

## Trastorno de pánico. Resistencia terapéutica y prevención de las recaídas. Primera parte



3/13/2006

Por: **Herbert Chappa**

### Introducción

Los progresos registrados en los últimos años en el tratamiento del pánico y la agorafobia han sido muy importantes, a favor de tres desarrollos significativos 1) de la farmacología, 2) de las terapias comportamentales (exposición) y 3) de las terapias cognitivas. 1 Estudios comparativos con psicofármacos y terapia cognitiva muestran que ambos tratamientos son igualmente eficaces. Sin embargo entre el 20 al 40% continua con síntomas a pesar de recibir el tratamiento farmacológico apropiado (Bandelow y Rütger, 2004). Por su parte el tratamiento combinado, farmacoterapia con terapia cognitiva, ha probado ofrecer mejores resultados que cada modalidad por separado (Clark, 1986; Salkovkis 1996). Se estima que la efectividad del abordaje combinado oscila entre el 75 y el 90 % (Arnz y van den Hout, 1996).

Para algunos autores la combinación se impone cuando los efectos de cada terapia por separado muestran resultados limitados (Nadiga, Hensley y Uhlenhuth, 2003), o cuando la interrupción de la farmacoterapia produce recaídas (Bandelow y Rütger, 2004 op.cit). En nuestra experiencia la combinación es de preferencia y debe ofrecerse sistemáticamente en la mayoría de los casos (Chappa, 1992a; Chappa, 1994; Chappa, 1997a).

A pesar de los progresos terapéuticos, que han significado una incuestionable mejoría en la calidad de vida de los pacientes, debe tenerse presente que el trastorno de pánico es una condición que por sus recurrencias podría llegar a considerarse de evolución crónica. En un estudio de seguimiento durante 15 años en 55 pacientes ambulatorios que participaron en un estudio comparativo de alprazolam e imipramina Andersch y Hetta (2003) informan que la recuperación completa -entendiéndose como tal la ausencia de crisis de pánico sin tomar psicofármacos- fue del 18 %. De los restantes, un 13 % estaba recuperado pero continuaba con la medicación, mientras que el 51% experimentaba crisis recurrentes y otro 18% llenaba los requisitos para el diagnóstico de crisis de pánico. Estos datos muestra claramente que se trata de un trastorno resistente con tendencia a la recurrencia.

Se han señalado algunos indicadores de éxito terapéutico. Entre los desfavorables se encuentran la presencia y severidad de la agorafobia y el tiempo de evolución más

prolongado al momento de iniciar el tratamiento. El desempleo, el menor nivel socioeconómico y la mayor comorbilidad tendrían, asimismo, un efecto negativo sobre el pronóstico (Roy-Byrne, Russo, Cowley y Katon 2003). En cambio el sexo y las expectativas respecto de la efectividad de las intervenciones, parecen no influir (Basoglu et al. 1994a; 1994b). La proporción de recaídas se encontró semejante en hombres y mujeres, siendo más frecuente que se presente en los dos primeros años de tratamiento (Yonkers, Bruce, Dyck y S  ller, 2003).

En cuanto a la comorbilidad con depresión las opiniones son encontradas, mientras Basoglu (op.cit.) sostiene que la depresión pretratamiento no influiría, otros informes sostienen que empeora el pronóstico (Fava, Rafanelli, Grandi y col. 2001; Heldt, Manfro, Kipper, Blaya, Maltz, Isolan, Hirakata y Otto, 2003). En nuestra experiencia, la depresión constituye un factor que interfiere en la instrumentación de las técnicas cognitivo-comportamentales, tanto en el pánico como en la agorafobia por lo que debe ser objeto de tratamiento previo (Chappa, 1997a op. cit.).

Los estudios de seguimiento son esenciales para evaluar adecuadamente las intervenciones terapéuticas. También los son los criterios de recuperación que se propongan para justipreciar el beneficio. Algunos autores informan que una recuperación significativamente importante ronda el 60 %, mientras que la total llegaría solamente al 34 por ciento (Jacobson y col., 1988). En este informe de Jacobson, que coteja 11 estudios diferentes en los que se emplearon técnicas de exposición, se informa que aproximadamente un 10 % sufrió deterioro de su condición.

Analizaremos distintos factores que influyen en la receptividad, implementación y en el éxito o fracaso del tratamiento y algunas sugerencias respecto de medidas preventivas.

### **Falta de Progresos en el tratamiento farmacológico**

Para prevenir recaídas, en razón del curso con altibajos del trastorno de pánico, se aconseja mantener el tratamiento farmacológico de 12 a 24 meses una vez remitidos los síntomas (Bandelow y R  ther, 2004 op.cit). A pesar de estas medidas un alto porcentaje de pacientes continúan con síntomas, entrando en la categoría de tratamiento resistente, término cuya definición es algo arbitraria ya que puede varían de un investigador a otro. Suele tomarse como criterio la falta de respuesta en 6 semanas. En nuestro caso consideramos resistente al paciente que continua con síntomas agorafóbicos luego de 6 meses de tratamiento (Chappa, 1997b).

Resulta importante, de acuerdo con esto, conocer las variables que puedan anticipar una respuesta pobre al tratamiento. Entre otras se citan: tiempo de evolución prolongado, intensidad de los síntomas, agorafobia severa, comorbilidad con otros trastornos de ansiedad, comorbilidad con obsesividad (Chappa, 1997b op.cit.) comorbilidad con depresión, comorbilidad con trastornos de personalidad, desocupación y respuesta limitada con los psicofármacos (Bandelow y R  ther, 2004 op.cit.). De todos los factores invocados consideran que los tres más importantes son: la ausencia de respuesta al tratamiento farmacológico, la intolerancia a los síntomas

secundarios y el no cumplimiento (non compliance). Estos autores proponen un algoritmo para guiarse en el tratamiento farmacológico del trastorno de pánico que contiene los siguientes pasos Aumentar la dosis del Inhibidor Selectivo de Recaptación de Serotonina (ISRS)

1. Cambiar a otro ISRS
2. Cambiar por Venlafaxina
3. Cambiar por un Antidepresivo Tricíclico (ATC)
4. Cambiar a Benzodiazepinas (BZD) o a un Inhibidor de la Monoamino Oxidasa (IMAO)
5. Asociación aumentativa: la más frecuente ISRS con BZD.

Esta asociación puede usarse de inicio, por la acción más rápida de la BZD hasta que el ISRS inicie su efecto -3 a 4 semanas- e ir retirando progresivamente las BZD posteriormente.

6. Indicar ejercicios aeróbicos para acostumbrar al paciente a los síntomas de activación, propuesta incorporada hace años en nuestra práctica (ver tratamiento grupal).
7. Asociación con terapia cognitivo-comportamental. Hay un consenso creciente respecto que todos los pacientes deben recibir terapia cognitivo-comportamental sin tener en cuenta su grado de resistencia (Chappa, 1992a; 1994; 1997a; Bandelow y Rütger (2004 op. cit.).

Nuestro plan de tratamiento en el CETEM difieren en algunos puntos, sin diferir sustancialmente del de Bandelow y Rütger; en principio, proponemos a todos los pacientes la combinación de terapia cognitiva comportamental desde el inicio del tratamiento, con excepción de pacientes que solo sufren agorafobia y poseen capacidad de afrontamiento suficiente; usamos ISRS como fármaco de primera elección y elegimos la variedad de IRSS de acuerdo a la presencia o no de comorbilidad. Realizamos cambio a otro ISRS de no haber respuesta en 4 a 6 semanas o asociamos con clonazepam y como fármacos de tercera elección empleamos tranilcipromina o imipramina. El paciente resistente también puede serlo para con el tratamiento cognitivo-comportamental, que consideraremos a continuación.

### **Falta de Progreso en la Terapia**

Se trata, sin duda, de una de las situaciones más preocupantes que se le presentan al terapeuta, siendo diversos los factores responsables. Un indicador precoz de resistencia suele ser la falta de cumplimiento de las tareas prescriptas. Si el paciente muestra expectativas negativas respecto del resultado, esto puede debilitar su compromiso tanto para cumplir con la medicación como para la realización de registros y tareas. En algunos casos está comprometido el sentimiento de autoeficacia. La pobre autoeficacia puede significar el abandono precoz del tratamiento (Chappa, 1992b). Todos estos factores pueden ser agrupados en lo que puede llamarse "resistencia pasiva" en tanto el paciente quiere cambiar pero se enfrenta con las limitaciones personales citadas.

Una condición muy distinta es la que involucra la resistencia activa conocida como reactancia caracterizada por el oposicionismo, la intolerancia a las figuras con autoridad, el cuestionamiento activo de las sugerencias e indicaciones, entre otros, propias de la disfunción cognitiva central del "control" (Brehm, 1966). En este caso la actitud del paciente es desconcertante, en tanto parece no querer lograr los objetivos acordados.

Para contrarrestarlo se ha insistido en su momento en la necesidad de permitir al paciente cierto espacio autónomo, presentar las tareas como sugerencias, dar libertad en el timing y en la misma organización de las tareas a realizar.

### **La influencia de la comorbilidad**

La comorbilidad en el pánico es sumamente frecuente y numerosos los trastornos que pueden acompañarlo. Sin embargo, por su repercusión en los resultados del tratamiento son tres las condiciones que hemos visto con mayor frecuencia asociada al pánico, con o sin agorafobia: la depresión, la obsesividad y la fobia social.

La depresión comórbida es un factor que actúa dificultando la instrumentación inicial del tratamiento, favoreciendo la presentación de las crisis y limitando severamente al paciente en sus intentos de exposición. Debe ser resuelta, entonces, antes de indicar las estrategias cognitivas y comportamentales, con la prescripción de fármacos antidepressivos. Por sus efectos beneficiosos tanto sobre el pánico como sobre la depresión recurrimos a Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina (ISRS) en pequeñas dosis, la que vamos aumentando progresivamente para evitar los síntomas secundarios que son muy poco tolerados por estos pacientes.

Los pacientes con trastornos de pánico y agorafobia, tienen además, mayor riesgo de padecer episodios depresivos mayores durante su evolución (Bittner, Goodwin, Wittchen, Beesdo, Hofler y Lieb. 2004), de modo que el paciente debe ser advertido de esa posibilidad para que si, una vez recuperado, reaparecen síntomas mínimos de depresión, consulte a la brevedad, para prevenir un episodio depresivo mayor o el retorno del temor. Es parte de la tarea psicoeducacional enseñarle al paciente a detectarlos.

La influencia de la comorbilidad con Trastorno Obsesivo Compulsivo hace al tratamiento más resistente. Pero también influye la elevada obsesividad, detectable clínicamente o con escalas apropiadas (v.g.: el Inventario de Padua). En un estudio con agorafóbicos el tiempo de recuperación fue sensiblemente mayor cuando los puntajes de obsesividad fueron altos (Chappa, 1997b op.cit.). Los pacientes durante la implementación del tratamiento, muestran como los pacientes con TOC, avances y retrocesos, expresan frecuentemente necesidades de reaseguro, requieren que las explicaciones les sean detalladamente repetidas. Además tienden a estar dominados por dudas respecto a su habilidad para llevar a cabo las tareas o sobre la eficacia del tratamiento.

La fobia social, que en muchos casos se torna evidente una vez que las crisis de pánico resultan eliminadas o superada la evitación agorafóbica, influye principalmente

después de completado el tratamiento. Se acompaña de una recuperación incompleta, la persona continúa evitativa, comprobándose que, en este caso, la ansiedad y la anticipación ansiosa están relacionados con las interacciones sociales. El tratamiento en estos casos debe seguir los lineamientos del tratamiento cognitivo-comportamental de la fobia social (Chappa, 2000) y muy en particular, la detección y resolución de las conductas de seguridad que podría exhibir, esta vez en función del comportamiento social, y que ha sido demostrado relevante como factor de mantenimiento (Alden y Bieling, 1998).

Las fobias a la sangre, heridas sangrantes y otras relacionadas fue descrito como un factor negativo en el pronóstico del tratamiento farmacológico del pánico con agorafobia (Overbeek, Buchold, Schruers y Griez, 2004).

Estudios comparativos con foco en los factores predictivos del resultado terapéutico

La naturaleza del vínculo paciente-terapeuta fue confirmada como una variable de significación en relación a los resultados. Los estudios comparativos entre diferentes estrategias de abordaje permiten, además de darnos evidencias respecto de la efectividad de cada modalidad, extraer conclusiones sobre predicciones a futuro. En un estudio comparativo entre terapia cognitiva, relajación progresiva, imipramina y lista de espera, Clark, Salkovskis y col (1994) encuentran que las tres modalidades fueron superiores al no tratamiento. Evaluados luego de tres meses de tratamiento, la terapia cognitiva resultó la más efectiva, pero a los seis meses no había diferencia con la Imipramina y ambas eran superiores a la relajación.

Cuando los pacientes fueron evaluados entre 6 y 15 meses después del tratamiento, mostraron una recuperación superior con terapia cognitiva mientras que varios casos tratados con Imipramina habían tenido recaídas. Para esos autores el empleo de terapia cognitiva favorece el pronóstico en el largo plazo, previniendo recaídas. Dado que los estudios de seguimiento no abundan en este campo, resulta importante citar el trabajo de Fava y col. (1995) quienes luego de tratar un grupo de 110 pacientes con Trastorno por Pánico con Agorafobia durante 12 sesiones con tratamiento comportamental basado en la exposición, reevaluaron a 81 de ellos entre 2 a 9 años en un estudio de seguimiento. Los porcentaje acumulados de remisión fueron los siguientes:

A los 2 años 96,1 %

A los 5 años 77,6 %

A los 7 años 67,4 %

Los autores hacen varias comprobaciones significativas para el pronóstico:

1. Un paciente de cada 4 no completa el tratamiento;
2. Los resultados son superiores si no hay trastornos de personalidad asociados
3. El pronóstico es más favorable si el tratamiento elimina la evitación agorafóbica subclínica o residual y no simplemente las crisis de pánico.

Posteriormente, Fava, Rafanelli, Grandi y col. (2001) amplían su estudio a 200 pacientes llegando a los 14 años de seguimiento. De la muestra total 136 superaron la agorafobia después de cumplir con el tratamiento estándar de 12 sesiones. El 23%

había recaído en crisis de pánico en algún momento de la evolución. Los porcentajes de remisión acumulados fueron del 93.1% después de dos años, 82,4% después de 5 años, y 62.1 % después de 10 años, semejantes a los del informe anterior.

La agorafobia, es en general, considerada como un factor de pronóstico menos favorable en la mayoría de los informes en relación al pánico no complicado (Royal Australian and New Zeland College of Psychiatrist, 2003).

La eficacia de la terapia cognitivo-comportamental sola o combinada con psicofármacos es poco discutida, ante las evidencias acumuladas en las últimas décadas, como para ser considerada de primera elección en el trastorno que nos ocupa. Esta afirmación que venimos sosteniendo desde hace más de diez años (Chappa, 1992a; 1994, 1997) ha sido reconocido por el World Council of Anxiety con estas palabras: "El abordaje integrado de tratamiento que combina farmacoterapia con terapia cognitivo-comportamental ha probado ser el mejor tratamiento" (Pollack, Allgulader, Bandelow, Cassano, Greist, Hollander, Nutt, Okasha y Swinson (2003); sostienen, además, que los ISRS han ido perfilándose como el tratamiento más favorable, por su perfil de efectos colaterales, su seguridad y por no producir dependencia física.

La eficacia de las estrategias cognitivas y comportamentales ha sido, inclusive aceptada por terapeutas de orientación psicodinámica cuando implementan intervenciones comportamentales junto con las de su orientación, quienes informan de un mejor resultado terapéutico con esta integración (Geiser, Imbierowicz, y col, 2004).

### **Las recaídas y su prevención.**

Las recaídas no son infrecuentes. El paciente, por lo tanto, debe ser advertido, al finalizar su tratamiento, respecto de este riesgo. Hechos de la vida que signifiquen tensión, aumento de las responsabilidades, promociones laborales o académicas, que activan el conflicto dependencia-autonomía, generarán ansiedad y predispondrán a las crisis. Asimismo, los estudios de seguimiento arrojan alguna luz sobre aquellos factores que permiten mantener la recuperación obtenida o los beneficios logrados de acuerdo al tipo de tratamiento. Rijken y colaboradores (1992), informan sobre el seguimiento durante 18 meses en un grupo de 40 pacientes agorafóbicos (16 hombres y 24 mujeres) tratados con tres programas comportamentales de corta duración. Los tratamientos fueron:

1. Control respiratorio y reestructuración cognitiva,
2. Autoexposición in vivo y
3. Los anteriores combinados.

Los tres grupos mostraron mejorías que se acentuaron durante el período de seguimiento postratamiento. Esa mejoría resultó tanto mayor si los pacientes mantenían consultas periódicas en lugar de recibir un alta definitiva. El grupo que desmejoró fue mayor que el informado por Jacobson (1988). El empeoramiento no estaba asociado a ninguna característica demográfica, ni a la intensidad del cuadro al momento de la consulta. Ninguna variable permitía predecir quién mejoraría y quién no. Sin embargo Slaap y col. (1995) señalan que la presencia de síntomas fóbicos

estaban asociados a falta de respuesta terapéutica con psicofármacos.

Se ha señalado como de importancia las características de personalidad en el tratamiento farmacológico (Mavissakalian & Hartman, 1987). La comorbilidad con Trastornos de Personalidad, que se sabe torna más severo el cuadro de pánico, no parece influir, para algunos autores, en los resultados del tratamiento cognitivo-comportamental, si bien podría favorecer las recaídas (Fava y col. 2001, op. cit.). Con todo, e independiente de estos factores agravantes, debe reconocerse que el trastorno de pánico constituye en un problema terapéutico hoy admitido como rebelde al punto que el World Council of Anxiety (Pollack y col. op.cit.) sostiene que el mantenimiento recomendado del tratamiento con psicofármacos es de 12 a 24 meses.

A este respecto es interesante lo observado por en el sentido que en lo inmediato el tratamiento con benzodiazepinas puede, en el corto plazo, disminuir los síntomas de ansiedad, pero que en largo plazo reduce la tolerancia de la persona a la ansiedad y al malestar (Fava, Grandi y col., 1994). También sostiene el World Council que en algunos casos -que por nuestra parte atribuimos a un bajo umbral de activación biológica de la ansiedad- la medicación debe recibirse administrarse por tiempo indefinido, de modo que la eficacia a largo plazo (como la que se logra con la terapia cognitiva-comportamental) y la seguridad de administración (caso de los ISRS) tienen que tomarse en cuenta al momento de seleccionar el tratamiento, particularmente a la luz de lo expuesto respecto de las benzodiazepinas a largo plazo..

### **La detección precoz de las recaídas**

Hemos hecho mención a los factores presentes antes de comenzar el tratamiento que constituyen indicadores de la probable evolución del cuadro, como son la presencia de depresión y los antecedentes de recaídas previas. La importancia reside en que algo menos de la mitad de los pacientes que se recuperan satisfactoriamente recaen entre 3 a 12 meses después de interrumpido el tratamiento. Ante este panorama podemos preguntarnos se es posible detectar precozmente indicadores de recaídas que nos permitan tomar medidas efectivas, antes de que se manifiesten nuevamente las crisis de pánico. Esta pregunta se la formularon Mavissakalian y Guo (2004) y llevaron a cabo un estudio a tales fines. Los resultados obtenidos permiten anticiparse en un par de meses a la recaída manifiesta. Estos indicadores son:

- o Un aumento general de la ansiedad
- o Aparición o exacerbación de temores
- o Dificultades laborales
- o Perturbaciones en la relaciones familiares

Los cambios en estas variables resultaron más eficaces para predecir recaídas que los puntajes de las escalas destinadas a la evaluación de crisis de pánico y de la sensibilidad a la ansiedad. Si bien no todos los pacientes que presentan el desmejoramiento señalado terminan necesariamente en una crisis de pánico, los citados autores recomiendan, en estos casos, reinstalar el tratamiento farmacológico

interrumpido para favorecer la prevención.

### **La importancia del contexto en la exposición**

Se ha reconocido hace tiempo la importancia del contexto en la adquisición de nuevas conductas, tanto en el aprendizaje experimental, como en de la memoria y en las conductas adictivas. En este sentido la influencia es tanto del contexto externo como el del interno (estado emocional o efecto de drogas).

Los procesos de extinción realizados en un contexto diferente de aquel en el cual se adquirió la respuesta condicionada, tienden a ser específicas del contexto en tanto que la respuesta condicionada puede reaparecer en el contexto original, fenómeno que es conocido como "efecto renovado". Se ha comprobado que se presenta el "efecto renovado" en una variedad de situaciones y condiciones experimentales y con diferentes contextos.

Un fenómeno similar se ha descrito en el tratamiento por exposición de las fobias simples cuando ésta se realiza con estímulos diversos, pero semejantes en lugar de un solo estímulo repetido, ya que en el primer caso habría un menor retorno a la fobia (Rowe y Craske, 1998). La importancia de este hallazgo es, en nuestro caso, significativa, por el riesgo del retorno de los síntomas una vez extinguidos por la exposición. La efectiva comprobación de este hecho, llevó a algunos autores a aconsejar que la exposición se realice en un contexto que sea lo más semejante posible a aquél en el cual fue adquirida la fobia (primera crisis de pánico) para evitar recaídas (Bouton, 1988, Bouton y Swartzentruber, 1991). También resulta aconsejable, en base a estas observaciones que, para que las técnicas de exposición resulten eficaces, deben llevarse a cabo en diferentes contextos. De otro modo el paciente puede conducirse como si el único lugar seguro resulte el consultorio de su terapeuta.

También cabría la posibilidad de que el temor fóbico haya sido adquirido en múltiples contextos, condición a explorar en las entrevistas para diseñar tareas múltiples. En los agorafóbicos específicamente, la probabilidad de recaídas fue menor cuando, además de las sesiones en consultorio se programan tareas en su hogar, tanto por autoexposición como con acompañantes terapéuticos o con la ayuda de la pareja (Barlow y col. 1984). Una técnica adicional sugerida para reducir las recaídas es la de utilizar durante el proceso de exposición algún tipo de objeto recordatorio que el paciente lleve consigo como parte del contexto en el cual tuvo lugar la adquisición, como por ejemplo, un anillo, pulsera, etc.

### **La selección del tratamiento**

El estudio de cómo las características del paciente influyen en la selección de los posibles tratamientos es un área de investigación poco profundizada, pero que, se cree, puede aportar datos importantes al pronóstico cuando se la relaciona con los resultados del tratamiento. Starcevic, Linden y col. (2004) trataron de identificar que características de los pacientes afectados de pánico con agorafobia llevaban a los psiquiatras de una clínica de nivel académico para trastornos de ansiedad, a tomar la



decisión de instrumentar terapia cognitivo-comportamental (TCC) sola o asociada con benzodiazepinas de alta potencia, o con benzodiazepinas (BZD) y fluoxetina (FLX). La muestra la constituyeron 102 pacientes ambulatorios con este diagnóstico. En primer lugar, se comprobó que la combinación se elegía por la severidad del trastorno, mientras que la TCC sola se indicaba cuando predominaban los fenómenos cognitivos de la ansiedad. Si predominaban las crisis de pánico y los síntomas somáticos asociaban de preferencia TCC y BZD, mientras que si presentaban síntomas depresivos y discapacidad importante, la asociación preferida fue TCC, BZD y FLX. Se comparó el resultado de los tratamientos en los tres grupos, comprobándose que era igualmente satisfactorios. Sin embargo otros informes sostiene que la TCC es más eficaz y menos costosa (Royal Australian and New Zeland College, op.cit.).

La combinación de TCC y psicofármacos tiende, sin embargo, a ser más efectiva que cada modalidad por separado. Cuando se usa medicación sola, las recaídas durante el primer año pueden llegar al 78%, mientras que con el tratamiento integrativo las recaídas fueron solamente del 14,3% (Biondi y Picardi, 2003). Aún más, el tratamiento integrativo tiene ventajas en el largo plazo, y parece ser independiente de los factores pronósticos conocidos.

### **Cambios cognitivos**

¿Por qué cambia el paciente? La respuesta no es fácil, ya que las explicaciones están directamente relacionadas con el modelo teórico del investigador. Analicemos algunas propuestas.

La base del modelo cognitivo de la ansiedad tiene sus raíces en el proceso de significación de la amenaza. Cuando la interpretación de los estímulos y condiciones es incierta, tanto mayor es la ansiedad. (Eysenck y col. 1987; Fernández Alvarez, 1992). En los pacientes con pánico y en los agorafóbicos, diversos estudios han comprobado este sesgo en el proceso de significación. Los resultados tienden a mostrar que los pacientes con pánico interpretan los signos internos (p. ej. corporales) como amenazantes, en tanto que los agorafóbicos lo hacen respecto de los estímulos ambiguos externos, como lugares pocos conocidos o ruidos imprevistos (Clark, 1988)

Quando se los compara con sujetos normales los agorafóbicos interpretan como amenazantes los estímulos ambiguos si están relacionados con sus preocupaciones centrales, es decir con las sensaciones corporales, de modo que la ambigüedad, por sí sola, resultaría insuficiente, según comprobaciones de Stoller y Mc Nally (1991), quienes extendieron sus estudios a los agorafóbicos recuperados, comprobando que mantenían la tendencia a la distorsión de significados. Sin embargo, el paciente recuperado con estrategias comportamentales es capaz de desplegar afrontamientos adaptativos.

Una de las preguntas que podemos hacernos es si la exposición de por sí es efectiva también para el tratamiento de las crisis de pánico o debe limitarse a la agorafobia. Se sostiene que la técnica de reestructuración cognitiva modifica las creencias erróneas y las ideas catastróficas, en tanto que la exposición reduce la ansiedad condicionada y la de anticipación. Algunos autores se inclinan por considerar la combinación como más

efectiva (Marchione y col., 1987), mientras que otros juzgan que ambas por sí solas son igualmente efectivas (Margraf y Schneider, 1991).

En algunos estudios comparativos los efectos de la exposición y de la reestructuración cognitiva en el tratamiento no parecen diferir; ambos procedimientos parecen igualmente eficaces sin que se pueda demostrar que la exposición fuera más rápida en lograr cambios. Las técnicas de exposición por lo tanto resultan útiles para disconfirmar creencias profundas sustentadas en la experiencia y modifica de este modo la premisas centrales de la vulnerabilidad. Si esto significa que comparten mecanismos de cambio comunes, o diferentes que confluyen en el mismo resultado, requiere de estudios más extensos con discriminación fina de las variables intervinientes.

Por nuestra parte hemos recibido pacientes por presentar recaídas con trastorno de pánico con agorafobia que habían tenido una recuperación más o menos satisfactoria con exposición exclusiva pero en quienes las creencias básicas habían sufrido modificación. Creemos firmemente que emplear la exposición sin la implementación de estrategias de cambio cognitivo favorece las recaídas. Estas observaciones están en correspondencia con los resultados obtenidos con anterioridad por William y Rappoport (1983) en el sentido que los agorafóbicos tratados con estrategias cognitivas recurrían con mayor frecuencia a pensamientos adaptativos si bien esto no significaba una recuperación mayor que los tratados con técnicas conductuales solamente. Los autores sostienen que las técnicas cognitivas son más eficaces cuando se las aplica en las mismas situaciones en las cuales los miedos se presentan, en correspondencia con nuestras propuestas integrativas.

### **Estabilidad del cambio y autoeficacia**

El tema de la autoeficacia percibida es de importancia central tanto en el cambio como en su mantenimiento en los pacientes con trastornos de pánico y agorafobia, deviniendo en una variable preventiva. Por autoeficacia, un concepto acuñado en los estudios iniciales sobre la superación de la conducta evitativa (Bandura, 1977; 1987), se entiende la confianza que el paciente logra en cuanto a su capacidad de poner en marcha los recursos aprendidos en el tratamiento para el control de sus síntomas. Se sostiene además que trasciende los factores específicos del trastorno ya que contribuye a la reducción del estrés en general y favorece el afrontamiento de otros desafíos de la vida.

Para comprender como opera cognitivamente la percepción de autoeficacia se ha considerado útil diferenciar conocimiento de evaluación como lo hace Cervone (2000). Por conocimiento se entiende el conjunto de creencias que uno tiene sobre las características del hecho o situación mientras que evaluación hace referencia al nivel de rendimiento o efectividad que se piensa uno puede lograr en el manejo o control de ese hecho o situación. En este sentido la autoeficacia percibida es una evaluación. Desde el punto de vista cognitivo resultará de la activación de un esquema de autoeficacia, considerado en sentido amplio, no solamente como contenidos de pensamientos y creencias, sino también de procesos atencionales, reacciones

emocionales y algoritmos de acción, cuya importancia trasciende los aspectos específicos del tratamiento; es decir es capaz de generalizarse a otros hechos y situaciones.

El mismo autor considera útil diferencia a los fines de la programación terapéutica, la autoeficacia percibida para las estrategias de la autoeficacia percibida para los objetivos (Cervone, 2000 op. cit.). Es difícil que el paciente se involucre activamente en la ejecución de las estrategias sugeridas en el tratamiento si no confía en que puede lograr determinados resultados. En un estudio sobre la importancia de la autoeficacia en la terminación prematura de tratamientos grupales, se comprobó que los pacientes con baja autoeficacia personal abandonaban el tratamiento prematuramente, aunque creyeran que las estrategias implementadas podrían resultar apropiadas para los objetivos propuestos (Chappa, 1992b). Es decir carecían de confianza sobre sus capacidades para llevarlas a buen término.

En el tratamiento del pánico y la agorafobia, de acuerdo con esto, la efectividad dependerá de en qué medida logremos que aumente en el paciente su sentimiento subjetivo de efectividad ante las amenazas percibidas. Esta autoeficacia percibida resultaría la variable común de cambio tanto para la exposición en vivo como para la desensibilización sistemática o el modelaje. También participa en la efectividad la reducción de la sensibilidad a la ansiedad y el cambio sostenido de actitud hacia los síntomas que subyace al control de las crisis de pánico.

Las experiencias directas destinadas al incremento del autocontrol resultan la fuente de información más importante para el cambio sostenido. Se trata de la variable de mayor poder predictivo en la superación del pánico y la agorafobia. Si el tratamiento se enfoca solamente en la exposición gradual a los estímulos, sin aumentar activamente la capacidad de control es probable que el tratamiento fracase (Williams, 1995).