuración cognitiva irá mejor orientada si se basa en un modelo más práctico, como el modelo de los sesgos cognitivos o el de la autorregulación emocional, que dice que cuando tenemos ansiedad social centramos nuestra atención en nuestra propia conducta y magnificamos pensamientos que atribuimos a las personas con las que estamos, en los que los demás nos evalúan negativamente por nuestra conducta “inapropiada”. Este modelo es muy claro para el paciente y para el terapeuta, está contrastado y es eficaz en la clínica. Si cambiamos esta forma de interpretar la situación y el patrón atencional, disminuirá el malestar subjetivo y la activación fisiológica.

Así, la reestructuración cognitiva de la ansiedad social irá mejor orientada si, en lugar de aplicar esa batería de preguntas idénticas para todos los pacientes, se dirige a deshacer la autofocalización de la atención en la propia conducta, así como a restar importancia a la probabilidad de que surja la amenaza, en este caso hacer el ridículo, adaptando estos dos objetivos a la problemática de cada persona, que es diferente de unos pacientes a otros.

Por ejemplo, a algunos pacientes les preocupa que los otros noten su ansiedad y lo interpretan como un signo de debilidad. En los casos en que esto sucede, podemos hacer notar que por lo general si pensamos que los demás perciben nuestra ansiedad y le damos mucha importancia a estos pensamientos acerca de nuestro problema de control sobre las respuestas involuntarias, aumentará nuestra ansiedad. Pero, en realidad, sucede que la ansiedad del otro solo se percibe en una mínima parte, por lo que parece lógico concluir que deberíamos restar importancia a este tipo de pensamientos, puesto que los demás apenas perciben nuestra ansiedad. Por supuesto, la perciben en mucho menor grado que nosotros mismos.

Además, por otro lado, si percibimos ansiedad en el otro no lo valoramos tan negativamente como cuando la sufrimos nosotros mismos, sino que empatizamos con esa persona. Entonces ¿por qué nuestra ansiedad sí será evaluada negativamente por los demás? ¿No será más probable que los otros también empaticen si notan que estamos nerviosos? Además, ¿hay alguien que no tenga nunca ansiedad? Es una emoción universal. ¿Deberíamos avergonzarnos de nuestras emociones negativas, como el miedo, la ansiedad, la ira, la tristeza, etc.?

Existen muchos ejemplos de otras interpretaciones erróneas y que pueden ser específicas para cada paciente, por lo que resulta difícil dar recetas simples que se puedan aplicar de forma rígida a todos los casos. Pero la idea central del modelo es clara y podemos aplicarla a todos los casos en los que hay mucha ansiedad inadecuada: existen distintos errores cognitivos que nos llevan a magnificar las amenazas y a

prestarles demasiada atención. Estos dos tipos de errores son comunes en los pacientes con trastornos de ansiedad y en el caso del pánico están centrados en las sensaciones físicas, pero cada paciente tiene sus propios errores cognitivos, sus propios síntomas, y no podemos aplicarles la misma discusión racional a todos. Algunos modelos antiguos, como el de la hiperventilación, no sirven para todos los casos. Han supuesto un avance, en su día, se pueden aplicar en algunos casos, pero no siempre.

En definitiva, debemos cuestionarnos recetas generales que no funcionan salvo en algunos casos, para aplicar modelos más generales basados en la evidencia que se pueden adaptar a cualquier caso. Así, en el tratamiento del pánico, no tiene sentido trabajar con todos los pacientes en la reinterpretación de la amenaza como si realmente pensasen en la posibilidad de morir, cuando esto no sucede en todos los casos. Igualmente, debemos desechar que tengamos que aplicar extrañas recetas rígidas, como esa clásica batería de preguntas de la terapia racional-emotiva, para llevar a cabo una discusión racional que no se adapte a nuestro caso o para encontrar ideas irracionales ocultas, que pocas veces aparecen.

9.3. Diferencias entre ansiedad, miedo y respuesta de lucha-huida

Para entender mejor qué es la ansiedad, podemos decir que se trata de una emoción similar al miedo, en algunos aspectos, pero que ambas reacciones difieren, por ejemplo, en que se producen en situaciones diferentes. Así, cuando se intentan diferenciar ambas reacciones emocionales, se alude muchas veces a la situación o estímulo que las provoca. La reacción de miedo estaría provocada por estímulos objetivamente peligrosos, como por ejemplo, aquellos que pueden poner en peligro la supervivencia. En cambio, la ansiedad sería una reacción provocada por estímulos que suponen una amenaza para los intereses del individuo, como por ejemplo, una amenaza para su imagen social, posibilidad de obtener resultados negativos, etc. De acuerdo con esta diferencia, sentiríamos miedo frente a un toro de lidia y podríamos tener ansiedad al hablar en público. Lógicamente, las reacciones ante un toro y ante una audiencia son también diferentes. En el primer caso, nuestros procesos cognitivos quedan prácticamente anulados por la intervención de estructuras subcorticales, como la amígdala; pero en el segundo caso, esto no sucede. Sin embargo, en muchas ocasiones, en la literatura psicológica se habla indistintamente de miedo o ansiedad, por ejemplo: miedo a hablar en público o ansiedad a hablar en público. De manera que, aunque se pueden establecer distinciones entre ansiedad y miedo, a veces usamos ambos términos como sinónimos. Pero veamos otras diferencias posibles, apuntadas desde los distintos enfoques que han investigado la emoción.

9.4. Diferencias según la psicología de la emoción

Si para diferenciar miedo y ansiedad tuviéramos que recurrir a las diferencias en el estímulo, cabría entonces pensar que existen muchas similitudes entre la reacción de ansiedad y la reacción de miedo. Sin embargo, al tratarse de estímulos que se diferencian en la naturaleza y cantidad de peligro objetivo que supone para el individuo, probablemente habrá también diferencias de intensidad, o diferencias en el patrón de respuestas que predominan en una situación u otra. Si decimos que las emociones nos preparan para adaptarnos mejor a la situación, resulta obvio pensar que la reacción ante una situación de peligro real (nos ataca un animal salvaje) debería ser diferente a la reacción ante una situación de amenaza a nuestra imagen social (tenemos que hablar en público).

Ante una situación de peligro, la reacción de lucha, huida o paralización se considera adecuada para la supervivencia y fuera del control de la voluntad del individuo. Así, si una persona indefensa ve como un individuo se acerca corriendo hacia él con un cuchillo en la mano y gritando, es probable que la decisión de correr, defenderse o quedarse paralizado no sea voluntaria, no la disponga su conciencia, sino que instintivamente (y a veces en contra de lo que había pensado hacer) inicie uno de estos patrones de conducta, dirigido a salvarle. Se trata de un programa de conducta involuntario en muchos casos.

En cambio, ante una situación de resultado incierto o de amenaza, como las que provocan ansiedad, una cierta reacción de incremento del estado de alerta o activación se considera suficiente para que resulte adaptativa. Así, ante un examen se incrementa el estado de alerta a nivel cognitivo (por ejemplo, pensamos más rápido), así como la activación fisiológica (aumenta la tensión muscular) y se agiliza la conducta (escribimos más rápido).

Por tanto, la reacción de miedo (especialmente si es intenso) englobaría mucho más claramente la reacción de lucha, huida o paralización; mientras que la reacción de ansiedad debería caracterizarse por una menor intensidad, aunque con un incremento de la activación fisiológica, cognitiva y conductual, pero siempre con un mayor grado de control voluntario por parte del individuo que en la reacción de lucha-huida-paralización.

En la psicología de las emociones podemos encontrar algunas otras diferencias entre una reacción de ansiedad y una reacción de miedo. Así, por ejemplo, en el estudio científico de la expresión facial de las emociones se reconoce claramente la expresión de miedo como una expresión característica universal, que se da en los individuos de todas las culturas. Se trata de una expresión particular que no se aprende por imitación, pues los niños ciegos de nacimiento también la desarrollan. Dicha expresión se pone en marcha de manera automática ante estímulos potentes que pueden poner en peligro la integridad del individuo, pero resulta difícil reproducirla de manera voluntaria para simular una expresión de miedo.

Sin embargo, no se reconoce la existencia de una expresión facial universal de ansiedad. Probablemente ello se debe a que el miedo se produce ante situaciones más relevantes para la supervivencia, por ejemplo, despertarse y descubrir que hay un ladrón en casa, mientras que la ansiedad se produce ante situaciones más frecuentes que pueden suponer para nosotros un problema de menor entidad en nuestra vida cotidiana, por

ejemplo, despertarse y descubrir que se ha perdido un vuelo.

Desde la psicología de la emoción se ha demostrado que pueden existir reacciones de miedo que no precisan de una valoración cognitiva de peligro previa a la reacción, sino que ciertos indicios pueden disparar una respuesta de lucha-huida-paralización sin que haya elaboración cognitiva, utilizando conexiones estímulo-respuesta directas preestablecidas. Ciertos estímulos incondicionados de peligro pueden provocar respuestas incondicionadas de miedo, aunque no hayan sido identificados plenamente. El circuito corto, a través de la amígdala, estaría encargado de las reacciones rápidas de miedo ante peligros para la supervivencia que requieren una respuesta inmediata para seguir viviendo. Por el contrario, la reacción de ansiedad sería siempre fruto de la valoración cognitiva de amenaza. Esta sería otra diferencia importante entre ambas emociones.

Por supuesto el enfoque cognitivo que se iniciaba prácticamente en los años ochenta discutió la posibilidad de que surgiera reacción emocional sin que hubiera valoración cognitiva (las famosas discusiones entre Lazarus y Zajonc), pero finalmente esta tesis sobre la prevalencia de la emoción frente a la cognición se ha impuesto para las situaciones de peligro y la reacción de miedo. De manera que esta sería una diferencia importante entre ambas emociones.

Esta diferencia sería importante a la hora de reducir una respuesta emocional de miedo frente a tener que reducir una respuesta emocional de ansiedad. La primera requeriría eliminar una conexión directa estímulo-respuesta en la amígdala y debería usarse la técnica de exposición al estímulo temido, poco a poco, por aproximaciones sucesivas, bajo condición de control del propio individuo. En el segundo caso, basta con una reestructuración cognitiva que permita cambiar la valoración de amenaza por una valoración de desafío y disminuya el sesgo atencional sobre la amenaza. Por lo tanto, quizás deberíamos diferenciar dos tipos de exposición, una, basada en el condicionamiento directo y, la otra, basada en el manejo de la ansiedad (utilizando reestructuración cognitiva y estrategias de relajación).

Muchos manuales explican la ansiedad recurriendo a la reacción de lucha-huida. Si tenemos en cuenta esta diferenciación que intentamos establecer entre miedo y ansiedad, no tendría sentido explicar la ansiedad a partir de los mecanismos del miedo (como reacción ante un peligro físico). La ansiedad habría que explicarla en términos más cognitivos y menos relacionados con la respuesta de lucha-huida. La ansiedad surge por una simple valoración cognitiva de amenaza, es decir, ante la posibilidad de que surja un resultado negativo. Basta con anticipar un posible problema. Por lo tanto, el tratamiento de la ansiedad estaría mucho más cerca de una simple reestructuración cognitiva que consiga reducir el grado de amenaza subjetiva y disminuya la focalización de la atención centrada en la amenaza, que de un descondicionamiento de las respuestas de miedo propias de la reacción de lucha-huida ante un peligro de muerte previamente condicionado. También es cierto que muchas veces el aprendizaje emocional llevado a cabo por el paciente implica respuestas de evitación, por lo que una técnica de exposición bien realizada también podría llevar al individuo a conseguir esa reestructuración cognitiva, disminuyendo la amenaza y la focalización de la atención, al ser capaz de

exponerse. Pero antes de aplicar una exposición pura y dura parece más lógico llevar a cabo una correcta psicoeducación, parte esencial de la reestructuración cognitiva que defendemos.

9.5. Diferencias entre ansiedad y miedo según el enfoque cognitivo

El enfoque cognitivo de la psicología, que hace más de treinta años ignoraba la investigación sobre la emoción (a la que consideraba una desviación de los procesos cognitivos racionales), hoy resulta ser un paradigma esencial en el estudio de la naturaleza de las reacciones emocionales. Desde este enfoque, la diferencia entre la ansiedad y el miedo radicaría, en principio, más que en la situación que produce la respuesta o en la expresión facial, en la valoración cognitiva que el individuo hace de la situación. Así, una misma situación podría ser interpretada como peligrosa o como amenazante, con lo que la misma situación podría provocar miedo o ansiedad, dependiendo de la interpretación individual. Esta distinta interpretación o valoración cognitiva daría lugar a reacciones diferentes, aunque podrían considerarse en muchos puntos similares. Por lo tanto, la distinción entre miedo o ansiedad dependería de la valoración cognitiva individual.

Como ya hemos señalado la hipótesis de la primacía de la cognición sobre la emoción de Lazarus, en los años ochenta, ha quedado bastante cuestionada a partir de los trabajos de investigación sobre la amígdala en la reacción de miedo. Pero el estudio de las relaciones entre cognición y emoción, especialmente en el caso de la ansiedad, nos puede ayudar a entender mejor la emoción, cómo surge en muchos casos, cómo se potencia, cómo se mantiene, o cómo se debilita, en función del tipo de actividad cognitiva relacionada con la emoción.

Dentro del enfoque cognitivo existen diferentes modelos que intentan explicar el pánico. En general, varios de ellos comparten la idea de una magnificación de las consecuencias que pueden tener las sensaciones físicas. Así, por ejemplo, hemos hablado ya del concepto de sensibilidad a la ansiedad, que sería el miedo o temor a tener altos niveles de ansiedad, o experimentar una alta activación fisiológica (temor a las sensaciones físicas), como una característica de las personas que sufren pánico.

9.6. ¿El paciente con pánico tiene miedo o tiene ansiedad a sus sensaciones físicas?

La cuestión podría ser relevante porque si tuviera miedo condicionado es probable que fuese imprescindible utilizar la técnica de exposición gradual progresiva, mientras que si experimentara ansiedad, la reestructuración cognitiva de la valoración de amenaza podría ser suficiente.

En efecto, uno de los constructos cognitivos que más investigación ha generado en la explicación del pánico es el de sensibilidad a la ansiedad, que se refiere al grado de temor que provoca la reacción de ansiedad en cada individuo. De las tres dimensiones que componen la sensibilidad a la ansiedad (temor a las sensaciones físicas, temor a la observación social y temor a volverse loco), la que mejor explica el pánico, la más relacionada con este trastorno, es la dimensión de temor a las sensaciones físicas.

Al evaluar cognitivamente las consecuencias de una situación amenazante se produce de manera automática un incremento de la activación fisiológica. Existen muchas situaciones que pueden generar ansiedad. En la vida cotidiana, las situaciones ambiguas, sin resultado cierto, nos activan y nos ponen en alerta si las valoramos como relevantes para nosotros. Estos cambios son normales en todos los individuos, aunque existen diferencias individuales en la intensidad de las respuestas fisiológicas provocadas por un mismo estímulo y existen diferencias individuales en el patrón de activación, de manera que unos individuos presentan más reactividad a una determinada respuesta que en las demás (unos sudan más, otros experimentan más la tensión muscular, etc.), siendo este patrón diferente entre distintos individuos.

Las personas con altas puntuaciones en el grado de temor a las sensaciones físicas inocuas que produce la ansiedad es más probable que lleguen a desarrollar, primero, ataques de pánico y, después, trastorno de pánico, que suele evolucionar hacia un trastorno de pánico con agorafobia. Estas personas cuando experimentan uno de sus temidos ataques de pánico pueden llegar a creer que su vida está en juego (aunque propiamente no lo esté), por lo que en tal caso, podrían estar experimentando una reacción de miedo más que una reacción extrema de ansiedad, de acuerdo con las diferencias que hemos intentado establecer siguiendo el modelo cognitivo. Recordemos que el término inglés para este desorden de ansiedad es *panic attack* (“ataque de pánico”), que en España se ha traducido a veces como “crisis de angustia”. Pero, en cualquier caso, aclaremos que ya no se trata de una reacción emocional normal, sino patológica (ataque de pánico), que ha ido evolucionando a lo largo del tiempo, en forma de un aprendizaje progresivo que ha ido aumentando la frecuencia de los ataques de pánico.

Otro constructo psicológico que ha surgido en el enfoque cognitivo y puede explicar el desarrollo de ataques de pánico es el de *sesgo cognitivo*. Tanto el sesgo atencional como el sesgo interpretativo, centrados ambos en la actividad física que produce la ansiedad, estarían en la base del ataque de pánico y el trastorno de pánico. Cuando una persona prioriza la información fisiológica que experimenta durante un estado de ansiedad y la valora como una amenaza, provocará un incremento de la temida, y excesivamente atendida, activación fisiológica, entrando en un bucle sin fin (cuanto más se incrementa la activación, más temida y atendida estará, lo que provocará de nuevo un mayor incremento), que podría desencadenar un ataque de pánico.

Los sesgos cognitivos pretenden explicar tanto la reacción emocional normal como los trastornos emocionales. La cuestión de si el trastorno de pánico es un trastorno de ansiedad o un trastorno de miedo no se ha planteado abiertamente en la literatura

científica. Pero no todos los pacientes con trastorno de pánico creen que su vida corre peligro (muchos temen simplemente el malestar que producen las sensaciones físicas, o la pérdida de control sobre estas, o la evaluación social por esa falta de control), por lo que no cabe pensar que el pánico es un trastorno del miedo y no de la ansiedad. ¿Tendría sentido considerar que existe un trastorno de pánico que es una patología del miedo y otro que es una patología de la ansiedad? Si fuese así, el primero sería más grave y reduciría la posibilidad de que el individuo pudiera actuar con sus procesos cognitivos voluntarios para disminuir la ansiedad; sin embargo, esto no es lo que sucede en la clínica del pánico, sino que por el contrario, aunque el paciente crea que su vida está en riesgo, la mera información sobre la inocuidad de sus sensaciones físicas es de gran ayuda.

Antes decíamos que la reacción de miedo se asocia más con el peligro que entraña una situación que puede poner en riesgo la vida (por ejemplo, una situación traumática, como un asalto con armas o una violación). En cambio, en una reacción de ansiedad la actividad cognitiva muchas veces está relacionada con otras fuentes diferentes (de la situación que la provoca), como por ejemplo la activación fisiológica (que previamente haya podido provocar una situación de amenaza, pero que también puede provocar un cambio hormonal o estar viviendo una etapa de fuerte demanda en el ambiente o estrés). Según la primera formulación del modelo de los cuatro factores de Eysenck, si los sesgos cognitivos (en el caso de la ansiedad, los sesgos más importantes son el atencional y, sobre todo, el interpretativo) están centrados en la activación fisiológica, es probable que se desarrolle un trastorno de ansiedad concreto, el trastorno de pánico; en cambio, cuando los sesgos cognitivos están centrados en la situación o estímulo, sería más probable un trastorno de ansiedad diferente, la fobia específica. Pero la revisión de la literatura científica, por parte de Michael W. Eysenck, le ha llevado hace unos años a una reformulación de su modelo (Eysenck y Eysenck, 2007). Uno de los cambios consiste en sustituir la fobia específica, un trastorno de ansiedad poco clínico, por otro que claramente lo es, sin duda mucho más grave, el trastorno por estrés postraumático. Es decir, en la segunda formulación del modelo, se defiende que si los sesgos cognitivos están centrados en la situación, el trastorno de ansiedad más probable sería el trastorno por estrés postraumático. Pero este trastorno de ansiedad exige haber experimentado (o haber sido testigo o haber tenido noticia de) una situación o evento potencialmente traumático, en el que esté en juego la supervivencia.

La gran mayoría de las personas que han sufrido eventos potencialmente traumáticos (dos de cada tres ciudadanos europeos) no llega a desarrollar un trastorno de estrés postraumático, sino que solamente el 1,5% de la población europea lo ha llegado a desarrollar. Según algunos modelos cognitivos, como el de Anke Ehlers y David M. Clark, desarrollar el trastorno o no, una vez experimentado el evento traumático, dependería especialmente de la valoración cognitiva que se hace del evento potencialmente traumático (Ehlers y Clark, 2000). Es evidente que la valoración de la situación es un factor importante, pero también es verdad que existe una gran variabilidad en la gravedad “objetiva” de los eventos que consideramos potencialmente traumáticos. Así, por ejemplo, la violación es mucho más probable que produzca el trastorno de estrés

postraumático que el accidente de automóvil. ¿Qué cuenta más la valoración cognitiva o la gravedad de la situación? Es difícil pronunciarse, pues ambos factores influyen, pudiendo hacerlo de manera diferente en cada caso. No obstante, algunos casos de estrés postraumático estarían más cerca de poder ser considerados un trastorno de miedo que de ansiedad. Serían aquellos casos más severos con un mayor grado de respuestas emocionales condicionadas, con una mayor anulación de la voluntad para poder afrontar cognitivamente, al menos en un primer momento, la reexperimentación de la situación por la gran cantidad de respuestas fisiológicas asociadas a dicha situación, con una elevadísima intensidad, un enorme malestar psicológico y una fuerte sensación de pérdida de control.

Pero este no es el caso del pánico. Otra cuestión diferente es si el pánico puede ser analizado como una reacción emocional normal. En los casos menos graves, podríamos considerarlo así, pero a medida que se va avanzando en gravedad, nos alejaríamos más de la reacción emocional normal. Finalmente, recordemos que el trastorno de pánico es reconocido como un desorden de ansiedad en todas las clasificaciones nosológicas de trastornos mentales y en la investigación de estos trastornos, aunque no así los ataques de pánico subclínicos, que son mucho más frecuentes en la población general y no siempre desencadenan un trastorno de ansiedad.

9.7. La evidencia científica sobre la eficacia de la exposición interoceptiva

Si repasamos las primeras explicaciones de la exposición interoceptiva para el tratamiento del trastorno de pánico, vemos que Goldstein y Chambless (1978) fueron los primeros en proponer que los ataques de pánico podrían basarse en un condicionamiento clásico de sensaciones, unido a creencias erróneas, por lo que mediante exposición repetida a las sensaciones temidas (exposición interoceptiva), podría eliminarse la asociación entre las sensaciones y las interpretaciones erróneas de estas. Sin embargo, en la actualidad y pese al uso extendido de la exposición interoceptiva en la clínica de los trastornos de pánico, no existe realmente apoyo empírico sobre su eficacia (Schmidt y Trakowski, 2004). De hecho, una activación fisiológica elevada podría producir una *sensibilización* a los síntomas (véase la teoría de la incubación en Hans J. Eysenck, 1982). Además, diversos estudios han demostrado que algunos síntomas respiratorios, como sensación de atragantamiento o de ahogo, no se manifiestan en todas las personas cuando sufren ataques de pánico, otras, no llegan a experimentar una reacción desproporcionada de ansiedad, aunque se aumente el tiempo de la hiperventilación, en otros casos, la persona puede experimentar un genuino ataque de pánico en el que va a experimentar cambios muy bruscos como taquicardia, sudor, escalofríos, etc., pero no sufrir cambios en el ritmo respiratorio u opresión en el pecho. Por lo tanto, teniendo en cuenta, el elevado número de investigaciones realizadas, hoy en día, es difícil afirmar que la exposición interoceptiva por sí sola es una técnica eficaz para eliminar el trastorno de pánico. Para

una discusión sobre este tema véase el artículo de Wood (2006).

Sin embargo, la exposición ha demostrado ser una técnica al menos tan eficaz como la reestructuración cognitiva, tanto para el pánico sin agorafobia, como para el pánico con agorafobia. Algunos autores han considerado que la exposición interoceptiva a las sensaciones físicas, cuando es posible (p. ej., cuando la activación fisiológica está generada de manera natural por la presencia de una situación agorafóbica), puede cumplir la función de modificar la interpretación catastrofista de dichas sensaciones. Para que dicha reinterpretación pueda tener lugar, el paciente debería aceptar (en lugar de intentar evitar) no solo la presencia de la situación que dispara las sensaciones, sino el malestar asociado a las sensaciones. Este es el componente más importante de la terapia de aceptación y compromiso, un nuevo cuño para viejas prácticas.

Es fácil entender que si en la fobia simple a las inyecciones o al tratamiento dental, la anticipación, magnificación y evitación del dolor o malestar producidos por estos tratamientos médicos juegan un lugar importante en el desarrollo y mantenimiento del temor fóbico, de la misma manera la anticipación, magnificación y evitación de las sensaciones físicas de la ansiedad explicarán el desarrollo y mantenimiento del pánico. Por lo tanto, en ambos casos, tanto para la fobia específica a estos tratamientos médicos como en el caso del pánico, el tratamiento debe incluir la aceptación y exposición de cierta dosis de malestar producido bien por el tratamiento médico bien por las sensaciones físicas de ansiedad.

Seguimos defendiendo que en el tratamiento del pánico es mejor comenzar con una reestructuración cognitiva que vaya disminuyendo la focalización de la atención en las sensaciones físicas (anticipaciones, rumiaciones, etc.), así como las magnificaciones de la valoración cognitiva (importancia dada al malestar, intolerancia a las sensaciones físicas de activación, etc.), para después pasar a una exposición progresiva en la que haya una actitud favorable a la aceptación de las sensaciones, al mismo tiempo que se intenta disminuir la importancia de estas, e incluso con cierto grado de distracción (sin caer en una conducta de evitación o seguridad).

La aceptación de cierto grado de malestar, sin intentar aumentarlo, podría ayudar a dejar de evitar y a habituarse a los niveles de ansiedad y activación altos que previamente al pánico podía soportar. Tras el desarrollo del trastorno de pánico, el paciente se vuelve intolerante a las sensaciones físicas de activación y lucha por no tener que afrontar situaciones que impliquen aumento de la activación fisiológica, lo que suele implicar evitación de un amplio abanico de situaciones que generan ansiedad. El paciente llega a creer que la curación del pánico consistiría en no volver a experimentar activación fisiológica o ansiedad. Pero esta creencia no es realista, sino que por el contrario, el paciente debe aprender a tolerar la activación fisiológica propia de la ansiedad.

Por lo tanto, la exposición debe ir acompañada de ciertas habilidades cognitivas y conductuales de manejo de la ansiedad, pero también con cierto grado de aceptación del malestar, al que habrá que ir restando importancia, pues las sensaciones pueden ser interpretadas de manera muy diferente. Habrá que pasar de dar mucha importancia a darle menos, e incluso habrá que entender que esas sensaciones no son una amenaza

para la salud, sino un aviso, una alerta, una activación de recursos necesarios para afrontar mejor la situación, etc.

El tratamiento de la alergia alimentaria a la proteína de la leche de vaca ha desarrollado un procedimiento de exposición progresiva a la proteína de la leche de vaca a lo largo de unas veinte semanas, que ha resultado ser muy eficaz (Sánchez-García *et al.*, 2012). Al tratarse de una reacción alérgica, probablemente generada por una reacción aprendida del sistema inmune en una edad temprana, el tratamiento basado en la exposición progresiva al alergénico (proteína de la leche de vaca) en dosis muy pequeñas, gradualmente aumentadas y mantenidas, produce un resultado muy eficaz. Se trata de una línea de investigación reciente en la que todavía los investigadores de pediatría no saben si denominar a este tratamiento *inmunoterapia oral*, *inducción de la tolerancia* o *desensibilización*. Pero nos gustaría analizar brevemente esta información para resaltar algunos aspectos que nos pueden ser útiles en el tratamiento del pánico.

En primer lugar, destacar que los sistemas fisiológicos sobre los que no tenemos voluntad, como el sistema nervioso autónomo o el sistema inmune, pueden ser modificados por procedimientos experimentales de exposición gradual. En segundo lugar, queremos destacar que probablemente los principios del condicionamiento clásico fueron pioneros en este tipo de investigación, comenzando con modelos animales. En tercer lugar, que el condicionamiento en humanos adultos puede ser diferente al de niños preverbales y animales, al incluir variables cognitivas, especialmente en el condicionamiento de respuestas del sistema nervioso autónomo, en los casos en los que tenemos alguna conciencia de dichas respuestas o pueden ser alteradas por *biofeedback* (“biorretroalimentación”). En cuarto lugar, seguramente la eficacia de los procedimientos de exposición diseñados esté relacionada con la probabilidad de que las variables cognitivas no interfieran negativamente en el aprendizaje por asociación que supone la exposición. En quinto lugar, el aprendizaje por exposición probablemente mejore su eficacia si se pueden sumar otros tipos de aprendizaje más cognitivos, siempre que vayan en la misma dirección y no en la contraria.

9.8. El tratamiento conductual del pánico no es solo exposición interoceptiva

La mayor parte de los pacientes con trastorno de pánico tienen también agorafobia, por lo que además de eliminar el temor a las sensaciones físicas y los ataques de pánico, debemos conseguir que el paciente se enfrente de nuevo a las situaciones que evita. En la práctica clínica que venimos defendiendo y que recomendamos encarecidamente porque funciona (así se comprueba en la evaluación postratamiento y en el seguimiento de los casos tratados), es habitual que la exposición a situaciones temidas (típicamente agorafóbicas, como algunos transportes), además de hacerse poco a poco, la haga el propio paciente sin que tenga que estar presente el terapeuta. Además, por lo general, no es necesario programar las exposiciones con el paciente, sino que él mismo va

introduciendo progresivamente en su vida la exposición a esas situaciones que antes evitaba. El psicólogo es un especialista que dirige el proceso, sugiere el ritmo, hace un seguimiento de dicho proceso, refuerza por los avances (por pequeños que sean), enseña al paciente a autorreforzarse por sus logros, corrige los errores sin castigar (incluso premia el esfuerzo realizado aunque no haya un resultado positivo), enseña al paciente a no generar pensamientos o conductas de autocastigo (por ejemplo, a no ser crítico consigo mismo porque algo no ha ido bien), procura que no se produzca sensibilización (lo contrario de habituación, no debe seguir exponiéndose si no experimenta algún grado de mejora de su control), genera expectativas positivas de resultado, enseña al paciente la importancia de tales expectativas, y le insta a ser paciente y esperar una mejoría total con la práctica prolongada durante meses, que se desarrollará más allá del alta terapéutica.

En definitiva, el terapeuta dirige el proceso de la exposición y enseña al paciente cómo debe mejorar sus habilidades de autocontrol para ser un agente activo en dicho proceso. A la larga, ese entrenamiento que lleva a cabo el paciente en su vida cotidiana a lo largo del tiempo, le proporcionará el control que había perdido sobre el manejo de su ansiedad en presencia de las situaciones temidas.

Este es el tipo de exposición a situaciones temidas que recomendamos, adaptada a cada individuo, precedida por la reestructuración cognitiva y la relajación, para adquirir previamente un mejor manejo de la ansiedad. En cambio no recomendamos el uso de exposición interoceptiva, salvo algún caso extraordinario, en el que esté siendo poco útil la reestructuración cognitiva y persista un gran temor a las sensaciones físicas.

La relajación

La relajación es una técnica de reducción de la activación fisiológica que ha demostrado ser eficaz para el tratamiento de los trastornos de ansiedad y otros desórdenes emocionales. Su grado de eficacia es medio, con un tamaño del efecto en torno a 0,40. Por lo tanto, no debe utilizarse como una técnica única (puesto que existen otras más eficaces, como la reestructuración cognitiva o la exposición), ni constituir el eje central del tratamiento. Aunque es capaz de reducir la ansiedad en los tres sistemas de respuesta (cognitivo-subjetivo, fisiológico y conductual-motor), su eficacia se centra especialmente en la reducción del nivel de activación fisiológica; pero, a su vez, esta reducción puede ayudar a controlar mejor la actividad cognitiva, a disminuir el malestar subjetivo o a enfrentarse con (en lugar de evitar) situaciones amenazantes.

La ansiedad al igual que otras emociones, especialmente las emociones negativas (como la ira), produce activación, es decir, provoca un aumento de la intensidad o frecuencia de muchas respuestas fisiológicas como tasa respiratoria, tensión muscular, temperatura, sudoración o respuestas electrodermales, así como el incremento de determinadas funciones digestivas, cardiovasculares o neuroendocrinas, entre otras. Cuando estamos tensos, nerviosos o enfadados, se incrementa la actividad del sistema nervioso motor o somático, aumenta nuestra tensión muscular, así como las secreciones digestivas y otros síntomas neurovegetativos (como la tasa cardíaca); además, nuestra mente trabaja más rápidamente, centrando la atención en la amenaza o el problema.

Por el contrario, la relajación es una técnica que pretende disminuir esos síntomas regulados por el sistema nervioso somático, de carácter voluntario, o por el sistema nervioso autónomo, cuyo control es automático o involuntario, o por el sistema nervioso central, cuya actividad podemos dirigir.

Si la ansiedad produce efectos de activación en diferentes subsistemas del sistema nervioso o del sistema endocrino, la relajación tiene que conseguir el efecto contrario en dichos subsistemas. En general, podemos usar tres grandes estrategias que pueden ayudar a reducir o manejar la activación fisiológica.

10.1. Técnicas para reducir la activación fisiológica

Una primera técnica radica en aprender a disminuir la tensión muscular, realizando ejercicios de tensión (poco intensos y breves) y relajación muscular (más largos), y comparando las sensaciones que producen ambos, para adquirir las habilidades necesarias para identificar la tensión y eliminarla. Es el caso de la técnica de relajación

muscular progresiva (Bernstein y Borkovec, 1983).

Otra segunda consiste en utilizar la respiración, por ejemplo, modificando la frecuencia de inhalaciones y exhalaciones, para cambiar el ritmo respiratorio, desde el patrón típico de la ansiedad (respiraciones rápidas y más superficiales) a un patrón de relajación (respiraciones más lentas y más profundas). La respiración tiene componentes voluntarios e involuntarios, por lo tanto podemos respirar voluntariamente a un ritmo más lento y más profundo, que además de disminuir la tasa respiratoria, produce una disminución de la tasa cardíaca y de otras funciones reguladas por el sistema nervioso autónomo. Por lo tanto, aunque no podemos regular voluntariamente algunas funciones, como la actividad cardíaca, podemos hacerlo indirectamente a través de la respiración. Existen distintas técnicas de relajación mediante la respiración, como la abdominal o diafragmática.

La tercera estrategia se basa en la modificación de la actividad de nuestro sistema de procesamiento de información en aquellos aspectos que podemos hacerlo voluntariamente, por ejemplo, cambiar el foco o el tema de nuestra atención. Así, no es lo mismo dejarse llevar por las preocupaciones poco racionales (rumiaciones prolongadas) o intentar pensar fríamente. No es lo mismo estar pensando o imaginando una escena emocional (por ejemplo, una amenaza de resultado no deseado, como suspender un examen) que imaginar una escena relajante (por ejemplo, dar un paseo por un lugar relajante como la playa o la montaña). En efecto, estos dos tipos de actividad cognitiva producen efectos diferentes e incluso contrarios sobre nuestra experiencia emocional: procesar una amenaza produce experiencia de ansiedad, mientras que procesar una información asociada a bienestar producirá relajación. A su vez, la experiencia emocional de bienestar y una baja activación pueden influir sobre nuestra capacidad para procesar información, por ejemplo, mejorando nuestra capacidad de concentración para hacer un examen. Así pues, además de mejorar la actividad cognitiva (pensar de manera más eficiente para resolver problemas) o la experiencia subjetiva (reducir las preocupaciones y la sensación de ansiedad), hay una serie de funciones fisiológicas que también pueden disminuir con esta estrategia, como las respuestas electrodermales, que aunque son involuntarias, pues están reguladas por el sistema nervioso autónomo, dependen también del sistema nervioso central, es decir, dependen de lo que estemos pensando, de cómo procesamos la información o qué procesamos.

Cuando un individuo está siendo registrado a nivel fisiológico por un aparato de registro para evaluar sus respuestas electrodermales (se colocan unos electrodos en sus dedos anular e índice y se observan los cambios en la activación de esta respuesta), si escucha una palabra neutra como “mesa”, se activa muy poco o no se activa nada esta respuesta fisiológica, pero si el estímulo es una palabra emocional, por lo general se activan las respuestas electrodermales. Cuando una persona imagina una escena emocional, se activan algunas respuestas emocionales (como las respuestas electrodermales), pero cuando imagina una escena relajante, tienden a disminuir poco a poco estas respuestas. Existen distintas técnicas de relajación que utilizan esta estrategia, como las técnicas de imaginación o las de sugestión.

Puesto que estos tres tipos de estrategias pueden ayudar a disminuir la activación de diferentes respuestas fisiológicas, lo ideal será utilizar técnicas de los tres tipos (muscular, respiratoria e imaginación), con el fin de sumar un mayor número de respuestas o funciones que puedan beneficiarse de esa disminución de actividad.

10.2. El entrenamiento en relajación

El entrenamiento en relajación no es una tarea complicada, lo puede llevar a cabo el propio paciente en su casa, mediante la grabación de una sesión o bien mediante cualquier versión de relajación muscular progresiva que pueda encontrar en el mercado (aunque sería conveniente mezclar los tres tipos de relajación). Es beneficioso que se practique todos los días, durante unos tres meses al menos, y cuanto más tiempo le dedique a la relajación mejores resultados se obtendrán. Muchas veces, el terapeuta lo único que tiene que hacer es dar instrucciones detalladas sobre la práctica de la relajación, suministrar una grabación y corregir errores. Por ejemplo, cuando el paciente tensa demasiado los músculos (riesgo de dolor e incluso de distensión, contractura o rotura de fibras musculares) o piensa en otras actividades mientras practica la relajación (está relajando unas respuestas, pero incrementando la activación de otras), le ayudaremos a corregir ese exceso de tensión muscular y a tener más centrada su atención en la tarea que está realizando, enseñándole a tensar y relajar los músculos adecuadamente, a respirar más profunda y lentamente o a pensar en situaciones relajantes reales o imaginarias que le ayuden a elicitar respuestas de relajación.

Hay que tener en cuenta que para relajarse, es especialmente relevante lo que pensamos (el foco de nuestra atención), de manera que no podemos estar haciendo relajación y al mismo tiempo pensar en las tareas que vamos a hacer después, o no podemos estar pensando en los problemas que nos preocupan, porque lo que estaremos haciendo es, por un lado, relajando (por ejemplo, los músculos) y, por otro lado, activando (por ejemplo, tasa cardíaca o respuestas electrodermales). Por lo tanto, la atención tiene que estar plena y conscientemente en los ejercicios de la relajación, ya sean ejercicios de tensión y relajación, ya sean ejercicios respiratorios, o bien ejercicios de imaginación de situaciones relajantes (deberían irse alternando los tres tipos).

No todas las grabaciones que podemos encontrar en Internet o comprar en el mercado son buenas para relajarnos. Con frecuencia, encontramos grabaciones que difícilmente pueden ser buenas para producir relajación. Por ejemplo, en algunas hemos encontrado que se dan instrucciones para realizar operaciones aritméticas, como contar, cuando este tipo de tareas se utiliza habitualmente en la investigación en psicofisiología para producir activación. En otras, podemos encontrar ideas peregrinas sobre el efecto catártico de la expresión de la ira. En fin, conviene asegurarse de la procedencia de la grabación que se va a utilizar.

Con la práctica habitual de la relajación se consigue una disminución de la activación fisiológica a medio plazo (unos tres meses) y su efecto se mantiene en el seguimiento (un

año). Por lo tanto, se trata de un efecto relativamente estable. En cambio, los tranquilizantes consiguen una disminución de la activación fisiológica a muy corto plazo, pero su efecto no se mantiene, sino que muchas veces se produce recaída tras la retirada (por lo que se hace necesario continuar tomándolos). Es decir, que los tranquilizantes y la relajación serían eficaces para reducir la ansiedad-estado a corto plazo, medido por el STAI-estado de Spielberger, pero las reducciones más importantes del nivel general de ansiedad a medio plazo, medido con el STAI-rasgo, se conseguirían mejor con la relajación (Spielberger *et al.*, 1982).

En el tratamiento del pánico, las primeras sesiones conviene que sean con una periodicidad semanal, con el fin de que el paciente aprenda rápidamente lo más básico, no vuelva a tener ataques de pánico, aprenda a utilizar las herramientas que le van a llevar a resolver su problema, realmente confíe en la eficacia del tratamiento y no lo abandone. Así, conviene que el paciente comience a practicar en casa la relajación desde las primeras sesiones. En tan solo unas diez o doce sesiones, que es menos de tres meses, se puede espaciar la frecuencia de las consultas y verle cada quince días, y después una vez al mes. Dependiendo de cada caso, el número final de sesiones puede variar. No es lo mismo un paciente que acaba de tener sus primeros ataques de pánico que un paciente que lleva años sufriendolos; no es lo mismo un paciente que no ha tomado medicación que un paciente que lleva muchos años tomando tranquilizantes; no es lo mismo una persona con un nivel cognitivo de desarrollo a nivel de un universitario o equivalente que una persona con un nivel cultural bajo, que le cuesta más entender conceptos, o no es lo mismo una persona que hace todas las tareas que se le piden, como por ejemplo, practicar la relajación todos los días, que una persona que le cuesta hacer las tareas que le encomienda su terapeuta.

Un número reducido de personas con trastorno de ansiedad pueden tener dificultades para aprender a relajarse, especialmente las que sufren trastorno por estrés postraumático, o trastorno obsesivo-compulsivo. Por lo general, las personas con trastorno de pánico y agorafobia no suelen tener grandes dificultades, salvo que exista comorbilidad con un trastorno más grave, como los mencionados, o que exista una determinada personalidad muy obsesiva que le impida concentrarse o abandonarse durante los ejercicios de relajación.

10.3. ¿Es la relajación una estrategia de afrontamiento evitativa?

Como ya hemos comentado ampliamente en el capítulo dedicado a la exposición, la relajación, al igual que la terapia cognitiva o la distracción, es otra de las técnicas cuya eficacia para el tratamiento del trastorno de pánico con agorafobia ha sido cuestionada en la literatura científica. Sin ánimo de ser reiterativos y centrándonos en este caso únicamente en la técnica de relajación, citaremos algunas de estas críticas. Por ejemplo, White y Barlow (2002) consideran que cualquier intento de minimizar los síntomas – como la relajación, la distracción o la terapia cognitiva– podría funcionar como una

conducta de huida o neutralización que debilitaría la exposición y que, además, podría ser incompatible con la eficacia de la terapia cognitiva al impedir que la persona compruebe que sus valoraciones catastróficas son infundadas si cada vez que experimenta los síntomas que teme recurre a la relajación como una estrategia de afrontamiento que denominan *evitativa*. Beck y Clark (2012) sugieren que el objetivo de la terapia debe centrarse en desactivar los esquemas del miedo para reducir la ansiedad y no en la adquisición de una estrategia de afrontamiento para evitar las sensaciones. Estos autores suelen recomendar la relajación solo en el caso de que la persona experimente un nivel de ansiedad tan extremo que le impida realizar cualquier tarea de exposición, lo que resulta en parte contradictorio con nuestra observación de que muchas personas bajo estado de extrema ansiedad suelen tener problemas precisamente para hacer relajación. Desde esta perspectiva, también se recomienda la relajación solo en aquellos casos en los que la persona tenga una edad avanzada, o que haya padecido o padezca trastornos cardiovasculares. Sin embargo, hay que señalar que suele ser muy difícil relajar a una persona de edad avanzada en consulta si no se siente cómoda al tumbarse en un sofá. Además, las personas mayores no suelen demandar tratamiento psicológico, presentan menos trastornos de ansiedad (al menos, tal y como son evaluados hoy en día) y recurren mucho más a los psicofármacos que el resto de la población adulta (una de cada tres ancianas consume tranquilizantes y/o antidepresivos). Y a mayor nivel de edad, más se acentúan estos rasgos.

Otros autores, plantean que la relajación puede ser contraproducente porque enseña a la persona a detectar la información interoceptiva, las sensaciones físicas, y por tanto aumentaría la atención en los síntomas y con ello la ansiedad. Sin embargo, plantean un tratamiento que consiste en centrar la atención todo lo que se pueda en los síntomas y no huir de ellos (exposición interoceptiva). Si no se añade nada más, el mismo procedimiento (prestar atención a las sensaciones), no puede ser usado para rechazar la relajación y para defender la exposición interoceptiva. En todo caso, habrá que añadir algo más o aclarar de alguna forma esta aparente contradicción.

Vamos a intentar aclararlo desde el punto de vista que venimos defendiendo en este libro. A nosotros nos parece que en la relajación se debe insistir en prestar atención a las sensaciones, pero con un objetivo diferente al que se pretende en la exposición interoceptiva. En esta, el objetivo es generar más ansiedad, para que el paciente pueda tener ocasión de comprobar que no pasa nada y disminuya su ansiedad. En cambio, en la relajación el objetivo es fijarse en sensaciones de activación desagradables (p. ej., sensaciones de tensión muscular, o asociadas a respiración agitada, o a imaginación de situaciones cargadas de ansiedad), para poner en marcha estrategias de desactivación fisiológica y autorregulación emocional que conduzca a un cambio en las sensaciones, de manera que disminuyan las sensaciones desagradables y aparezcan sensaciones agradables (p. ej., de distensión muscular, o cómo sale el aire lentamente de nuestros pulmones, produciendo sensación de control, o cómo disfrutamos de otras sensaciones al imaginar un paisaje idílico).

Aquí nos gustaría resaltar que el uso de algunas estrategias de desactivación y

autorregulación emocional, como por ejemplo soltar los músculos o respirar profunda y lentamente, durante la exposición no elimina por completo los síntomas, pero ayuda a manejar mejor el exceso de activación fisiológica y permite a la persona a manejar mucho mejor sus pensamientos y su emoción, lo que es de gran ayuda para seguir practicando la exposición hasta desarrollar nuevos hábitos que van a permitir afrontar correctamente de nuevo la situación.

Los argumentos que se esgrimen desde el modelo conductual tradicional contra esta práctica dejarán de tener sentido si se demuestra que es eficaz. En esta línea están trabajando muchos autores que siguen los modelos transdiagnósticos de la autorregulación emocional o los de la reestructuración cognitiva de D. M. Clark para la fobia social o de Ehlers y D. M. Clark para el trastorno por estrés postraumático (Ehlers y Clark, 2000). Mientras tanto, nos resulta difícil entender lo siguiente: ¿por qué cuando una persona intenta calmarse o relajarse en lugar de centrarse en los síntomas, no podrá comprobar que sus valoraciones son falsas o que sus miedos son infundados? o ¿por qué no se pueden desactivar los esquemas del miedo intentando calmarse mediante la relajación o la terapia cognitiva o cualquier otra estrategia que ayude a manejar la ansiedad?

Es igualmente difícil que una persona se pueda relajar si se encuentra bajo un estado emocional muy alterado; por ejemplo, una víctima de un evento traumático, que sufra altos niveles de hiperactivación. Si una persona se siente aterrorizada con sus síntomas de ansiedad o esos síntomas son consecuencia de una experiencia traumática (asalto, violación, accidente grave, etc.), va a resultar casi imposible conseguir que se relaje, pues cuando una persona experimenta un suceso traumático, algunos estímulos condicionados pueden evocar sensaciones asociadas al trauma tan intensas y desbordantes que pueden tener más fuerza que el propio razonamiento. En situaciones de emergencia la emoción puede predominar sobre la razón pues las respuestas emocionales están controladas por la amígdala, una estructura subcortical muy primitiva encargada de activar la respuesta de lucha-huida cuando aparece un estímulo que pone en peligro la supervivencia. Es en la amígdala donde tiene lugar el aprendizaje asociativo no consciente, que tiene mucha más fuerza que el aprendizaje cognitivo consciente, en este tipo de situaciones, y que puede provocar una reacción emocional de alarma o emergencia incluso en ausencia del estímulo. Para una discusión sobre este tema véase el artículo de Dongil-Collado (2008).

Por último, en el caso de personas que han sufrido trastornos cardiovasculares, la relajación les viene muy bien, efectivamente, pero es que la relajación viene bien a todos los pacientes, no solamente a estos. Si podemos hacer relajación con ancianos, mucho mejor, y si una persona anciana no tiene inconveniente en tumbarse en un sofá en la consulta, aprenderá mejor, y si además lo practica en su casa y le resulta agradable, le será muy útil. Por lo tanto, la relajación es buena en general para todas las personas, si bien no con todas las personas vamos a conseguir con la misma facilidad que aprendan a relajarse.

10.4. La eficacia de la relajación durante la exposición

El enfoque conductista de la ansiedad que considera esta como una respuesta condicionada que solo se puede superar mediante exposición ha sido superado por una visión cognitiva más amplia, en la que existen algunas respuestas condicionadas, pero existen sobre todo procesos cognitivos, como la atención y la valoración, que provocan o están muy relacionados con respuestas de ansiedad. Desde este nuevo enfoque cognitivo, la ansiedad no surge solo por asociación con un estímulo incondicionado, sino sobre todo como consecuencia de valoraciones magnificadas de amenaza y ruminaciones prolongadas en el tiempo (sesgo atencional); además, para que funcione la exposición, el paciente debe tener cierto grado de control percibido, que se lo da la información (entrenamiento psicoeducativo), así como el entrenamiento en habilidades de reestructuración cognitiva, relajación y a veces exposición.

Por lo tanto, no compartimos que la relajación sea una estrategia defensiva que debilita la exposición, pues para que una persona pueda pensar mejor, es esencial que se desactive, ya que si está muy activada, muy nerviosa, va a pensar cosas más amenazantes, más emocionales, porque va a centrar su atención en problemas y esa atención le va a provocar más ansiedad. Mientras que si una persona se encuentra relajada, está en una situación más neutra, de menor activación emocional y eso es fundamental para conseguir el bienestar psicológico, para ir manejando cada vez mejor sus pensamientos, procesos cognitivos, respuestas de ansiedad y por supuesto para eliminar el pánico.

Por otra parte, nos parece que entender la relajación como una conducta de evitación es contradictorio con los propios principios de la exposición. Pensemos, por ejemplo, ¿por qué se jerarquiza entonces la exposición? Sin duda, porque se necesita que la persona se exponga a su miedo en un estado emocional controlado o con cierto grado de control percibido. Es decir, exponer a una persona de manera gradual o por aproximaciones sucesivas a algo que teme, que es la práctica recomendada, es congruente con la idea de que la persona se encuentre mínimamente serena o relajada para poder realizar la exposición. Y es congruente con que se encuentre tranquila por sus propios medios, porque sabe relajarse, ya que ha practicado la relajación durante dos o tres meses y le funciona (lo ha incorporado al repertorio de recursos propios de afrontamiento). Y sin duda, es mejor que se encuentre serena porque es capaz de manejar sus emociones mediante la relajación, a que se encuentre serena porque haya tomado un tranquilizante, cuyo efecto tan solo durará unas horas y no es un recurso propio, sino ajeno, lo que está en la base de la dependencia psicológica de los tranquilizantes.

10.5. Cuándo es ineficaz la relajación

Existen efectivamente algunos casos en los que la relajación podría funcionar como una

técnica poco eficaz o incluso “evitativa”. En concreto en algunos casos de pacientes con trastorno obsesivo o con una personalidad muy obsesiva. Pero debemos tener en cuenta que las personas obsesivas pueden aplicar cualquier técnica terapéutica –no solo la relajación– de manera rígida, estereotipada y desprovista de su verdadero significado, como si se tomaran una pastilla o realizaran un ritual que puede curarles. En estos casos nos encontramos ante personas con muchas dificultades para entender qué es la relajación o los principios en los que se basa una técnica y aplicarla adecuadamente, ya que para ellos integrar nueva información, u observar sus respuestas cognitivas, fisiológicas o conductuales, o relacionar conceptos (o incluso la propia psicoeducación), les suele producir más ansiedad o incluso nuevas obsesiones. Por lo tanto se trata de tipos especiales de pacientes con poca capacidad de abstracción y tendencia a ritualizar cualquier recomendación de su terapeuta. En estos casos puede resultar igualmente difícil aplicar la exposición o conseguir que aprendan a relajarse.

Por lo tanto, puede ser muy difícil que se relajen algunas personas con un determinado perfil obsesivo o con dificultades para manejar el hilo de sus pensamientos; tal es el caso de personas rumiativas (dan muchas vueltas a sus problemas y a los pensamientos negativos), sensibilizadoras (tienden a pensar mal de sí mismas y a centrar su atención en las cosas negativas que les pueden afectar), aprensivas (con temor a que lo desconocido les afecte negativamente), rígidas (poco flexibles, solo pueden ver las cosas de una determinada manera), sugestionables (dan gran importancia a sus pensamientos, que pueden confundir con la realidad), o con perfiles similares en los que se mezclan algunas de estas características. Por ejemplo, esta dificultad para aprender a relajarse puede observarse en personas que sufren una fuerte sintomatología de tipo hipocondríaco o con dificultades para manejar su atención o los pensamientos intrusos. Para estas personas, aprender a relajarse puede llevar mucho tiempo y puede no ser conveniente pedirles que practiquen la relajación diariamente, sobre todo si lo que consiguen es activarse más, en lugar de disminuir su activación fisiológica. En estos casos habrá que considerar la posibilidad de utilizar fármacos, preferentemente antidepresivos, en lugar de tranquilizantes, si fuese necesario; o bien, si no es necesaria la medicación, sustituir la relajación por actividad física (pasear, nadar, etc.), que aun siendo menos eficaz para disminuir la activación fisiológica que la relajación, puede ayudar a estas personas.

La reestructuración cognitiva basada en modelos experimentales de la ansiedad

Ya en los años sesenta y setenta, bajo el empuje cognitivo, surgieron nuevos modelos teóricos que desarrollaron una forma alternativa de entender el origen de los trastornos de ansiedad. Por ejemplo, se plantearon otras formas de adquisición de los desórdenes emocionales de tipo fóbico (las fobias) que eran diferentes del condicionamiento directo y condicionamiento operante, defendidos por el conductismo. Así, se planteó que la experiencia indirecta con el estímulo fóbico (aprendizaje vicario, o por observación, y transmisión de información) podía explicar la aparición de nuevas fobias, sin que hubiese experiencia directa con estímulos incondicionados. Según esta explicación, la fobia se adquiriría también por observación de una experiencia negativa sucedida a otra persona, o por la información transmitida por otros. Por ejemplo, los niños adquirirían algunos temores fóbicos por la observación del temor de sus padres o por instrucción de estos. En cierto sentido suponía una ampliación del objeto de estudio: los mismos trastornos de ansiedad (fóbicos) podían ser ahora estudiados desde un enfoque cognitivo, sin cuestionar excesivamente el modelo conductual tradicional del condicionamiento emocional.

Desde una perspectiva cognitiva, se supone, que tanto en la conducta emocional normal, como en los trastornos emocionales, los significados privados de las personas juegan un papel importante. Estos significados se estudian a partir de los informes verbales conscientes. Suelen considerarse los contenidos cognitivos (pensamientos, imágenes, etc.), los procesos (valoración, atribución, etc.) y las estructuras. Con el tiempo se han ido creando una serie de conceptos tales como las creencias irracionales, los pensamientos automáticos, las autoinstrucciones, la autoeficacia percibida, etc., que pueden ayudar a entender cómo se producen las emociones y las alteraciones emocionales.

La ansiedad desde este nuevo enfoque cognitivo está generada por las evaluaciones de los sucesos internos y externos, por las atribuciones de causalidad que realizan las personas, por la forma en que se estructura o interpreta la realidad, por el autodiálogo interno, por las autoinstrucciones negativas, por la falta de habilidad para resolver problemas, etc. Por lo tanto, si el individuo es consciente de ello (el origen cognitivo de su problema) y modifica estas variables cognitivas, puede modificar las reacciones y conductas de ansiedad. Este modelo de paciente activo, frente a una concepción asociacionista más pasiva de los modelos tradicionales del aprendizaje y la modificación de conducta, tiene indudables ventajas en la clínica, pues el paciente puede colaborar

más activamente en la solución de sus problemas.

En el tratamiento de los trastornos emocionales, a partir de esa nueva concepción, la terapia racional-emotiva de Ellis y la terapia cognitiva de Beck se sumaron como apéndices al tratamiento conductual tradicional, basado especialmente en la exposición, a partir de la investigación y la práctica con la desensibilización sistemática. Al mismo tiempo que se iban definiendo más claramente los distintos trastornos de ansiedad en la DSM-III R, el tratamiento se iba haciendo más específico para cada trastorno, pero solía incluir un aprendizaje conductual (exposición, entrenamiento en habilidades sociales, dependiendo del tipo de trastorno), a veces más la relajación y, por lo general, las nuevas técnicas cognitivas.

De esta manera, el tratamiento cognitivo-conductual del pánico, desde los años ochenta, incluiría la exposición interoceptiva y la discusión emotiva de las creencias irracionales, como paquete básico. Pero hasta hace poco, la reestructuración cognitiva era la pariente pobre como veremos a continuación, cuando se comparaba la eficacia de las técnicas conductuales frente a las cognitivas.

Se desarrolló una línea de investigación que analizaba en qué medida las técnicas cognitivas podían aumentar la eficacia de la exposición. Con alguna frecuencia se publicaron artículos en los que no se había encontrado que existiesen diferencias significativas cuando se comparan el tratamiento solo con exposición, o con exposición más reestructuración cognitiva (García López, 2000). Por ejemplo, para la fobia social, los resultados de tres meta-análisis llevados a cabo sobre la importancia de añadir el componente cognitivo al tratamiento con exposición habían mostrado que la exposición por sí sola era al menos tan eficaz como el tratamiento combinado de reestructuración cognitiva y exposición (Feske y Chambless, 1995; Gould, Buckminster, Pollack, Otto y Yap, 1997; Taylor, 1996). En conclusión, no parecía quedar claro cuál era la contribución de las técnicas cognitivas al tratamiento de la fobia social. La conclusión era que, por aquel momento, los datos de investigación no permitían determinar la utilidad real de la reestructuración cognitiva, al menos en el tratamiento de la ansiedad social. Por tanto, las investigaciones futuras deberían intentar analizar qué variables podrían estar influyendo en la eficacia de cada uno de los tratamientos.

En nuestra opinión, una de las variables que podrían estar mediando en que las técnicas cognitivas no aportasen mucho a la exposición podría ser el tipo de técnicas cognitivas que se habían utilizado, pues cuando analizamos qué modelos de reestructuración cognitiva se habían aplicado en las investigaciones, encontramos que en todas ellas se había utilizado únicamente la terapia racional-emotiva de Ellis (RET) y en menor medida la terapia cognitiva de Beck. Si repasamos las bases sobre las que se asienta la RET, vemos que se trata de un tipo de reestructuración cognitiva centrada exclusivamente en recoger evidencias a favor y en contra de las interpretaciones catastróficas de los pacientes, algo que como venimos señalando suele resultar un fracaso terapéutico por sí solo.

Sin embargo, en una revisión sistemática más reciente, que incluye un meta-análisis, sobre la eficacia de la exposición y la reestructuración cognitiva en los diferentes

trastornos de ansiedad, Ougrin (2011) encontró que para la fobia social, la reestructuración cognitiva es más eficaz que la exposición. ¿Cuál es la razón de este cambio? Quizás que los tres estudios incluidos en el capítulo de fobia social de este meta-análisis son más recientes (Clark *et al.*, 2006, 2003; Hofmann, 2004), en primer lugar. Y segundo, que han sido realizados por dos grupos de investigación que investigan, promueven y desarrollan la reestructuración cognitiva, por lo que no se limitan a utilizar las técnicas tradicionales de reestructuración cognitiva de Ellis y Beck. Por ejemplo, el modelo de terapia cognitiva para la fobia social de David M. Clark (Clark, 2001; Clark y Wells, 1995) es muy similar a la reestructuración cognitiva basada en el modelo de distorsiones cognitivas y fallos en la regulación emocional que defendemos en este libro: atención autofocalizada en la propia conducta, sesgos interpretativos e inferencias negativas sobre la propia conducta, evitaciones y conductas de seguridad, anticipaciones negativas e interpretaciones negativas posteriores, etc.

Por otra parte, no nos parece muy acertado entender la exposición como una técnica exclusivamente conductual, que no implique ningún tipo de orientación o procesamiento cognitivo consciente. En nuestra opinión la exposición implica inevitablemente en mayor o menor medida un componente cognitivo, ya que es imposible dejar de pensar, o dejar de pensar en algo concreto al instante, cuando se realiza la exposición. No es posible dejar la mente en blanco, ni es posible manejar el pensamiento totalmente a voluntad. Por lo tanto, en las situaciones que nos generan ansiedad los pensamientos están presentes. En los ejercicios de exposición, normalmente, hay actividad cognitiva consciente que puede ayudar a la eficacia de la exposición. En general, en cualquier situación que se genere ansiedad el procesamiento cognitivo consciente estará presente. En cambio, en situaciones de peligro inminente para la vida, como por ejemplo ser atacado o inmovilizado por un extraño, ser encañonado o sentir un arma blanca en el cuerpo, puede llevar a cabo acciones que no habíamos decidido conscientemente hacer. En todas estas situaciones de peligro suele intervenir la amígdala para dar una respuesta inmediata de lucha-huida que pueda ayudarnos a ponernos a salvo y, en tales situaciones, el pensamiento consciente juega un papel menor.

Como ya se ha señalado, en las últimas décadas el enfoque cognitivo ha ido desplazando su interés desde los contenidos hacia los procesos y sesgos cognitivos. En la actualidad contamos con un cierto número de modelos teóricos cognitivos de este tipo, que intentan explicar, a partir de algunos procesos cognitivos (atención, valoración cognitiva, atribución de causalidad) y sesgos cognitivos, los trastornos emocionales. Estos modelos no provienen de la psicología clínica.

Lo mismo ha sucedido con una línea de investigación muy prolífica y rica, desarrollada a partir de los noventa, que se denomina *regulación emocional* (Gross, 1998). Gross y Levenson (1993) se plantearon que si generamos experimentalmente un estado emocional, por ejemplo mediante un vídeo, podemos analizar si la reinterpretación cognitiva es una estrategia de regulación emocional mejor o peor que la supresión de la reacción emocional, a nivel subjetivo (medido mediante autoinforme), fisiológico (registro fisiológico de respuestas autonómicas) y motor (mediante observación). Se ha

encontrado que la supresión de pensamientos emocionales es peor estrategia, porque hace aumentar la activación fisiológica, sea o no percibida por el individuo. En los últimos veinte años, esta línea de investigación se ha desarrollado considerablemente, tanto que hoy pretende explicar la psicopatología emocional a partir de intentos fallidos de autorregulación emocional. Por lo tanto, el tratamiento de los desórdenes emocionales hoy en día puede incluir como objetivo la modificación de estrategias de regulación emocional, a través de la reestructuración cognitiva.

11.1. La brecha entre la investigación y la práctica clínica

En un principio los modelos de sesgos cognitivos o de la regulación emocional no han desarrollado primariamente técnicas cognitivas de tratamiento. Así, Michael W. Eysenck o James J. Gross siguen siendo hoy grandes desconocidos, en general, para la psicología clínica, porque ellos no trabajan en la práctica ni en la investigación clínicas, sino en la psicología cognitiva experimental o en la psicología de las emociones. En realidad, la mayor parte de las técnicas cognitivas no han sido desarrolladas por psicólogos experimentales con orientación cognitiva, sino por psicólogos clínicos a partir de su experiencia con pacientes, como ha sido el caso de la terapia racional-emotiva de Ellis o la terapia cognitiva de Beck. En estos casos el modelo y la técnica están estrechamente unidos, aunque a veces los modelos son poco teóricos y, por lo tanto, menos explicativos. Pero ya a finales de los noventa, se estaba produciendo un progresivo acercamiento entre los modelos procedentes del laboratorio (inicialmente no orientados a la clínica) y los que provienen de la clínica. Esta aproximación ha dado lugar al surgimiento de nuevas técnicas cognitivas o enriquecimiento y desarrollo de las tradicionales. En cualquier caso, hoy contamos con un buen número de técnicas y estrategias cognitivas que se aplican en la práctica de la psicología clínica y que están generando mucha investigación, con gran interés básico y aplicado.

A pesar de que estos tratamientos psicológicos, basados en la reestructuración cognitiva de los sesgos cognitivos cometidos en el procesamiento de información o la modificación de la autorregulación emocional, están demostrando ser más eficaces que el tratamiento convencional para reducir o eliminar los trastornos de ansiedad, existe una brecha o laguna importante entre la investigación y la práctica clínica, que deberíamos intentar reducir. Este libro de tratamiento del pánico basado en esta reestructuración cognitiva (pero apoyada también en la relajación y las técnicas centradas en la conducta) pretende ser una herramienta de ayuda para este objetivo de acercar la investigación a la práctica clínica.

11.2. La teoría de los cuatro factores de la ansiedad

Bajo nuestro punto de vista, una de las teorías o modelos cognitivos que mayor impacto

podría tener en el estudio y tratamiento del trastorno de pánico, es la teoría de los cuatro factores de Michael W. Eysenck (1997) desarrollada a inicios de la década de los noventa. Esta teoría propone que la ansiedad depende fundamentalmente de *dos sesgos cognitivos* a la hora de procesar la información: el sesgo atencional y el sesgo interpretativo. El primero se entiende como la tendencia a atender más selectivamente a la estimulación de tipo amenazante que a la estimulación de tipo neutro. Mientras que el segundo supone la tendencia a interpretar las situaciones ambiguas como amenazantes. Desde este modelo, la reestructuración cognitiva del pánico debe ir encaminada a redirigir la atención hacia otro tipo de estimulación diferente de las sensaciones ansiosas, y a interpretar esas sensaciones de forma menos amenazante.

Los sesgos cognitivos son hoy un concepto bien estudiado en la psicología cognitiva experimental y, en esos experimentos, se ha descubierto que las emociones dependen de una serie de errores o tendencias a la hora de procesar la información, que pueden ser de varios tipos: *sesgos de atención, sesgos de interpretación y sesgos de memoria*. Parece ser, que los dos primeros son los que están implicados en la ansiedad y el de memoria también en la depresión. En el sesgo atencional, la persona prioriza una información y está prestando atención continuamente a esa información (que suele ser amenazante), por ejemplo, a la propia activación fisiológica en el caso del pánico; o a la propia conducta que puede ser objeto de evaluación por parte de los demás, en el caso de la ansiedad social; o a los pensamientos intrusos, en el caso de un trastorno obsesivo-compulsivo; o a estar pendiente de los perros, en el caso de una fobia específica de este tipo, o a atender cualquier suceso amenazante como si se tratase de una tragedia, en el caso de la ansiedad generalizada. En todos estos casos, se ha ido produciendo un progresivo aprendizaje que consiste en magnificar la importancia y centrar cada vez más la atención en aquello que se considera una amenaza. Esta magnificación de la importancia y esta focalización de la atención generan un procesamiento de la información emocional que da como resultado respuestas de activación fisiológica y pensamientos negativos que suponen malestar subjetivo, propios de la ansiedad.

11.3. Las cuatro fuentes de la ansiedad según el modelo de los sesgos cognitivos

La teoría de los cuatro factores de Michael Eysenck defiende que la experiencia de la ansiedad depende de cuatro fuentes de información fundamentales:

1. La estimulación ambiental (situación).
2. La actividad fisiológica del individuo.
3. La conducta del individuo.
4. Las cogniciones intrusas del individuo.

A su vez, la influencia de cada una de estas fuentes de información sobre la ansiedad

que experimentamos es modificada por sesgos cognitivos, como indica la [figura 11.1](#). El sesgo cognitivo más importante para la ansiedad es el sesgo interpretativo (la tendencia a interpretar la estimulación y eventos ambiguos de forma amenazante).

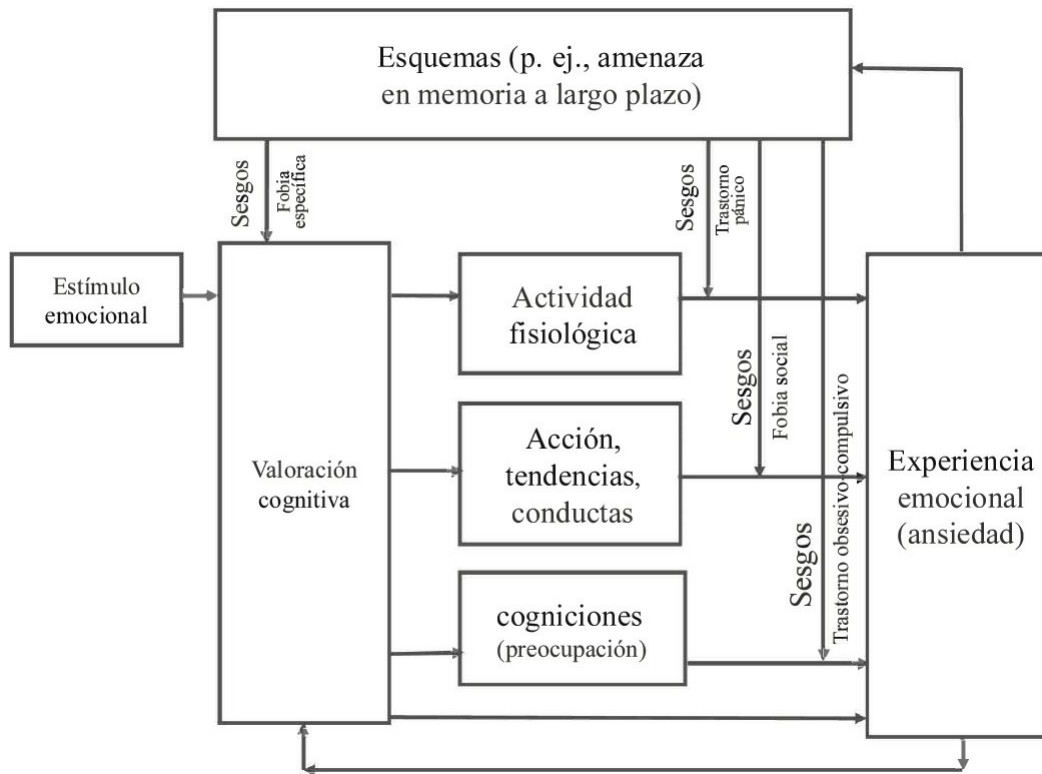


Figura 11.1. La teoría de los cuatro factores aplicada a la ansiedad clínica (Eysenck, 1997; Eysenck y Derakhshan, 1997).

La ansiedad dependerá de la situación en que nos encontramos (especialmente, de la valoración cognitiva de la situación como una amenaza), de la percepción de síntomas físicos, de los pensamientos, así como de nuestra conducta. Adicionalmente, la ansiedad se puede ver incrementada por la magnificación (sesgo interpretativo) que concedamos a cada uno de estos cuatro factores, así como a la focalización de la atención en dichos factores (sesgo atencional).

Según la primera versión de esta teoría, en cuatro de los principales trastornos de ansiedad (trastorno de pánico, fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo y fobia específica) aparece un sesgo interpretativo relacionado con una de las cuatro fuentes de información: el trastorno de pánico con las sensaciones físicas, la ansiedad social con la propia conducta, el trastorno obsesivo-compulsivo con los pensamientos que se quieren suprimir y la fobia específica con la situación. En la segunda versión, Eysenck realizó algunos cambios, por ejemplo sustituyó en este esquema la fobia específica por el trastorno de estrés postraumático. Veamos cómo explica el modelo cada uno de estos trastornos de ansiedad.

11.3.1. Trastorno de pánico

El trastorno de pánico está relacionado con sesgos atencionales e interpretativos acerca de la activación fisiológica (sensaciones físicas), de manera que las personas con este trastorno pasan mucho tiempo atendiendo a sus respuestas fisiológicas, o a los cambios que sufren estas, información que es interpretada erróneamente, en términos de catástrofe o gravedad extrema. Así, algunos pacientes con pánico pueden creer que están sufriendo un infarto, se están volviendo locos o sufrir otras experiencias similares.

Siguiendo este modelo, en la adquisición y desarrollo de los síntomas de pánico y agorafobia se habría estado produciendo un aprendizaje cognitivo que consiste en que el individuo identifica la situación temida como una amenaza muy fuerte, interpreta erróneamente sus sensaciones de ansiedad y miedo, les atribuye unas consecuencias catastróficas, que en realidad no tienen, pero todo ello lleva a un procesamiento cognitivo que activa aún más las respuestas fisiológicas que ya están asociadas a la situación. Por lo tanto, el tratamiento debería revertir este proceso y no limitarse a la exposición a las sensaciones, que la mayoría de las veces no sirve al paciente, por las razones que ya hemos expuesto. A su vez, la relajación podría servir de apoyo en este proceso de aprendizaje terapéutico, que debería insistir en prestar menos atención a dichas sensaciones y a no darles tanta importancia.

11.3.2. Fobia social

La fobia social o trastorno por ansiedad social se explica por los sesgos cognitivos centrados en la propia conducta que se desarrolla en situaciones sociales. A la conducta social propia se le presta demasiada atención, a la vez que se considera inapropiada y valorada negativamente por los demás (aunque esta valoración atribuida a los otros es en realidad una autovaloración). En general, el paciente con ansiedad social teme que está haciendo el ridículo y que los demás le van a rechazar por ello. Su atención está focalizada en este tipo de pensamientos, que le generan ansiedad.

11.3.3. Trastorno obsesivo-compulsivo

Los sujetos con trastorno obsesivo-compulsivo presentarán más sesgos centrados en sus cogniciones, de manera que dedicarán más tiempo a pensamientos intrusos (que quieren suprimir o controlar) e interpretarán erróneamente la actividad de pensar en esas intrusiones (y su falta de control), lo que terminará produciendo gran ansiedad. Por ejemplo, hay pacientes con un trastorno obsesivo-compulsivo que consideran igual de grave el pensar algo contra alguien (como una agresión o un abuso sexual) que hacerlo. Ello les produce ansiedad e intentan suprimir esos pensamientos (de daño a otros), pero como no pueden suprimirlos, pasan mucho tiempo pensando en lo que no quieren pensar y generan mucha ansiedad, lo que aumenta sus distorsiones cognitivas.

11.3.4. Trastorno de estrés postraumático

Según la primera formulación del modelo de los cuatro factores de la ansiedad, en la fobia específica los sesgos cognitivos de atención e interpretación se centran en un estímulo concreto, que es el que produce temor, activación fisiológica, evitación, etc. Cuando en una situación determinada está presente el estímulo fóbico, la atención se centra en dicho estímulo, cuya sola presencia provoca la reacción de ansiedad o miedo, como consecuencia de la interpretación errónea que se hace de este y de la experiencia pasada con él.

En la segunda formulación del modelo, Eysenck consideró que la fobia específica es muy poco clínica, contrariamente al trastorno por estrés postraumático que puede producir síntomas muy graves, los cuales se explican según esta teoría por sesgos cognitivos centrados en la situación traumática.

11.3.5. Ansiedad generalizada

Por último, en el trastorno de ansiedad generalizada, según la primera versión del modelo de los cuatro factores, los sesgos cognitivos se centrarían en las cuatro fuentes que pueden producir ansiedad: la activación fisiológica, la conducta, los pensamientos y el estímulo o situación. Pero en la segunda formulación del modelo se omitió esta explicación del trastorno de ansiedad generalizada, a la que se considera más relacionada con trastornos de personalidad.

Pero vamos a centrarnos en el trastorno de pánico y la agorafobia, para ver cómo podemos enriquecer su tratamiento desde este modelo.

11.4. Cómo llevar a cabo la exposición

Desde el enfoque cognitivo que estamos desarrollando, se concede una importancia fundamental a la interpretación errónea de las cuatro fuentes de la ansiedad. Por ello, el tratamiento debe centrarse en la corrección de dichos errores. También cuando el paciente se expone a las situaciones que le generan ansiedad. Por lo tanto, en los ejercicios de exposición el paciente debe aprovechar la experiencia que está desarrollando para reaprender a interpretar correctamente esas cuatro fuentes (la situación, las sensaciones físicas, los pensamientos y su propia conducta). También debe reajustar el foco de su atención a esas amenazas, reduciendo dicha atención.

Desde nuestra experiencia, para llevar a cabo la exposición, no es necesario realizar una programación exhaustiva o elaborar un listado jerarquizado de ítems o situaciones temidas que debamos seguir rigurosamente, sino que podemos adaptar la exposición de las situaciones temidas a las necesidades y dificultades del paciente. Sin embargo, creemos que el paciente debe tener información detallada y minuciosa de los principios

en los que se basa la técnica de exposición y debe entender con claridad los objetivos de esta.

Nuestra labor consistirá en orientarle y guiarle en todo el proceso de manera que pueda ir afrontando progresivamente cada una de las situaciones que le causan malestar y que en general está evitando. El objetivo es que vaya desarrollando por sí mismo un afrontamiento activo y progresivo, dirigido por su terapeuta, de cada una de las situaciones que teme. Por tanto, el número de situaciones temidas a las que debe exponerse gradualmente se pueden ir programando a lo largo de las sesiones, y salvo algún caso excepcional en el que el paciente no sea capaz por sí mismo o no cuente con la ayuda de su entorno, no es necesaria nuestra presencia en las exposiciones.

El papel del psicólogo en todo el proceso debe abarcar diferentes objetivos. Por un lado, generar expectativas positivas de éxito, reforzar por los avances conseguidos y apoyar incondicionalmente cada progreso por pequeño que sea. Además, debe enseñarle a autorreforzarse o premiarse por los logros alcanzados, así como a corregir sin castigar posibles errores. Por otro lado, debe comprobar que con la exposición el paciente esté adquiriendo realmente mayor control de la situación, procurando que no se produzca sensibilización, en cuyo caso, deberíamos interrumpir la exposición o abordar objetivos más asequibles.

En todo este proceso el psicólogo debe ser flexible y adaptar la exposición a las necesidades y dificultades que vayan apareciendo, así como motivar al paciente para que a través de la práctica prolongada consiga superar las inseguridades y su trastorno de pánico definitivamente.

En resumen, podríamos decir que el terapeuta enseña al paciente cómo manejar sus emociones y cómo desarrollar habilidades de autocontrol para que pueda participar activamente en todo el proceso de exposición. Con el tiempo, ese aprendizaje llevado a cabo en situaciones de su vida cotidiana le permitirá recuperar el control que había perdido sobre su ansiedad y sobre su conducta y enfrentarse eficazmente a sus inseguridades ante las situaciones temidas.

Por lo tanto, el tipo de exposición a las situaciones temidas que recomendamos debe ir precedida por la reestructuración cognitiva y por la relajación, de manera que la persona vaya adquiriendo gradualmente un mejor manejo de su ansiedad. Además, este proceso terapéutico debe adaptarse a las características de cada individuo.

En cuanto al uso de la exposición interoceptiva, solo tendría sentido aplicarla siempre que dicha exposición produzca cierto temor, cosa que muchas veces no sucede, ya que el paciente no suele temer algo que pueda provocar él mismo, de forma voluntaria (por ejemplo, hiperventilando).

Sí que puede ser útil en aquellos casos en los que hay un gran temor a sensaciones físicas que no se están desvaneciendo con la reestructuración cognitiva, en cuyo caso es más probable que dicha exposición produzca cierto temor.

En cualquier caso, esta exposición interoceptiva debe ir dirigida a restar importancia a las sensaciones temidas.

La reestructuración cognitiva en el trastorno de pánico

El modelo de reestructuración cognitiva que proponemos en este libro parte del supuesto, en general comprobado, de que el paciente con trastorno de pánico magnifica la importancia de las sensaciones físicas que produce la ansiedad y centra su atención en dichas sensaciones.

Además, podemos suponer que ha desarrollado el trastorno de pánico a partir de un aprendizaje erróneo acerca de dichas sensaciones, puesto que antes era mucho más tolerante con ellas. En este aprendizaje, a partir de una experiencia súbita, inesperada y descontrolada de ansiedad, que ha experimentado con gran temor, no ha sido capaz de reevaluar cognitivamente lo sucedido y disminuir la importancia de las sensaciones inocuas de ansiedad, sino que por el contrario ha ido generando progresivamente mayores sesgos o errores cognitivos de atención (focalización permanente, rumiación constante) e interpretación (magnificación catastrofista) centrados en sus síntomas físicos.

Por otro lado, este aprendizaje también podría entenderse como que se habrían producido igualmente fallos en la autorregulación de la ansiedad, por ejemplo, predominio de las estrategias de rumiación y evitación, en lugar de utilizar estrategias de reinterpretación, refocalización de la atención y afrontamiento activo. Y se entendería que estos errores en la autorregulación emocional estarían en la base de los ataques de pánico. Tanto el desarrollo de distorsiones o sesgos cognitivos como el de fallos en la autorregulación de la ansiedad explicarían el aumento progresivo y mantenimiento de la ansiedad y el pánico.

También el modelo del condicionamiento clásico puede explicar el inicio de este aprendizaje. El proceso podría iniciarse, por ejemplo, cuando una persona ha tenido una reacción extrema de ansiedad, descontrolada, no esperada, inexplicable, que puede cumplir los criterios de un ataque de pánico, o cuando ha experimentado una situación de riesgo físico. En esta reacción podría producirse la activación del procesamiento emocional del miedo a nivel de la amígdala, un centro de conexiones neuronales que regula la activación del sistema nervioso autónomo, el estado de alerta, la respuesta de alarma y los recuerdos emocionales.

Dicha activación suele producirse ante una situación concreta y puede desarrollarse un condicionamiento clásico de respuestas fisiológicas de miedo a dicha situación. Se generan en la amígdala nuevas conexiones entre respuestas emocionales de tipo aversivo y los estímulos que las han provocado (o estaban presentes), y originan así un

aprendizaje emocional o recuerdo emocional, que se generaliza a situaciones similares, de manera que, al volver a exponerse a dichas situaciones, estas provocan respuestas fisiológicas automáticas, que el individuo no puede controlar, volviendo a activarse el procesamiento y la reacción del miedo.

Esta reacción puede ser tan desagradable e incontrolable que la persona que la sufre tiende a evitar tales situaciones, aunque entienda racionalmente que no hay presencia de riesgo físico. La evitación de una situación permite que se desactive temporalmente la reacción fisiológica condicionada, pero dicha asociación irá desarrollando cada vez más fuerza, como veremos a continuación, lo que incrementará el temor a afrontarla en el futuro.

Además, paralelamente se estará desarrollando un aprendizaje cognitivo que consiste en que el individuo identifica la situación como una amenaza muy fuerte, interpreta erróneamente sus sensaciones de ansiedad y miedo, les atribuye unas consecuencias catastróficas, que en realidad no tienen, y centra su atención en todos estos elementos, repasándolos una y otra vez, pero todo ello supone un procesamiento cognitivo que estará activando aún más las respuestas fisiológicas que ya están asociadas a la situación. Además, producirá unas fuertes sensaciones de malestar, alta activación y pérdida de control.

Cada individuo suele presentar una mayor reactividad fisiológica en un determinado sistema (respiratorio, cardiovascular, somático, digestivo, etc.) y se suele especializar en síntomas de un determinado tipo, o condicionar más fácilmente las respuestas de ese sistema. Algunas personas, por ejemplo, tienden a hiperventilar y desarrollar temor a las sensaciones respiratorias (p. ej., dificultades para respirar, sensación de ahogo) y cardiovasculares (p. ej., taquicardia, palpitaciones), mientras que otros individuos tienen más facilidad para desarrollar intensas respuestas de activación de otros sistemas y es más probable que condicionen o asocien otras respuestas (sudor, rubor, temblor, tensión, sensación de mareo, molestias digestivas, etc.) con la situación amenazante.

Por otro lado, el individuo va desarrollando más sesgos cognitivos, más distorsiones cognitivas, como la priorización de la información emocional sobre la neutra, y presta cada vez más atención a la situación que ha adquirido este tinte emocional de amenaza, o a ciertas manifestaciones de la emoción (p. ej., síntomas físicos), realizando muchas anticipaciones que ocupan mucho tiempo de la actividad cognitiva consciente de esta persona, lo que desencadena de nuevo más reactividad fisiológica en las respuestas asociadas con la situación. Pero probablemente se presta más atención a la información emocional porque previamente se desarrollan sesgos interpretativos o magnificaciones de la valoración cognitiva, que llevan a ver la situación ligada con algunas manifestaciones de la emoción (sensaciones físicas) como una fuerte amenaza, algo que se observa también en niños con trastornos de ansiedad.

Todo este proceso, relacionado con el pánico a las sensaciones físicas, llevaría poco tiempo después al desarrollo progresivo del trastorno de pánico, así como de un nuevo trastorno de ansiedad, la agorafobia. Esta se caracteriza por la evitación de un creciente número de situaciones temidas que pueden provocar ansiedad y pérdida de control, algo

que casi siempre va unido a los ataques de pánico. La frecuencia de las anticipaciones cognitivas sobre estas situaciones y su evitación se va a ir incrementando y su importancia se irá magnificando hasta llegar a cumplir los criterios diagnósticos de un trastorno de pánico con agorafobia.

Sin embargo, las personas que han sufrido un ataque de pánico, pero cuentan con una explicación racional acerca de lo que les ha sucedido, sobre su ataque de pánico, no desarrollan el trastorno de pánico. Por ejemplo, una paciente “recibió la noticia de la muerte de su padre” y consideró que su reacción extrema de ansiedad era normal en este caso. Otro ejemplo: a otra paciente “le explicaron que el ataque de pánico había sido consecuencia de la ingesta de un fármaco que puede tener ese efecto secundario no deseado”. En estos casos, al no desarrollar los procesos cognitivos sesgados, es muy probable que no desplieguen el proceso de aprendizaje emocional desadaptado, ni lleguen a cumplir los criterios de un trastorno de pánico con agorafobia. Así pues, la falta de información sobre qué es el pánico puede jugar un cierto papel en el desarrollo de estos errores cognitivos, que están en la base del trastorno de pánico con agorafobia.

Hoy en día, se observa un cierto porcentaje de fracasos en el tratamiento del pánico mediante técnicas cognitivo-conductuales, que tienen como común denominador el no haber eliminado estos errores cognitivos de atención e interpretación centrados en las sensaciones físicas de ansiedad. Por ello, resulta imprescindible abordar y corregir dichos errores, primero mediante reestructuración cognitiva, segundo con exposición a modo de ensayo conductual, que afianza dicha corrección.

El tratamiento que propusimos en 2011 está basado en un procedimiento de autorregulación emocional del pánico (p. ej., sustituir la rumiación por la reinterpretación, sustitución progresiva de la evitación por la exposición), mediante el uso de técnicas cognitivo-conductuales, utilizando una combinación de reestructuración cognitiva (centrada en la reducción de sesgos cognitivos o refocalización de la atención y disminución de la amenaza subjetiva), exposición y relajación (Cano-Vindel, Dongil-Collado, Salguero y Wood, 2011a). Este paquete terapéutico puede obtener excelentes resultados aplicándolo en un programa de tan solo doce sesiones (Wood, 2008) en el que el paciente aprende de nuevo a manejar sus emociones, especialmente su ansiedad, como lo hacía antes de desarrollar el trastorno de pánico.

Este tratamiento parte de algunos supuestos, comúnmente aceptados hoy en día en la literatura científica sobre la investigación del pánico. Por ejemplo, parte de que el trastorno de pánico es un trastorno de ansiedad; o que la ansiedad es una emoción y como tal está en parte regulada por procesos cognitivos, especialmente la atención y la valoración cognitiva, o que los intentos de regulación emocional del individuo sobre la ansiedad pueden conducir a un mejor control o por el contrario, a su descontrol, etc. Sobre las bases teóricas de este tratamiento véase el artículo publicado en la revista *Ansiedad y Estrés*, titulado “Bases teóricas y apoyo empírico de la intervención psicológica sobre los desórdenes emocionales en atención primaria” (Cano-Vindel, 2011a).

12.1. Evaluación de la actividad cognitiva relacionada con los síntomas de ansiedad

Toda intervención terapéutica parte de una evaluación previa de los aspectos esenciales a tratar, como son los síntomas de ansiedad (respuestas cognitivo-subjetivas, fisiológicas y motoras-observables) y los factores relacionados (p. ej., factores cognitivos).

Para evaluar estos aspectos cognitivos relacionados con los síntomas de ansiedad en personas con diferentes trastornos de ansiedad (incluido el trastorno de pánico con agorafobia), hemos desarrollado una prueba de autoinforme, el inventario de actividad cognitiva en los trastornos de ansiedad, IACTA (Cano-Vindel, 2001; Leal-Carcedo, 2011a), basado en el modelo de los cuatro factores de la ansiedad de Michael W. Eysenck (Eysenck y Eysenck, 2007).

Al tratarse de un instrumento basado en el método de autoinforme no mide propiamente sesgos cognitivos, sino distorsiones cognitivas autoinformadas, es decir, una autovaloración de la frecuencia con la que se suceden en el individuo pensamientos relacionados con la autofocalización de la atención en estímulos emocionales (rumiación) y la magnificación de la amenaza, centradas en las sensaciones físicas en el caso del pánico.

La subescala de pánico y agorafobia del IACTA permite la evaluación de esta propensión en el paciente con pánico a atender con una alta frecuencia los pensamientos y sensaciones que se van haciendo progresivamente más amenazantes, al tiempo que se van asociando cada vez más con mayor activación fisiológica, malestar psicológico y conductas desajustadas (como, por ejemplo, la evitación en la agorafobia).

La validación de este inventario en diferentes trastornos de ansiedad apoya el modelo teórico de los cuatro factores de la ansiedad de Eysenck y ha arrojado buenos resultados (Leal-Carcedo, 2011a), que permiten considerarlo una prueba breve, fiable, válida y que incluso puede ser utilizada como prueba de cribado para la detección de algunos trastornos de ansiedad (incluidos el trastorno de pánico con agorafobia, la fobia social y el trastorno obsesivo-compulsivo), así como una buena medida para la evaluación de la disminución de pensamientos relacionados con sesgos cognitivos a través de intervenciones terapéuticas apropiadas, como la que se describe en este libro.

Existen subescalas del IACTA para pánico y agorafobia, así como para ansiedad social, con resultados similares a los obtenidos con la subescala de trastorno obsesivo-compulsivo. En el caso del trastorno de pánico con agorafobia, la autofocalización de la atención y la magnificación de la amenaza se centran en las sensaciones físicas (pánico) y la anticipación de situaciones amenazantes (agorafobia), mientras que en la fobia social se focalizan en la propia conducta y, en cambio, en el trastorno obsesivo-compulsivo se concentran en los pensamientos intrusos.

Según el modelo de Eysenck, el paciente con pánico centra la atención casi todo el tiempo en las sensaciones físicas de la ansiedad y las magnifica, cuando realmente no son peligrosas (Eysenck y Eysenck, 2007). Los sesgos cognitivos de atención e interpretación sobre estas sensaciones llevarían al desarrollo de temor a estos síntomas de activación,

así como a niveles cada vez más altos de ansiedad. Inversamente, estos síntomas podrían ser corregidos disminuyendo el sesgo atencional e interpretativo sobre estas señales físicas (Cano-Vindel, 2007; Rayburn y Otto, 2003; Starcevic y Berle, 2006; Wood, 2008). Pero en el tratamiento que proponemos no trabajamos directamente con los sesgos cognitivos, sino con distorsiones, errores o tendencias de los que puede informar el propio paciente, como son la magnificación de la amenaza y la atención excesiva focalizada en esta.

12.2. La vulnerabilidad cognitiva

Una línea de investigación actual se centra en el desarrollo de modelos de vulnerabilidad cognitiva en los desórdenes emocionales (Cano-Vindel, 2011a; Leal-Carcedo, 2011b) específicos para cada trastorno, así como en su contrastación empírica, el desarrollo de instrumentos de evaluación como el IACTA (Cano-Vindel, 2001), una terapia de reestructuración cognitiva basada en dichos modelos y la demostración de la eficacia de esta técnica de tratamiento (Leal-Carcedo, 2011b), que se va enriqueciendo progresivamente y promete mejorar el tamaño del efecto hasta ahora conseguido con las técnicas cognitivo-conductuales, especialmente en el caso de la reestructuración cognitiva.

Recordemos, por ejemplo, el modelo cognitivo de D. M. Clark (1986) que resalta la magnificación de los síntomas físicos y ha desarrollado un tratamiento cognitivo-conductual centrado especialmente en la psicoeducación, el papel de los sesgos o errores cognitivos, las anticipaciones catastrofistas y creencias irracionales acerca de las sensaciones corporales. En una línea similar, encontramos el modelo de la sensibilidad a la ansiedad en pacientes con pánico, que defiende que la esencia de este trastorno es el temor a las sensaciones físicas y propone que la disminución de dicho temor debe constituir el eje del tratamiento. Así como el modelo de Eysenck que se centra en el sesgo atencional dirigido a las sensaciones físicas de la ansiedad y el sesgo o error interpretativo que magnifica dichas sensaciones y las convierte en amenazas muy potentes para las personas con trastorno de pánico. Nuestra propuesta de tratamiento se basa en este modelo.

Este enfoque de la vulnerabilidad cognitiva característica de un determinado trastorno de ansiedad está en pleno auge y puede ser una vía importante para la mejora de los tratamientos eficaces en los trastornos de ansiedad. Así, el modelo cognitivo de David M. Clark sobre la fobia social ha generado un tratamiento cognitivo de este trastorno de ansiedad que está demostrando ser más eficaz incluso que la exposición más fármacos o que la exposición más relajación. En una línea similar encontramos el modelo de Ehlers y D. M. Clark (Ehlers y Clark, 2000) sobre el trastorno de estrés postraumático, que resalta el papel de la magnificación del evento traumático, tanto en la vulnerabilidad para desarrollar el trastorno, como en su tratamiento (Ehlers, Clark, Hackmann, McManus y Fennell, 2005). Véase Dongil-Collado (2008).

Para explicar el éxito de este enfoque, nos parece esencial resaltar el papel activo del paciente en el desarrollo del trastorno, así como en su curación, a través de sus propios procesos cognitivos que guían su conducta y potencian sus emociones. En este sentido recordemos que Salkovskis, Hackmann, Wells, Gelder y Clark (2007) señalan que, cuando los pacientes con trastorno de pánico cuentan con un modelo teórico que les permite entender el papel que juegan sus sesgos atencionales e interpretaciones catastróficas en el mantenimiento de sus ataques de pánico, entonces es más fácil que abandonen sus conductas de seguridad, de manera que la exposición pueda ayudarles a desconfirmar las creencias irracionales que mantienen acerca de la peligrosidad de sus síntomas de ansiedad. Véase Wood (2008).

El modelo de reestructuración cognitiva del pánico que desarrollamos aquí ha sido aplicado con éxito no solo en el caso del pánico (Wood, 2008), sino en el tratamiento de diferentes trastornos de ansiedad con buenos resultados (Cano-Vindel, 2007; Dongil-Collado, 2008; Leal-Carcedo y Cano-Vindel, 2008; Ramos-Cejudo y Cano-Vindel, 2008; Vidal Fernández *et al.*, 2008). Además, constituye el eje principal del tratamiento grupal, transdiagnóstico, que se está poniendo a prueba en un ensayo clínico aleatorizado para tratar los desórdenes emocionales en las consultas de atención primaria en España. Estos grupos están formados por personas con probables trastornos de ansiedad, de diferente tipo, incluido el trastorno de pánico. Vemos pues que se trata de una reestructuración cognitiva versátil que se puede aplicar no solo al trastorno de pánico, sino también a otros trastornos de ansiedad, incluso en grupos transdiagnósticos que mezclan pacientes con diversas patologías ansiosas o emocionales.

Pero para poder demostrar la eficacia que pueda añadir al tratamiento este tipo de intervención deberían mejorarse los procedimientos de evaluación del tratamiento, de manera que no solo se evalúe la disminución de la intensidad de la ansiedad (y de manera bastante general, con una escala de rasgo de ansiedad), sino que se enriquezca con evaluaciones más específicas, por ejemplo, de los constructos que se supone son relevantes para la vulnerabilidad (como la sensibilidad a la ansiedad o la actividad cognitiva característica de cada trastorno), o una evaluación más exhaustiva de la emoción (tres sistemas de respuesta) y de los síntomas del trastorno de ansiedad (criterios diagnósticos).

12.3. Un nuevo modelo de intervención cognitivo-emocional

La reestructuración cognitiva debe ir más allá de los modelos cognitivos de Ellis y Beck de hace medio siglo, pues la investigación no se detiene y no ha parado de aportar nuevos modelos y resultados que pueden ser aplicados en la práctica clínica. Los modelos cognitivos iniciales de reestructuración cognitiva se centraron en algunos contenidos y procesos cognitivos, a veces demasiado específicos, como las creencias irracionales o los pensamientos deformados, y proponían una reestructuración o modificación de tales contenidos y procesos (p. ej., mediante el uso de la argumentación

racional).

Pero posteriormente se ha ido ampliando a otros procesos más generales, como la valoración cognitiva o la atención (Cano-Vindel, 2002, 2004; Eysenck y Derakhshan, 1997; Eysenck y Eysenck, 2007; Sandín, 1995). Con frecuencia la reestructuración cognitiva tradicional insiste casi exclusivamente en corregir aspectos irracionales que suelen estar implícitos en la conducta problema (las respuestas de ansiedad), argumentando racionalmente sobre la magnificación de la interpretación, por ejemplo, “la taquicardia no es un síntoma de infarto, ni tampoco un factor de riesgo”.

También con demasiada frecuencia la argumentación se ha hecho de un modo tan excesivamente racional que no resulta convincente para el paciente. Por ejemplo, “si crees que es tan fácil tener un infarto, intenta provocártelo”. Nos parece que si simplemente se contrapone la razón frente a la emoción, entonces esta reestructuración cognitiva puede que no sea muy útil para el paciente, que muchas veces argumenta “sí, ya sé que mis temores, mi ansiedad y mis evitaciones son irracionales, pero me asustan tanto que no puedo pensar racionalmente... y no puedo hacer otra cosa”.

La reestructuración cognitiva que destacó en los años ochenta tenía más en cuenta las variables cognitivas que los aspectos esenciales de la emoción, tema este bastante olvidado por el enfoque cognitivo de esa época. De hecho, ese enfoque cognitivo defendía que para que se produzca la emoción, es condición necesaria y suficiente la existencia de procesos cognitivos conscientes previos, hecho que la investigación posterior no ha confirmado, sino que por el contrario ha demostrado que existen reacciones emocionales que toman el control de los procesos cognitivos conscientes. Por lo tanto, no cabe pensar que la racionalización *per se* sea eficaz en cualquier caso para controlar la emoción.

Si solo se emplea este enfoque racional, la reestructuración cognitiva puede resultar muy limitada y poco eficaz, porque el paciente no aprende a manejar sus emociones. Es necesario ampliar este enfoque, comenzando por hablar de la emoción, hasta ahora poco estudiada en la investigación y la práctica de la reestructuración cognitiva aplicada al pánico (o los trastornos de ansiedad), cuando en realidad estamos intentando enseñar al paciente a manejar sus emociones (ansiedad y miedo, especialmente).

Si el paciente necesita volver a aprender a manejar su ansiedad ante estímulos amenazantes y su miedo a estímulos relacionados con peligro (para algunos pacientes su experiencia de pánico está asociada a peligro de muerte), parece lógico pensar que debemos instruirle primero (psicoeducación) sobre qué es la emoción, cómo funciona, su valor adaptativo o su predominio sobre la razón en situaciones de riesgo físico.

En efecto, en este tipo de situaciones, el miedo puede anular las funciones ejecutivas, de manera que aunque una persona decida atacar, puede quedarse paralizada. Además de instruirle o darle información, debemos también entrenarle en técnicas de regulación emocional, campo sobre el que existe investigación, tanto de laboratorio como clínica, que muestra qué estrategias son más adecuadas para un mejor manejo de la emoción por parte del individuo. Así, se sabe que para reducir la emoción en los tres sistemas de respuesta funciona mejor la aceptación de la emoción y la reinterpretación

cognitiva de la situación que los intentos por suprimir la expresión emocional por efecto de la racionalización.

Por otro lado, si la atención ocupa un lugar destacado en la regulación de la ansiedad (la ansiedad lleva a centrar el foco de la atención en la amenaza; a su vez, centrar la atención en la amenaza tiende a producir más ansiedad), entonces la reestructuración cognitiva del pánico debería tenerlo en cuenta y no solo centrarse en una serie de argumentaciones racionales prefijadas (listado de tipos de pensamientos deformados) o en buscar datos en contra de las creencias irracionales del paciente incluidas en los listados de Ellis.

Esas estrategias racionales de reestructuración cognitiva fueron importantes en su día, y generaron un gran avance en la investigación y la práctica clínica. Sin embargo, hoy nos parece que son demasiado específicas y escasas. Además de tener en cuenta los pensamientos deformados o las creencias irracionales, es fundamental en el tratamiento del pánico reducir todas las distorsiones o errores *atencionales e interpretativos* del paciente. Dicho de otra manera, hay que trabajar la disminución de la focalización de la atención en sus sensaciones físicas, así como de la valoración cognitiva de amenaza, que están en la base de la génesis y mantenimiento de esas sensaciones físicas temidas. Si no se reducen estos dos sesgos o errores cognitivos, es muy probable que el tratamiento no funcione por mucha argumentación racional que desarrollemos.

Este nuevo procedimiento de reestructuración cognitiva que proponemos para reducir las sensaciones físicas implica nuevas y diferentes actividades que son útiles para ayudar a los pacientes con el fin de:

1. Adquirir la información necesaria que les permita identificar las emociones específicas que les afectan, como la ansiedad, en todas sus manifestaciones (subjetivas, fisiológicas, conductuales).
2. Conocer los contenidos y procesos cognitivos que pueden estar en la base de estas emociones, como los pensamientos negativos, la valoración cognitiva, los errores cognitivos o las atribuciones erróneas.
3. Identificar posibles errores cognitivos, distorsiones cognitivas o alteraciones en el procesamiento de información emocional (atención, interpretación, memoria, atribución, solución de problemas, etc.), e identificar pensamientos automáticos negativos, pensamientos distorsionados, autoinstrucciones erróneas, creencias irracionales desadaptadas, esquemas disfuncionales, etc.
4. Modificar estas distorsiones cognitivas mediante:
 - a) El uso de información adecuada.
 - b) El entrenamiento en autoobservación (para detectar y tener presente el papel de las cogniciones sobre la emoción y la conducta).
 - c) El fomento de habilidades de razonamiento, generalización, reinterpretación y modificación de pensamientos o autoinstrucciones (trabajando en cada sesión con muestras de sus problemas cotidianos)

- recientes).
- d) El aprendizaje de habilidades para contrastar posibles errores subjetivos con datos de la realidad social (p. ej., analizar probabilidad subjetiva frente a real de que sucedan acontecimientos amenazantes que perturban la tranquilidad).
 - e) La adquisición de destrezas para el manejo y redirección de la atención (mediante la repetición de ejercicios de focalización de la atención en estímulos neutros o positivos).
 - f) La reforma de estilos de procesamiento de información (entrenando repetidamente nuevos procedimientos de solución de problemas, nuevas formas de realizar atribuciones causales, habilidades para analizar la información o el fomento de la reflexividad frente a la impulsividad), etc.

Para hacer una buena intervención debemos ser empáticos con la persona que atendemos. Por lo general, el paciente no sabe qué le pasa y, por ello le preocupa, le da mucha importancia, le presta mucha atención, lo interpreta erróneamente, lo valora como una catástrofe, piensa que no puede cambiarlo, no confía en que alguien pueda ayudarlo, etc. Todo esto le produce ansiedad. Pero no sabe que él mismo, pensando de esta manera, produce su ansiedad, cuando lo que quiere es aliviarla.

La reestructuración cognitiva debe atender estas necesidades y resolverlas. La primera fase de la reestructuración cognitiva va a consistir en darle información acerca de lo que le está sucediendo, el diagnóstico, el origen, la evolución, el papel de sus procesos cognitivos, las técnicas de tratamiento, el pronóstico, algunos conceptos, etc.; en definitiva, un modelo y un plan de trabajo que le expliquen qué le sucede y cómo lo vamos a corregir. Además debemos transmitirle unas expectativas de curación razonables basadas en la evidencia científica y nuestra experiencia clínica, pero también basadas en su cooperación, a través de un papel activo en su propio entrenamiento.

12.4. Un modelo integrador de reestructuración cognitiva

La [figura 12.1](#) resume algunos conceptos cognitivos que hay que explicar al paciente para aplicar la reestructuración cognitiva que defendemos en este libro. Como puede verse, no solo aparecen las creencias irracionales o los pensamientos deformados, sino que apunta a una ampliación de este repertorio, que debe incluir, por ejemplo, los sesgos o errores cognitivos (interpretativos, valorativos, atencionales, atribucionales, etc.), los esquemas desadaptados, las autoinstrucciones negativas, las expectativas desfavorables, etc.

Además, debería incluir las estrategias de regulación emocional más estudiadas, como: revaloración cognitiva, supresión de pensamientos, evitación, negación, rumiación, distanciamiento, desatención, etc. La regulación emocional se refiere a aquellos procesos externos e internos responsables de autoobservar, evaluar y modificar nuestras reacciones

emocionales para cumplir nuestras metas.

En este modelo integrador se asume que el terapeuta desempeña varias actividades a la hora de llevar a cabo la reestructuración cognitiva:

1. Suministra información (psicoeducación).
2. Entrena en autoobservación.
3. Desarrolla una serie de ejercicios dirigidos a la reestructuración de procesos cognitivos.
4. Utiliza la persuasión.
5. Utiliza también los principios del entrenamiento conductual.

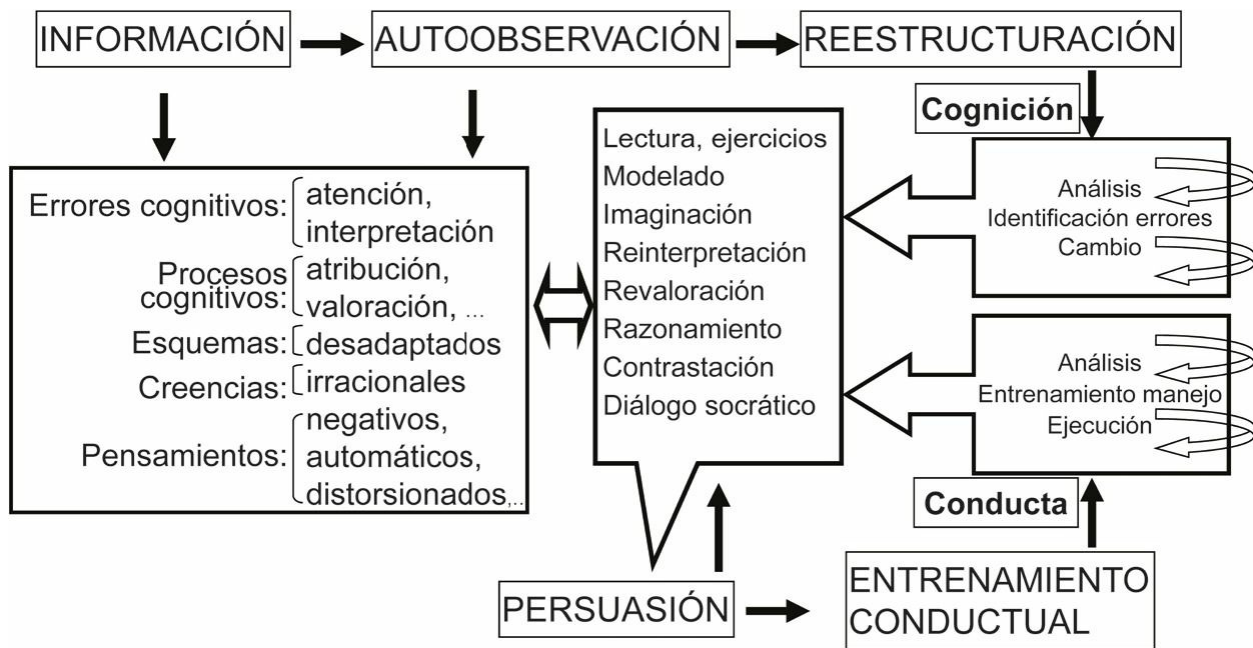


Figura 12.1. Modelo integrador de reestructuración cognitiva.

A continuación vamos a explicar este modelo integrador de reestructuración cognitiva que proponemos, mediante la agrupación de las tareas que hay que realizar en las cinco actividades que hemos señalado: información, entrenamiento en autoobservación, reestructuración, entrenamiento conductual y sugestión.

Para llevar a cabo una reestructuración cognitiva eficaz que permita al paciente aprender de nuevo a manejar su ansiedad (y demás emociones), se debe seguir un proceso que se inicia con la fase psicoeducativa, en la que damos información sobre el problema (en este caso, ansiedad, trastornos de ansiedad, trastorno de pánico con agorafobia, etc.) y sobre los modelos científicos que explican el problema (modelo cognitivo de Beck, terapia racional-emotiva, sesgos cognitivos, regulación emocional, etc.).

En segundo lugar, el paciente debe adoptar un papel activo en el aprendizaje de los conceptos que le son útiles para explicar su problema, así como aprender a autoobservar

datos que apoyen el papel de esta actividad cognitiva en sus problemas de ansiedad. El entrenamiento en autoobservación de sus pensamientos erróneos, distorsiones cognitivas, etc., debe servirle para entender cómo se generan sus problemas (p. ej., casi todo el tiempo está pensando en su problema, lo que le genera más ansiedad) y cómo modificarlos. A su vez el terapeuta debe facilitar este aprendizaje utilizando y facilitando al paciente algunas herramientas como:

1. Recomendar la lectura de libros que refuercen la información y propongan ejercicios de resumen, esquematización, autoobservación, etc.
2. Proporcionar modelos adecuados (p. ej., casos similares) y llevar a cabo en consulta ejercicios de modelado, que faciliten la comprensión de los conceptos.
3. Realizar en consulta ejercicios de imaginación que ayuden a probar la utilidad de estos conceptos, que muestren la relación que existe entre cognición y emoción (p. ej., al imaginar o anticipar un problema se desatan reacciones físicas).
4. Llevar a cabo ejercicios de reinterpretación de situaciones y de reacciones emocionales vividas recientemente (o en el pasado, pero con alta relevancia emocional), utilizando lo aprendido hasta ese momento (o incluyendo algún nuevo concepto), que sirvan de guía para aprender a entender y manejar el problema de otra manera.
5. Realizar ejercicios de revaloración cognitiva de la amenaza, modificando “amenazas” por “desafíos” (p. ej., “si tengo que hablar en público, me muero” debería modificarse por “si tengo que hablar en público temo quedar mal, aunque tengo tiempo para prepararlo”).
6. Argumentar también racionalmente (¿cómo no?, pero no utilizar solo el razonamiento), por ejemplo calculando la probabilidad de ocurrencia de un suceso no deseado, como por ejemplo la probabilidad de que ocurra un accidente.
7. Enseñar al paciente a contrastar sus pensamientos con la realidad, por ejemplo, la realidad intersubjetiva, comentando algunos problemas con otras personas o buscando datos objetivos para eliminar errores interpretativos que han llevado a magnificar el problema.
8. Utilizar siempre que sea posible el diálogo socrático, para que sea el propio paciente quien concluya las argumentaciones y vaya modificando sus contenidos y procesos cognitivos.

Se pueden añadir más elementos a este aprendizaje, pues a veces las emociones interfieren el avance en la observación, identificación y reinterpretación de algunos conceptos, y puede ser bueno incluir otros nuevos. Por ejemplo, con el fin de convencer, puede ser útil en ocasiones utilizar la intención paradójica (p. ej., hacerle ver la contradicción que implica a veces la ansiedad como respuesta anticipatoria: “si te

preparas para todo... puede que al final estés demasiado activado”). Produciría mucha ansiedad desarrollar todos los pensamientos que se nos ocurran que comiencen por “debo estar preparado por si sucede tal cosa...”.

Otros ejemplos de elementos a incluir pueden ser la modificación previa de estados de ánimo (la tristeza, el enfado, etc., nos impiden centrarnos en el aprendizaje), o la modificación de metacogniciones o actitudes negativas hacia el cambio (“es necesario que me preocupe por mis síntomas de ansiedad, si no me preocupo yo puede ser peor”).

Todos estos ejercicios pueden ayudar a fortalecer la autoobservación, pero además implican también una cierta reestructuración cognitiva, que es el paso siguiente de nuestro modelo para esta técnica. Básicamente, la reestructuración de procesos cognitivos propiamente dicha podemos sintetizarla en:

1. Adquisición de conocimiento y herramientas de análisis sobre los procesos cognitivos que pueden generar ansiedad.
2. Identificación de errores que producen ansiedad (atribuciones erróneas, valoración amenazante, sesgos cognitivos de atención, interpretación, etc.).
3. Cambio de esos procesos desajustados.

Sin embargo, la reestructuración cognitiva no solo se produce por esta vía, centrada en la corrección de los procesos superiores, sino que también se refuerza con los cambios que se van dando poco a poco a nivel de conducta (p. ej., se van reduciendo las evitaciones, y eso ayuda a reducir viejos e infundados temores), según se va avanzando en el cambio cognitivo. Estos cambios conductuales, que ayudan a disminuir sesgos o errores cognitivos, se pueden producir por iniciativa del paciente o a partir de las tareas para casa. Es decir, durante la reestructuración cognitiva, el terapeuta asigna tareas para casa (por lo general, previamente trabajadas en consulta) que suponen de hecho un entrenamiento conductual, que podrían resumirse en:

1. Análisis de las situaciones que se evitan, así como de otras conductas inapropiadas, identificando los temores y problemas que subyacen a esas conductas.
2. Entrenamiento en manejo de ansiedad y adquisición de habilidades para ello.
3. Ejecución de la conducta o exposición a la situación que se evitaba.

Este entrenamiento conductual tiene como uno de sus fines fomentar actividades de aprendizaje propios de la reestructuración cognitiva, a través de las tareas para casa; por ejemplo, se ponen tareas de lectura de textos, realización de autorregistros y otros ejercicios, etc., pero, además, a partir de las tareas para casa se introducen algunas acciones que implican exposición a través de ciertas situaciones como las actividades sociales.

El seguimiento de estas tareas implica un entrenamiento conductual que debe seguir los principios de este. Así, se debe dar información clara y explícita sobre los objetivos

de las tareas, las dificultades que pueden implicar su realización, etc. Además, el terapeuta supervisa la realización de estas tareas y suministra apoyo y refuerzo, para la realización de estas. Se analizan los aciertos y los errores. Se premian los primeros, se corrigen (no se penalizan) los segundos. A su vez, la realización de algunas tareas para casa implica la exposición a situaciones, primero, a nivel imaginario en consulta y, después, a nivel real en la vida cotidiana. Por supuesto en todo momento se sigue el principio de aproximaciones sucesivas.

En todo este proceso será esencial que el terapeuta utilice diferentes técnicas de persuasión. El paciente debe estar convencido de que estamos usando técnicas que han probado ser eficaces y están basadas en la evidencia científica. La primera herramienta para persuadir o ser creíbles, con respecto a cualquier tema, es dar información veraz, razonada y contrastable. Generalmente esto debe aplicarse para el objetivo de conseguir que el paciente tenga expectativas positivas sobre el resultado del tratamiento, así como para arrancar un papel activo del paciente en el proceso terapéutico. Para ello, suele ser útil suministrar información adecuada sobre:

1. Pronóstico de mejoras, con el fin de mejorar las expectativas.
2. Marcar un límite de tiempo aproximado de tratamiento (p. ej., existen programas eficaces para el tratamiento del pánico, concentrados en doce sesiones).
3. Exposición de casos o modelos que han alcanzado los objetivos.
4. Información continua sobre el proceso terapéutico (al paciente le resulta más difícil que al terapeuta ver los cambios que se van produciendo poco a poco; además el terapeuta debe insistir en que estos pequeños cambios llevarán a conseguir los objetivos terapéuticos al cabo de un tiempo).

Como ya hemos señalado, el diálogo socrático puede ayudar a que el paciente haga suyos los datos y argumentos que son la base de esta persuasión. Finalmente, recordar que la intención paradójica, la modificación de estados de ánimo y la modificación de actitudes pueden ser necesarias en un momento dado para desbloquear algunos estados emocionales que impidan el avance.

A continuación, describimos con mayor profundidad estas cinco fases del modelo de reestructuración cognitiva propuesto:

1. Información.
2. Entrenamiento en autoobservación.
3. Reestructuración o modificación de distorsiones cognitivas.
4. Entrenamiento conductual.
5. Persuasión.

El entrenamiento en reestructuración cognitiva

En este capítulo vamos a describir cómo se debe llevar a cabo el entrenamiento en reestructuración cognitiva del pánico y la agorafobia, siguiendo las directrices del nuevo modelo propuesto, basado en sesgos o errores cognitivos. También informaremos sobre las habilidades que debe desarrollar el terapeuta para entrenar adecuadamente al paciente.

13.1. Actividades en la reestructuración cognitiva

En primer lugar, vamos a desarrollar con más detalle las principales actividades que debe realizar el terapeuta con el paciente para aplicar este modelo de reestructuración cognitiva de sesgos o errores cognitivos que venimos defendiendo, según el cual, las emociones normales se intensificarán y los trastornos emocionales se harán más graves en función de los sesgos o errores cognitivos que desarrolle una persona. De entre los diferentes sesgos y errores cognitivos, son especialmente relevantes los de tipo interpretativo y atencional, tanto para la ansiedad como para los trastornos de ansiedad. En el caso del pánico y la agorafobia los sesgos o errores interpretativos y atencionales están sobre todo centrados en las sensaciones físicas de ansiedad.

Como ya hemos señalado, el entrenamiento en reestructuración cognitiva propuesto pretende corregir estos sesgos o errores cognitivos a través de un proceso que conlleva cinco tipos de actividades diferenciadas: (1) información; (2) entrenamiento en autoobservación; (3) reestructuración; (4) entrenamiento conductual, y (5) persuasión.

13.1.1. Información

La información que el psicólogo suministra al paciente es esencial para la comprensión del problema. Debemos tener en cuenta que el paciente suele desconocer en gran medida lo que le sucede (p. ej., no es capaz de integrar todos los síntomas, ni de explicarlos a partir de sus emociones, en este caso a partir de su ansiedad normal) y por qué le sucede (p. ej., no lo relaciona con sus pensamientos e interpretaciones).

Por lo tanto, debemos ser exhaustivos a la hora de explicar muchos aspectos que nosotros conocemos sobre su trastorno y él no conoce.

En concreto debemos explicar:

1. En qué consiste su problema (p. ej., temor a ciertas sensaciones de ansiedad características de cada individuo, anticipación y evitación de ciertas situaciones, trastorno de pánico con agorafobia).
2. Su trastorno de ansiedad a partir de las reacciones normales de ansiedad, que siempre ha tenido, aunque en un momento dado se han alterado, pero que puede volver a aprender a manejar si reduce sus sesgos o errores cognitivos.
3. Cuáles son sus manifestaciones emocionales en los tres sistemas de respuesta (cognitivo, fisiológico y motor), y resaltar las sensaciones más temidas en su caso (p. ej., tasa cardíaca, sensación de mareo, etc.).
4. Qué conjunto de respuestas están implicadas en su problema (p. ej., temor a la pérdida de control, temor a sus sensaciones de ansiedad, preocupación, malestar subjetivo, taquicardia, sudoración, temblor, evitación de algunas situaciones, etc.).
5. Cuáles son las situaciones temidas en su caso (restaurantes, concentraciones de personas, conducir, viajar en avión, etc.), y señalar la relación que suele haber entre anticipación de activación de síntomas de ansiedad en presencia de esas situaciones y su evitación.
6. Qué cogniciones están en la base de esas respuestas emocionales (“se darán cuenta de que no soy capaz de controlarme”, “se disparará mi ansiedad y tendré un ataque de pánico”, “podría morir”, “podría perder la conciencia”, etc.).
7. Cuáles son los procesos cognitivos alterados (focalización de la atención, sesgo atencional o rumiación permanente de sus respuestas de ansiedad, sesgo interpretativo o magnificación de las sensaciones físicas y síntomas de ansiedad).
8. Cómo se pueden modificar esos sesgos o errores cognitivos, centrados en las sensaciones físicas de ansiedad.
9. Si ha habido condicionamiento directo de respuestas fisiológicas tras un ataque de pánico (p. ej., qué estímulo inicialmente neutro provoca ahora qué respuesta fisiológica involuntaria, tras haber sufrido un ataque de pánico, aunque no haya actividad cognitiva que explique la respuesta de activación).
10. Cuáles han sido los intentos de regulación emocional fallidos (p. ej., intentos frustrados de supresión de pensamientos ansiógenos, anticipaciones catastrofistas para prepararse ante una situación difícil, infusiones de valeriana, rumiaciones centradas en las sensaciones físicas, evitaciones).
11. Cuáles han sido las consecuencias de estos intentos fallidos de regulación emocional (p. ej., aumento no deseado de pensamientos intrusos y de la activación fisiológica, reforzamiento del temor a la amenaza), etc.
12. Cuáles deberían ser las técnicas de regulación emocional que se van utilizar (p. ej., revaloración de la amenaza que suponen las sensaciones físicas de ansiedad, disminución de la atención centrada en dichas sensaciones, exposición progresiva reforzada a las situaciones que antes se evitaban, etc.).

Además, esta información que el terapeuta da en consulta habrá que reforzarla con otras herramientas, en especial con:

1. Toma de apuntes sobre información relevante.
2. Elaboración de esquemas con los contenidos de la sesión.
3. Libros de autoayuda recomendados que aclaren toda esta información, faciliten ejemplos, pongan tareas, etc. (Cano-Vindel, 2004; Peurifoy, 1993).
4. Guías de autoayuda basadas en la evidencia para manejar los pensamientos, la ansiedad, etc.
5. Otros materiales de apoyo.

Estos instrumentos, como los libros recomendados, se sabe que son de gran ayuda si se usan como tareas de lectura para casa, que refuerzan la información que se proporciona en la consulta y sirven de herramienta al paciente para descubrir y analizar sus problemas, así como para hacer práctica en ejercicios de adquisición de habilidades para la modificación de pensamientos y errores o sesgos cognitivos.

Si el paciente usa estas herramientas durante varios meses, podrá ir integrando mucho mejor la información que le damos, haciéndola suya y permitiéndole tener a mano un instrumento de análisis y solución de algunos problemas de ansiedad que tienen su origen en una actividad cognitiva alterada y centrada en su activación fisiológica. Ello le puede dar más autonomía y seguridad, además de ayudarlo a modificar procesos de pensamiento erróneos y a adquirir nuevas habilidades cognitivo-emocionales que le serán muy útiles para aprender a manejar sus pensamientos, su activación fisiológica, sus emociones y, especialmente, su ansiedad.

Sin embargo, debemos tener en cuenta que, aunque la información es necesaria para llevar a cabo la reestructuración cognitiva, por sí sola no es suficiente. Menos aún si la información suministrada no es la adecuada. Pensamos que un paciente no se cura solo trabajando con un par de libros de autoayuda cualesquiera, ni tampoco con un par de libros bien seleccionados más un terapeuta que no sepa dirigir adecuadamente el tratamiento o no esté especializado en las relaciones entre cognición y emoción que se resaltan en este libro.

Esta información sobre cognición y emoción, basada en la evidencia sobre la investigación acerca de la ansiedad y el pánico, es esencial para aprender a manejar el pánico y la agorafobia. No es infrecuente encontrar pacientes que han seguido varios tratamientos, incluso de tipo cognitivo-conductual, sin que hayan resuelto su problema. Una característica común en estos casos es que el paciente, a pesar de haber sido tratado con técnicas que han demostrado ser eficaces, no las conoce y no maneja información sobre ellas. Por ejemplo, pacientes que han hecho exposición, pero no saben cómo funciona, ni han aprendido a manejar sus pensamientos y procesos cognitivos erróneos, y pueden haber fracasado en el control de su pánico y agorafobia, aunque la exposición ha demostrado ser una técnica eficaz.

Como ya hemos señalado, aun suponiendo que la información sea la adecuada, el

proceso psicoeducativo es más complejo que leer un libro o escuchar unas charlas del psicólogo. Una cosa es leer o escuchar información (que se olvida rápidamente, si no se trabaja con ella) y otra cosa es aprender o desarrollar con éxito habilidades a partir de esta información.

Por ejemplo, la información necesaria para aprender a conducir se podría leer en unos folios, pero mejor si nos la explican dentro de un automóvil y podemos practicar con los pedales, los cambios de marchas y hacer algún pequeño ensayo de conducción, sin embargo, con esto no hemos aprendido a conducir el vehículo y, menos aún, nos hemos quitado el miedo a conducir, ni hemos desarrollado reflejos automáticos para la conducción de automóviles. Una cosa es la información sobre cómo conducir, y otra bien diferente es conducir sin temor y con muchas respuestas ya automatizadas, tras un año de experiencia y haber conducido quince mil kilómetros.

13.1.2. Autoobservación

El siguiente paso o actividad que hay que realizar en la reestructuración cognitiva es el entrenamiento en autoobservación, que podemos llevar a cabo casi en paralelo con el desarrollo del paso anterior (transmisión de información).

Este entrenamiento en observación es un objetivo que no se consigue simplemente con pedir que se haga un autorregistro (habitual en la clínica cognitivo-conductual), sino que se trata de un aprendizaje complejo que puede abarcar la adquisición y manejo de diferentes modelos, conceptos o constructos cognitivos (los que necesite cada paciente), como son:

1. Los sesgos o errores interpretativos y atencionales.
2. Los pensamientos deformados.
3. Las autoinstrucciones.
4. La valoración cognitiva (amenaza o desafío).
5. Las atribuciones de causalidad.
6. Las expectativas.
7. Los esquemas disfuncionales.
8. La autoeficacia percibida.
9. La autoestima.
10. La metacognición.
11. Las ideas irracionales.
12. Las estrategias equivocadas de autorregulación de la ansiedad, etc.

Como es sabido cada uno de estos constructos cognitivos está relacionado con la ansiedad, de manera que una forma de instruirse en el manejo de esta consiste en aprender a manejar estos conceptos y procesos cognitivos; por ejemplo, se aminorará la ansiedad disminuyendo la frecuencia de las rumiaciones amenazantes, o modificando la valoración cognitiva de amenaza por la de desafío, etc.

En la primera sesión de un caso de pánico si preguntamos por las sensaciones de ansiedad que sufre, podremos ir comprobando que dedica un alto porcentaje de su tiempo a dichas sensaciones, que les tiene miedo o que tiende a evitar las situaciones que las aumentan. También veremos cuáles han sido los intentos frustrados de autorregulación de su ansiedad, como el consumo de psicofármacos, de hierbas medicinales, acupuntura, hipnosis, o estar acompañados de amuletos de seguridad como las pastillas tranquilizantes o las personas de confianza. Habrá que explicar en cada caso que todas estas distorsiones cognitivas y estrategias equivocadas de autorregulación de la ansiedad no solo han resultado inútiles para controlar los ataques de pánico, sino que además los están manteniendo o generando.

Para adquirir la habilidad necesaria para observar y comenzar a manejar estos constructos, se pueden utilizar diferentes tareas didácticas como las que vamos a sugerir a continuación:

1. Enseñar a analizar las situaciones emocionales desde un enfoque cognitivo-emocional (por ejemplo, usando el modelo de la valoración cognitiva de Lazarus o el de sesgos o errores cognitivos de Eysenck, etc.). Se analizan las situaciones emocionales más significativas vividas en la última semana, usando los modelos que ya hemos explicado (p. ej., modelo de Eysenck) o que introducimos para analizar cada situación (detección de valoraciones amenazantes, de sesgos o errores cognitivos, etc.). Recordemos que el paciente con pánico magnifica sus sensaciones de ansiedad, especialmente las de tipo físico, centra su atención en ellas y les dedica mucho tiempo, todo lo cual produce más sensaciones temidas. Cada paciente suele tener sus propias sensaciones temidas, a las que concede más importancia y dedica mucho tiempo, con lo que incrementa su frecuencia e intensidad. ¿Podemos explicar todo esto adaptándolo al último problema emocional que le ha sucedido al paciente?
2. También debemos tener presente la posible existencia de acontecimientos relevantes previos que han supuesto un aprendizaje o cambio (cambios que se han producido desde entonces), como por ejemplo condicionamiento directo (“pavloviano”) de respuestas fisiológicas a una determinada situación (que adquiere la cualidad de elicitar esas respuestas) o haber vivido situaciones traumáticas que se condicionan. Cuando hay condicionamiento directo o experiencias traumáticas, el aprendizaje no es solo cognitivo sino que se trata de un condicionamiento directo o asociativo, automático (condicionamiento clásico), y, por lo tanto, el tratamiento va a exigir otras normas de reaprendizaje. Así, seguramente será más necesaria la exposición en estos casos, aunque primero trabajemos la reestructuración cognitiva.
3. Demostrar, con ejemplos y en la práctica, cómo:
 - a) Si se cambian las cogniciones (p. ej., reducir la atención y la

magnificación del estímulo temido, como las sensaciones físicas, en el caso del pánico), se modifica la emoción y la conducta (p. ej., ¿cuando estás concentrado en tu trabajo y cesa la focalización de la atención a las sensaciones, te olvidas del malestar, la alta activación fisiológica y el pánico?).

- b) Si se interpreta el inicio de un proceso de activación fisiológica como un grave problema (y no como una respuesta emocional normal), se dispara la ansiedad (alerta ante un problema) y aumenta más la activación fisiológica (efecto espiral: cuanta más importancia, más activación, y cuanta más activación, más importancia).
 - c) En cambio, si queremos que no se siga haciendo más grande esa espiral e invertir el proceso (dibujar una espiral decreciente), es necesario reducir los sesgos o errores de atención e interpretación (cuanto menos importancia se conceda a las sensaciones y menos se atiendan, menor intensidad de la respuesta de ansiedad o activación; y cuanto menor sea la activación, menor importancia podremos concederle, con lo que también la atenderemos menos).
 - d) Si se trabaja con una menor intensidad emocional (p. ej., se practica la relajación diariamente durante unos meses, se hace ejercicio físico), se manejarán mejor las cogniciones y la conducta.
 - e) Si se actúa con una conducta acorde a la situación (p. ej., afrontamiento activo en lugar de evitativo), se aprende a manejar mejor las cogniciones y la emoción.
 - f) Resulta pedagógico explicar que si las distorsiones cognitivas se centran en otra fuente de información (modelo de Eysenck) surgen casos diferentes al suyo (problemas que él no tiene, pero comprende cómo se desarrollan; por ejemplo, explicar las diferencias entre pánico y fobia social, para que entienda que él se maneja bien con la ansiedad social y el porqué).
 - g) Se han resuelto casos similares al suyo (de pánico) y casos diferentes a suyo (p. ej., de ansiedad social) con valor pedagógico (porque a él no le sucede ese problema de ansiedad social, sino que lo domina; sus sesgos o errores cognitivos no están centrados en su conducta).
 - h) Los problemas pueden parecer más claros si utilizamos metáforas adecuadas (con alto valor pedagógico) y esto nos puede ayudar a motivar, transmitir buenas expectativas y a actuar mejor.
4. Utilizar ejemplos en los cuales el paciente se maneja bien y son similares a aquellos en los que hay problemas:
- a) Analizar con los mismos modelos (valoración cognitiva, sesgos cognitivos) por qué en unas situaciones se comporta bien y en otras no (usando los mismos modelos de cognición-emoción, analizar diferentes

situaciones o problemas, por ejemplo, pánico frente a situación familiar).

- b) Persuadir de que se puede aprender de nuevo a manejar bien las emociones y conductas desadaptadas (como se manejaban antes de haber desarrollado un aprendizaje cognitivo-emocional erróneo), aplicando los mismos modelos que explican el desarrollo del problema.

5. Resaltar siempre el modo de trabajo que estamos empleando:

- a) Hay que repasar las guías, los libros de autoayuda recomendados y los apuntes tomados en consulta (es necesario repetir la información para modificar hábitos cognitivos erróneos, formas de pensar equivocadas).
- b) Los modelos teóricos sirven de guía para la práctica (si sabemos por qué surge la ansiedad y el pánico, podremos manejarlos, manipulando los factores que desencadenan esas reacciones).
- c) La práctica repetida, cuando está bien dirigida y supervisada, conduce al desarrollo de habilidades, adquisición de seguridad, mejor manejo de las emociones, de la ansiedad, desarrollo de conductas que antes se evitaban o eran un problema, etc. Por todo ello, la práctica en la vida cotidiana y la adquisición de habilidades (p. ej., sociales) también ayudan a reducir los sesgos o errores cognitivos y a mejorar la autorregulación emocional.

Todo este entrenamiento en autoobservación puede parecer complejo a la hora de describirlo, pero puede ser mucho más simple a la hora de trabajarlo en la consulta con el problema concreto de un determinado paciente. Esta descripción exhaustiva de tareas o actividades no se aplica en su totalidad a un determinado caso, sino que se van seleccionando en cada momento las que pueden ser útiles para cada caso concreto.

13.1.3. Reestructuración

Después de haber aprendido a observar la relación entre pensamientos y emociones (como la relación entre valoración de amenaza y ansiedad), así como entre pensamientos y conductas (por ejemplo, la relación entre anticipaciones ansiosas y evitaciones), cuando ya somos conscientes de lo que hacemos mal y cómo habría que cambiarlo, pueden suceder dos cosas:

1. Que podamos resolver voluntariamente el problema, en el mismo momento en que conocemos su origen, cambiando automáticamente y sin dificultad nuestros errores.
2. Que aunque sepamos qué hacemos mal y qué debemos cambiar, no seamos capaces de modificarlo inmediatamente, porque se requiera que tengamos

que hacer prácticas y desarrollar habilidades complejas, que todavía no poseemos (y que se tarda tiempo en adquirir, tras dedicarle un esfuerzo).

Es decir, la reestructuración cognitiva puede ser automática e inmediata o bien requerir de un entrenamiento concreto, a lo largo de un tiempo de práctica de ejercicios que nos lleven a desarrollar un hábito.

Por ejemplo, para una determinada persona que no es miedosa, no es lo mismo que le digan que el estruendo que ha oído en casa, cuando estaba a solas, ha sido un pequeño accidente (y no se trata de ladrones que han entrado en casa), frente a que le digan que debe comer un alimento que le da mucho asco porque lo comen otras personas y es muy nutritivo.

En este último caso se requerirá algo más que información para cambiar la emoción y la conducta, además, probablemente los cambios en este caso no se conseguirán inmediatamente, sino tras múltiples ensayos de exposición progresiva a tomar ese alimento, bajo ciertas condiciones (actitud favorable para que llegue a gustarle, no hacer ascos al ingerir este alimento, mezclar con otros alimentos que sí le gusten, utilizar los principios del aprendizaje progresivo y el refuerzo, etc.) que generen un manejo cada vez mejor, hasta conseguir un correcto aprendizaje.

¿Qué habilidades se pueden necesitar en la reestructuración cognitiva para reducir los principales sesgos o errores cognitivos? Aunque en alguna ocasión, pueda bastar la simple transmisión de información, por lo general, el paciente puede requerir el desarrollo de muy diferentes habilidades, que pueden ser entrenadas en el proceso de reestructuración cognitiva:

1. Entrenamiento en análisis y reevaluación cognitiva de amenazas para transformarlas en desafíos (revaloración cognitiva).
2. Entrenamiento en refocalización de la atención (entrenamiento en eliminación de rumiaciones o anticipaciones negativas, entrenamiento en atención a estímulos neutros o positivos y reducción de la exagerada priorización de información negativa).
3. Entrenamiento en solución de problemas para acabar con las rumiaciones propias del análisis de las distintas alternativas.
4. Entrenamiento en mejora de la seguridad, autoeficacia percibida y autoestima (autovaloración), eliminando los sesgos o errores de autovaloración, atribuciones erróneas, dificultades para el autorrefuerzo, etc.

Veamos brevemente algunas indicaciones sobre cómo entrenar estos diferentes tipos de habilidades que permiten reducir las distorsiones cognitivas y mejorar la autorregulación emocional.

A) Desarrollo de habilidades para la revaloración de la amenaza

Hay muchas formas de reducir la magnificación de una amenaza subjetiva, pero básicamente consisten en quitarle importancia a la amenaza, mediante el contraste de la percepción del paciente con la realidad. Esto se puede conseguir haciendo una serie de preguntas que lleven a plantearse las consecuencias que realmente pueden acontecer si se afronta la situación amenazante, frente a las que habitualmente imagina.

Por ejemplo, si una persona tiene mucha ansiedad para hablar en público y le preguntamos qué sucedería si tuviese que afrontar esta situación, es probable que su primera respuesta sea del tipo “me muero”, cuando en realidad solo experimentaría ansiedad, temor al ridículo, vergüenza, etc. A través de una serie de preguntas adecuadas podemos conseguir que piense en las consecuencias reales (preparar la charla, activación fisiológica) y las valore correctamente y no de forma catastrófica (“me muero”).

En este sentido es útil el modelo de Beck sobre valoración cognitiva de la amenaza, que señala que en las situaciones que provocan ansiedad exagerada suele haber una percepción de amenaza poco adaptativa, en la que se suelen cometer cuatro tipos de errores:

1. Sobrestimación de la probabilidad de ocurrencia de un suceso temido (es seguro que sucederá lo peor).
2. Sobrestimación de la severidad de las consecuencias de ese suceso temido (una catástrofe).
3. Infraestimación de los recursos de afrontamiento (no podré hacer nada).
4. Infraestimación de las posibilidades de ayuda por parte de otros (apoyo social nulo o incluso ataque de los otros).

La revaloración de la amenaza se llevaría a cabo mediante la contrastación empírica y el razonamiento de cada uno de estos cuatro errores:

1. Para reducir el primer error, “¿cuál es la probabilidad de que suceda la peor amenaza?”, se utiliza el razonamiento y la contrastación empírica centradas en el análisis de la probabilidad subjetiva y de la probabilidad real de ocurrencia:
 - a) Se lleva a cabo una valoración subjetiva de la probabilidad de ocurrencia, valorando de 0 a 100 (por ejemplo, una persona con fobia a volar puede estimar que la probabilidad de que se accidente de manera grave el avión es de un 40%).
 - b) Se estiman datos de la realidad como los estadísticos para calcular la probabilidad real (obviamente, el 40% de los vuelos no terminan en una catástrofe; ¿crees realmente que te puede tocar la lotería?, ¿y el accidente?).
 - c) La diferencia entre ambas estimaciones (subjetiva frente a basada en los datos reales) es un indicio de sesgo interpretativo, que suele ser muy

grande (miles de veces) y hay que reducir.

2. Para el segundo tipo de error “¿cuáles son las consecuencias si sucede?”, se procede análogamente:
 - a) Valorar (0-100) la importancia de las consecuencias subjetivas (p. ej., “si tengo que hablar en público sufriré un malestar de X sobre 100”).
 - b) Comparar con las consecuencias reales. Un ejemplo de valoración subjetiva es “si tengo que hablar en público, me muero”, cuando la consecuencia real es “temo hacer el ridículo”. Para modificarlo hay que preguntarse: ¿cuánta importancia tiene para mí hacer el ridículo?, ¿qué gano realmente si lo evito?
3. Para corregir el tercer error “¿qué puedo hacer yo frente a la amenaza?”, se debe contrastar la valoración subjetiva de recursos para afrontar la situación temida con los recursos que usa en otras situaciones similares que no teme tanto y en las que se maneja correctamente (por ejemplo, cuando habla con personas conocidas en un grupo pequeño).
4. Para modificar el cuarto tipo de error, se puede hacer un intercambio de roles. Si yo observo que alguien lo pasa mal hablando en público, ¿le juzgo severamente o intento ayudarlo?; y si es al revés, cuando hablo yo en público ¿cómo actuarán los demás? Además puede ser conveniente hacer que se pregunte “¿a quién puedo pedir ayuda?”, señalando que el apoyo social es esencial para amortiguar los problemas. También recordar que con frecuencia podemos disfrutar ayudando a los demás, en lugar de vivirlo como una carga.

En el caso del pánico, habitualmente se trata de reducir la valoración de amenaza que el paciente concede a ciertas sensaciones físicas de ansiedad. Por ejemplo, algunos pacientes que temen un aumento de tasa cardiaca, comienzan a temer al ejercicio físico y evitan practicarlo, a pesar de ser saludable. O pueden llegar a temer las relaciones sexuales. Sin embargo, las personas con pánico no mueren ni en el gimnasio ni manteniendo relaciones sexuales. Se trata de una valoración magnificada de amenaza (la probabilidad de que suceda lo peor, que yo muera, es muy alta) que hay que modificar.

Debemos trabajar estas estrategias para reducir la probabilidad subjetiva de que suceda algo terrible y también de sufrir ataques de pánico (ahora que sé cómo funcionan estos ataques, los manejaré mejor, disminuiré la probabilidad de que se repitan) y la importancia concedida a las consecuencias de la activación ansiosa (se trata de sensaciones físicas magnificadas, pero que no son peligrosas), así como aumentar la valoración de los recursos propios para manejar la activación y el pánico (con todos los recursos aprendidos puedo manejar mejor mi problema) y del apoyo social (que ahora se percibe más comprensivo y menos hostil).

Se pueden generar expectativas positivas razonables de curación del pánico si se resta importancia a las sensaciones de ansiedad. Hace solo unas décadas, este trastorno se consideraba incurable y se decía al paciente que tendría que tomar tranquilizantes de por vida, sin una esperanza razonable de curación. Hoy en día es razonable transmitir la información de que la gran mayoría de los pacientes se curan en unos meses siguiendo este tratamiento y que parte de él va a consistir en abandonar el consumo de psicofármacos. Además, se puede defender que si el tratamiento se hace bien, no habrá recaídas, y que dentro de veinte años seguirá sin ataques de pánico.

B) Desarrollo de habilidades para el manejo de la atención

¿Qué debe hacer un paciente con pánico para conseguir una reducción importante de la focalización de la atención centrada en sus respuestas de ansiedad física y aprender a refocalizar su atención? Para reducir el tiempo de atención centrada en amenazas (rumiación) es útil:

1. Recordar que la atención a una respuesta autonómica (p. ej., sudor, temblor, rubor) cambia la tasa de respuesta, aumenta la preocupación por tales síntomas e inicia el proceso en espiral que lleva a prestar cada vez más atención a estas respuestas que se van incrementando.
2. Recordar que la atención a los pensamientos negativos, las preocupaciones, etc. (p. ej., temor a perder el control), incrementa la activación fisiológica.
3. Hay que intentar sustituir la atención, el repaso o la rumiación de pensamientos negativos por autoinstrucciones positivas, racionales.
4. Realizar actividades que exijan alta atención (p. ej., conversar o imaginar), que sean incompatibles con dedicar una alta atención al problema (activación fisiológica, la propia conducta, etc.) y restar importancia a la atención residual hacia el problema.
5. Tener siempre presente que hay una regla de oro para reducir el sesgo atencional o la focalización de la atención en la amenaza, “*debemos centrar la atención en la tarea* (p. ej., responder las preguntas del examen), *no en la ansiedad* (los síntomas, la amenaza de suspender)”.
6. No empeñarse en rechazar o suprimir pensamientos intrusos, sino aprender a funcionar a pesar de ellos; es mejor restarles importancia y habituarse al hecho de que puedan aparecer, sin que se desaten fuertes emociones.

Las personas que han desarrollado mucha atención a sensaciones físicas de ansiedad que pueden ser observadas por otros, como el temblor de la mano al comer en una situación social, conlleva un aprendizaje progresivo de ansiedad social que puede acabar en un trastorno de ansiedad o fobia social. Cuanta más atención prestan al temblor, menos controlarán este síntoma de ansiedad. En cambio, cuanto más atención presten a la conversación con sus compañeros de mesa (y menos importancia concedan al hecho

de mostrar ansiedad y a lo que pensarán los otros de su ansiedad), mayores posibilidades tendrán de ir aprendiendo a volver a disfrutar de las comidas sociales con mejor pulso (sin temblor).

Las personas con pánico suelen desarrollar con frecuencia agorafobia o temor a ciertas situaciones, como viajar en avión. Si en estas situaciones centran su atención en las sensaciones de ansiedad y en los temores asociados, cada vez tendrán más miedo a estas. Por el contrario, si centran su atención en actividades no emocionales o neutras, como mantener una conversación, es más probable que puedan manejar mejor su ansiedad en esa situación temida.

Una persona con pánico y ansiedad a volar no debe centrar su atención en sus amenazas (las sensaciones físicas del despegue o aterrizaje, las sensaciones de ansiedad que le preocupan, etc.), sino que debe distraerse con una conversación en la que participe activamente o bien en otras actividades, como ver una película, escuchar música, los ejercicios de relajación, etc.

La ansiedad y la atención están muy relacionadas, de manera que si estamos nerviosos o ansiosos nuestra atención se va a la amenaza. A su vez, centrar la atención en la amenaza, aumenta la ansiedad. Aunque a veces no es fácil dejar de atender las amenazas, se debe intentar activamente, haciendo ejercicios de atención a estímulos neutros que nos rodean (mobiliario, decoración, utensilios, etc.), así como a pensamientos o recuerdos neutros asociados a estos estímulos.

La mejor forma de restar atención a una amenaza (como las sensaciones de ansiedad en el caso del pánico) es ocupar la atención (que tiene un foco estrecho) en otras actividades o estímulos que sean neutros. Cuanto más atención prestemos a estímulos neutros durante más tiempo, más disminuirá la ansiedad.

Un paciente con pánico que está a punto de tener un ataque de pánico o crisis de ansiedad, lo mejor que puede hacer, en lugar de respirar en una bolsa, es cambiar el foco de su atención, por ejemplo, hablando de otro tema que requiera cierta concentración.

C) Desarrollo de habilidades para la solución de problemas

El entrenamiento en solución de problemas (D’Zurilla y Goldfried, 1971; D’Zurilla y Nezu, 1982; Goldfried y Goldfried, 1975) sigue una serie de pautas tradicionales que son bien conocidas, lo que ayuda a sustituir la rumiación del problema por una decisión razonable, en la que se elige la alternativa menos mala.

Se comienza por explicar que la toma de decisiones y la solución de problemas generan ansiedad, por lo que conviene aprender un proceso que simplifique el tiempo que tomamos para realizar esta actividad cognitiva.

Cuando estamos anticipando un problema o tomando una decisión, la representación cognitiva del problema o de las consecuencias, nos activa respuestas emocionales, especialmente de ansiedad. Cuanto más tiempo estemos dando vueltas al problema, más aumentará la ansiedad.

La práctica repetida de las cinco fases que describiremos a continuación generará

nuevas habilidades de solución de problemas que sustituirán al proceso que seguía habitualmente el paciente, que adolecía de algún error (p. ej., analizar indefinidamente las alternativas y no elegir una, para volver atrás en el proceso, volviendo a dar vueltas al problema, a las diferentes alternativas, etc., lo que entraña una rumiación permanente de la amenaza).

1. *Fase 1.* Definición y formulación del problema: recoger información, comprender el problema, buscar causas reales que están creando y manteniendo el problema, descomponer y analizar el problema, definir el problema.
2. *Fase 2.* Propuesta de soluciones alternativas: elaborar las posibles salidas o soluciones al problema, no entrar a discutir las. Lógicamente, ninguna será perfecta.
3. *Fase 3.* Evaluación de las alternativas: analizar los pros y los contras de cada alternativa, tener en cuenta que las anticipaciones de problemas generan ansiedad, por lo que se debe limitar el tiempo de procesamiento de la amenaza. Se trata de enumerar las consecuencias positivas y negativas de cada opción. Si se desea se puede cuantificar de 0 a 100 la importancia de cada consecuencia, positiva o negativa, para hacernos una idea de la valoración subjetiva de cada alternativa.
4. *Fase 4.* Toma de decisión: elegir la alternativa “menos mala”, tener en cuenta que no existe una opción que sea la solución perfecta; además, no debemos volver atrás en el proceso de la toma de decisiones (regla de oro), sino que debemos elegir una opción, elaborar un plan de actuación, predecir consecuencias.
5. *Fase 5.* Ejecución y verificación: puesta en marcha del plan de actuación, procurando optimizar los pros y reducir los contras, evaluación de los resultados, autorrefuerzo por haber tomado una decisión y haberla ejecutado, en lugar de castigarse con pensamientos y frases negativos, rumiaciones, etc.

D) Desarrollo de habilidades para una correcta autoevaluación (autoeficacia percibida y autoestima)

Muchos pacientes cometen algunos sesgos o errores cognitivos en la valoración de su capacidad para realizar una tarea (autoeficacia percibida) o la valoración de sí mismo (autoestima) y su trayectoria en las diversas facetas de la vida (social, familiar, académica, profesional, económica, etc.).

Cómo podemos mejorar el autoconcepto o la autoeficacia percibida:

1. Se debe favorecer la motivación para realizar actividades (por ejemplo, mejorando sus expectativas), pues el ser humano se valora más cuando permanece activo, cuando tiene objetivos y además desarrolla habilidades

- con la práctica de diferentes actividades.
2. Realizar o haber realizado múltiples actividades deseadas, en las áreas más importantes de la vida (académica, laboral, familiar, social, pareja, deporte, ocio, etc.) nos ayuda a valorarnos mejor y a desarrollar mejores habilidades.
 3. Procurar hacer bien esas actividades, pues los fracasos nos pasan factura en este sentido, mientras que los éxitos nos deben llevar a valorarnos mejor.
 4. No basta con hacer diferentes actividades y hacerlas bien, sino que hay que saber valorar correctamente los resultados (muchas veces nos encontramos con infravaloraciones, sesgos o errores valorativos hacia la baja, con lo que el paciente sabe que los demás le valoran mejor de lo que lo hace él mismo).
 5. Realizar atribuciones de causalidad correctas (los éxitos deben ser interpretados en términos de atribuciones de causalidad internas –como nuestro esfuerzo, nuestra capacidad, nuestras habilidades, etc.–, no atribuciones externas –como el destino o la suerte–; pues aunque a veces pueda influir algo la suerte o el apoyo social, estos factores externos son siempre temporales, y nosotros estamos revisando la valoración de toda una vida, es decir, nuestro currículum no lo hemos conseguido por azar).
 6. Saber reforzarse por los aciertos (es mejor hacer las cosas por satisfacción o refuerzo que por obligación, sin ningún tipo de satisfacción) y corregir los errores (premiarse por el esfuerzo, aunque no se pueda uno premiar por el resultado; analizar y corregir errores de cara al futuro).
 7. Experimentar satisfacción y bienestar (algunas personas tienen temor o no saben experimentar satisfacción por los logros; eso no es bueno).
 8. Saber generalizar a otras actividades, habilidades o esfuerzos (si he realizado este tipo de actividad pero no esta otra, que es similar, debo sentirme capaz también de hacer esta otra, u otras tareas similares).

Si preguntamos al paciente en cuánto se valora, de 0 a 100, por las actividades más importantes que ha realizado en las áreas más interesantes de la vida, si le preguntamos si cree que su autovaloración es similar a la que harían los demás al examinarle, en estas mismas cuestiones, estaremos en condiciones de hacernos una idea de si su autoestima o su autoeficacia percibida para realizar algunas actividades es adecuada.

En caso de que su autoestima o autoeficacia percibida para una actividad sean bajas o distorsionadas, podemos usar este modelo de análisis y entrenamiento en ocho puntos que acabamos de describir. Si en alguno de los puntos se detecta un problema o distorsión, aplicaremos los principios de reestructuración cognitiva (corrección de distorsiones cognitivas, interpretaciones o atribuciones erróneas, falta de autorrefuerzo, etc.) para restaurar una correcta valoración de esa autoestima o autoeficacia.

13.1.4. Entrenamiento conductual

Cualquier cambio en la conducta del paciente que pueda producirse en el contexto de

esta reestructuración cognitiva suele seguir los principios del entrenamiento conductual. Por un lado, la información suministrada, las expectativas motivacionales que hayamos creado, etc., pueden mover al paciente a poner en marcha cambios en su conducta, pero por otro lado, sabemos que la conducta depende también de otros factores, como las consecuencias que la siguen. Por ello, en la reestructuración cognitiva propuesta no solo desarrollamos las actividades, tareas y estrategias cognitivas que hemos señalado anteriormente, sino que también reforzamos por los logros alcanzados y corregimos los errores o los malos resultados sin castigos, tratando de reducir emociones negativas, como la frustración, la culpa o la ansiedad al fracaso.

Es importante tener en cuenta que los hábitos que hay que desarrollar y practicar a lo largo del proceso terapéutico (p. ej., la práctica de la relajación, trabajar las guías y libros de autoayuda, las exposiciones, etc.) no se adquieren solo por transmisión de información (el terapeuta lo prescribe y el paciente lo hace, lo realiza bien y con la frecuencia deseada, desde la primera semana). También debemos tener en cuenta que a veces el paciente quiere cambiar su conducta o sus emociones en la dirección deseada, pero no es capaz de hacerlo inmediatamente, sino que requiere un entrenamiento progresivo. En ambos casos, debemos utilizar los principios del entrenamiento conductual: aproximaciones sucesivas, apoyo y refuerzo para los éxitos, corrección sin castigos de los fracasos, etc.

Por ejemplo, hay que premiar que el paciente haya realizado parte de las tareas, aunque la frecuencia todavía no sea la óptima. También hay que premiarle por los intentos fallidos, aunque él se sienta descorazonado o frustrado, explicándole cómo puede subsanar sus errores o mejorar sus resultados. Hay que explicarle que él también debe premiarse en estos casos, en lugar de castigarse, puesto que ha hecho un esfuerzo. Hay que resaltar que se necesita un tiempo de aprendizaje, de ensayo, para desarrollar correctamente los hábitos. Y que es más fácil llegar a desarrollarlos con expectativas positivas y premios que con castigos.

13.1.5. Persuasión

Con frecuencia, el terapeuta tiene que persuadir al paciente para que abandone sus viejos temores, les reste importancia, adopte nuevas estrategias de interpretación, de afrontamiento, etc. Un terapeuta que quiera llevar a cabo correctamente todo el proceso de reestructuración cognitiva que aquí se describe debe poseer algunas habilidades de persuasión. Las que hemos desarrollado en un apartado anterior son un buen ejemplo, pero no agotan todas las posibilidades. Para ampliar este repertorio, recomendamos algunos libros de John T. Cacciopo y Richard E. Petty (Petty y Cacioppo, 1986), sobre los que existen vídeos divulgativos y páginas de Internet, que nos pueden dar una primera idea.

Es evidente que cuanto mayor sea la formación y la experiencia del terapeuta en este campo, mayores serán las posibilidades de que se muestre persuasivo, pero también es cierto que hay características de personalidad que pueden ayudar o dificultar a la hora de

ser más o menos persuasivos. Estas características deben ser conocidas por el propio terapeuta y si es necesario trabajarlas en un entrenamiento específico, que le ayude a mejorar su capacidad de persuasión. Un entrenamiento general en habilidades del terapeuta en los cursos de posgrado debería incluir específicamente el entrenamiento en mejora de la capacidad de persuasión.

En la aplicación de las técnicas de reestructuración cognitiva se requiere capacidad de persuasión que se puede conseguir si desarrollamos de varias formas el esquema “información - razonamiento - contrastación”. Por un lado damos información sobre el tema que queremos convencer, a continuación desarrollamos una serie de razonamientos lógicos y, finalmente, buscamos datos en la realidad que respalden lo que defendemos.

Este procedimiento para mejorar la persuasión será especialmente útil si hacemos:

1. Pronóstico de mejoras basadas en su esfuerzo (con el fin de aumentar las expectativas de un resultado positivo en el tratamiento, si realiza las tareas).
2. Diseñamos un proceso terapéutico, marcando hitos temporales u objetivos específicos que se van a ir consiguiendo a lo largo del tiempo, antes de conseguir el resultado final.
3. Fijamos un límite de tiempo para conseguir ese resultado final (damos información de otros casos, razonamos buscando equivalencias con su caso, y, finalmente, buscamos datos que reflejan ya alguna mejora).
4. Hacemos una exposición de modelos que han alcanzado los objetivos y resaltamos los factores que han conducido al éxito (la motivación, el esfuerzo, la paciencia, el tiempo).
5. Proporcionamos, de vez en cuando, información sobre el proceso terapéutico, resaltamos los logros alcanzados (por pequeños que sean), reforzamos por dichos logros y se hace ver que los logros definitivos simplemente requieren más tiempo de entrenamiento, haciendo simplemente lo que ya se está haciendo.

Otras herramientas que se utilizan para mejorar la persuasión son: el diálogo socrático, la intención paradójica, la modificación de estados de ánimo y la modificación de actitudes.

Con el diálogo socrático se persigue que el paciente haga suyos los razonamientos, las argumentaciones o las conclusiones que estamos trabajando.

Con la intención paradójica pretendemos resaltar que lo peor ya ha pasado, que antes de comenzar el tratamiento los pensamientos y las conductas eran inapropiados, por lo que se produjeron los peores resultados posibles (el problema de pánico que estamos tratando, que no es lo peor que nos puede pasar en la vida, aunque esto lo haya pensado muchas veces). Por lo tanto, ahora solo cabe mejorar, ya que se están haciendo las cosas mucho mejor que antes.

El estado de ánimo deprimido conduce a dos cosas malas: la pasividad conductual y la negatividad de pensamiento, que se retroalimentan. La falta de motivación e interés

lleva a no hacer cosas, y el no hacer actividades lleva a sentirse peor. La modificación de este estado de ánimo es una necesidad terapéutica. Se puede conseguir mejorando las expectativas de resultado, aunque estas estarán disminuidas por la falta de actividad y los pensamientos negativos. Por lo tanto, para mejorar el estado de ánimo hay que poner actividades y objetivos que animen, al tiempo que intentamos modificar los pensamientos negativos, las distorsiones y sesgos de memoria (todo me sale siempre mal), resaltando los resultados positivos alcanzados y los que esperamos alcanzar. Las emociones positivas, como el humor, pueden ayudar a salir más rápido de estos procesos cognitivo-emocionales que hunden al paciente, sustituyéndolos por otros que le ayudan a remontar.

A veces resulta difícil cambiar el comportamiento porque está asociado con una actitud negativa. Por ejemplo, una actitud hostil contra alguien o contra algo, que afecta al comportamiento, o una actitud de vergüenza asociada a una conducta que debe poner en marcha el paciente como parte del proceso terapéutico. La modificación de actitudes supone tener en cuenta sentimientos, emociones, recuerdos, información, etc., que están asociados a dichas actitudes. No se trata solo de modificar información, argumentar, razonar, concluir, etc., sino que hay que tener en cuenta también los factores afectivos que pueden bloquear el razonamiento o llevar a conclusiones sesgadas. Modificando a la vez esos sentimientos, emociones, recuerdos, etc., junto a la información que queremos modificar, pero se resistía, será más fácil llegar al objetivo deseado.

En cualquier caso, se trata de persuadir generando expectativas razonables de éxito basadas en la evidencia científica. No se trata de vender el éxito, sino de comunicar correctamente que las técnicas que usamos son eficaces y que con ellas hemos resuelto previamente problemas similares en un tiempo razonablemente corto. Pero hay que resaltar también que el éxito depende de su esfuerzo por entrenarse, por aprender, por seguir un proceso terapéutico que le vamos a dirigir.

13.2. Habilidades del terapeuta

Para llevar a cabo correctamente todo el proceso de reestructuración cognitiva se requieren algunas habilidades del terapeuta. Por ejemplo, debe tener una sólida formación actualizada acerca de las relaciones sobre cognición y emoción, debe tener práctica en el manejo de esa información, poseer habilidades de análisis de los problemas, manejo de sus propias emociones, cierta experiencia de vida, grandes dotes de persuasión y experiencia clínica supervisada. Por lo general, todas estas habilidades y recursos se pueden ir adquiriendo con el tiempo, si se desarrolla una práctica profesional adecuada, que se apoya en una formación continua sobre la clínica basada en la evidencia.

La reestructuración cognitiva tradicional para muchos clínicos supone la puesta en práctica de una técnica aprendida, que sigue unas normas. Esta técnica se supone que puede estar descrita en un manual y que se puede aplicar como se describe en él. Sin embargo, aunque esto es cierto en parte, la realidad no debería ser así de simple. Una

cosa es aplicar manuales o recetas y otra muy diferente es entender la realidad, saber analizarla y saber modificarla. También resulta difícil transmitir todo esto a otras personas.

Por ejemplo, una enfermera que no ha estudiado psicología ¿puede aplicar la técnica de reestructuración cognitiva que acabamos de proponer, siguiendo este manual u otro más detallado? La respuesta solo puede ser un “no” rotundo. La enfermera no puede aplicar la reestructuración cognitiva que estamos defendiendo, pero no porque sea enfermera, sino porque carece de la formación necesaria para hacerlo, aunque pueda seguir las pautas de un manual. De hecho, es probable que haya muchos psicólogos que tampoco tengan la formación suficiente para aplicarla, pues no es una cuestión de título, sino también de formación.

En los estudios de psicología hay una serie de asignaturas que aparentemente no guardan mucha relación entre sí por cómo se imparten, como por ejemplo, Psicología de la Emoción o Técnicas de Tratamiento Psicológico. La primera es una asignatura que imparten los departamentos de Psicología Básica, en los que no suele haber profesores con orientación aplicada a la clínica. La segunda es una asignatura de los departamentos de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos, donde en general se imparten los conocimientos clínico-prácticos sin relacionarlos con los procesos psicológicos básicos, como es la emoción. Si el alumno recibe pasivamente los conocimientos de una y otra materia, parece que las técnicas de tratamiento psicológico de los desórdenes emocionales poco tienen que ver con lo estudiado en la psicología de la emoción. Si no hay una integración de ambas líneas de investigación ¿en qué se basa el estudio de las técnicas clínicas para tratar los desórdenes emocionales? Y si no hay una integración de conocimientos en el psicólogo aplicado ¿en qué consiste su práctica clínica?, ¿en aplicar técnicas sin fundamento teórico?

El psicólogo clínico tiene que tener también un amplio conocimiento de psicología de las emociones, de las relaciones entre cognición y emoción, de los procesos cognitivos relacionados con la emoción, de las distorsiones y sesgos cognitivos, de la investigación sobre autorregulación emocional, además de estar al día sobre la investigación de modelos y técnicas de tratamiento psicológico basados en la evidencia científica.

El terapeuta no solo necesita formación, sino que esta es solo una condición necesaria, pero no suficiente. Necesita también unas habilidades personales de integración y manejo de esa formación, como por ejemplo haber desarrollado capacidad de análisis y síntesis de los problemas a partir de los modelos que gozan de evidencia, tener una cabeza bien amueblada en general, buenas dosis de reflexividad, una orientación científica al enfocar cualquier problema nuevo, un buen equilibrio emocional, empatía ajustada, saber escuchar, capacidad para dirigir y modificar las emociones ajenas, buen manejo de situaciones y grupos, habilidades de persuasión, etc.

Pero el tema de las habilidades del terapeuta excede los objetivos de este trabajo, por lo que vamos a cerrar este apartado animando a que el desarrollo de unas mejores habilidades sea un objetivo permanente, a corto, medio y largo plazo. Un objetivo que será más fácil alcanzar si mantenemos una formación continua, acreditada, basada en la

evidencia, yendo a las fuentes originales, apoyándose en las revistas y sociedades científicas, huyendo de sectarismos y modas.

Controversias en la clínica de los trastornos de ansiedad

En cursos de posgrado y otros ámbitos clínicos hemos encontrado con cierta frecuencia que algunos terapeutas siguen manteniendo ciertas controversias, dudas o posiciones contradictorias sobre algunos tópicos muy concretos de la clínica de los trastornos de ansiedad, que conviene e intentaremos aclarar.

14.1. El paciente tiene miedo a desmayarse

Algunos pacientes con pánico suelen tener sensación de mareo constante e interpretan dicha sensación como un probable desmayo o pérdida de conciencia inminente. Sin embargo, la gran mayoría de estos pacientes nunca se ha desmayado. Es por lo tanto habitual que el terapeuta suministre información en este sentido y que argumente a favor de quitar importancia al temor de la pérdida de conciencia. Esto ayuda a disminuir la magnificación de una amenaza poco probable, con lo que disminuye la ansiedad y la probabilidad de sufrir nuevas sensaciones de mareo que producen pánico.

No obstante, no tiene sentido seguir usando esta estrategia terapéutica de disminución de las distorsiones cognitivas en aquellos casos en los que el paciente sí ha perdido la conciencia, porque en alguna ocasión ya se desmayaron, pues lógicamente no les sirve.

Pero hemos observado, en algunos de estos casos, que muchos terapeutas cognitivo-conductuales insisten en la importancia de explicar también a estos pacientes que la probabilidad de desmayarse durante un ataque de pánico o cuando experimentan mucha ansiedad, es mínima.

Argumentan que para que una persona se desmayara tendría que descender su ritmo cardíaco y su presión arterial, pero que cuando se produce un ataque de pánico o se experimenta mucha ansiedad, sucede justo lo contrario. Por lo tanto, desde esta explicación, sería imposible desmayarse cuando se tiene ansiedad. La sensación de mareo probablemente se produciría porque el corazón estaría enviando más sangre a los músculos que al cerebro, para poder atacar o huir.

Sin embargo, algunos pacientes insisten en que ya se han desmayado (algunos, incluso en múltiples ocasiones) y que durante todas esas ocasiones estaban experimentando mucha ansiedad. Esta contradicción entre lo que dicen estos pacientes y la explicación teórica habitual de un buen número de psicólogos, se suele resolver

señalando que hay un error que cometen los pacientes y dicho error es la causa de tal contradicción. Se afirma por parte de estos psicólogos que cuando los pacientes se desmayan no están realmente ansiosos, si bien no pueden recordarlo, y dichos desmayos se producen por causas ajenas a la ansiedad (de las que no fueron conscientes), como por ejemplo, cambios hormonales, bajada inesperada de la presión arterial, haber dormido poco, enfermedad vírica, visión de sangre o heridas, estar a dieta, etc. Otras explicaciones similares, señalan que estos supuestos desmayos no son propiamente un desmayo, sino un desvanecimiento fortuito que se produce en medio de un ataque de pánico, pero no guarda relación alguna con dicho ataque de pánico.

De manera que la persona debe aprender a diferenciar las sensaciones de desmayo, en las que irá sintiendo una desconexión progresiva de la realidad, de las sensaciones de pánico en las que experimentará con total viveza su ansiedad. Esta explicación insiste en que el miedo al desmayo es un mito clásico, sin embargo, es absolutamente cierto que algunos pacientes se desmayan y pueden recordar perfectamente qué sucedió antes del desmayo, además, en muchas ocasiones no se cumple ninguna de las explicaciones que acabamos de citar por parte de esos psicólogos.

En definitiva, no entendemos por qué se sigue considerando un mito o creencia irracional el miedo al desmayo, por qué se sigue ignorando lo que relata el paciente y por qué se continúa insistiendo en una explicación que no se sostiene (y, sobre todo, que no convence al paciente porque va en contra de su evidencia).

El desarrollo actual de la investigación no nos permite diagnosticar la causa exacta de algunos desmayos que se producen en la vida cotidiana de muchas personas, a pesar de las pruebas médicas sofisticadas que se hacen al paciente. Los psicólogos podemos y debemos intentar hacer un buen análisis funcional de la conducta para tratar de demostrar la posible existencia, por ejemplo, de situaciones o estímulos asociados al desmayo, pero no siempre es fácil identificarlos.

A pesar de todo ello, algunos pacientes se desmayan, podamos explicarlo a nivel biomédico o no. En cuanto a la explicación psicológica de estos desmayos, la que se apunta en los manuales al uso no sirve para algunos pacientes, como para los que sí se desmayan en situaciones amenazantes (por ejemplo, de tipo social) y que se han desmayado ya tantas veces que no les puede convencer en absoluto la explicación descrita anteriormente, que se suele hacer aplicando la terapia racional-emotiva, y que argumenta que bajo un estado de ansiedad no es posible el desmayo.

14.1.1. ¿La ansiedad no produce desmayo?

Es verdad que muchos pacientes no se han desmayado nunca, pero temen que suceda, y que este temor va desarrollando pánico a las sensaciones de mareo, así como evitaciones agorafóbicas, como por ejemplo, no salir de casa si no están acompañados por personas de confianza. Bien, para estos pacientes, esa explicación puede ser útil, pero no sirve para todos. Para los pacientes que sí se marean habrá que intentar restar importancia, en la medida de lo posible, a esos mareos.

Además, no tiene sentido ni negar los mareos ni discutir con estos pacientes acerca de la causa de sus mareos. Simplemente, debemos admitir que sí es posible desmayarse en situaciones amenazantes.

¿Qué se sabe desde la psicología de las emociones sobre este punto? Cuando una persona se encuentra en una situación de peligro para su supervivencia, no solo se da la respuesta de lucha-huida, sino que a veces se produce la de paralización y desmayo. Cuando una persona se está haciendo una extracción de sangre para unos análisis médicos, tal situación no implica un riesgo para su supervivencia, sino en todo caso una amenaza (por ejemplo, social para algunos individuos), pero la probabilidad de desmayarse no es cero, sino más bien alta para algunos individuos. Por lo tanto, la respuesta a la pregunta que nos hacemos en este apartado (“¿es imposible desmayarse por ansiedad?”) debe ser “no, no es imposible; es posible en algunos casos”.

14.1.2. Conclusión

En resumen, podemos encontrar dos tipos de pacientes con pánico y sensaciones de mareo: (1) los que nunca o raramente se han desmayado, y (2) los que sí se han desmayado en múltiples ocasiones. A los primeros, sí se les puede aplicar la terapia cognitiva tradicional, basada en la terapia racional-emotiva, que utiliza esos argumentos descritos y, además, funciona con ellos. Pero con los segundos, lógicamente, tales argumentos racionales no funcionan y no tiene sentido intentar convencerlos de que no se van a desmayar, cuando sí se desmayan.

En la clínica es posible encontrar algún paciente que lleva desmayándose cerca de cincuenta años, a pesar de múltiples tratamientos médicos y psicológicos (incluyendo terapia racional-emotiva, relajación y exposición). En estos casos, no tiene sentido intentar convencerles de que no sucede lo que han experimentado tantas veces a lo largo de su vida, pues no es lógico ni funciona. Sin embargo, la terapia cognitiva centrada en la disminución de las distorsiones cognitivas de tipo atencional e interpretativo sí funciona y, poco a poco, va remitiendo la agorafobia (con evitaciones graves a salir de casa, sufridas durante décadas), y se consigue además que no vuelvan a aparecer los desmayos.

14.2. Cómo dejar de pensar en la ansiedad

Como ya hemos señalado en múltiples ocasiones, la ansiedad es una emoción natural que nos pone en alerta para afrontar una amenaza o problema de manera más adecuada. Por ello, es normal que cuando estamos ansiosos, nerviosos, anticipando o afrontando un problema de la vida cotidiana, nuestra atención se centre en la amenaza (priorizada frente a otros temas menos importantes) y nos cueste más poner voluntariamente la atención en estímulos neutros o que puedan distraer nuestra vigilancia sobre la amenaza y sus posibles consecuencias negativas. Sin embargo, si el problema está magnificado en

exceso, tendremos elevados niveles de ansiedad y será más difícil dejar de atender voluntariamente a la amenaza.

En este caso, si no hacemos un esfuerzo, intentando desplazar la atención del conflicto, sino que continuamos desgranando las posibles consecuencias negativas (además, magnificadas) que puede tener la situación, seguirá aumentando la ansiedad, aunque no necesitemos incrementar el estado de alerta para resolver este problema (que está ya magnificado y para el que ya estamos suficientemente activados). Al estar el problema sobredimensionado y tener un exceso de activación, de recursos en alerta, corremos el riesgo de ser poco eficaces con el manejo de la atención y los procesos cognitivos propios de la corteza cerebral (que puede llegar a bloquearnos) y sufrir además otras consecuencias negativas de la ansiedad, como el malestar psicológico y la excesiva aceleración fisiológica.

Esto es lo que sucede en los trastornos de ansiedad, como es el caso del trastorno de pánico o la fobia social. Por ejemplo, el paciente con pánico centra su atención en las sensaciones físicas de ansiedad, que no son peligrosas, pero para las que magnifica sus consecuencias, como si realmente lo fueran. Ello le suele llevar a aumentar aún más la activación fisiológica, la pérdida de control, el malestar psicológico y los ataques de pánico. Cuanto más activado o nervioso esté, más dificultad tendrá para manejar la atención y apartarla de sus sensaciones temidas. Digamos que en esa situación, las distorsiones cognitivas activan el cerebro emocional que bloquea el cerebro de los procesos cognitivos superiores.

Así pues, por un lado, lo que debemos hacer para calmarse es procesar estímulos neutros, pero, por otro lado, la atención se dirige automáticamente hacia estímulos emocionales relacionados con la amenaza. Con frecuencia, la demanda desesperada del paciente a su psicólogo es esta: “¿cómo dejo de pensar en mi ansiedad?”, “no puedo pensar en estímulos neutros, porque no puedo dejar de pensar en mi ansiedad”.

Para resolver esta cuestión, recomendamos ejercicios en frío (fuera de la situación emocional) de focalización de la atención o de atención plena, como por ejemplo ir repasando mentalmente una serie de estímulos neutros, tales como los objetos externos que nos rodean (una mesa de despacho, un sillón de trabajo, la torre del ordenador, una pantalla, el escáner, la impresora, un reloj de pared, la pared pintada de color verde, un cuadro de un paisaje verde con amapolas, etc.).

Además de listar estos estímulos del ambiente, podemos ponerle un comentario meramente descriptivo a alguno de ellos. Por ejemplo, “estoy viendo mi mesa de despacho, con algunos libros desordenados; el sillón es cómodo; el ordenador, que ya tiene unos años, sigue siendo funcional; la pantalla es muy ancha y muy nítida (cómo han mejorado las pantallas en los últimos años); el escáner tiene unos papeles encima, está en reposo; la impresora también está en espera (menos mal, porque cuando está activa hace más ruido); la pared y el cuadro combinan bien sus colores; el paisaje es un prado verde con amapolas, me sugiere la primavera...”. Y así debemos continuar durante unos pocos minutos, prestando atención a estímulos y recuerdos neutros, hasta comprobar que estamos más relajados y que la amenaza está distanciándose.

Pero cuando estamos en la situación emocional, también podemos buscar otras actividades distractoras como, por ejemplo, participar en una charla de forma muy activa, aunque estemos muy nerviosos. Es decir, desarrollar una actividad que exija un gran papel de nuestra atención en tareas neutras, como es mantener una conversación que nos ayudará a desdramatizar, y permitirá bloquear poco a poco la activación del cerebro emocional que estaba llevando nuestra atención a la amenaza.

También podemos intentar desarrollar, siempre que sea posible, pensamientos agradables (p. ej., recuerdos, fantasías, etc.) o neutros (p. ej., repasar conversaciones sosegadas recientes) que puedan alejar la atención de la amenaza. Para un conocimiento más detallado sobre estas técnicas, véase el trabajo de Botella y Ballester (1997).

Además de hacer este tipo de ejercicios de refocalización para disminuir las distorsiones de tipo atencional, también conviene trabajar paralelamente los sesgos interpretativos, como las magnificaciones, tratando de dar una importancia menor o adecuada al problema o amenaza.

Lo normal es que la ansiedad tienda a magnificar la probabilidad de ocurrencia de un suceso amenazante, así como la gravedad de sus consecuencias; a su vez, tiende a disminuir la importancia de nuestros recursos propios y la posibilidad de recibir apoyo social. Por lo tanto, podemos repasar mentalmente estos cuatro parámetros, tratando de restaurar la valoración cognitiva de estos hasta un estado de menor importancia de la amenaza y mayor valoración de los recursos propios y del apoyo social.

Si valoramos de 0 a 100 la probabilidad de ocurrencia del suceso, ¿nuestra valoración subjetiva es realista o está magnificada? ¿Con quién o con qué podemos contrastar nuestras valoraciones subjetivas? Podemos intentarlo con datos objetivos estadísticos (p. ej., probabilidad de ocurrencia de un desenlace fatal, como un infarto, sin tener factores de riesgo, como el colesterol alto, hipertensión, tabaquismo, obesidad, diabetes, etc.), o tal vez podemos comparar con la opinión de otras personas, a veces simplemente pensando cómo creemos que lo vería una persona próxima que no tiene nuestro problema, etc.

Para la segunda cuestión, si valoramos de 0 a 100 la gravedad de las consecuencias, ¿nuestra valoración subjetiva está inflada? ¿Cómo lo valorarían otras personas? ¿A ellas les afecta tanto como a nosotros? ¿Por qué? ¿Estamos magnificando la importancia de esta amenaza?

En cuanto a la tercera cuestión, sobre nuestros recursos de afrontamiento, conviene comparar con nuestro propio nivel de competencia en otras situaciones similares que no tememos.

Para reflexionar sobre la cuarta, el apoyo social, podemos hacer un cambio de roles, pues aunque pensemos que los demás no nos ayudarán en una situación en la que tenemos mucha ansiedad, generalmente nosotros podemos pensar que sí intentaríamos ayudar a alguien que sufre ansiedad, en lugar de rechazarle o ponerle más dificultades.

Volver a analizar estas cuatro cuestiones ayudará a reducir el sesgo interpretativo y, si se consigue, ayudará a reducir también el sesgo atencional, por lo que será más fácil realizar los ejercicios de refocalización de la atención que estamos intentando llevar a

cabo.

Cuando decimos que se debe intentar desviar la atención hacia estímulos neutros no emocionales, nos estamos refiriendo a procurar buscar situaciones o actividades que realmente nos ayuden a distraernos, desviando el foco atencional centrado en la ansiedad hacia un tipo de estimulación menos amenazante, pero que sean capaces de absorber una buena parte de nuestra atención, como por ejemplo una buena conversación que nos interese y en la que mantengamos un papel activo.

Por tanto, no se trata de realizar un ejercicio de supresión de pensamiento, en el cual centremos nuestra atención en no pensar en algo concreto, como en el famoso experimento de Wegner, en el cual se pedía a los sujetos que no pensarán en un oso blanco, lo que paradójicamente les generaba un efecto rebote en la frecuencia de este pensamiento (Wegner, Schneier, Carter y White, 1987).

En cambio, se trata de intentar realizar algún tipo de actividad que sea lo más incompatible posible con la ansiedad y que fuerce a centrar la atención en otro tipo de actividad. Con frecuencia, una actividad laboral que exige concentración ayuda al paciente con pánico a tener menos síntomas de ansiedad.

En el caso de una persona con ansiedad social, no sería adecuado decirle simplemente que en las situaciones sociales no centre su atención en pensamientos negativos sobre su propia conducta o su ansiedad, sino que, además, debemos indicarle que se ponga a hablar, a participar, que intente integrarse en la conversación, en la medida de lo posible.

Tampoco se trata de pedirle que imparta un discurso o se convierta en el centro de atención, sino de que gradúe lo que puede hacer, según el nivel de dificultad de la situación y en función de su capacidad para afrontarla, pero que haga algo. Que adopte un papel más activo y salga de su ostracismo, que deje de autofocalizar su atención en su propia conducta.

Será bueno también indicarle cómo realizar pequeñas intervenciones que impliquen un bajo nivel de activación emocional. Por ejemplo, si la situación transcurre en un restaurante y está con un grupo de personas, puede empezar realizando pequeños comentarios sobre la carta, el local, la decoración, etc. Lo importante es comenzar a hablar, porque después surgirán más temas de conversación y la ansiedad irá disminuyendo. Con frecuencia, es mejor comenzar hablando del tiempo, que callar.

14.3. Cómo explicar el pánico nocturno

Durante el sueño nuestro cuerpo suele descansar, mediante la relajación de la actividad muscular, la respiratoria, la digestiva, etc. y lo normal es levantarse físicamente más descansados. Algo similar ocurre con nuestro cerebro. Cuando se registra la actividad de nuestra mente, se observa que cuando dormimos más profundamente (la fase de movimientos oculares rápidos o fase REM por sus siglas en inglés) coincide con los momentos en los que estamos soñando. Existe la necesidad de dormir en esta fase

profunda durante al menos dos horas o un poco más, de las ocho horas de un sueño normal. Las personas con algún trastorno del sueño, como la apnea del sueño, en el que la persona dormida ronca y hace pausas en la respiración (debido a que se relaja la glotis, lo que impide la respiración, y se ahoga si no se despierta), no alcanzan este periodo de tiempo crítico de algo más de dos horas de sueño profundo, y a la mañana siguiente no están descansadas, por lo que muestran somnolencia diurna.

Pero, durante el sueño, nuestra mente realiza también otras funciones de restauración, por ejemplo, funciones cognitivas, de traspaso de la información de la memoria a corto plazo a la memoria a largo plazo. Las personas con déficit de sueño tienen más problemas de retención de información en la memoria a largo plazo que las que duermen lo suficiente. Este trasvase de información implica cierto procesamiento de la información, generalmente relacionada con lo que hemos vivido durante la vigilia. También se procesa información emocional, de manera que el sueño puede ser activador y no solo relajante. Así, las pesadillas activan a la persona que está descansando. La explicación es que esa persona que tiene una pesadilla está volviendo a procesar una información emocional relevante para ella, que provoca también emoción intensa durante la vigilia.

Por lo tanto, el sueño es restaurador, tiende a proporcionarnos relajación y descanso, pero también es emocional y puede activarnos. Así, puede suceder que nos despertemos a media noche con una pesadilla o con un sueño muy emocional. Las emociones vividas durante el sueño pueden ser positivas o negativas, suelen estar relacionadas con algo vivido o procesado durante la vigilia y pueden activarnos, a veces de manera intensa.

Cuando una persona tiene trastorno de pánico se vuelve muy intolerante con la activación fisiológica. Es decir, desarrolla una alta sensibilidad a la ansiedad, especialmente en la dimensión “sensaciones físicas”. Se sabe que altas puntuaciones en esta subescala del ASI (*Anxiety Sensivity Index* o “índice de sensibilidad a la ansiedad”) suponen un predictor para sufrir nuevos ataques de pánico. Generalmente, el paciente con pánico teme la activación producida por la ansiedad, pero puede llegar a temer la producida por el ejercicio físico, o incluso por las relaciones sexuales. Por lo tanto, algunos pacientes con alta sensibilidad a las sensaciones físicas de ansiedad se asustan mucho cuando se despiertan con alta activación fisiológica, lo cual puede desencadenar un ataque de pánico.

La forma de abordar este problema es hacerlo con las mismas herramientas que se usan para tratar el problema de los ataques de pánico durante la vigilia. Es decir, por un lado, hay que restar importancia a la activación fisiológica, aunque se haya producido durante el sueño, ya que no tiene las consecuencias catastróficas que imagina el paciente con pánico, y, por otro lado, hay que dejar de rumiar el suceso. El hecho de haberse despertado activado no es importante (es relativamente frecuente en cualquier persona, aunque no tenga pánico) y no merece la pena dedicarle mucha atención. Además, si nos asusta es más probable que se repita, ya que tendemos a soñar con lo que nos preocupa. Pero el hecho de que se repita no es un problema grave, solo molesto y es mejor aceptarlo que combatirlo, por lo que no deberíamos darle más importancia, lo que

ayudaría a disminuir su frecuencia.

14.4. El paciente no entiende los ataques de pánico espontáneos

Los ataques de pánico en principio son reacciones de ansiedad intensas e inesperadas. Tener mucha ansiedad durante un examen importante o un discurso en público no constituye un ataque de pánico, por definición, ya que la reacción de ansiedad además de ser intensa ha de ser inesperada. En cambio, una reacción intensa de ansiedad que surge inesperadamente al caminar por la calle (sin que suceda nada especial), o mientras conducimos en una situación normal, sí puede ser en ambos casos un ataque de pánico (habría que revisar el resto de los criterios, que probablemente sí se cumplirían).

El que se vuelva a repetir esta reacción intensa de ansiedad depende en buena parte de la información y expectativas que tenga la persona que ha sufrido dicha reacción. Así, si una persona experimenta una crisis de ansiedad cuando le comunican que ha sucedido algo muy importante, como la muerte repentina de un ser querido, es probable que no vuelva a tener este tipo de reacción y no desarrolle por tanto un trastorno de pánico, ya que atribuye su reacción intensa y descontrolada de ansiedad a algo muy importante, pero circunstancial que no se repetirá más. Esta persona, aunque no tenga información sobre lo que es el pánico, lo vive de una manera natural y no espera que se repita de nuevo.

Por el contrario, si una persona ha sufrido una crisis de ansiedad inesperada, no tiene información sobre lo que le ha sucedido y no se le suministra después, entonces es probable que tenga una alta expectativa sobre la posible repetición, que irá aumentando (junto con el temor a que suceda), con cada nueva rumiación y anticipación.

En definitiva, los ataques de pánico han de ser espontáneos, por definición. Quien ya ha sufrido uno tiene dos caminos: uno, darle mucha importancia al hecho de que pueda repetirse (porque lo magnifica y lo atiende en exceso), o dos, no concederle tal importancia a la posibilidad de que vuelva a repetirse. El primer camino conduce a tener más ataques de pánico, en cambio, el segundo no.

Veamos un nuevo ejemplo. Si una persona sufre un ataque de pánico inesperado y se le informa a continuación qué es un ataque de pánico, que no es grave y que se ha debido a un efecto secundario no deseado propio de un medicamento que acababa de tomar, entonces esa persona probablemente no volverá a tener más ataques de pánico. El primer ataque fue inesperado, pero la información suele ser esencial para que no se vuelva a repetir. Esto es una prueba de que una parte importante de la naturaleza del pánico es de tipo cognitivo. Por ello, no debe sorprendernos que un paciente que ha estado sufriendo ataques de pánico diarios en los últimos siete años, deje de tenerlos tras una primera sesión informativa. ¿Tan importante es la información para el pánico? Sí.

Por ello, el paciente con pánico debe estar bien informado y su fuente primaria de información ha de ser su terapeuta, aunque se refuerce con libros. Un paciente bien informado no debería sorprenderse por los ataques de pánico inesperados. En teoría

podrían surgirle a cualquier persona, en cualquier momento, pero si esto no se teme, es mucho más probable que no suceda.

Por el contrario, temer nuevos ataques de pánico inesperados supone que todavía no se tiene la información adecuada, o todavía no se ha terminado de digerir, porque además de información el terapeuta tiene que enseñar a procesar esa información, entrenando al paciente en la disminución de las distorsiones de tipo atencional y de tipo interpretativo.

Este entrenamiento lleva un tiempo y el resultado final no se consigue simplemente con dar información en una única sesión. El paciente que ha dejado de tener ataques de pánico diarios tras una única sesión informativa no ha resuelto su problema todavía. En la segunda semana puede volver a tener otro ataque de pánico, aunque sea de menor intensidad. Digamos que va por buen camino, pues antes hubiera tenido al menos catorce ataques de pánico en dos semanas, mientras que ahora ha tenido cero en la primera semana y uno pequeño en la segunda.

Podemos abstraer de esta experiencia clínica que la información es muy importante, aunque no es suficiente. Además de la información, habrá que trabajarlo más, habrá que desarrollar un proceso como se describe a lo largo de este libro, en el que se deben adquirir habilidades. La información ayudará a entender qué es el pánico, cómo se genera o cómo se maneja, pero además habrá que entrenar habilidades específicas, de tipo cognitivo, de relajación y conductuales. Con ellas, se conseguirá manejar el pánico y dejarlo atrás.

Consideraciones finales

Como hemos visto a lo largo de todo este libro, en el tratamiento psicológico del trastorno de pánico sigue habiendo hoy en día dos posiciones que no están enfrentadas, pero tampoco están totalmente coordinadas, la conductual tradicional y la cognitiva-emocional. Es como si el cambio de paradigma sucedido en la psicología (primero, conductual y, luego, cognitivo), todavía no estuviese suficientemente digerido, pues incluso algunos psicólogos cognitivos siguen teniendo concepciones propias del conductismo tradicional, como veremos a continuación.

Uno de los modelos que mayor influencia ha ejercido en el tratamiento de los trastornos de ansiedad es el modelo cognitivo propuesto por Beck en los años ochenta (Beck et al., 1985). Según este modelo revisado recientemente por Beck y D. A. Clark (2012) el problema central del trastorno de pánico se encuentra en la activación de los esquemas de peligro o amenaza que ponen en marcha los síntomas de ansiedad, es decir, en los procesos cognitivos automáticos e involuntarios relacionados con la activación del miedo, frente al modelo cognitivo original que, si bien reconocía la existencia de mecanismos innatos e involuntarios, insistía más en los procesos cognitivos menos automáticos y más intencionados. Según estos autores, el pánico se produce por una “respuesta automática de miedo”, activada por una “valoración inicial” exagerada de la amenaza. “Dicha valoración es de naturaleza preconsciente y está diseñada para proteger la supervivencia”. Esta valoración inicial automática provocaría una “valoración secundaria” de los recursos de afrontamiento para hacer frente a la amenaza, que abarcaría procesos cognitivos superiores más elaborados e intencionados relacionados también con el mantenimiento del trastorno, aunque para este modelo son considerados elementos secundarios. Beck y D. A. Clark (2012) admiten la existencia de dos tipos de sesgos cognitivos, un sesgo atencional centrado en la amenaza y un sesgo interpretativo centrado en los síntomas y sus consecuencias.

La terapia cognitiva del pánico según este modelo consistiría básicamente en reducir la hipervigilancia hacia las sensaciones físicas temidas, debilitar las creencias catastrofistas relacionadas con los síntomas y eliminar las conductas de evitación y de seguridad. Estos objetivos se alcanzarían activando en sesión los esquemas de miedo o amenaza fisiológica o mental, mediante los ejercicios de exposición interoceptiva. Para debilitar las interpretaciones catastróficas, la reestructuración cognitiva debe centrarse en la puesta a prueba de hipótesis empíricas mediante la recogida de evidencias a favor o en contra de dichas interpretaciones. Ambas técnicas (reestructuración cognitiva y exposición interoceptiva) ayudarían a eliminar las conductas de evitación y de seguridad, que favorecen el mantenimiento del trastorno.

Como hemos señalado previamente, el modelo que acabamos de describir, es hasta la fecha, uno de los modelos cognitivos más reconocido y aplicado en la clínica de los

trastornos de ansiedad. Sin embargo, como se puede observar, aunque el modelo ha sido revisado recientemente y ha introducido algunas modificaciones, como por ejemplo, un mayor énfasis en la importancia de los esquemas cognitivos automáticos del miedo frente a los procesos cognitivos más intencionados y conscientes, explicando el pánico más como un problema de miedo que como un problema de ansiedad y, además, la aceptación de la existencia de dos sesgos cognitivos (atencional e interpretativo) esenciales para entender el mantenimiento del pánico (Barlow, 2002; Clark, 1999; MacLeod, 1999; Wells y Matthews, 1994), los principios básicos del tratamiento son prácticamente idénticos a los articulados en el modelo cognitivo original.

El modelo conductual radical tiene muchos problemas para explicar por qué no siempre se produce la extinción de la respuesta emocional tras exponerse repetidamente al estímulo que la provoca. Durante años se ha venido defendiendo que la exposición repetida a una situación percibida como amenazante o a los recuerdos espontáneos de un trauma, normalmente es suficiente para extinguir las respuestas emocionales condicionadas, y que la extinción dejará de producirse si la persona intenta distraerse o bloquear los recuerdos. De acuerdo con esta explicación (Keane, Zimering y Caddell, 1985), el mantenimiento de los trastornos emocionales pese a realizar exposición se debe a la evitación cognitiva de los estímulos condicionados durante dicha exposición, que se vería reforzada por la reducción del miedo.

Sin embargo, esta explicación tradicional es contraria a los principios de los modelos más recientes de la regulación emocional o a los de sesgos cognitivos o distorsiones cognitivas. En efecto, el modelo tradicional insiste en la necesidad de que el paciente cuando realiza la exposición centre su atención en consecuencias de tipo catastrófico, para poder extinguir la respuesta condicionada de miedo. Sin embargo, según el modelo de sesgos cognitivos o distorsiones cognitivas, el problema no estaría en que el paciente ha evitado durante la exposición a nivel cognitivo la amenaza, sino en que el paciente está centrando su atención en los estímulos amenazantes y los está magnificando, lo que producirá mayor respuesta emocional, e incluso sensibilización, además de una elevada tasa de abandono terapéutico.

La lógica del modelo que defendemos en este libro se basa en que los trastornos de ansiedad se desarrollan como un desorden o alteración emocional aprendido. En este aprendizaje aparecen de forma progresiva reacciones emocionales intensas y frecuentes, con experiencia ansiosa cada vez más desagradable (p. ej., malestar psicológico), activación fisiológica intensificada (p. ej., respuestas autonómicas) y expresión o conducta desajustada (p. ej., evitaciones).

Si explicamos el trastorno apoyándonos en un modelo de aprendizaje emocional cognitivo (sesgos cognitivos, distorsiones cognitivas, autorregulación cognitivo-emocional) y conductual (condicionamiento directo de respuestas fisiológicas), para entender el cambio desde la normalidad a las alteraciones emocionales, entonces la intervención psicológica debería consistir en volver a aprender a manejar las emociones, como se hacía previamente, antes de desarrollar la alteración.

Es decir, la intervención psicológica debería ir encaminada a la restauración de la

regulación emocional previa al desorden, corrigiendo la focalización de la atención en la amenaza, las distorsiones y los sesgos cognitivos de atención e interpretación, disminuyendo la activación fisiológica mediante técnicas de relajación (muscular, respiración, imaginación y sugestión) y reajustando las conductas desadaptadas mediante un entrenamiento por aproximaciones sucesivas y práctica conductual reforzada.

Esta propuesta de tratamiento está basada, por un lado, en nuestra experiencia clínica centrada en los trastornos de ansiedad (Cano-Vindel et al., 2011a) y el trastorno de pánico (Wood, 2008), combinada con investigación especializada en el mismo campo (Cano-Vindel, 2010), por otro lado, en las directrices indicadas en las guías de práctica clínica basadas en la evidencia (NICE, 2011a, 2011b) y nuestras propias revisiones de estas (Cano-Vindel, 2011a).

Supone una actualización con respecto al tratamiento habitual del trastorno de pánico, en el que raramente se utiliza una reestructuración cognitivo-emocional que tenga en cuenta el modelo de los sesgos cognitivos (Eysenck y Derakhshan, 1997; Eysenck y Eysenck, 2007), las distorsiones cognitivas autoinformadas y la regulación emocional (Leahy, Napolitano y Tirsch, 2011).

También supone una actualización respecto al modo de entender la exposición y su práctica. En nuestra opinión, la investigación científica está avanzando en esta dirección, aunque la práctica clínica seguramente tardará en asumir estos cambios. El propósito inicial de este libro ha sido intentar reducir la distancia que suele haber entre la investigación y la práctica clínica, aunque durante su desarrollo han surgido también cuestiones de investigación que nos deben estimular a seguir trabajando en ello.

Bibliografía

Esta bibliografía incluye únicamente las obras consideradas más relevantes, mientras que el resto de la bibliografía citada y otros trabajos aparecen en la página web de la Editorial Síntesis: www.sintesis.com.

- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H. et al. (2004a). "Prevalence of mental disorders in Europe: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project". *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, 21-27.
- Asociación de Psiquiatría Americana (APA) (2001). *DSM-IV-TR. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Texto revisado* (4.^a ed.). Barcelona: Masson.
- (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5.^a ed.). Arlington: Author.
- Arntz, A. (2002). "Cognitive therapy versus interoceptive exposure as treatment of panic disorder without agoraphobia". *Behaviour Research and Therapy*, 40, 325-341.
- Bados, A. (2009). *Agorafobia y pánico*. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic*. Nueva York: Guilford Press.
- Beck, A. T. y Clark, D. M. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Beck, A. T., Emery, G. y Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective*. Nueva York: Basic Books.
- Beck, A. T. y Greenberg, R. L. (1988). "Cognitive therapy of panic disorder". En R. E. Hales y A. J. Frances (eds.), *Review of Psychiatry*, 7, 571-583. Washington D. C.: American Psychiatry Press.
- Bernstein, D. y Borkovec, T. D. (1983). *Entrenamiento en relajación progresiva*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Botella, C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno de pánico. *Psicothema*, 13, 465-478.
- Botella, C. y Ballester, R. (1997). *Trastorno de pánico: evaluación y tratamiento*. Barcelona: Martínez Roca.
- Brewin, C. R. (1996). "Theoretical foundations of cognitive-behavior therapy for anxiety and depression". *Annual Review of Psychology*, 47, 33-57.
- Cannon, W. B. (1915). *Bodily Changes in Pain, Hunger, Fear and Rage: An Account of Recent Researches into the Function of Emotional Excitement*. Nueva York: Appleton.
- Cano-Vindel, A. (2004). *La ansiedad. Claves para vencerla*. Málaga: Arguval.
- (2007). "La naturaleza y el tratamiento del trastorno de pánico con agorafobia". *Boletín de la SEAS*, 27, 11-23. Recuperado de <http://www.ucm.es/info/seas/Boletine/boseas27.pdf>.
- Cano-Vindel, A., Camuñas, N., Iruarrizaga, I., Dongil-Collado, E. y Wood, C. (2010). "Valoración, afrontamiento y ansiedad a la hora de dejar de fumar". *Revista Española de Drogodependencias*, 35, 413-434.
- Cano-Vindel, A., Dongil-Collado, E., Salguero, J. M. y Wood, C. M. (2011a). "Intervención cognitivo-conductual en los trastornos de ansiedad: una actualización". *Informació Psicològica*, 102, 4-27.
- Cano-Vindel, A., Miguel-Tobal, J. J., González-Ordí, H. e Iruarrizaga, I. (2007). Hiperventilación y experiencia de ansiedad. *Ansiedad y Estrés*, 13, 291-302.
- (2009). Activación versus amenaza en la inducción de la reacción de ansiedad. *Psicothema*, 21, 177-182.
- Cano-Vindel, A., Wood, C. M., Dongil-Collado, E. y Latorre, J. M. (2011b). "El trastorno de pánico en atención primaria". *Papeles del Psicólogo*, 32, 265-273.
- Clark, D. M., Ehlers, A., Hackmann, A., McManus, F., Fennell, M., Grey, N., et al. (2006). "Cognitive therapy versus exposure and applied relaxation in social phobia: A randomized controlled trial". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 568-578.
- Clark, D. M. y Salkovskis, P. M. (1986). *Cognitive Treatment for Panic Attacks: Therapist's Manual*. Department of Psychiatry. Oxford: Oxford University.

- Craske, M. G. y Barlow, D. H. (2001). *Panic Disorder and Agoraphobia*. Nueva York: Guilford Press.
- Dongil-Collado, E. (2008). "Reestructuración cognitiva: un caso de estrés postraumático". *Ansiedad y Estrés*, 14, 265-288.
- Dongil-Collado, E. y Wood, C. (2009). El tratamiento de la fobia a volar. *Boletín de la SEAS*, 30, 10-24. Recuperado de <http://www.ucm.es/info/seas/Boletine/boseas30.pdf>.
- Ehlers, A., Clark, D. M., Hackmann, A., McManus, F. y Fennell, M. (2005). "Cognitive therapy for post-traumatic stress disorder: Development and evaluation". *Behaviour Research and Therapy*, 43, 413-431.
- Endler, N. S. (1981). "Person Situation Interaction and Anxiety". En I. L. Kutash, L. B. Schlesinger *et al.* (eds.), *Handbook on Stress and Anxiety*. San Francisco: Jossey Bass Publishers.
- Eysenck, M. W. (1997). *Anxiety and Cognition: A Unified Theory*. London: Psychology Press.
- Eysenck, M. W. y Derakhshan, N. (1997). "Un marco teórico cognitivo para los trastornos de ansiedad". *Ansiedad y Estrés*, 3, 121-134.
- Eysenck, M. W. y Eysenck, W. (2007). Four Factor Theory and the Anxiety Disorders. *Ansiedad y Estrés*, 13, 283-289.
- Foa, E. B. y Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- Foa, E. B. y McNally, R. J. (1996). "Mechanisms of change in exposure therapy". In R. M. Rapee (Ed.), *Current controversies in the anxiety disorders* (pp. 329-343). Nueva York: Guilford Press.
- Fullana, M. A., Vilagut, G., Ortega, N., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., de Graaf, R. et al. (2011). "Prevalence and correlates of respiratory and non-respiratory panic attacks in the general population". *Journal of Affective Disorders*, 131, 330-338.
- Goldfried, M. R. y Goldfried, A. P. (1975). "Cognitive change methods". En F. H. Kanfer and A. P. Goldstein (eds.), *Helping People Change*. Nueva York: Pergamon Press.
- Goldstein, A. J. y Chambless, D. L. (1978). A reanalysis of agoraphobia. *Behavior Therapy*, 9, 47-59.
- Gross, J. J. y Levenson, R. W. (1993). Emotional suppression: physiology, self-report, and expressive behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 970-986.
- Instituto Nacional de Estadística (2015). "Encuesta Europea de Salud en España (EESA 2014)". Recuperado de http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Enc_Eur_Salud_en_Esp_2014.htm.
- Leal-Carcedo, L. y Cano-Vindel, A. (2008). Tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo desde las nuevas perspectivas cognitivas. Estudio de un caso. *Ansiedad y Estrés*, 14, 321-339.
- Michelson, L. (1986). "Treatment consonance and response profiles in agoraphobia: The role of individual differences in cognitive, behavioral and physiological treatments". *Behaviour Research and Therapy*, 24, 263-275.
- Ministerio de Sanidad (2011). "Subgrupos ATC y principios activos de mayor consumo en el Sistema Nacional de Salud en 2010". *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 35, 124-128.
- NICE (2011a). "Common mental health disorders: Identification and pathways to care". Recuperado de <http://guidance.nice.org.uk/CG123>.
- OCDE (2016). "OECD Health Data: Pharmaceutical market". Recuperado de <http://stats.oecd.org/index.aspx?r=512151#>.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *Décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Ougrin, D. (2011). "Efficacy of exposure versus cognitive therapy in anxiety disorders: Systematic review and meta-analysis". *BMC Psychiatry*, 11, 200.
- Peurifoy, R. Z. (1993). *Venza sus temores: ansiedad, fobias y pánico*. Barcelona: Robin Book.
- Rachman, S. (1984b). "The experimental analysis of agoraphobia". *Behaviour Research and Therapy*, 22, 631-640.
- Rayburn, N. R. y Otto, M. W. (2003). "Cognitive-behavioral therapy for panic disorder: A review of treatment elements, strategies, and outcomes". *CNS Spectrums*, 8, 356-362.
- Salkovskis, P. M. (1996). "The cognitive approach to anxiety: Threat beliefs, safety-seeking behaviour and the special case of health anxiety obsessions". En P. M. Salkovskis (ed.), *Frontiers of Cognitive Therapy* (pp. 48-74). Nueva York: Guilford Press.
- Salkovskis, P. M. and Clark, D. M. (1991). Cognitive therapy for panic disorder. *Journal of Cognitive*

- Psychotherapy*, 5, 215-226.
- Salkovskis, P. M., Clark, D. M. y Hackmann, A. (1991). Treatment of panic attacks using cognitive therapy without exposure or breathing retraining. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 161-166.
- Sandín, B. (1995). Teorías sobre los trastornos de ansiedad. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (eds.), *Manual de Psicopatología* (vol. 2, pp. 113-169). Madrid: McGraw-Hill.
- Schmidt, N. B. y Trakowski, J. (2004). Interoceptive assessment and exposure in panic disorder: A descriptive study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11, 81-92.
- Watson, J. B. y Rayner, R. (1920). Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental. Psychology*, 3, 1-14.
- Wells, A. (1997). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: A Practice Manual and Conceptual Guide*. Chichester: Wiley.
- (2000). *Emotional Disorders and Metacognition: Innovative Cognitive Therapy*. Chichester: Wiley.
- Wells, A. y Matthews, G. (1994). *Attention and Emotion: A Clinical Perspective*. Hove: Eribaum.
- White, K. S. y Barlow, D. H. (2002). “Panic disorder and agoraphobia”. En D. H. Barlow (ed.), *Anxiety and its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic* (pp. 328-379). Nueva York: Guilford Press.
- Wood, C. M. (2006). La hiperventilación como método de exposición interoceptiva en el tratamiento del trastorno de pánico. *Boletín de la SEAS*, 25. Recuperado de <http://www.ucm.es/info/seas/Boletine/boseas30.pdf>.
- (2008). Doce sesiones de tratamiento cognitivo-conductual en un caso de trastorno de pánico con agorafobia. *Ansiedad y Estrés*, 14, 239-251.
- Wood, C. y Cano-Vindel, A. (2009). La hiperventilación y el trastorno de pánico a la luz de un marco cognitivo. *Clínica y Salud*, 20, 57-66.
- Wood, C. M., Cano-Vindel, A., Iruarizaga, I., Dongil-Collado, E. y Salguero, J. M. (2010). Relaciones entre estrés, tabaco y trastorno de pánico. *Ansiedad y Estrés*, 16, 309-325.

Índice

Portada	4
Página de derechos de autor	5
Índice	6
Prólogo	11
1. El trastorno de pánico con agorafobia	13
1.1. Modelos explicativos: hiperventilación frente a factores cognitivos	13
1.2. Los pensamientos catastróficos	15
1.3. La espiral del pánico	15
1.4. Síntomas más habituales en un ataque de pánico	16
1.5. El trastorno de pánico con agorafobia	16
1.6. Qué suele suceder tras un primer ataque de pánico	16
1.7. Las conductas de evitación	17
1.8. El condicionamiento de algunas respuestas fisiológicas	18
1.9. El miedo a los síntomas fisiológicos	18
1.10. El círculo vicioso producido por el miedo a los síntomas	19
1.11. Tipos de tratamiento para el trastorno de pánico	19
2. Desarrollo y evolución del trastorno de pánico	24
2.1. El trastorno de pánico en atención primaria	24
2.2. El desarrollo del trastorno de pánico	26
2.3. El miedo al miedo o sensibilidad a la ansiedad	26
2.4. Consecuencias del consumo de ansiolíticos	27
3. Epidemiología y afrontamiento del pánico	30
3.1. La prevalencia del pánico y la agorafobia en diferentes países	30
3.2. El afrontamiento del pánico: exposición de casos	32
4. La ansiedad: una emoción	39
4.1. Respuestas cognitivas-subjetivas de ansiedad	40
4.2. Efectos de la ansiedad sobre la atención	41
4.3. Factores responsables del rasgo y los trastornos de ansiedad	42
4.4. El sesgo atencional	42
4.5. El sesgo interpretativo	42
4.6. Diferencias individuales	43
4.7. Respuestas fisiológicas de ansiedad	43

4.8. La predisposición biológica	44
4.9. El condicionamiento de respuestas fisiológicas	45
4.10. Respuestas motoras de ansiedad	45
4.11. Efectos de la evitación en las respuestas de ansiedad	46
4.12. Otras respuestas expresivas de ansiedad	46
4.13. Sesgos de atención e interpretación en los tres sistemas de respuesta	47
5. La ansiedad normal y la patológica	49
5.1. La presencia de ansiedad en situaciones de la vida cotidiana	49
5.2. El valor adaptativo de la ansiedad	49
5.3. La presencia de ansiedad en situaciones sociales	50
5.4. El miedo a hablar en público	51
5.5. La presencia de ansiedad ante enfermedades físicas	51
5.6. El diagnóstico de los trastornos de ansiedad	52
5.7. Factores relacionados con el desarrollo de un trastorno de ansiedad	54
6. La evaluación del pánico y la agorafobia	57
6.1. La evaluación de la ansiedad y de la intensidad del pánico y la agorafobia	57
6.2. Criterios DSM-5 para el diagnóstico del ataque de pánico	58
6.3. Otros instrumentos de evaluación	59
6.4. Tres métodos de evaluación	60
7. El cambio de paradigma: desde el conductual al cognitivo	65
7.1. Principales críticas a las teorías sobre el condicionamiento emocional	66
7.2. Supuestos teóricos del nuevo paradigma	69
8. El tratamiento según el modelo conductual tradicional: la exposición	71
8.1. La exposición a lo largo de la historia de la terapia de conducta	72
8.2. La exposición interoceptiva y los problemas que conlleva su práctica	73
8.3. La hiperventilación	73
8.4. Más ejercicios para reproducir sensaciones	74
8.5. La intención paradójica	74
8.6. Cómo poner en práctica la exposición interoceptiva	74
8.7. Por qué puede fracasar la exposición interoceptiva en la práctica clínica	75
8.8. Diferencias entre conductas de evitación o de seguridad y conductas de manejo de la emoción	77
8.9. Manejo del componente cognitivo durante la exposición	80
8.10. El problema de trabajar en la clínica con recetas	82

8.11. ¿La ansiedad sube hasta un punto y luego baja?	83
8.12. Por qué se afirma que la ansiedad bajará con el paso del tiempo	84
8.13. Un análisis de esta fundamentación	85
9. Dificultades del modelo conductual tradicional	87
9.1. Algunas contradicciones del modelo conductual tradicional	87
9.2. ¿Los pensamientos irracionales son siempre del mismo tipo?	89
9.3. Diferencias entre ansiedad, miedo y respuesta de lucha-huida	91
9.4. Diferencias según la psicología de la emoción	91
9.5. Diferencias entre ansiedad y miedo según el enfoque cognitivo	94
9.6. ¿El paciente con pánico tiene miedo o tiene ansiedad a sus sensaciones físicas?	94
9.7. La evidencia científica sobre la eficacia de la exposición interoceptiva	97
9.8. El tratamiento conductual del pánico no es solo exposición interoceptiva	99
10. La relajación	101
10.1. Técnicas para reducir la activación fisiológica	101
10.2. El entrenamiento en relajación	103
10.3. ¿Es la relajación una estrategia de afrontamiento evitativa?	104
10.4. La eficacia de la relajación durante la exposición	107
10.5. Cuándo es ineficaz la relajación	107
11. La reestructuración cognitiva basada en modelos experimentales de la ansiedad	109
11.1. La brecha entre la investigación y la práctica clínica	112
11.2. La teoría de los cuatro factores de la ansiedad	112
11.3. Las cuatro fuentes de la ansiedad según el modelo de los sesgos cognitivos	113
11.4. Cómo llevar a cabo la exposición	116
12. La reestructuración cognitiva en el trastorno de pánico	119
12.1. Evaluación de la actividad cognitiva relacionada con los síntomas de ansiedad	122
12.2. La vulnerabilidad cognitiva	123
12.3. Un nuevo modelo de intervención cognitivo-emocional	124
12.4. Un modelo integrador de reestructuración cognitiva	127
13. El entrenamiento en reestructuración cognitiva	132
13.1. Actividades en la reestructuración cognitiva	132
13.2. Habilidades del terapeuta	148
14. Controversias en la clínica de los trastornos de ansiedad	151

14.1. El paciente tiene miedo a desmayarse	151
14.2. Cómo dejar de pensar en la ansiedad	153
14.3. Cómo explicar el pánico nocturno	156
14.4. El paciente no entiende los ataques de pánico espontáneos	158
Consideraciones finales	160
Bibliografía	163