

# GUÍA PARA EL TERAPEUTA

COMPLEMENTARIA DEL LIBRO:  
**CÓMO SUPERAR EL PÁNICO, CON O SIN AGORAFOBIA**



ACDE Ediciones. Elia Roca  
Más información en <http://www.cop.es/colegiados/PV00520/>

## INTRODUCCIÓN Y PRELIMINARES

### **La Terapia cognitiva focal y el Manual de autoayuda**

La terapia descrita en esta guía es la llamada Terapia cognitiva focal, también denominada Terapia cognitivo conductual, que se basa en el modelo cognitivo de Beck adaptado después por Clark y Salkovskis para explicar y tratar el pánico.

Esta guía complementa al Manual de autoayuda titulado *Como superar el pánico, con o sin agorafobia* al que nos referiremos en adelante como el Manual.

El Manual describe la terapia, paso a paso, en forma accesible para el paciente. Por tanto, puede ser utilizado directamente por él, pero es preferible que su cumplimentación esté guiada por un psicoterapeuta experto en el tratamiento cognitivo conductual del pánico agorafobia.

Como explicamos en dicho Manual, esta forma de terapia se ha investigado ampliamente y cuenta con numerosas evidencias empíricas que avalan su eficacia y eficiencia en el tratamiento del pánico, con o sin agorafobia.

### **Fuentes**

Para elaborar nuestra adaptación de la terapia cognitiva focal -tal como aparece en esta guía y en el Manual al que complementa-, nos hemos basado en diversas publicaciones que exponen la forma de llevarla a cabo: Beck, 1988; Clark, 1988, 1989 y 1995; Clark y Salkovskis, 1996; Greenberg, 1989; Salkovskis y Clark, 1991 y 1995; Beck y Clark, 1997. También recogemos algunas recomendaciones de Barlow y Cerny (1988) y de Barlow y Craske (1993).

Finalmente, hemos ido añadiendo modificaciones basadas en nuestra amplia experiencia clínica en el tratamiento de pacientes con pánico-agorafobia.

### **Estilo de la terapia**

Siguiendo las pautas estándar de la terapia cognitiva de Beck, el *terapeuta* es *directivo* y la *terapia estructurada*, con objetivos concretos para cada etapa y con una serie de tareas a llevar a cabo en cada sesión (agenda de la sesión).

Esta actitud directiva se combina con un *papel activo* por parte del *paciente*. Para ello, el terapeuta mantiene un *estilo socrático* o de aprendizaje guiado, formulando preguntas dirigidas a que el propio sujeto descubra –por sí mismo– las conclusiones a las que se le quiere hacer llegar.

Se adopta una *actitud científica*, en el sentido de que el paciente aprende a considerar sus creencias catastrofistas como hipótesis a verificar y la explicación del modelo cognitivo como hipótesis alternativa para la que también se buscan pruebas.

A lo largo de la terapia se llevan a cabo experimentos conductuales para que el paciente encuentre, en su propia experiencia, las pruebas de que sus creencias catastrofistas no se ajustan a la realidad y de que la explicación del modelo cognitivo coincide más con los hechos.

Se utiliza ampliamente la *reformulación* para facilitar la comprensión. Así, cuando el paciente expone algún tema de interés, el terapeuta le hace un pequeño resumen y le pregunta si lo ha reflejado correctamente.

Del mismo modo, cuando el terapeuta explica una cuestión importante, pide al paciente que la resuma con sus propias palabras para comprobar si la ha comprendido.

En todo momento se anima al paciente a que exponga cualquier duda que pueda plantearse, y se le ayuda a aclararla.

Siguiendo las recomendaciones de Ellis y Korzibsky, procuramos utilizar un *lenguaje no-catastrofista* que ayuda al paciente a evaluar su problema como algo manejable, que puede superar si sigue los pasos recomendados para conseguirlo. Por ejemplo, hablamos –y pedimos al paciente que hable– de crisis de pánico, en vez de “ataques” de pánico; hablamos de problema de pánico en vez de llamarlo trastorno de pánico<sup>1</sup>; o al referirnos a la agorafobia no decimos que el paciente *es* agorafóbico sino que tiene un problema de agorafobia.

### **Tareas para casa**

A lo largo de la terapia, los pacientes llevan a cabo diversas tareas entre las que destacan las siguientes:

- Leen, escuchan y cumplimentan las tareas del Manual, que se comentan después en las sesiones
- Recogen en registros las crisis de pánico experimentadas,
- Practican técnicas de control de la ansiedad como la respiración diafragmática lenta o la relajación
- Llevan a cabo ejercicios para experimentar las sensaciones internas temidas
- Se exponen, sistemáticamente, a situaciones y actividades antes evitadas.

---

<sup>1</sup> Aunque al hablar con el paciente procuramos no utilizar el término trastorno de pánico, sí que lo utilizamos en este texto por ser usual en la literatura especializada y científica.

Estas tareas se anotan en registros y se revisan al inicio de cada sesión. Al finalizarla, se prescriben otras para la semana siguiente.

## Duración

Clark y Salkovskis hablan de un número variable de sesiones, que oscila entre 5 y 20.

En nuestra práctica, si se llevan a cabo todos los ejercicios propuestos, la duración oscila entre 15 a 20 sesiones, la mayoría de media hora.

La forma abreviada -cuyo esquema puede verse en la figura 8.22, al final de esta Guía- consta de 9 a 11 sesiones y supone un contacto entre terapeuta y paciente de alrededor de 8 horas.

En muchos casos la terapia puede abreviarse más, y algunos pacientes superan el problema en dos o tres sesiones, con el apoyo del Manual.

No obstante, si el terapeuta no es muy experto en el tratamiento del pánico-agorafobia, se recomienda seguir todos los pasos indicados en el protocolo general -en los casos más severos- o todos los pasos indicados para la forma abreviada, si se trata de cuadros más leves.

El número de sesiones recomendadas es sólo orientativo<sup>2</sup> y puede variar según la gravedad del trastorno, el grado de agorafobia, la motivación del paciente, etc. Así por ejemplo, los sujetos con una agorafobia muy severa y crónica pueden requerir bastantes más sesiones en la etapa 4, mientras que en los casos sin agorafobia -o con agorafobia leve- se reduce significativamente la duración de esa etapa.

En cuanto al tiempo dedicado a cada sesión, suele ser de una hora en la sesión de evaluación inicial y en las sesiones de la primera etapa, y de media hora en el resto. Cuando la terapia se lleva a cabo en grupo, la duración es de hora y media si el grupo es pequeño (por ej., hasta 6 pacientes) y de dos horas si los grupos son más numerosos.

La periodicidad suele ser semanal aunque, en la forma abreviada, se recomiendan sesiones quincenales a partir de la tercera etapa.

## Aplicación individual o grupal

Esta guía se refiere principalmente a la aplicación individual de la terapia, pero puede usarse igualmente en las terapias grupales, con pequeñas variaciones puntuales que se señalan en un recuadro al finalizar la descripción de la correspondiente sesión o apartado.

## 2. DESCRIPCIÓN DE LA TERAPIA PASO A PASO

A continuación presentamos una descripción detallada de los pasos a seguir en la aplicación de la terapia cognitiva focal, apoyada con el Manual de autoayuda.

### SESIÓN DE EVALUACIÓN

Incluye las siguientes tareas:

---

<sup>2</sup> Los criterios para pasar de una etapa a otra pueden verse en la figura 8.21 y 8.22, que muestran un resumen de los pasos de la terapia.

## **Elaborar la Historia Clínica**

Antes de iniciar el tratamiento confeccionamos la historia clínica del paciente, explorando sus antecedentes personales y familiares, el inicio y evolución del problema por el que acude a terapia, los períodos de empeoramiento y mejoría; su estado actual (incluyendo problemas de salud física y mental), el posible consumo de sustancias, así como sus rasgos de personalidad. Podemos ayudarnos con la información recogida en los cuestionarios que se hallan en el anexo de evaluación, al final de esta guía.

## **Llevar a cabo el diagnóstico (o confirmarlo si ya está hecho)**

Para ello comprobamos si se cumplen los criterios del DSM-IV para el trastorno de pánico con o sin agorafobia y tenemos en cuenta la información que se recoge en el anexo I, apartado 8, del Manual (que trata del diagnóstico diferencial) valorando la posible existencia de enfermedades orgánicas, uso de sustancias u otras psicopatologías que puedan explicar sus síntomas como un problema diferente al trastorno de pánico.

Una vez comprobado que el paciente sufre un trastorno de pánico nos centramos en la evaluación de las características del mismo, apoyándonos en los instrumentos de evaluación.

Podemos empezar cumplimentando en la consulta la Hoja de evaluación inicial (figura1), que recoge: las sensaciones internas temidas, las interpretaciones catastrofistas (en adelante, IC) acerca de ellas, y las conductas de búsqueda de seguridad que el paciente lleva a cabo durante las crisis<sup>3</sup>.

## **Valorar posibles comorbilidades**

Según el DSM IV, la mayoría de pacientes con TP presentan a la vez otros problemas de salud física o mental (como trastorno de personalidad, depresión, etc.) que pueden requerir una adaptación del tratamiento psicológico aplicado. En algunos de esos casos, habrá que trabajar coordinadamente con el profesional que trata el problema físico o mental concomitante al pánico. Cuando coexisten varios problemas que requieren ayuda y que contribuyen a los síntomas, hay que clarificar el papel de cada uno y adaptar el tratamiento a las características del caso.

## **Evaluar factores que puedan dificultar el tratamiento**

Algunos ejemplos serían el del paciente con agorafobia que no puede acudir solo a la consulta y no tiene quien le acompañe, el de quien está cobrando una pensión de invalidez que perdería si supera su problema de pánico, el que teme recuperarse porque implicaría volver a un trabajo que le resulta muy aversivo, o el que presenta rasgos de personalidad desadaptativos que pueden interferir con la terapia si no se tienen en cuenta, por ejemplo, la personalidad perfeccionista.

## **Comprobar si el pánico, con o sin agorafobia, es su principal problema**

Como las crisis de pánico y demás características del TP pueden aparecer en pacientes con otra psicopatología, p.ej., depresión, hay que determinar si el TP es su principal problema. De

---

<sup>3</sup> La similitud de esta hoja, que se responde en la consulta, con los registros de crisis de pánico que el paciente debe cumplimentar como tarea para casa durante la etapa 1, facilita que el paciente aprenda a completar los segundos.

no ser así, habría que tratar (o intentar solucionar) en primer lugar su problema principal o, en ocasiones, decidir el tratamiento conjunto (ver anexo I, apartado 8, del Manual).

### Tareas para casa:

- Cumplimentar un Registro de crisis de pánico (anexo de evaluación) por cada crisis que experimente.
- Responder a los cuestionarios del anexo de evaluación que no se hayan cumplimentado en la consulta. Si el paciente tiene dificultad en completarlos puede ser ayudado por otra persona de su entorno.
- Utilizar una carpeta para guardar el material de trabajo de la terapia y traerla a la consulta cada vez que venga.

Figura 1. Hoja de Evaluación inicial de sensaciones, temores y conductas de búsqueda de seguridad durante las crisis, cumplimentada por un paciente

#### SENSACIONES, TEMORES Y CONDUCTAS DE BÚSQUEDA DE SEGURIDAD DURANTE LAS CRISIS

##### **Subraya cada una de las sensaciones internas que notas en las crisis de pánico**

Añade, a la derecha, su frecuencia señalando: algunas veces, frecuentemente, casi siempre o siempre

- palpitaciones, sacudidas del corazón o notar que late más deprisa *Casi siempre*
- temblores o sacudidas *Algunas veces*
- sensación de ahogo o falta de aliento *Casi siempre*
- sensación de atragantarse
- opresión o malestar en el pecho *Casi siempre*
- náuseas o molestias abdominales
- inestabilidad, mareo o sensación de desmayo *Algunas veces*
- parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo)
- sudor, escalofríos o sofocaciones
- desrealización (sensación de irrealidad)
- despersonalización (percibirse en forma extraña o sentirse separado de uno mismo)
- sequedad de boca
- otras (señala cuáles)

Al notar esas sensaciones ¿qué es lo peor que temes que puede ocurrirte? Anota cada pensamiento catastrofista y tu grado de creencia en él en el momento de la crisis (de 0 a 10) *Infarto (9)*

¿Qué haces para evitar el desastre que temes? Ejemplos: tomar medicación, distraerte, rezar, relajarte, sentarte, pensar determinadas cosas (si es así, describelo), o cualquier otro comportamiento dirigido a “evitar el desastre temido”(anótalo) *Tomar medicación, distraerme*

Señala tu grado de creencia en la IC en este momento, en la consulta (1 a 10) **5**

## **ETAPA 1. EXPLICAR-COMPRENDER EL MODELO COGNITIVO DEL PÁNICO**

Suele llevarse a cabo en tres sesiones, de una hora, que describimos seguidamente

### **2<sup>a</sup> SESIÓN (SESIÓN 1 DE TERAPIA)**

Al inicio de la sesión recogemos los cuestionarios de evaluación para valorarlos después, antes de la próxima consulta. Los principales objetivos de esta sesión son: explicar-comprender el modelo cognitivo del pánico y construir el círculo vicioso personalizado del propio paciente.

#### **Explicamos el modelo cognitivo del pánico, centrándonos en los siguientes puntos:**

- Las crisis de pánico son una reacción de alarma del organismo, ante una situación que se percibe como amenaza.
- La función de esa reacción de alarma es ayudarnos a sobrevivir cuando afrontamos un peligro real.
- Los pensamientos -y más concretamente la evaluación de peligro- tienen un papel primordial en el desencadenamiento de la ansiedad y del pánico.
- La crisis de pánico se produce a través del proceso denominado círculo vicioso del pánico.

Una amplia información sobre estos puntos se halla en la etapa 1 del Manual “Cómo superar el pánico” y en el anexo I del mismo.

Durante la sesión, las explicaciones sobre estos puntos se ilustran con ejemplos para facilitar su asimilación y se adaptan a la capacidad de comprensión del paciente.

Se comprueba si éste ha entendido las ideas básicas pidiéndole que las reformule o resuma; diciéndole por ej., “¿Podrías explicarme a tu manera lo que te he contado de cómo se producen las crisis de pánico?”, o “¿Podrías explicarme el papel de los pensamientos en las crisis de pánico?”, etc.

#### **Construir el círculo vicioso personalizado del propio paciente**

Para ayudarle a comprender mejor los puntos anteriores, el terapeuta dibuja en un papel el círculo vicioso del pánico (ver página 22 del Manual) y pide al paciente que recuerde un episodio reciente de pánico (el último o el más intenso) y que describa, paso a paso, cómo se desarrolló.

Como indican Clark y Salkovskis, para facilitar esta tarea se le hacen una serie de preguntas guiadas por la secuencia: a) sensación → b) interpretación → c) emoción y sensaciones<sup>4\*</sup>.

Por tanto, si lo primero que notó el paciente fue una sensación física (ej. un latido), la pregunta siguiente se refiere a la forma en que la interpretó. Un ejemplo sería: "Cuando

---

<sup>4</sup> Como se explica en el apartado 3.4, la activación del “sistema de alarma” (programa de pánico) incluye la activación de: emociones, sensaciones internas y conductas, típicas del pánico. Si queremos dar una explicación más sencilla al paciente, podemos hablarle de la “activación del sistema de alarma, que es un mecanismo reflejo del organismo que se pone en marcha cuando creemos estar en peligro, y que produce las emociones, sensaciones y conductas típicas del pánico”.

notaste el latido ¿qué pasó por tu mente en ese momento?"; "¿Qué pensabas que era la peor cosa que podría ocurrirte?".

Una vez identificado el pensamiento (o imagen) catastrofista, se le pregunta sobre la ansiedad y el miedo que experimentó. Por ejemplo: "Cuando pensaste que estabas teniendo un ataque al corazón, ¿cómo te hizo sentirte el pensar lo?".

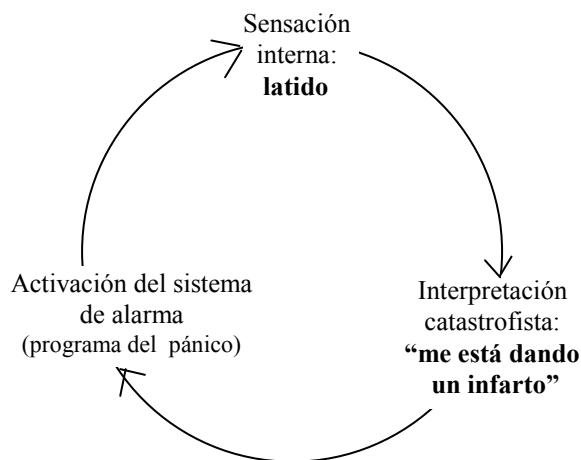
La siguiente pregunta se refiere a los síntomas físicos derivados de la ansiedad. Así, se le puede decir: "Cuando te asustaste al creer que estabas experimentando un ataque cardíaco ¿cómo te afectó físicamente?".

Una vez elicitado de este modo el círculo vicioso de la última crisis, el terapeuta lo resume verbalmente y le pregunta al paciente si ese resumen le parece válido.

Siguiendo con el mismo ejemplo, se le podría decir "Déjame ver si he comprendido lo que me has dicho: durante la crisis que experimentaste el día....., en primer lugar notaste tu corazón acelerado; entonces pensaste que estabas teniendo un infarto y eso, cómo es lógico, te asustó. Así se puso en marcha tu sistema de alarma. El miedo y la ansiedad hicieron que tu corazón latiese más rápido, lo cual pareció confirmar tu idea de que estabas sufriendo un ataque. Esto, aún aumento más tu miedo, y las sensaciones derivadas de él. Así se formó un círculo como el del dibujo. ¿Te parece correcto?".

A continuación, el terapeuta toma la hoja con el dibujo del círculo vicioso (figura 2) y añade cuáles fueron las sensaciones y las IC que dieron lugar a la crisis de pánico que se acaba de analizar, construyendo así el círculo vicioso personalizado (figura 3).

Figura 3. Un ejemplo del círculo vicioso personalizado de un paciente



Se pone el énfasis en proporcionarle una explicación positiva, no-catastrófica de por qué se producen las crisis, más que en demostrarle que sus IC no tienen una base real.

Se subraya la lógica interna de las crisis de pánico ayudándole a ver que *son una reacción normal del organismo cuando creemos que estamos ante un peligro grave e inminente*.

Siguiendo el estilo socrático, se le hacen preguntas para ayudarle a comprenderlo. Por ejemplo, "¿Cómo crees que se siente una persona que nota que tiene el corazón acelerado y piensa que esto significa que le está dando un infarto?", ¿Cómo crees que se siente físicamente?", etc.

Así se le ayuda a ver: 1) que las reacciones que experimenta cuando sufre una crisis de pánico son algo normal, dado que en ese momento está convencido de que se halla en peligro y 2)

que la crisis se la provoca él mismo, al interpretar como amenaza unas sensaciones inocuas, que se incrementan porque cree que está en peligro<sup>5</sup>.

El terapeuta le aclara que no espera que crea esta explicación sólo por decírsela sino que, a lo largo de la terapia, se realizarán experimentos para poner a prueba la *hipótesis del paciente* (que las sensaciones que teme son peligrosas o terribles) y la *hipótesis del modelo cognitivo* (que se trata de una falsa alarma producida mediante el mecanismo del círculo vicioso, y que no suponen ningún peligro).

### Tareas para casa

- Continuar cumplimentando un registro de crisis de pánico como el que le pedimos en la evaluación inicial, cada vez que experimente una.
- Leer los apartados 1.1. a 1.5. de la primera etapa del Manual, y subrayando o anotando cualquier duda que tengan para comentarla en la próxima sesión.
- Escuchar varias veces la grabación nº 1 del CD que acompaña al Manual, que explica qué es el Pánico y cómo vamos a tratarlo.

#### **Si el tratamiento se efectúa en grupo:**

Esta es la primera sesión de grupo y, por tanto, se inicia con la presentación de todos los participantes.

En el ejercicio del círculo vicioso personalizado, el terapeuta dibuja en una pizarra el círculo vicioso del pánico y seguidamente pide que cada paciente, uno tras otro, ayude a construir el suyo.

Por lo demás, se procede en forma similar a la descrita para la terapia individual, procurando la participación de todos los presentes.

## 3<sup>a</sup> SESIÓN

### Revisión de tareas para casa

En primer lugar revisamos los aspectos más relevantes de los cuestionarios que nos entregó el paciente en la sesión anterior.

Después se comentan las tareas para casa llevadas a cabo por el paciente (lectura de los apartados 1.1. a 1.5. de la primera etapa del Manual, escuchar la grabación nº 1 del CD que lo acompaña y registros de crisis si las hay).

El terapeuta formula preguntas para asegurarse de que el paciente ha comprendido las ideas principales acerca de cómo se producen las crisis de pánico según el modelo cognitivo; pide que dibuje y describa el círculo vicioso del pánico, y se aclaran las dudas que surjan.

Después se revisan los registros de crisis, si se han producido, y se comenta cualquier duda o cuestión de interés que surja.

---

<sup>5</sup> A los pacientes que muestren dificultad en captar sus IC explicarles que se ha demostrado que éstas pueden producirse sin ser accesibles a la conciencia (ver anexo I, apartado 5.2.4 del Manual). También se les explica que las cogniciones suelen hacerse accesibles a la conciencia si aprenden a prestarles atención. En algunos casos puede resultar útil el enfoque de la RET, que considera IC de las sensaciones temidas, los pensamientos: “No debería experimentar estas sensaciones”, “Es terrible” y “No puedo soportarlo”.

Una vez revisadas las tareas para casa, se llevan a cabo dos ejercicios que corresponden a los apartados 1.6-1.7 y 1.9 de la 1<sup>a</sup> etapa del Manual, tal como explicamos seguidamente.

### Evaluar la intensidad de las creencias y explicar la analogía mente - ordenador

Como introducción hacemos un breve repaso del ejercicio de la segunda sesión, sobre el círculo vicioso personalizado.

Recordamos de nuevo el papel crucial de los pensamientos y creencias en el pánico y pedimos al paciente que (como se explica en el Manual, apartado 1.6 de la etapa 1) evalúe el grado de creencia en su IC, en el momento de las crisis y fuera de ellas.

Para ello, el paciente señala la IC (IC) acerca de su “enfermedad” y el grado de creencia en ella, tanto en el momento de las crisis como en ese momento.

Seguidamente anota su grado de creencia (%) en la explicación del círculo vicioso (modelo cognitivo), en los momentos de mayor ansiedad y en ese momento.

Este ejercicio, que puede repetirse periódicamente, le ayuda a darse cuenta de que sus creencias catastrofistas no son una cuestión de todo o nada, sino algo gradual y cambiante.

Figura 6. Evaluación, llevada a cabo por un paciente, de las creencias acerca de su enfermedad

Interpretación catastrofista:		Explicación del círculo vicioso:	
<i>Enfermedad cardíaca</i>		<i>activación del sistema de alarma sin peligro real</i>	
Creencia durante las crisis: <b>70%</b>	Creencia ahora: <b>20%</b>	Creencia durante las crisis: <b>30%</b>	Creencia ahora: <b>90%</b>

También sirve para ilustrar la formulación de Beck del “doble sistema de creencias” por el cual, el paciente cree con mucha mayor fuerza en sus IC durante el episodio de ansiedad aguda, cuando se halla activada su modalidad de pánico, que cuando se halla en una situación “segura” como la de la consulta.

Este último punto se explica utilizando la analogía de la mente con el ordenador, y de las representaciones mentales con programas o documentos que, en ciertos momentos están activados, mientras que en otros momentos permanecen guardados en la memoria.

Se ayuda al paciente a darse cuenta de que, al igual que el programa del ordenador no puede modificarse si no está activado, lo mismo ocurre con el “programa” del pánico.

Por ello hay que llevar a cabo ejercicios de inducción de las sensaciones temidas, como el de la HV, para activar dicho programa y poder así modificarlo.

Con aquellos pacientes que no estén familiarizados con los ordenadores puede resultar más útil la analogía con libros o cuadernos guardados en un estante que hay que coger y abrir para poder modificar su contenido.

Esta explicación debe adaptarse al nivel de comprensión de cada paciente y, como en otras ocasiones, se le hacen preguntas para comprobar que la ha entendido.

## Análisis del origen del pánico: círculo vicioso personalizado de la primera crisis

Ese ejercicio se centra en las circunstancias particulares que contribuyeron a desencadenar su problema de pánico.

Como explicamos en el Manual (ejercicio 1.9.) se le pide al paciente que recuerde su primera crisis de pánico<sup>6</sup> y que trate de recordar si, en aquellos momentos, se dio alguna circunstancia que pudiese influir en:

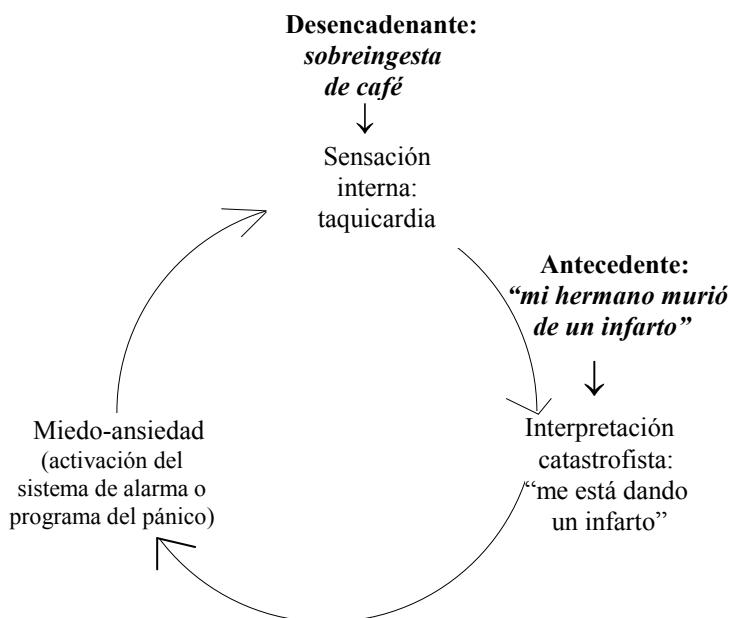
1. que experimentase las sensaciones interoceptivas que dieron lugar a esa primera crisis
2. que hiciese una IC de dichas sensaciones
3. que esta interpretación se mantuviese en el tiempo, dando así lugar al TP.

Por lo que se refiere al primer punto es bastante común que, cuando se experimenta la primera crisis de pánico, se haya producido algún suceso responsable de que el sujeto note unas sensaciones interoceptivas más intensas de lo habitual.

Algunos ejemplos frecuentes son: la ingesta de una cantidad de café o de alcohol superior a lo acostumbrado, el consumo de alguna droga, una bajada de tensión, el esfuerzo físico, o un estado de ansiedad producido por circunstancias diversas.

En cuanto a los puntos 2 y 3, es frecuente identificar algunos sucesos que facilitan que el paciente interprete esas sensaciones como señal de catástrofe inminente. El ejemplo más común es que algún familiar o conocido haya padecido, de verdad, la enfermedad física o mental que teme el paciente, y que éste crea que dicha enfermedad se manifiesta con algún síntoma parecido al que él experimenta en el momento de la crisis.

Figura 5. El círculo vicioso de la primera crisis de pánico de un paciente



<sup>6</sup> Estas circunstancias suelen ser fáciles de identificar en casos de inicio reciente, siendo menos obvias en casos con muchos años de evolución. A éstos se les explica que no es necesario identificarlas para superar el pánico.

### **Si el tratamiento se lleva a cabo en grupo**

Ambos puntos se explican utilizando una pizarra.

En el primer ejercicio, al llevar a cabo la evaluación de creencias, seguimos los pasos siguientes:

- En la parte superior de la pizarra, a la izquierda, anotamos el nombre de cada paciente, hacia el centro anotamos “IC” y a la derecha ponemos “interpretación del círculo vicioso”.
- Se va preguntando a cada uno cuál es su IC acerca de su enfermedad (qué es lo peor que cree que puede ocurrirle a causa de ella) y el grado (%) de creencia en esa IC, tanto en los momentos de crisis como en ese momento.
- Estas respuestas se anotan debajo de la columna de “interpretación catastrofista”.
- A la derecha se anota el grado de creencia de cada paciente en la explicación del círculo vicioso, tanto en los momentos en que experimentan ansiedad elevada como en el momento de llevar a cabo este ejercicio, durante la sesión. Así obtenemos una visión conjunta de las creencias de los pacientes.

En el segundo ejercicio, sobre el origen del pánico, el terapeuta dibuja el círculo vicioso y, uno tras otro, los pacientes van exponiendo los posibles desencadenantes de su primera crisis.

La aplicación en grupo de este ejercicio es muy ilustrativo porque permite comprobar que, aunque el trastorno se inició de forma diferente en cada caso, todos ellos encajan con la explicación del modelo cognitivo.

Por lo demás, ambos ejercicios se llevan a cabo siguiendo las mismas pautas que en la terapia individual.

### **Tareas para casa**

- Continuar realizando registros de crisis de pánico y escuchando la grabación nº 1 del CD.
- Completar en el Manual los ejercicios 1.6, 1.7 y 1.8 que hemos trabajado en la consulta.
- Leer los apartados 1.9 a 1.17 de la 1<sup>a</sup> etapa del Manual.
- Cuando se trate de pacientes que pueden beneficiarse de ello -por tener hábito de lectura, capacidad de concentración y comprensión, etc.-, leer también el anexo I, apartado 5.2, del Manual que explica el modelo cognitivo del pánico
- Anotar el grado de creencia en las IC y en la interpretación del círculo vicioso, en diferentes momentos a lo largo de la semana.

## **4<sup>a</sup> SESIÓN**

### **Revisión de las tareas para casa**

Se comentan las lecturas y los ejercicios realizados por el paciente como tarea para casa, y sus registros de crisis de pánico experimentadas desde la última sesión.

### **Experimento de hiperventilación (o otros ejercicios para inducir sensaciones)**

Seguidamente, el terapeuta indica que, como anunció en la sesión anterior, se va a llevar a cabo un experimento para que el paciente encuentre por sí mismo, en su propia experiencia, la

evidencia de que sus creencias catastrofistas no se ajustan a la realidad y de que la explicación del modelo cognitivo encaja mejor con los hechos.

El primero de esos experimentos suele ser el de hiperventilación (HV)\*.

Antes de comenzar se le explica al paciente que:

- La HV consiste en respirar más rápido o tomando más cantidad de aire de lo habitual
- Esta forma de respiración es muy común en los estados de ansiedad
- La HV produce una serie de cambios fisiológicos entre los que se incluyen sensaciones como taquicardia, mareo, dificultad para respirar, etc., que pueden malinterpretarse como señal de peligro produciéndose así falsas alarmas (crisis de pánico)
- Es importante que comprobemos si la HV juega un papel en el desencadenamiento de sus crisis, porque nos ayudará a aprender a manejarlas
- La HV no puede producirle ningún daño

Una información más amplia sobre la HV y sus efectos puede hallarse en el Manual (páginas 37-39 y 78-82).

Una vez aclarados los puntos anteriores, se le pide al paciente que hiperventile durante uno o dos minutos mostrándole como hacerlo: tomando el máximo posible de aire (sin forzar demasiado) y respirando en forma rápida.

Se le dice que puede parar antes si nota sensaciones parecidas a las que le producen miedo.

Si se resiste a hiperventilar o deja de hacerlo demasiado pronto (antes de que surjan las sensaciones temidas) se le preguntan las razones, se despeja cualquier duda y se le anima a continuar\*.

Al acabar la HV se pregunta al paciente qué sensaciones físicas ha experimentado y se anotan en el registro correspondiente (página 80 del Manual), anotando también la intensidad de las sensaciones experimentadas y el miedo o ansiedad que le han producido.

Después se analiza el parecido de esas sensaciones, obtenidas mediante la HV, con las que nota en el inicio de una crisis de pánico y se anota también en el registro. En la mayoría de casos el paciente responde que las sensaciones físicas producidas por la HV son similares a las que nota al inicio de la crisis, pero que le provocan menos ansiedad y miedo porque está en la consulta, dispone de una explicación no-amenazadora de esos síntomas y controla su inicio y su finalización.

El terapeuta le pregunta qué cree que hubiese pasado si al experimentar esas sensaciones hubiese creído que iba a morir (o volverse loco o perder el control), y el paciente suele responder que cree que le habría dado una crisis de pánico. Esto le ayuda a comprender el papel crucial de la malinterpretación de las sensaciones en sus crisis.

También se le plantea qué piensa del hecho de que con un simple ejercicio de HV experimente síntomas muy similares a los que nota al inicio de las crisis.

---

\* En aquellos pacientes en los que la HV no consigue inducir sensaciones similares a las que teme, se utiliza el ejercicio de pares de palabras (etapa 2) o cualquier otro de los descritos en las etapas 2 ó 3 para provocar las sensaciones internas temidas.

\* Si algún paciente se muestra muy asustado al experimentar las sensaciones, el terapeuta le ayuda a reducir la ansiedad haciendo que se distraiga: p. ej., le pide que se centre en relatar una experiencia agradable y relajante, o que describa en voz alta un objeto presente. Se destaca que la ansiedad no va a más si no se añaden IC.

Se le ayuda a ver que esas sensaciones iniciales son algo normal y que son producto de algún proceso natural como la HV o la ansiedad.

Se comenta que la HV es común en los estados de ansiedad (aunque en ocasiones pase desapercibida porque se produce gradualmente, no en forma exagerada como la hemos practicado en la consulta) y que muchas veces es responsable de las sensaciones que nota al inicio de sus crisis.

Se le explica que, después de llevar a cabo este experimento, cuando vuelva a notar las sensaciones que teme, recordará cómo se las provocó él mismo en la consulta y cómo llegó a la conclusión de que sus crisis eran el resultado de experimentar esas sensaciones y añadir la IC acerca de ellas.

Siguiendo las pautas del aprendizaje guiado, el análisis de este experimento se lleva a cabo mediante preguntas, y pidiendo al paciente que resuma las ideas principales para ver si las ha comprendido.

Finalmente, se anotan en el mismo registro (figura 4., página 80 del Manual) las principales conclusiones de este ejercicio.

### Tareas para casa

- Seguir registrando cualquier crisis de pánico que experimente
- Revisar o completar las lecturas y/o ejercicios de la primera etapa del Manual que queden pendientes o que no hayan quedado bastante claros para el paciente.

#### Si el tratamiento se efectúa en grupo.

También se lleva a cabo el experimento de hiperventilación, pero practicándolo un paciente tras otro, empezando por aquellos que muestran menor temor. El análisis se efectúa en forma similar al tratamiento individual.

Figura 4. Registro del experimento de HV llevado a cabo por un paciente

Ejercicio llevado a cabo: <i>Hiperventilación durante medio minuto</i>			
Sensaciones producidas. Anotar cada una	Intensidad (1-10)	Miedo o ansiedad (1-10)	Parecido con la sensación que desencadenaba el pánico (1-10)
<i>mareo</i>	4	5	10
<i>asfixia</i>	3	3	10
<i>opresión pecho</i>	5	2	9
Conclusiones: <i>Si hubiese notado estas sensaciones estando solo, hubiese creído que me estaba dando un infarto y seguramente me habría dado una crisis de pánico</i>			

## **ETAPA 2. REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA, Y TÉCNICAS DE MANEJO DE LA ANSIEDAD INTERCALADAS CON EXPERIMENTOS CONDUCTUALES**

La duración de esta etapa es de unas 5 sesiones de media hora. Su periodicidad es semanal.

Como en el resto de la terapia, cada sesión se inicia con la revisión de las tareas para casa y finaliza con el encargo de nuevas tareas para que el paciente las lleve a cabo durante la semana.

A continuación se describen los pasos a seguir en esta segunda etapa.

### **2.1. REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA**

La reestructuración cognitiva que llevamos a cabo en esta etapa se divide en tres pasos: la introducción de un nuevo registro de crisis -que incluye el análisis de pensamientos-; la reestructuración cognitiva propiamente dicha, y los autorregistros de pensamientos.

#### **Introducción de un nuevo registro de crisis y amagos de crisis**

El modelo de registro utilizado a partir de esta etapa incluye las alternativas a las IC (página 55 del Manual). En él se siguen registrando las crisis de pánico -que irán reduciéndose en frecuencia e intensidad según avanza la terapia- y se empiezan a registrar también los “amagos de crisis”; es decir, los episodios en que aparecen los síntomas que les llevaban a experimentar crisis de pánico, pero que ahora no llegan a producirlas porque se ha reducido su creencia en las IC y porque aplican las técnicas de control de la ansiedad que aprenden en esta etapa 2.

Figura 7. Registro completado por un paciente que refleja una crisis de intensidad media

REGISTRO DE CRISIS Y AMAGOS DE CRISIS	
Subraya las sensaciones internas experimentadas, señalando la primera que has notado y la que te ha producido más temor	
-	<u>palpitaciones, sacudidas del corazón o notar que late más deprisa</u>
-	temblores o sacudidas
-	<u>sensación de ahogo o falta de aliento mayor temor</u>
-	sensación de atragantarse
-	<u>opresión o malestar en el pecho 1<sup>a</sup></u>
-	náuseas o molestias abdominales
-	inestabilidad, mareo o sensación de desmayo
-	sudor, escalofríos o sofocaciones.
-	desrealización (sensación de irrealdad)
-	despersonalización (sentirse como separado de uno mismo)
¿Qué es lo peor que temes que puede ocurrir? Anota cada pensamiento catastrofista y tu grado de creencia en él durante la crisis (de 0 a 10)	
<i>Que me da un infarto (8)</i>	
Una vez pasada la crisis, anota aquí debajo la interpretación alternativa (no catastrofista) y tu creencia en ella (1 a 10)	
<i>Ansiedad producida por el mecanismo del círculo vicioso (6)</i>	
¿Qué haces para evitar que ocurra lo que temes?	
Por ejemplo: tomar medicación, distraerte, rezar, relajarte, sentarte, pensar determinadas cosas; cualquier otro comportamiento dirigido a “evitar el desastre temido” (anótalo) <i>distraerme, pensar en el círculo vicioso</i>	
<b>Intensidad de la crisis (entre 0 y 10) 6</b>	
<b>Duración aproximada en minutos 3</b>	
<b>Situación en que ocurre <i>en casa viendo TV</i></b>	

## **Reestructuración cognitiva de las IC**

A lo largo de las sesiones, seguimos con el análisis y puesta a prueba de las IC, tanto en lo que se refiere a las creencias básicas como a los pensamientos automáticos derivados de ellas.

Respecto a las primeras, como afirman Salkovskis y Clark (1995) si el paciente hace IC es porque *cree* en la peligrosidad de las sensaciones que teme.

Esas creencias se sustentan en “evidencias” que él encuentra convincentes, como en los siguientes ejemplos:

- a) Experiencias pasadas: “Un conocido tuvo una trombosis tras experimentar síntomas parecidos”
- b) Creencias erróneas: “Una crisis de pánico puede provocar una trombosis”
- c) La intensidad o naturaleza de las sensaciones físicas: “Esto no es normal, mi corazón late tan deprisa que algo malo va a pasarme”.

Por tanto, la reestructuración cognitiva incluye el ayudar al paciente a: identificar y evaluar esas “evidencias” (buscando pruebas a favor y en contra de su veracidad) y a considerar explicaciones alternativas.

Simultáneamente, se trabaja en el análisis y modificación de los pensamientos automáticos asociados.

Para ello, se pide al paciente que anote en los correspondientes registros sus PC durante las crisis y en los momentos en que experimenta una elevada ansiedad anticipatoria (temor a sufrir una nueva crisis o a las consecuencias que podrían derivar de ella). Una vez identificados, se comprueba su certeza y utilidad con las técnicas estándar de la terapia cognitiva\*.

Finalmente aprende a modificarlos en el momento en que aparecen.

La reestructuración cognitiva se lleva a cabo a través de toda la terapia, aprovechando cualquier ocasión; por ej., la revisión de los registros de crisis, los experimentos llevados a cabo en las sesiones, etc.

En base a los argumentos que va presentando el paciente, le hacemos preguntas guiadas para ayudarle a encontrar, por sí mismo, las evidencias que le lleven a abandonar sus creencias catastrofistas y a admitir las alternativas realistas.

Pero, con la mayoría de pacientes, también se lleva a cabo una forma más estructurada de análisis de cogniciones, siguiendo los pasos que se indican seguidamente y ayudándose de *Registros de pensamientos* como los de las figuras 8 y 9 (Manual páginas 68 a 71).

Este análisis de cogniciones basado en los autorregistros de pensamientos, se introduce en esta sesión y se sigue durante varias semanas, hasta que el paciente aprende a llevarlo a cabo fácilmente, y adquiere el automatismo de hacerlo a nivel mental, ya sin registros. Más adelante se puede recurrir a ellos ocasionalmente.

---

\* En la reestructuración cognitiva de los pacientes con pánico tienen un papel primordial los experimentos conductuales (ej., el de hiperventilación) para poner a prueba sus creencias porque, como dice Salkovskis, “estos pacientes son como Santo Tomás ya que no creen si no ven y tocan; es decir, si no experimentan”.

## Autorregistros de pensamientos

Los pasos a seguir en la reestructuración cognitiva y en la cumplimentación de los registros de pensamientos, son los siguientes.

1. *Identificar los PC responsables* de las crisis de pánico y de la ansiedad anticipatoria acerca de las mismas.
2. *Traducirlos a su esencia*, cuando esto sea necesario. En ocasiones el temor expresado no parece lo suficientemente catastrófico como para producir el pánico, por ejemplo: “Temo sufrir una crisis” o “Temo desmayarme”, etc. En estos casos conviene preguntar al paciente ¿Qué significa eso para ti?, o bien: ¿Qué es lo peor que crees que podría ocurrirte si te desmayas, o si vuelves a tener otra crisis?, etc.; porque, a veces, tras ese primer temor detectado aparece otro más “catastrófico”, como: “Desmayarme y no recuperarme jamás”, “Tener una crisis y morir”, etc. Se trata de ayudarle así a hacer sus pensamientos más conscientes, como primer paso para pasar de un procesamiento cognitivo automático a un procesamiento cognitivo más controlado y consciente.
3. *Evaluar el grado de creencia*. Este es primordial ya que si el paciente piensa en la posibilidad de que sus sensaciones signifiquen que puede sufrir una desgracia –p. ej., un infarto-, pero no lo cree o lo cree muy poco probable, no se produciría el pánico. Acostumbrarse a evaluar su grado de creencia le ayudará también a darse cuenta de que la convicción con que mantiene sus IC es algo gradual, que varía de unos momentos a otros. Así considerará más factible el ejercer control sobre ellas.
4. *Buscar argumentos lógicos y pruebas empíricas que apoyen esas creencias catastrofistas*. Es otra forma de hacer más conscientes los pensamientos problemáticos. Ayuda al paciente a darse cuenta de que las aparentes pruebas en que se basaba para creer en la peligrosidad de sus síntomas, no son válidas.
5. *Buscar argumentos lógicos y pruebas empíricas que invaliden esas creencias*.

Por ejemplo si el paciente cree que si experimenta taquicardia le dará un infarto, debemos proporcionarle información para que se convenza de que la taquicardia es algo normal en la hiperventilación, el ejercicio físico o la ansiedad, y que no supone ningún peligro.

También puede hacer un experimento de HV o de ejercicio físico para comprobar que, de este modo, también se experimenta taquicardia, y de que no le ocurre nada malo aunque la experimente.

1. *Buscar interpretaciones alternativas racionales que expliquen sus síntomas como algo natural y no-catastrófico*. Se pregunta al paciente qué otra explicación puede haber para sus síntomas. Si le cuesta encontrarlas, puede ser útil repasar la información que le hemos facilitado, dibujar el círculo vicioso o repasar el contenido de la etapa 1 del Manual.
2. *Buscar argumentos lógicos y pruebas empíricas que apoyen las interpretaciones alternativas racionales*. Para ello, se le hacen preguntas dirigidas a que el paciente encuentre, en su propia experiencia, pruebas de que la interpretación no-catastrofista de sus síntomas es real. Así, p. ej., se le ayuda a: 1) recordar que ha tenido crisis en muchas ocasiones y que nunca le ha pasado nada malo, o 2) hacerse consciente de que, de acuerdo con la explicación del círculo vicioso, cada vez que se distrae, la ansiedad se reduce y de que, por el contrario, cuando se deja llevar por sus PC la ansiedad se incrementa.

En este punto son de gran ayuda las conclusiones que se obtienen al llevar a cabo los *experimentos* descritos en este protocolo.

3. *Evaluar el grado de creencia en la alternativa racional.*
4. *Preguntarse acerca de la utilidad de mantener las IC.* El paciente debe habituarse a detectar cuándo está pensando cosas que le hacen sentir mal, y a preguntarse a sí mismo ¿de qué me sirve pensar esto?

Si detecta que esa forma de pensar sólo le sirve para ponerse nervioso, será un argumento poderoso para cambiar sus pensamientos y no seguir dándoles vueltas. Si no está muy claro, convendría que haga una lista de argumentos a favor y en contra de la utilidad de seguir preocupándose (ver figura 8).

**Resumen de los pasos a seguir en la reestructuración cognitiva y en los registros de pensamientos:**

- 1- Identificar los PC responsables de las crisis de pánico y de la ansiedad anticipatoria acerca de las mismas
- 2- Traducirlos a su esencia, cuando esto sea necesario
- 3- Evaluar el grado de creencia
- 4- Buscar argumentos lógicos y pruebas empíricas que apoyen esas creencias catastrofistas
- 5- Buscar argumentos lógicos y pruebas empíricas que invaliden esas creencias
- 6- Buscar interpretaciones alternativas que expliquen los síntomas como algo natural y no-catastrofista
- 7- Buscar argumentos lógicos y pruebas empíricas que apoyen las creencias alternativas racionales
- 8- Evaluar el grado de creencia en la alternativa racional
- 9- Preguntarse de qué le sirve mantener las IC

Para facilitar el proceso de reestructuración cognitiva, siguiendo esos pasos, se suelen utilizar registros como los de las figuras 8 y 9 (Manual, páginas 68 a 71) que se cumplimentan primero en la consulta y después como tarea para casa.

Al empezar a trabajar con la reestructuración cognitiva utilizamos el primero de ellos, el registro de la figura 8, que recoge un pensamiento principal en cada registro, que se analiza de forma más detallada: incluyendo los argumentos y pruebas a favor y en contra de la IC, y los argumentos y pruebas que apoyan la interpretación realista.

Más adelante, utilizamos el registro de la figura 9, que recoge experiencias de ansiedad acaecidas en diferentes momentos.

Cuando el grado de creencia en la IC va siendo menor y el grado de creencia en la interpretación realista va siendo mayor, ya no es necesario anotar los argumentos y pruebas a favor y en contra de ambos, por lo que resulta más adecuado ese segundo modelo de registro de pensamientos.

Autorregistro de pensamientos completado por un paciente

A Desencadenante	B <b>Pensamientos catastrofistas</b> Busca qué es lo peor que crees que puede ocurrirte y subráyalo Anota tu grado de creencia en tu pensamiento más catastrofista (0-100)	C Argumentos y pruebas a favor del pensamiento más catastrofista	D Argumentos y pruebas en contra	E <b>Interpretación racional no-catastrofista</b> Grado de creencia (0-100) Argumentos y pruebas a favor de la interpretación no-catastrofista
<i>Martes, 13, 30</i>	<i>Pinchazo y opresión en la cabeza</i>  <i>Ya está otra vez</i> <i>Me va a dar una crisis</i> <i>No podría soportarlo</i> <i>Puedo tener una trombosis</i> <i>(90%)</i>	<i>Mi abuela notó sensaciones parecidas antes de sufrir una trombosis</i>  <i>Mi abuela y mi tío murieron de trombosis</i>  <i>Antes no me notaba estas molestias</i>	<i>El médico me ha dicho que es ansiedad</i>  <i>Me hicieron un TAC y salió bien</i>  <i>Lo he notado muchas veces y nunca me ha ocurrido nada aparte del miedo</i>	<i>Es sólo ansiedad, (40%)</i>  <i>Varios profesionales me lo han dicho</i>  <i>Cuando estoy nervioso noto más sensaciones</i>  <i>Mis síntomas coinciden con lo que he leído sobre el pánico</i>  <i>Los médicos me han explicado que esas sensaciones se deben a la ansiedad</i>

Figura 9. Autorregistro de pensamientos catastrofistas y alternativas realistas

Día y hora	Estímulo desencadenante	Interpretación catastrofista Grado de creencia (0-100)	Interpretación realista Grado de creencia (0-100)
24-9 10,30	<ul style="list-style-type: none"> <li>dificultad para pensar</li> <li>desrealización</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><i>mi mente no funciona con normalidad, 80%</i></li> <li><i>me estoy volviendo loco, 40%</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><i>mi mente funciona con normalidad dentro de un "estado de alarma", 90%</i></li> <li><i>quienes se vuelven locos, presentan unos síntomas muy diferentes, 80%</i></li> </ul>
26-9 12 h	<ul style="list-style-type: none"> <li>pensar en la posibilidad de experimentar otra crisis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><i>no podría soportarlo, 90%</i></li> <li><i>sería terrible, 100%</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><i>he soportado otras, luego también podría soportarla, 90%</i></li> <li><i>me pareció terrible porque estaba convencido de que algo terrible me iba a ocurrir. Ahora que estoy mejor informado, me asustaría menos, 60%</i></li> </ul>
21-10 4 tarde	<ul style="list-style-type: none"> <li>mareo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><i>me voy a desmayar, 80%</i></li> <li><i>quizá nunca me recupere de esa pérdida de conciencia*, 60%</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><i>tengo la tensión baja y contractura de cervicales, y ambas producen mareo, 80%</i></li> <li><i>nunca me he desmayado, pero aunque alguna vez me ocurriese me recuperaría poco después, 40%</i></li> </ul>
22-2 11 noche	<ul style="list-style-type: none"> <li>sensación de falta de aire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><i>me voy a asfixiar, 70%</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><i>se debe a la ansiedad y la hiperventilación (como comprobé en la consulta), 30%</i></li> </ul>

\* Este es un típico ejemplo de cómo tras un pensamiento aparentemente poco atemorizador, se esconde un temor más “catastrófico”, el de no recuperarse nunca más

## **Reestructuración cognitiva de otros pensamientos ansiógenos**

En ocasiones, el paciente experimenta otras creencias contraproducentes, diferentes a las IC de las sensaciones internas, que también pueden jugar un papel en agravar este trastorno o en dificultar su tratamiento.

Algunos ejemplos serían “si alguien me ve teniendo una crisis, me despreciará para siempre” o “si quedo atrapado en un ascensor puedo morir asfixiado”.

En algunos casos puede ser necesario ayudar al paciente a identificar esas creencias ansiógenas, a analizar su certeza y utilidad, y a modificarlas.

Para ello podemos seguir los mismos pasos que con las IC y, si no es suficiente, identificar y modificar otras distorsiones típicas de la ansiedad, como las que se exponen en la figura 10.

También se utilizan los experimentos conductuales para ponerlas a prueba. La modificación de este tipo de pensamientos se puede apoyar con la lectura del Manual por parte del paciente (apartado 2.1.3 de la etapa 2, y anexo II).

En cualquier caso hemos de centrarnos principalmente en las distorsiones cognitivas típicas del pánico porque son las más prominentes y porque está demostrado que, al mejorar el pánico también suelen reducirse o eliminarse las demás distorsiones.

Figura 10. Pensamientos ansiógenos y pautas para identificarlos, ponerlos a prueba y modificarlos

**Ir en contra de la evidencia.** Por ejemplo: “si me quedo encerrado en un ascensor, moriré asfixiado”. En casos como este, hay que buscar pruebas a favor y en contra y, cuando es posible, llevar a cabo algún experimento, como comprobar que si echa un perfume dentro del ascensor manteniendo la puerta cerrada, el aroma pasa al otro lado. Esto demuestra que existe un intercambio de aire a través de la puerta cerrada y que, por tanto, nadie puede asfixiarse aunque se quede encerrado en un ascensor.

**Exagerar la probabilidad de que ocurra lo que teme.** Por ejemplo: “si me da una crisis de pánico en mi trabajo, me despedirán”. Si el paciente acostumbra a hacer predicciones negativas, que las anote para que compruebe que la mayoría de veces no ocurre lo que teme (ver hoja de comprobación de predicciones negativas en anexo de evaluación)

**Exagerar la importancia que tendría si ocurre lo que teme.** Por ejemplo: “si la gente se da cuenta de que tengo ansiedad, alguien podría pensar que soy débil”. Si el paciente suele preocuparse por cuestiones de este tipo, conviene que se acostumbre a decirse a sí mismo “¿y qué?”

**Minimizar su capacidad de hacerle frente.** Cuando ocurre esto, se le pide al paciente que se concentre en pensar ¿cómo podría afrontarlo en caso de que ocurriese? Por ejemplo: si teme que un compañero le critique, concentrarse en pensar cómo puede responderle en forma assertiva, etc.

**Pensamientos inútiles-perjudiciales.** Por ejemplo: “no me voy a curar”, “es terrible tener ansiedad”, etc. Ante este tipo de pensamientos inútiles, que crean ansiedad y malestar, conviene que se habitúe a preguntarse a sí mismo ¿De qué me sirve pensar esto?

## **2.2. TECNICAS DE MANEJO DE LA ANSIEDAD, CON EXPERIMENTOS CONDUCTUALES INTERCALADOS**

### **La autoobservación y la técnica de la distracción**

Se le explica al paciente que, una vez que desarrolla la tendencia a interpretar catastroficamente las sensaciones corporales, se producen varios procesos que ayudan a mantener su problema. Uno de ellos es la *autoobservación* hacia sus sensaciones internas (que sería un mecanismo de ayuda a la supervivencia si el peligro que teme fuese real).

Como el paciente con pánico teme ciertas sensaciones porque las considera muy peligrosas, está autoobservándose continuamente por si las nota. Por tanto, se hace más consciente de algunas sensaciones que no detectaría si no fuese por su hipervigilancia, y cuando las capta lleva a cabo la IC produciéndose así el círculo vicioso que puede culminar en una crisis.

Para ayudarle a comprender el papel de la autoobservación, se le pide que centre su atención en percibir los latidos del corazón o el pulso (si teme esas sensaciones) o en captar cualquier otra sensación interoceptiva. Al prestarles atención las percibe más y esto le demuestra el papel de la autoobservación en la captación de las sensaciones interoceptivas.

Seguidamente se le pide que realice una tarea de distracción, p. ej., describir detalladamente, en voz alta, un objeto presente, y después se le pregunta si las sensaciones percibidas mediante la autoobservación las ha seguido notando durante la tarea de distracción.

Así, el paciente comprueba que capta más sensaciones interoceptivas al autoobservarse y que no las nota si se distrae de ellas, centrándolo en algo externo.

Este ejercicio sirve para ilustrar: 1) la importancia de la interiorización en la percepción de sensaciones que pueden dar lugar al pánico y 2) la utilidad de la distracción para reducir o eliminar la percepción de dichas sensaciones y, por tanto, para controlar la ansiedad.

En muchas ocasiones encontramos que el paciente ya está utilizando la distracción como forma de manejar la ansiedad, al menos en ocasiones y de forma más o menos consciente.

En cualquier caso se analiza en qué medida la está empleando y qué resultados obtiene, y se le anima a utilizarla deliberadamente cuando aparezca la ansiedad\*.

Le ayudamos a ver que si el pánico disminuye o desaparece con la distracción, esto encaja más con la explicación del círculo vicioso que con la IC que hacía el paciente de sus síntomas.

Finalmente se le pide, como tarea para casa, que durante la semana siguiente practique este ejercicio de focalizar la atención en las sensaciones internas (por ej., en los latidos del corazón) comprobando que así se notan más, y que después se distraiga (por ej., hablando con alguien) y compruebe que así deja de percibirlas.

### **La respiración diafragmática lenta**

Se trata de una técnica habitualmente utilizada en el tratamiento del pánico.

Algunos autores consideraron que el TP estaba desencadenado y mantenido por un hábito crónico de HV, que puede producir síntomas parecidos a los que se experimentan en las CP.

---

\* En los casos en que el paciente experimenta crisis de pánico frecuentes, la recomendación de utilizar la distracción al notar los primeros síntomas la hacemos desde la primera sesión, aunque se profundiza en su explicación y utilización al llegar a este punto de la terapia.

De acuerdo con este supuesto, se empezó a utilizar la respiración diafragmática lenta para contrarrestar los efectos de la HV.

Sin embargo, investigaciones posteriores sugieren que la reducción de los síntomas del pánico que se observa al practicar la respiración diafragmática lenta, no está mediada por una reducción de la HV. La mejoría parece deberse a que se proporciona al paciente una explicación tranquilizadora y creíble de los síntomas amenazantes, y a que la técnica respiratoria produce relajación y facilita la distracción (Garssen et al., 1992).

De este modo, la respiración diafragmática lenta proporciona una sensación de control y de autoeficacia que disminuye la ansiedad anticipatoria y el miedo al miedo.

En nuestra práctica clínica encontramos provechoso, con la mayoría de pacientes, la utilización de la respiración diafragmática lenta en la primera etapa del tratamiento, aunque - como ocurre con cualquier técnica de control de la ansiedad- en etapas más avanzadas hay que tener cuidado para que no se convierta en una conducta de búsqueda de seguridad (escape sutil) que impida al paciente comprobar que sus predicciones catastrofistas son contrarias a la realidad (ver apartado 3.4.3 y apartado 2, etapa 4).

Para introducir esta técnica se empieza repitiendo el ejercicio de hiperventilación (HV) tal como se llevó a cabo en la primera sesión, pero con una duración mayor, de hasta 3 minutos. Despues se cumplimenta el correspondiente registro (figura 4, y Manual, etapa 2).

Como se explica en el Manual comentamos al paciente que:

- El estado de ansiedad, y su forma más aguda que es el pánico, con mucha frecuencia están unidos a la HV, por lo que la persona que se halla en un estado de ansiedad suele hiperventilar sin darse cuenta
- Por el contrario, el estado de relajación generalmente está asociado a una respiración más lenta y diafragmática,
- Tal como experimentamos en el ejercicio de la primera sesión, la HV suele producir las sensaciones que teme
- En la misma medida, la forma opuesta de respirar; es decir la respiración lenta, tomando menor cantidad de aire, ayuda a reducir las sensaciones provocadas por la HV y, por tanto, a controlar el pánico.

Seguidamente se le propone aprender a utilizar la respiración diafragmática lenta con este fin.

Se subraya que el control respiratorio no es lo esencial (ver apartado 3.2) y que la respiración diafragmática lenta no es necesaria para “estar a salvo”, porque sus sensaciones no suponen ningún peligro; pero que puede ayudarle a reducir sus síntomas a voluntad y por tanto también le ayudará a comprobar que su problema es algo que él puede controlar.

Antes de prescribir la respiración diafragmática lenta como tarea para casa, se ensaya en la consulta. El terapeuta hace de modelo mostrando al paciente cómo se lleva a cabo y pidiéndole que lo imite\*.

Para practicar este tipo de respiración solemos utilizar la siguiente pauta:

---

\* La práctica de la respiración diafragmática lenta en la consulta suele hacerse en posición recostado o de pie, apoyando una mano sobre el estómago para asegurarse que se expande al tomar el aire y la otra en el pecho para asegurarse de que éste no se mueve al respirar.

### 1º Aprender respiración diafragmática

- Poner una mano en el pecho y otra sobre el estómago, para estar seguros de que lleva el aire a la parte de abajo de los pulmones, sin mover el pecho.
- Al tomar el aire, lentamente, se lleva hacia abajo, hinchando un poco estómago y barriga, sin mover el pecho.
- Retener un momento el aire en esa posición.
- Soltar el aire, lentamente, hundiendo un poco estómago y barriga; sin mover el pecho. Procurar mantenerse relajado y relajarse un poco más al soltar el aire.

### 2º Aprender a hacerla más lenta

- Tomar aire, tal como se indica en el párrafo anterior, lentamente y contando de uno a 5 (después puede enlentecerse más, p. ej., contando de uno a 10)
- Retenerlo, contando de uno a 3.
- Soltarlo lentamente, mientras cuenta de uno a 5 (después ampliar, p. ej., hasta 10)

Las pautas recomendadas no son algo rígido: el objetivo es aprender a hacer una respiración diafragmática lenta. Por tanto, pedimos al paciente que empiece siguiendo el ritmo sugerido pero, una vez lo aprenda, puede utilizar el ritmo que le resulte más cómodo (por ej., sin pausa al retener el aire), siempre que se trate de un ritmo lento y de respiración diafragmática.

Se le pide, como tarea para casa, que practique todos los días este tipo de respiración.

Opcionalmente podemos pedirle que anote los resultados de las prácticas en un registro (figura 11 y Manual página 83) hasta que sepa hacerla correctamente, sin esfuerzo y sintiéndose relajado.

En la sesión o sesiones siguientes se revisa, pidiendo al paciente que la lleve a cabo en nuestra presencia y comentando –si es el caso– los registros de las prácticas que ha realizado durante la semana. Una vez adquirido su dominio, dejará de registrarla y empezará a utilizarla para reducir la ansiedad y las sensaciones temidas cuando aparezcan.

También se le pide, como tarea para casa, que lea las páginas 75 a 82 del Manual, en las que se explica la utilidad de los experimentos conductuales practicados, así como el papel de la atención-distracción, y de la HV y la respiración lenta, en el pánico.

Figura 11. Registro de respiración diafragmática lenta completado por un paciente

Practica la respiración diafragmática lenta, como lo hiciste en la consulta, en un lugar cómodo, silencioso y con temperatura agradable			
Al acabar, anota en este registro el día y hora en que has hecho el ejercicio, y el resto de casillas evaluando entre 0 y 10			
Día y hora	Facilidad para respirar (0-10)	Concentración durante el ejercicio (0-10)	Relajación al acabar (0-10)
4-2-07	5	5	4
5-2-07	7	6	4
6-2-07	7	7	5
7-2-07	9	8	4

## **La relajación muscular**

Para introducir esta técnica se explica al paciente que, de forma similar a lo que vimos con la respiración, la tensión muscular suele ser un componente del estado de ansiedad, y que aprender a relajar los músculos cuando se sienta ansioso es una forma eficaz de reducir dicha ansiedad.

Seguidamente, se le explica la técnica de la relajación muscular y se llevan a cabo ejercicios de tensión y relajación durante la sesión, actuando el terapeuta como modelo, en posición de sentados, o recostados en un sillón. Después se le pide que practique diariamente la relajación muscular, generalmente con la ayuda de una grabación audio.

Podemos pedirle que anote en un registro (Manual página 87) los resultados obtenidos, revisándolos en las sesiones siguientes.

Cuando ya domina la técnica, se le pide que practique la misma relajación pero en forma más breve (tensando y relajando menos grupos musculares) haciéndolo ya sin grabación.

Esta forma de relajación breve se practica, en primer lugar, acostado en un lugar tranquilo y silencioso, y después, progresivamente, en otros lugares y circunstancias.

Cuando ya sea capaz de relajarse en forma instantánea y en cualquier lugar, es cuando podrá empezar a utilizar la relajación como técnica de afrontamiento de la ansiedad y el pánico.

Hemos de tener en cuenta que algunos pacientes con pánico temen hacer relajación porque interpretan catastrofistamente las sensaciones interoceptivas que experimentan al relajarse. En estos casos hay que insistir en que la practiquen ya que es doblemente interesante, como técnica para reducir la ansiedad y como ejercicio de inducción o exposición a las sensaciones interoceptivas.

## **Las autoinstrucciones**

Aunque se trata de una técnica cognitiva superficial, que no basta por sí sola para superar el pánico, las autoinstrucciones tranquilizadoras o de afrontamiento pueden ser de utilidad para ayudar a manejar la ansiedad anticipatoria y las crisis.

Para introducirlas se utiliza un procedimiento de inducción de sensaciones, dirigido a que el paciente experimente el papel de las autoinstrucciones en el pánico.

El ejercicio se denomina *experimento de lectura de pares de palabras*. En él se pide al paciente que recuerde experiencias de pasadas crisis y que señale en el correspondiente registro (figura 12, y Manual) qué sensaciones suelen producirle mayor temor y qué es lo peor que teme que pueda ocurrirle cuando las experimenta.

Entre las asociaciones más comunes se encuentran: mareo-trombosis, palpitaciones-ataque al corazón, falta de aire-asfixia, mareo-desmayo, etc.

Seguidamente se le pide que, durante dos minutos, se concentre en leer esos pares de palabras, mientras imagina que ocurren sus peores temores.

De esta forma, el paciente puede experimentar un aumento de ansiedad y de sensaciones interoceptivas que pueden activar su respuesta de pánico.

A continuación se anotan en el correspondiente registro los resultados obtenidos.

Como ocurre con cualquiera de estos ejercicios, el efecto de la lectura de pares de palabras es mayor cuando se lleva a cabo en la primera o primeras sesiones\*, porque entonces es más fácil

---

\* El experimento de lectura de pares de palabras suele utilizarse en las primeras sesiones, para ilustrar la explicación del modelo cognitivo del pánico, con los pacientes en quienes la hiperventilación no consigue provocar sensaciones similares a las que temen.

que ayude a activar la modalidad del pánico. Cuanto más avanzada está la terapia, el paciente cree más en la interpretación del modelo cognitivo y da menor credibilidad a las IC por lo cual, cada vez es más difícil que ejercicios como éste le provoquen una ansiedad elevada.

De hecho, en ocasiones este ejercicio en vez de temor provoca risa. Cuando ocurre así, se le dice que está muy bien que empiece a reírse de su problema y se aprovecha para promover una visión humorística del proceso del círculo vicioso: se compara su miedo a las sensaciones internas, con lo que les ocurre a los niños que se asustan de su propia sombra: huyen asustados y se aterrorizan mucho más cuando creen que la sombra “corre” tras ellos\*.

También es útil identificar los pensamientos e imágenes que le han provocado risa, y hacerle ver que la misma situación puede producirle diferentes reacciones emocionales, en función de lo que piense de ella.

Figura 12. Registro del experimento de pares de palabras completado por un paciente

- Subraya los pares de palabras con los que te sueles identificar y anota a su derecha en qué grado (mucho, bastante, poco o nada)
- Anota debajo, si hay alguna otra sensación que te produce miedo y, a la derecha de cada una, qué es lo peor que temes que puede ocurrirte cuando la notas
- Lee detenidamente, durante varios minutos, los pares de palabras con los que te sientes más identificado e imagina que se cumplen tus peores temores

mareo.....desmayarme *mucho*

ahogo.....me voy a asfixiar

dificultad en respirar.....asfixia

palpitaciones.....infarto

opresión en el pecho.....infarto

dolor de cabeza.....trombosis

irrealidad.....voy a volverme loco *mucho*

dificultad en tragar.....me ahogo

mareo.....tumor cerebral

\* En ambos casos ocurre que: 1) el sujeto se asusta de algo que no supone ningún peligro, pero que él interpreta como amenazador, y 2) la propia reacción de miedo (correr en el caso del niño y por tanto hacer correr su sombra, o el aumento de sensaciones internas derivadas del miedo, en el pánico) es percibida como confirmación de su creencia de que están en peligro. Esta comparación se incluye en la grabación nº 1 del Manual.

Cuando a un paciente sí que se le activa el programa del pánico con este ejercicio, se le pregunta cómo encaja esto con su idea de que el responsable de sus síntomas es un problema cardíaco (o del tipo que crea) y si no encaja más con la explicación del círculo vicioso.

Después de analizar el papel de las autoverbalizaciones en el pánico y en relación a ello, se le propone confeccionar una hoja de autoinstrucciones que llevará consigo y que leerá al aparecer los primeros síntomas, con el propósito de que le ayude a contrarrestar la tendencia automática a hacer IC cuando nota las sensaciones temidas.

Esta hoja incluye el dibujo del círculo vicioso personalizado y recuerda la utilización de las técnicas de control de la ansiedad aprendidas en esta etapa. La figura 13 muestra la hoja de autoinstrucciones de afrontamiento elaborada por un paciente.

### **El papel de la imaginación en el pánico: Ejercicio de imaginación**

Algunas crisis de pánico pueden ser provocadas o mantenidas por imágenes fugaces muy amenazadoras.

Hacer visualizar vívidamente al paciente esas imágenes ansiógenas le ayuda a comprender su papel en las crisis y a desactivar su poder, al darse cuenta de que su ansiedad es el resultado de esas imágenes y no de que se esté volviendo loco o de que tenga una enfermedad grave.

Por tanto, en este ejercicio se pide al paciente que recuerde una crisis de pánico experimentada por él, tratando de “revivir” lo que veía y oía a su alrededor, las sensaciones internas que notaba y, sobre todo, las imágenes de las consecuencias terribles que preveía, visualizándolas como en aquel momento, lo más vívidamente posible.

Se le explica que puede resultarle difícil recordarlas, en parte por la tendencia a evitar aquello que crea ansiedad, pero se le anima a concentrarse en esas imágenes.

Si se consigue activar el miedo de esta forma, se rellena el correspondiente registro de experimentos-ejercicios de provocación de sensaciones (Manual, etapa 1).

A continuación, para ilustrar el papel de la imaginación en las emociones e incluso en la fisiología, podemos pedirle que visualice un limón, notando su olor, textura, color y sabor, imaginando que corta un trozo, que lo muerde, etc.

Si lo imagina bien, con todas las modalidades sensoriales, suele llenársele la boca de saliva. Esto sirve para demostrarle que la imaginación puede producir cambios, incluso fisiológicos, como la salivación.

Seguidamente, se analiza el papel de la imaginación en la ansiedad y el pánico buscando ejemplos en su propia experiencia, y se le propone la visualización positiva como técnica para manejar la ansiedad.

Para practicarla entre sesiones utilizamos la grabación nº 3 del CD que acompaña al Manual para visualizar cómo afronta positivamente las sensaciones y situaciones que le daban miedo.

Estas pautas de visualización pueden escucharse a continuación de las de relajación, ya que la visualización es más fácil y eficaz si se practica estando relajado.

En ellas se guía al paciente para que imagine que afronta las sensaciones y situaciones que antes le daban miedo, con serenidad, confianza en sí mismo y sintiéndose muy bien.

Se le pide que la practique diariamente durante un tiempo y, opcionalmente, podemos pedirle que anote los resultados obtenidos en un registro (página 97 del Manual).

## Ejercicio de intención paradójica

Explicamos al paciente que, en ocasiones, nuestro cerebro hace lo contrario de lo que le pedimos, sobre todo cuando le damos “órdenes” en negativo como, p. ej., “no debo pensar o sentir tal cosa”.

Para ilustrarlo podemos proponerle que, durante un minuto, haga un esfuerzo por apartar de su mente algo en lo que no suele pensar habitualmente, p. ej., su nariz. Se le pide que piense en cualquier cosa excepto en ella.

El terapeuta permanece en silencio controlando el tiempo y seguidamente pregunta al paciente si ha conseguido el objetivo propuesto.

En la gran mayoría de casos, el sujeto responde que no ha podido dejar de pensar en su nariz durante ese tiempo.

Algunos consiguen apartarla de su mente en breves momentos pero la imagen de la nariz reaparece una y otra vez.

Se le explica que, muchas veces, ocurre algo similar con las sensaciones temidas en el pánico: cuando realiza esfuerzos titánicos para huir de ellas, suelen aumentar, mientras que si las acepta como algo normal, o incluso las busca, tienden a disminuir.

Se le recuerda que muchas veces sus esfuerzos para reducir los síntomas en realidad los aumentan; por ej., cuando se fuerza a respirar más, en un intento de contrarrestar la sensación de falta de aire debida a la hiperventilación.

En relación con lo anterior, se comenta la eficacia de la inducción de las sensaciones temidas en el tratamiento de este trastorno y cómo se fortalece el pánico cuando se intenta huir de él (con las conductas de evitación, escape y búsqueda de seguridad).

Se explica al paciente que *la asociación entre las sensaciones temidas y la evaluación de peligro*, que constituye la raíz de su trastorno, *se fortalece cada vez que el miedo irracional basado en la IC gobierna su conducta*, mientras que dicha asociación se debilita cada vez que actúa en contra de lo que le dictan esas creencias irracionales.

Puede ilustrarse esta idea con el dibujo de la página 99 del Manual.

Así se prepara al paciente para iniciar los ejercicios de la tercera etapa, que consistirán en provocarse reiteradamente las sensaciones internas que antes temía, pero sin llevar a cabo la interpretación catastrófica acerca de las mismas, con lo cual no le producirán pánico.

Se le propone como tarea para casa que cuando aparezca la ansiedad, la afronte sin hacer nada para evitarla: simplemente, debe recordar el círculo vicioso y ser consciente de que si no añade IC no puede producirse una crisis de pánico.

Se le dice también que es muy deseable que experimente algunas crisis para poder practicar el cambiar los pensamientos y que, por ello, conviene que haga lo posible por experimentarlas\*.

---

\* Aunque es cierto que la activación de la respuesta de pánico facilita la reestructuración cognitiva, esta petición actúa también como técnica paradójica que produce el resultado de reducir o eliminar el síntoma prescrito.

### **ETAPA 3. PROVOCAR REPETIDAMENTE LAS SENSACIONES TEMIDAS PARA ROMPER SU ASOCIACIÓN CON LA EVALUACIÓN DE PELIGRO (EXPOSICIÓN INTEROCEPTIVA)**

Suele requerir entre tres y cinco sesiones de media hora.

Al llegar a esta etapa, el paciente ya ha comprendido el modelo cognitivo del pánico (etapa 1), ha aprendido a utilizar las técnicas de reducción de la ansiedad (etapa 2), ha realizado diversos experimentos para poner a prueba sus creencias acerca del pánico y ha trabajado en forma sistemática en otras formas de reestructuración cognitiva. Con todo ello, se habrá debilitado su creencia en las IC. Así estará preparado para abordar las tareas de esta tercera etapa.

#### **Actividades de la tercera etapa**

Las tareas de esta tercera etapa se centran en la inducción sistemática y reiterada de las sensaciones que temía el paciente, mediante diversos ejercicios cuyo resumen aparece en la figura 15. Estos ejercicios se combinan con el análisis cognitivo, ya que su objetivo es también favorecer y afianzar el cambio de creencias.

Los ejercicios de inducción de sensaciones se practican en primer lugar en la consulta, controlando el terapeuta el tiempo de duración.

Después de llevar a cabo cada uno de ellos, se anotan, en el registro de inducción de sensaciones (figura 14, Manual, etapa 2 y 3): el tipo de ejercicio, la sensación provocada, la intensidad de la sensación, el grado de temor-ansiedad experimentado y el parecido con las sensaciones que le desencadenaban el pánico.

Se explica al paciente que estos ejercicios son muy importantes ya que *al experimentar repetidamente las sensaciones temidas, sin acompañarlas de la interpretación de peligro, se rompe la asociación por la que, de forma automática, realizaba la IC de esas sensaciones*, desapareciendo así su problema.

#### **Tareas para casa en la tercera etapa**

Las tareas para casa en esta etapa consisten principalmente\* en que el paciente practique repetidamente los ejercicios capaces de provocar sensaciones similares a las temidas.

Se empieza por cualquier procedimiento utilizado en las etapas anteriores (ej., la HV) que haya resultado útil para provocarlas, y se practica a diario. Lo mismo debe hacerse con cualquier ejercicio, de los que se llevan a cabo en la consulta, que sea capaz de producir sensaciones similares a las temidas.

Estas prácticas debe efectuarlas varias veces al día y anotarlas en el mismo tipo de registro utilizado en la consulta. Se revisan en la sesión siguiente como cualquier tarea para casa.

La práctica diaria con cada tipo de ejercicio se lleva a cabo hasta que éste deje de provocarle el más mínimo grado de temor o ansiedad y continúa durante algún tiempo más (para facilitar la habituación a percibir dichas sensaciones sin que se produzca la evaluación automática de peligro).

---

\* También se siguen registrando las crisis de pánico o amagos de crisis que puedan producirse, y se comentan en la sesión de terapia, analizando por qué se ha producido el círculo vicioso que ha dado lugar a cada una.

Figura 14. Registro de provocación de sensaciones que recoge la práctica de la HV, llevada a cabo por un paciente como tarea para casa.

Día y hora	Ejercicio	Sensaciones	Intensidad de las sensaciones (0-10)	Miedo o ansiedad (0-10)	Parecido con las sensaciones que producían pánico (0-10)
4-9, 8'30 mañana	HV 1'	ahogo, opresión pecho	8	7	10
4-9, 10 noche	HV 1'	ahogo, opresión pecho	7	6	10
5-9, 8 mañana	HV 2'	mareo, ahogo, opresión	9	6	10
5-9, 8 tarde	HV 2'	ahogo, opresión pecho	6	5	10
6-9, 9 mañana	HV 2'	opresión pecho, mareo	5	4	10
6-9, 4 tarde	HV 3'	ahogo, opresión pecho	8	4	10
7-9, 9'15 mañana	HV 3'	ahogo, opresión pecho	5	4	10

A continuación describiremos otros ejercicios que se utilizan habitualmente para provocar las sensaciones interoceptivas que antes del tratamiento daban lugar a las crisis de pánico.

### Ejercicios de esfuerzo físico

Muchos pacientes con trastorno de pánico tienden a evitar cualquier tipo de actividad que pueda provocar las sensaciones que temen. Esto puede incluir el hacer deporte, subir escaleras o cualquier otra tarea en que tengan que hacer algún esfuerzo físico. La evitación de estas actividades afianza el problema y fortalece las creencias catastrofistas al pensar, por ej., “No me da el infarto porque evito hacer deporte”.

Por tanto, pedimos al paciente que lleve a cabo diversos ejercicios físicos como dar saltos, subir y bajar escaleras corriendo, etc. (ver figura 15).

Al principio se practican en compañía del terapeuta y se le ayuda a descubrir los pensamientos o imágenes catastrofistas (ej., “si tengo taquicardia me dará un infarto”).

Una vez realizado el ejercicio, se le pide que explique las sensaciones que ha experimentado y se le hacen preguntas como ¿Por qué crees que no has tenido el ataque cardíaco pese a haber experimentado taquicardia?, ¿Significa eso que el hecho de que el corazón late rápido no implica que se vaya a tener un infarto?

Seguidamente se completa el correspondiente registro de inducción de sensaciones.

A continuación se hace una lista de todos los ejercicios practicados que le han provocado sensaciones similares a las temidas y se le pide, como tarea para casa, que los lleve a cabo un par de veces al día, y que anote los resultados en un registro como el de la figura 14 (Manual, página 109).

Si el paciente practicaba algún deporte y lo dejó al desarrollar el trastorno de pánico, por temor a las sensaciones que le producía, le animamos a reanudarlo.

### Movimientos corporales bruscos

Algunos pacientes temen ciertas sensaciones corporales normales que son consecuencia de la hipotensión postural o de los cambios bruscos de posición corporal.

Para provocar dichas sensaciones se llevan a cabo ejercicios como: sacudir la cabeza de un lado a otro, poner la cabeza entre las piernas y después levantarla rápidamente, tensar el cuerpo, dar vueltas en una silla giratoria, saltos, flexiones de piernas, dar vueltas de pie, etc. (ver figura 15).

Como hicimos con los ejercicios del apartado anterior, tomamos nota de todos aquellos que le provocan sensaciones similares a las que teme (o temía) y le pedimos que los practique repetidamente como tarea para casa, hasta habituarse a experimentar dichas sensaciones. Del mismo modo que en el apartado anterior, el paciente los registra y se revisan después en la consulta.

### Ejercicios de provocación de efectos visuales

Algunos pacientes experimentan percepciones visuales anómalas durante las crisis de pánico y lo interpretan como evidencia de que tienen un tumor cerebral o de que se están volviendo locos. En estos casos es útil inducir estas sensaciones para ayudarles a re-etiquetarlas de forma no-catastrofista.

Salkovskis y Clark aconsejan utilizar una lámina o tejido con un dibujo de bandas en colores bien diferenciados, p. ej., blanco y negro, para inducir sensaciones asociadas al pánico<sup>7</sup>.

Otros ejercicios utilizados para inducir percepciones visuales no-habituales son fijar la vista en una luz, parpadeando; apagar y encender la luz en una habitación a oscuras, o mirar fijamente a un punto durante varios minutos.

### Ejercicios para provocar despersonalización

Miller (1994) recomienda mirarse fijamente en un espejo y repetir reiteradamente el propio nombre en voz alta. Otros ejercicios como la ingesta de café o la hiperventilación (o incluso la relajación) también pueden provocar esta sensación en algunos pacientes.

### Retirada gradual de ansiolíticos (benzodiacepinas)

Durante esta etapa, centrada en la inducción de sensaciones similares a las que provocaban el pánico, la investigación recomienda la eliminación de ansiolíticos.

Como su retirada debe ser gradual, si se tomaban en dosis altas deberán haberse empezado a reducir durante la etapa anterior, en cuanto el paciente empieza a saber controlar su ansiedad.

Cuando se lleva a cabo la reducción o eliminación de estos fármacos, suelen aumentar las sensaciones interoceptivas ligadas a la ansiedad, por lo que podría también incrementarse el temor asociado a ellas. Pero, en el contexto de la terapia, se pide al paciente que si se produce ese aumento de sensaciones, adopte ante ello la misma actitud que con el resto de ejercicios y actividades dirigidas a provocárselas. Cada vez que note dichas sensaciones, será una *ocasión*

<sup>7</sup> Desde que empezamos a trabajar con pacientes con pánico en el Centro de Salud Mental de la Malvarrosa (Hospital Clínico Universitario de Valencia) nos llamó la atención que un número significativo de éstos sujetos se mostraban molestos y alterados por la persiana que está situada detrás de la mesa del terapeuta y por tanto frente a ellos, cuando se hallaba en forma que mostraba rayas horizontales en blanco y negro. Tiempo después conocimos que Wilkins demostró que los dibujos u objetos que forman bandas blancas y negras de determinadas dimensiones producen ilusiones de forma, color y movimiento a algunas personas. Esas percepciones “anómalas” con frecuencia son interpretadas catastróficamente por los pacientes con pánico.

*para practicar el experimentarlas sin llevar a cabo la evaluación de peligro.* Esto le ayudará a debilitar y romper la asociación (entre dichas sensaciones y la IC) que constituye la raíz de su problema.

La retirada gradual de benzodiacepinas en las primeras etapas del tratamiento psicológico es un tema de gran interés ya que diversos estudios muestran que su consumo disminuye la eficacia del tratamiento cognitivo-conductual (ver apartado 6.3).

### **Ingesta de cafeína**

La ingesta de cafeína en determinadas dosis suele producir sensaciones similares a las que desencadenan las crisis de pánico. Por tanto, se puede utilizar para ayudar a provocar las sensaciones temidas.

Al llegar a esta etapa, siempre que no existan contraindicaciones para la salud del paciente, le pedimos que tome café a diario hasta que finalice el tratamiento. Se empieza por decirle que lo tome antes de empezar la sesión y, en esta, se comenta qué sensaciones le ha producido y qué interpretación hace de ellas, de forma parecida a lo que hemos visto en otros ejercicios.

Después, se le indica que siga tomándolo como tarea para casa y que, si le provoca las sensaciones temidas, aproveche para practicar el habituarse a ellas sin evaluarlas como peligro.

En aquellos sujetos en que una cantidad normal de café no sea suficiente para provocárselas, ocasionalmente se les puede pedir que tomen una cantidad mayor, ej., tres tazas, un momento antes de iniciar la sesión de terapia, para utilizarlo como experimento (es decir, para comprobar que el incremento de sensaciones no producirá pánico si no se añaden IC).

Para que el efecto sea mayor se le puede pedir que cierre los ojos y se concentre en las sensaciones internas que nota. Se le advierte que, aunque es una técnica útil para ayudar a superar el pánico, no es recomendable que abuse del café porque podría perjudicar a su salud en otras áreas.

### **Otras formas de provocar las sensaciones**

En la gran mayoría de casos se inducen las sensaciones temidas con algunos de los ejercicios descritos hasta ahora pero, en una pequeña minoría, es muy difícil provocarlas y puede que tengamos que recurrir, ocasionalmente, a algún otro ejercicio como tomar alcohol en una cantidad normal hasta sentirse mareado\*, pasar una noche sin dormir, etc.

Otras estrategias que pueden ser útiles en estos casos son: hacer el ejercicio en lugares o momentos en que se sienta menos seguro (p. ej., estando a solas), alargar el tiempo dedicado al ejercicio, imaginarse que le desencadena una crisis al practicar el ejercicio o combinar varios de ellos: p. ej., hiperventilar dando saltos y vueltas, después de tomar café.

Si persiste la dificultad en provocar las sensaciones temidas y se trata de un paciente agorafóbico, el tratamiento se centra más en la exposición a actividades y situaciones que evita, acompañada de las técnicas de reestructuración cognitiva descritas para este trastorno.

Pero, siempre que sea posible, hay que cumplimentar esta etapa de inducción de las sensaciones internas temidas, porque así la terapia es más eficaz.

---

\* Si se utiliza esta forma de inducir sensaciones cuidar de que no esté contraindicado, por ej., por tomar determinados psicofármacos.

Figura 15. Ejercicios utilizados para provocar sensaciones similares a las que producían pánico

**EJERCICIOS YA PRACTICADOS EN LAS ETAPAS 1 Y 2**

-hiperventilación (alargar hasta 3'); interiorización-autoobservación; lectura de pares de palabras; imaginar las crisis

**EJERCICIOS DE ESFUERZO FÍSICO**

- dar saltos durante varios minutos
- subir y bajar escaleras, o cualquier otro desnivel, corriendo
- flexiones de piernas
- levantar objetos pesados
- hacer deporte
- practicar aeróbic

**MOVIMIENTOS CORPORALES BRUSCOS**

- sacudir la cabeza de un lado a otro
- sacudir la cabeza de arriba a abajo
- poner la cabeza entre las piernas lo más baja posible y levantarla rápidamente
- tensar completamente el cuerpo
- tensar el brazo izquierdo
- tensar simultáneamente músculos del tórax y brazos
- tensar otras zonas corporales: brazos, piernas, espalda, etc.
- dar vueltas de pie
- dar vueltas en una silla giratoria durante un minuto
- dar vueltas de pie, saltando e hiperventilando al mismo tiempo
- saltos estáticos
- flexiones de piernas

**EJERCICIOS DE PROVOCACIÓN DE EFECTOS VISUALES**

- mirar fijamente una lámina con rayas horizontales en blanco y negro, varios minutos
- fijar la mirada en una luz varios segundos y apartarla bruscamente
- fijar la vista en una luz, parpadeando
- mirar fijamente a un punto, varios minutos
- apagar y encender la luz (en habitación a oscuras)

**EJERCICIOS PARA INDUCIR DESPERSONALIZACIÓN**

- mirarse fijamente a un espejo, varios minutos
- repetir reiteradamente su propio nombre en voz alta

**OTRAS FORMAS DE INDUCIR SENSACIONES**

- mantenerse sin respirar durante 30 segundos
- llenar al máximo los pulmones, y manteniéndolos así, respirar expulsando y tomando sólo un poco de aire
- respirar a través de una paja, durante un minuto, sin tomar nada de aire por la nariz
- tomar café
- retirada (gradual) de ansiolíticos
- combinar varios ejercicios a la vez, ej., tomar café e hiperventilar

El *tiempo de duración* de la mayoría de estos ejercicios suele oscilar entre 30 segundos y 2 o 3 minutos. La pauta general es mantenerlos hasta que provoquen las sensaciones temidas o hasta que produzcan molestias. Hay que cuidar de que el paciente no se excuse en supuestas molestias para evitar las sensaciones

## **ETAPA 4. ELIMINACIÓN DE CONDUCTAS DE BÚSQUEDA DE SEGURIDAD QUE AÚN PERSISTAN Y EXPOSICIÓN SISTEMÁTICA A SITUACIONES ANTES EVITADAS**

Puede requerir desde cero sesiones (en casos sin agorafobia) hasta 7 sesiones o bastantes más en casos con agorafobia persistente. Las sesiones son de media hora.

A continuación describimos los pasos a seguir en esta etapa.

### **Recordar el papel de las conductas de búsqueda de seguridad en el mantenimiento del pánico**

Las conductas de búsqueda de seguridad asociadas al pánico pueden ser de varios tipos: 1) evitar actividades que pueden provocar las sensaciones temidas, por ej., el ejercicio físico; 2) conductas de “ponerse a salvo” una vez iniciados los síntomas, por ej., sentarse para no caerse cuando nota mareo; 3) evitar situaciones agorafóbicas, y 4) afrontar las situaciones temidas pero acompañándose por personas u objetos que le ayudan a sentirse seguro.

Le recordamos al paciente que todas estas conductas de búsqueda de seguridad están unidas a las creencias catastrofistas, de forma que cuanto más deje que dichas creencias gobiernen su conducta, más fuertes se harán.

En cambio, la mejor forma de desactivar las creencias desadaptativas típicas del pánico es actuar en contra de ellas, mediante la exposición a las sensaciones y a las situaciones que antes evitaba, sin llevar a cabo ninguna conducta de búsqueda de seguridad.

Para facilitar este proceso se le pide que concrete qué es lo que teme que pueda ocurrir si se expone a ellas, y después se comprueba cómo exageraba en sus predicciones, tanto en lo que se refiere al grado de ansiedad que creía que iba a experimentar como en los resultados terribles que anticipaba. Podemos ayudarnos del registro de exposición

### **Afrontar las actividades en que pueden producirse las sensaciones temidas**

Aunque este punto ya se ha abordado en la etapa anterior, en este momento hay que recordar al paciente que si todavía está evitando alguna actividad por temor a experimentar sensaciones internas, debe empezar a afrontarla.

### **Dejar las conductas de “ponerse a salvo”**

Las conductas dirigidas a ponerse a salvo al notar las sensaciones temidas, como tomar medicación, rezar, etc., son comunes en los pacientes con trastorno de pánico. Estas conductas también contribuyen a mantener la asociación entre las sensaciones temidas y la evaluación de peligro, por lo que deben eliminarse.

En este sentido, hay que tener cuidado con la utilización de las técnicas de control de la ansiedad más allá de las primeras etapas del tratamiento, porque pueden convertirse en *conductas de ponerse a salvo* si el paciente cree que *si no la hubiese utilizado, habría tenido lugar la catástrofe temida*.

Por ejemplo, si un paciente intenta controlar su mente forzándose a distraerse al notar ciertas sensaciones “para no volverse loco”, se le pide que deje de intentar ejercer ese control. Así comprobará que no ocurre nada de lo que temía y que sus esfuerzos para controlar su mente sólo servían para proteger y mantener su falsa creencia de que podía volverse loco a causa de la ansiedad.

Siguiendo la misma táctica, si otro paciente tensa sus músculos durante la exposición a situaciones antes evitadas porque teme desmayarse, se le pide que se relaje y compruebe qué pasa en realidad.

El proceso a seguir es: 1) explicar cómo ese tipo de conductas fortalece las IC que son la raíz de su problema, 2) diseñar experimentos para poner a prueba esas creencias, y 3) analizar los resultados.

Como afirman Clark y Salkovskis, este tipo de ejercicios combina las técnicas cognitivas con los experimentos conductuales breves, en los que el paciente constata una clara disconfirmación de las creencias que le llevaban a realizar esas conductas de búsqueda de seguridad. Esto facilita una rápida modificación de sus creencias catastrofistas y de las conductas derivadas de ellas.

### **Tratamiento específico de la evitación agorafóbica**

Una vez que (durante la etapa anterior) se empiezan a realizar de forma sistemática los ejercicios de inducción de sensaciones, y el paciente comprueba repetidamente que al experimentar de este modo las sensaciones temidas no se cumplen sus temores acerca de ellas, también suele disminuir o desaparecer el temor a afrontar las actividades y situaciones que antes evitaba.

Por tanto, suelen empezar a afrontarlas sin necesidad de prescribirlo.

En los casos en que no es así, se les anima a que lo hagan y se les recuerdan los mecanismos por los que se produce y mantiene la agorafobia, y el papel de la exposición en romper las asociaciones que la mantienen (Ver página 41 del Manual).

Esta etapa transcurre en forma muy diferente de unos pacientes a otros, en función de que tengan o no agorafobia y de la gravedad y cronicidad de ésta\*.

Así, en algunos no es necesario atender a la exposición a situaciones externas porque nunca hubo agorafobia; en otros muchos, aunque sufriesen agorafobia, al perder el temor a las sensaciones internas con los ejercicios de las etapas anteriores, empiezan a acudir por su propia iniciativa a los lugares que antes evitaban, y finalmente, en una minoría de casos generalmente severos y de larga evolución, hay que prestar más atención a la evitación agorafóbica.

Con estos pacientes se recurre a los procedimientos utilizados tradicionalmente en el tratamiento de la agorafobia (figura 19) para facilitar la exposición y potenciar su eficacia.

Para llevar a cabo la exposición a situaciones antes evitadas, utilizamos dos tipos de registro (figuras 17 y 18, Manual, etapa 2) el primero más detallado y el segundo más sencillo.

En los casos de agorafobia persistente, si al principio de esta etapa el afrontar las situaciones que antes evitaban les produce mucha ansiedad, se utiliza alguna técnica de manejo de la ansiedad como la respiración, la distracción o las autoinstrucciones.

Cuando ya se sienten cómodos en esas situaciones, se les indica que las sigan afrontando sin hacer nada para reducir la ansiedad, sin acompañarse de personas u objetos tranquilizadores, y sin llevar a cabo ninguna conducta de búsqueda de seguridad.

Se les pide que si notan un incremento de ansiedad o de sensaciones interoceptivas, se limiten a observar y darse cuenta de qué es lo que piensan y sienten, mientras recuerdan el círculo vicioso del pánico y son conscientes de que la ansiedad no irá a más si no se producen IC.

---

\* También influyen otros factores como la motivación, la personalidad del paciente o la capacidad de tolerar la incomodidad para conseguir metas.

En todo momento, la exposición a las situaciones temidas se combina con las técnicas cognitivas, analizando los PC antes y después de cada afrontamiento y en los momentos de ansiedad elevada, por ejemplo, de ansiedad anticipatoria. Para ello podemos seguir utilizando los registros de pensamientos de la etapa 2.

También le ayudamos a detectar y cambiar otros pensamientos contraproducentes como los siguientes:

Pensamientos contraproducentes	Pensamientos que favorecen la exposición
Debería hacer mucho más	Con el tiempo lo conseguiré; ahora haré lo que pueda
Es demasiado difícil	Puedo graduar las tareas, pero voy a seguir porque quiero superar mi problema
Nadie pensaría que esto es importante	Algunos no lo entenderían, pero es muy importante
Aunque ahora tenga una buena racha, volveré a recaer como otras veces	Ahora estoy mejor informado que antes, y sé que si me mantengo firme, superaré mi problema

Otra estrategia muy útil es planificar las sesiones de exposición como experimentos dirigidos a invalidar sus IC. Para ello podemos ayudarnos del autorregistro detallado de tareas de exposición (ver anexo al final) en el que se anotan las predicciones negativas antes de realizar cada exposición y lo ocurrido en realidad durante la misma.

### **Inducción de sensaciones en situaciones que antes temía o evitaba**

Una vez que el paciente ha afrontado reiteradamente las situaciones que antes evitaba, hasta llegar a sentirse cómodo sin tener que llevar a cabo ninguna conducta de búsqueda de seguridad al permanecer en ellas, parece que el problema ya está resuelto, pero aún faltan algunos pasos.

Se le explica que, para acabar de desactivar la asociación entre las situaciones, las sensaciones y la evaluación de peligro; es necesario que, durante un periodo de tiempo, afronte deliberada y repetidamente las situaciones que antes evitaba, provocándose las sensaciones que antes temía, mientras permanece en ellas. Por ejemplo, hacer un viaje antes temido tomando café al iniciararlo, acudir sólo a unos grandes almacenes e hiperventilar estando allí, etc.

Hay que cuidar que el paciente lleve a cabo estas tareas ya que algunos se resisten por considerarlas innecesarias. Se le explica que es una forma más de ahondar en la reestructuración cognitiva, para acabar de eliminar cualquier residuo de asociación entre las situaciones antes evitadas, las sensaciones antes temidas y la evaluación de peligro (figura 16).

#### ***Cuando aplicamos esta terapia en grupo***

Encontramos que, en la cuarta etapa, llega un momento en el que muchos pacientes no necesitan cumplimentar las tareas ni acudir a las sesiones por no tener agorafobia o por haberla superado “espontáneamente” al ir avanzando en la terapia.

En estos casos, nuestra práctica habitual es dejar a elección de estos pacientes la posibilidad de no seguir acudiendo a las sesiones de terapia de la etapa 4 o de asistir ocasionalmente a las mismas. Pero se les insiste en que es importante que acudan a las dos últimas sesiones, ya que en ellas se trata la prevención de recaídas y la evaluación final.

Figura 18. Registro simplificado de tareas de exposición, completado por un paciente

Día	Actividad llevada a cabo	Hora de inicio	Hora de fin	Nivel máximo de ansiedad (0-10) antes	Nivel máximo de ansiedad (0-10) durante	Nivel máximo de ansiedad (0-10) final	Solo o en compañía	¿Has tenido que usar ayudas como relajación, respiración, distracción, cambiar tus pensamientos, visualizar el círculo vicioso, u otras?
4-1	<i>ir al supermercado</i>	9	11	8	5	2	solo	<i>distracción y visualizar círculo vicioso</i>
5-1	<i>visitar a mi hermana</i>	10	13	7	4	0	solo	<i>cambiar los pensamientos</i>
6-1	<i>conducir hasta mi trabajo</i>	8	8,30	10	6	0	solo	<i>respiración, Autoinstrucciones</i>
7-1	<i>id</i>	8	8,35	8	5	0	solo	<i>Ninguna</i>

Figura 19. Procedimientos utilizados para facilitar o hacer más eficaz la exposición a situaciones

- Listado de situaciones evitadas y del nivel de dificultad que supone cada una
- Exposición en la imaginación
- Exposición gradual en vivo (práctica programada)
- Técnicas de control y afrontamiento de la ansiedad (etapa 2)
- Autorregistros
- Análisis de pensamientos relacionados
- Visualización positiva (etapa 2)
- Colaboración de otras personas, instruidas al respecto, que le ayuden a cumplimentar la exposición
- Premios y castigos autoimpuestos
- Permanecer en la situación temida hasta que baje la ansiedad
- Cuando no son capaces de permanecer, escapar pero volver a ella lo antes posible y quedarse hasta que la ansiedad disminuya
- Durante la exposición permanecer con la atención focalizada en las sensaciones temidas, para facilitar que se desactive la asociación entre dichas sensaciones y la evaluación de peligro

## **ETAPA 5: EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA TERAPIA, PREVENCIÓN DE RECAÍDAS Y GENERALIZACIÓN DE LO APRENDIDO A OTRAS ÁREAS**

Se lleva a cabo durante las dos últimas sesiones.

### **EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA TERAPIA**

Con esta finalidad, como tarea para casa, una vez superada la etapa anterior se pide al paciente que cumplimente la *hoja de evaluación del deterioro sociolaboral* y el *cuestionario de creencias de pánico* (ver anexos), que ya cumplimentó al inicio de la terapia. Después se analiza cualquier síntoma residual y se comenta con el paciente.

### **PREVENCIÓN DE RECAÍDAS**

Siguiendo las recomendaciones de Clark y Salkovskis, una parte de las dos últimas sesiones se dedica a prevenir la recaída. Se recuerda que el objetivo de la terapia no ha sido conseguir que el paciente no tenga sensaciones internas o que no vuelva a sentir ansiedad, sino que no interprete unas ni otra de forma catastrofista, y se llevan a cabo las siguientes tareas:

#### **Evaluación de creencias acerca del pánico**

La investigación muestra que el grado de vulnerabilidad a las recaídas depende del grado de creencia en las IC acerca de las sensaciones internas y acerca de las crisis. Así por ejemplo, una persona que al finalizar el tratamiento ya no experimente las sensaciones típicas del pánico, pero que siga creyendo que volver a experimentarlas sería terrible y peligroso, es muy probable que recaiga. Por el contrario, el sujeto que ya no cree en la peligrosidad de las sensaciones interoceptivas, ni de las crisis, es poco probable que vuelva a presentar el trastorno, aunque en el momento de finalizar el tratamiento siga presentando ansiedad o sensaciones interoceptivas.

Para evaluar éstas creencias se revisan los cuestionarios a los que nos referimos en el primer párrafo de la descripción de esta etapa, y además, se pide al paciente que responda por escrito al cuestionario de actitudes acerca del pánico y de la terapia (figura 20, Manual páginas 140-141).

Posteriormente se explican y discuten con él las cuestiones que presenten cualquier duda.

También aquí se utiliza el aprendizaje guiado mediante preguntas (método socrático), y se le pide al sujeto que resuma los puntos principales para asegurarnos de que le han quedado claros.

#### **Consejos a seguir ante pequeñas recaídas**

Se le recuerda al paciente que, en el futuro, puede volver a experimentar sensaciones nuevas que le puedan llevar a hacer alguna IC, pudiendo así dar lugar a alguna crisis de pánico (o amago de crisis).

Se le aconseja que, si ocurre esto, lea el apartado 5.3 de la etapa 5 del Manual y ponga en práctica las estrategias recomendadas y que, si le resulta difícil afrontarlo por sí mismo, no habría ningún problema en que llame o acuda de nuevo a la consulta para recordarle qué conviene hacer y animarle a ponerlo en práctica.

Se le advierte que lo más común es que no sea necesario pero que si ocurriese, no supondría ningún problema. La experiencia nos muestra que, en estos casos, suele bastar una o dos sesiones breves para que el ex-paciente vuelva a sentirse seguro.

### **Recomendaciones para los que aún siguen con tratamiento farmacológico**

Si por alguna razón finaliza la terapia antes de que les sea retirado por completo el tratamiento farmacológico para el pánico, se les advierte que en el momento de la retirada del fármaco, sobre todo si se trata de ansiolíticos\*, es probable que experimenten cierto grado de ansiedad, junto a algunas de las sensaciones que antes temían, o de otras sensaciones interoceptivas ligadas a la ansiedad.

Esto no tiene por qué suponer ningún problema si no hacen IC acerca de ellas.

Se les explica que si les ocurriese y les resultase difícil afrontarlas por sí mismos, no duden en consultarnos para recordárseles. También en estos casos, nuestra experiencia indica que suele bastar una breve ayuda para que el paciente lo supere.

### **GENERALIZACIÓN DE LO APRENDIDO A OTRAS ÁREAS**

En las últimas sesiones se comenta también el hecho de que la terapia llevada a cabo para superar el problema de pánico ha permitido al paciente experimentar el papel crucial de los pensamientos y creencias en determinar las emociones y conductas. También ha aprendido que podemos identificar y modificar las creencias que nos perjudican o limitan en diferentes áreas.

Para ayudarle a comprender la importancia de este hecho, se le ponen ejemplos de cómo otros pacientes han utilizado lo aprendido en la terapia para mejorar su funcionamiento en otras áreas o para afrontar situaciones difíciles.

Si el paciente presenta alguna alteración o déficit psicológico diferente al pánico, en la última sesión se le facilitan algunos consejos acerca de cómo manejarlo.

También se le aconsejan algunos libros de autoayuda que puedan serle de utilidad, y se le recomienda que si tiene alguna dificultad en otra área y no se ve capaz de resolverla por sí mismo, no dude en buscar ayuda psicológica.

Esto es especialmente importante en los pacientes que presentan otras psicopatologías asociadas al pánico, y en los casos de trastorno de pánico muy severos y crónicos en los que la autoimagen, las relaciones interpersonales y otras áreas importantes de su funcionamiento personal han estado muy deterioradas durante años.

---

\* Recordar que lo recomendable es retirar por completo los ansiolíticos en las primeras etapas. De no ser así, el tratamiento psicológico es menos eficaz.

## **FIGURA 21. RESUMEN DE LOS PASOS DE LA TERAPIA**

### **Sesión de evaluación**

Tareas para casa: Completar cuestionarios de evaluación. Registros de crisis de pánico.

### **ETAPA 1: Explicar-comprender el modelo cognitivo del pánico**

Suele requerir tres sesiones de una hora

#### **1ª Sesión**

Explicar qué son las crisis de pánico, su función adaptativa y la importancia de los pensamientos en la ansiedad y el pánico. Construir el círculo vicioso personalizado

Tareas para casa: Registros de crisis de pánico, lectura del Manual, páginas 15 a 26, y escuchar la grabación Nº 1 del CD que explica qué es el pánico.

#### **2ª Sesión**

Revisión de las tareas, hacer preguntas, despejar dudas, comentar registros

Experimento de hiperventilación. Análisis del mismo para ilustrar el modelo cognitivo del pánico.

Tareas para casa: leer las páginas 27 a 47 del Manual y cumplimentar los ejercicios que incluyen. Repasar las anteriores si no estaban claras, registros de crisis de pánico

#### **3ª Sesión**

Revisión de tareas: comentar materiales y registros

El origen del pánico. Círculo vicioso de la primera crisis

Evaluación del grado de creencias, doble sistema de creencias y analogía de la mente con el ordenador

Tareas para casa: Lecturas modelo cognitivo. Continuar con los registros de crisis de pánico

*La etapa finaliza cuando el paciente ha comprendido el modelo cognitivo*

### **ETAPA 2: Técnicas de control de la ansiedad intercaladas con reestructuración cognitiva y experimentos conductuales**

Suele requerir entre 3 y 5 sesiones de media hora

Las sesiones se inician con la revisión de las tareas para casa y finalizan con el encargo de nuevas tareas. Durante esta segunda etapa se trabaja en los siguientes puntos:

- 1) Introducir un nuevo modelo de registro de crisis y amagos de crisis
- 2) Seguir con la reestructuración cognitiva. Autorregistros de pensamientos
- 3) Técnica de distracción
- 4) Técnica de la respiración diafragmática lenta
- 5) Técnica de relajación
- 6) Técnica de autoinstrucciones
- 7) Elaborar y utilizar la hoja de afrontamiento del pánico
- 8) Técnica de imaginación positiva
- 9) La Intención paradójica

*La etapa finaliza cuando el paciente es capaz de afrontar las sensaciones que antes le producían crisis de pánico, con las técnicas de control de la ansiedad, impidiendo que se produzcan las crisis, al menos en ocasiones*

## FIGURA 21. RESUMEN DE LOS PASOS DE LA TERAPIA (CONTINUACIÓN)

### **ETAPA 3: Provocar repetidamente las sensaciones temidas para romper su asociación con la evaluación de peligro (exposición interoceptiva)**

Suele requerir 5 sesiones de media hora

Se practican ejercicios diversos para provocar las sensaciones internas temidas por el paciente. Los ejercicios se llevan a cabo en primer lugar en la consulta y seguidamente como tarea para casa. Incluyen:

- 1) Ejercicios de inducción de sensaciones utilizados anteriormente, como la HV y los pares de palabras
- 2) Otros ejercicios como: esfuerzo físico, movimientos corporales bruscos, provocación de efectos visuales, reducción-eliminación de ansiolíticos e ingesta de café

*La etapa finaliza cuando el paciente ha practicado reiteradamente con todas las técnicas capaces de inducirle sensaciones similares al pánico, hasta romper la asociación entre las sensaciones producidas con ellas y la IC que le llevaba a activar su respuesta de pánico*

### **ETAPA 4: Eliminación de las conductas de búsqueda de seguridad que aún persistan, y exposición sistemática a situaciones antes evitadas**

Puede requerir desde 0, a 7 o más sesiones de media hora

Las tareas de esta etapa se cumplimentan sólo en los casos de agorafobia persistente. La mayoría de pacientes, al llevar a cabo las tareas y actividades de las etapas anteriores y producirse así el cambio de creencias acerca de sus sensaciones internas, empiezan a llevar a cabo la exposición a situaciones antes evitadas, espontáneamente, por lo que no es necesario programarla.

En aquellos casos en que la evitación agorafóbica no se supera espontáneamente, se aborda la exposición sistemática a las situaciones temidas que se lleva a cabo con:

- Listado de situaciones evitadas y del nivel de dificultad que supone cada una
- Exposición gradual
- Registros de exposición
- Técnicas de control de la ansiedad como las aprendidas en la etapa 2
- Exposición en la imaginación
- Otras técnicas de apoyo a la exposición

*La finalización de esta etapa tendrá lugar cuando el paciente se exponga reiteradamente a las situaciones temidas o evitadas, llevando a cabo en ellas alguna forma de inducción de sensaciones (hiperventilación, ingesta de café, etc.), sin efectuar conductas de búsqueda de seguridad (ir acompañado, llevar fármacos o amuletos, etc.) y sintiéndose cómodo al hacerlo así*

### **ETAPA 5: Evaluación de resultados, prevención de recaídas y generalización de lo aprendido a otras áreas.**

Se lleva a cabo durante las dos últimas sesiones

## **FIGURA 22. FORMA ABREVIADA DE TERAPIA**

*Se recomienda especialmente para casos leves o casos de intensidad media muy motivados.*

Suele incluir dos sesiones de una hora, y entre 7 y 11 sesiones de media hora. En ocasiones puede abreviarse aún más

**Sesión de evaluación.** Se lleva a cabo de forma similar a la terapia completa

### **ETAPA 1: Explicar-comprender el modelo cognitivo del pánico**

Suele requerir dos sesiones de una hora

#### **1ª Sesión**

Explicar qué son las crisis de pánico, su función adaptativa y la importancia de los pensamientos en la ansiedad y el pánico. Construir el círculo vicioso personalizado

Experimento de hiperventilación. Análisis del mismo para ilustrar el modelo cognitivo del pánico

Tareas para casa: Registros de crisis de pánico, lectura y cumplimentación de la etapa 1 del Manual y escuchar varias veces la grabación nº 1 “Qué es el pánico”

#### **2ª Sesión**

Revisión de tareas: comentar lecturas y autorregistros, hacer preguntas, despejar dudas

El origen del pánico. Círculo vicioso de la primera crisis

Evaluación del grado de creencias: doble sistema de creencias y analogía de la mente con el ordenador

*La etapa finaliza cuando el paciente ha comprendido el modelo cognitivo*

### **ETAPA 2: Objetivo: aprender técnicas de control de la ansiedad intercaladas con reestructuración cognitiva y experimentos conductuales**

Suele requerir dos sesiones de media hora

#### **3ª sesión:**

- Introducir un nuevo modelo de registro de crisis y amagos de crisis
- Seguir con la reestructuración cognitiva. Basarla en los registros de crisis de pánico si se producen
- Técnica de la respiración diafragmática lenta y técnica de distracción

Tareas para casa:

- Practicar diariamente la respiración diafragmática lenta, anotando los resultados en un registro
- Utilizar la distracción cada vez que aparezcan las sensaciones temidas o el temor anticipatorio a tener crisis

#### **4ª sesión:**

- Revisar registros de crisis si han ocurrido
- Revisar las prácticas de respiración diafragmática, comprobando si la lleva a cabo correctamente
- Comentar el uso de la distracción y del cambio de pensamientos al afrontar las sensaciones temidas

- Confeccionar una hoja de afrontamiento del pánico que incluya el dibujo del círculo vicioso personalizado y el recuerdo de utilizar la distracción, la respiración y el cambio de pensamientos

#### **FIGURA 22. FORMA ABREVIADA DE TERAPIA. CONTINUACIÓN**

Tareas para casa:

- Seguir practicando diariamente la respiración diafrágmática lenta y empezar a utilizarla para controlar la ansiedad.
- Utilizar la hoja de afrontamiento del pánico cada vez que aparezcan las sensaciones temidas o el temor anticipatorio a tener crisis.

*La etapa finaliza cuando el paciente es capaz de afrontar las sensaciones que antes le producían crisis de pánico, con las técnicas de control de la ansiedad, impidiendo que se produzcan las crisis, al menos en ocasiones.*

#### **ETAPA 3: Provocar repetidamente las sensaciones temidas para romper su asociación con la evaluación de peligro (exposición interoceptiva)**

Suele requerir tres sesiones de media hora.

Se practican ejercicios diversos para provocar las sensaciones internas temidas por el paciente. Se llevan a cabo en primer lugar en la consulta y seguidamente como tarea para casa. Los ejercicios utilizados son:

Ejercicios de inducción de sensaciones practicados en etapas 1 y 2 como la HV y pares de palabras.

Otros ejercicios como:

- Ejercicios de esfuerzo físico
- Movimientos corporales bruscos
- Provocación de efectos visuales
- Reducción-eliminación de ansiolíticos si se estaban tomando
- Ingesta de cafeína

*La etapa finaliza cuando el paciente ha practicado reiteradamente todas las técnicas capaces de inducirle sensaciones similares al pánico, hasta romper la asociación entre las sensaciones producidas con ellas y la IC que le llevaba a activar su respuesta de pánico*

#### **ETAPA 4: Eliminación de las conductas de búsqueda de seguridad que aún persistan, y exposición sistemática a situaciones antes evitadas**

La mayoría de pacientes, sobre todo los casos menos severos a quienes se aplica la forma abreviada de terapia, habrá comenzado a acudir a los lugares que antes evitaba durante las etapas anteriores. Se revisa si quedan algunas conductas de búsqueda de seguridad o algunos lugares que evita, y si es necesario se llevan a cabo las tareas de exposición, anotándolas en el correspondiente registro.

*La finalización de esta etapa tendrá lugar cuando el paciente sea capaz de exponerse a las situaciones más temidas o evitadas, llevando a cabo en ellas alguna forma de inducción de sensaciones (hiperventilación, ingesta de café, etc.), sin efectuar conductas de búsqueda de seguridad (ir acompañado, llevar fármacos o amuletos, etc.) y sintiéndose cómodo al hacerlo así.*

#### **ETAPA 5: Evaluación de resultados, prevención de recaídas y generalización de lo aprendido a otras áreas.**

Se lleva a cabo durante una parte de las dos últimas sesiones.