

Boletín de la SEAS

Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés

Octubre de 2006. Número 25



En caso de no poder hacer la entrega de este impreso,
por favor, devolver a:

Dr. Antonio Cano Vindel
Presidente de la S.E.A.S.
Facultad de Psicología. Buzón 23
Universidad Complutense de Madrid
Campus de Somosaguas
28223 Madrid

Boletín de la SEAS

Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés

Octubre de 2006. Número 25

Contenido

Del Presidente de la SEAS.....	3
La actividad de las Comisiones.....	5
Cartas de las Comisiones	5
Artículo: La hiperventilación como método de exposición interoceptiva en el tratamiento del trastorno de pánico	10
Reuniones científicas	19
Datos para la derivación de pacientes	21
Boletín de inscripción	22

Presidente de Honor: Dr. Juan José Miguel-Tobal

Presidente

Dr. Antonio Cano Vindel

Vicepresidente

Dr. Javier Pérez Pareja

Secretaria

Miriam Sánchez Pérez

Vocales

Juan Ramos Cejudo

José Manuel Hernández López

Marta Redondo Delgado

Juan Antonio Rodríguez López

Tesorero

José Ángel Santiago Sañudo

DEL PRESIDENTE DE LA SEAS

En el VI Congreso Internacional de la SEAS, celebrado en Benidorm los días 21 al 23 de septiembre del presente año, se han presentado doscientos treinta y un trabajos científicos y profesionales sobre ansiedad y estrés, frente a los ciento sesenta y cinco trabajos del anterior congreso, lo que supone un incremento del 40% en el volumen de presentaciones sobre los últimos avances en investigación y experiencias profesionales relacionadas con ansiedad y estrés.

Entendemos que este es un dato importante que refleja el crecimiento de la actividad científica y profesional sobre ansiedad y estrés que converge en nuestro país, donde se suman los esfuerzos de los autores españoles con los de otros, con los que mantenemos estrecha relación.

En el servidor de información en Internet de la SEAS (www.ucm.es/info/seas) se encuentra el programa científico completo, así como cualquier otra información sobre el congreso que se desee consultar. Se han publicado todos los resúmenes de los trabajos en el "Libro de Resúmenes" de este VI Congreso, que se entregó a los casi trescientos asistentes al mismo. Cifra ésta que representa también un crecimiento, en este caso de un 20%, frente al anterior congreso.

De nuevo pensamos que este segundo parámetro de nuestro congreso bianual sobre ansiedad y estrés puede servirnos también como otro índice de desarrollo de nuestro campo.

El congreso, además de fomentar la investigación, potencia la difusión de conocimientos especializados, con lo que colabora en la formación continuada de profesionales, o en la difusión de información a la sociedad (que demanda soluciones a los problemas sociales de salud, educación, etc., relacionados con la ansiedad y el estrés), todos ellos objetivos de la SEAS. Los científicos y profesionales de la salud necesitamos una formación y actualización permanentes y la sociedad demanda cada vez más profesionales especializados y científicos que viertan a la sociedad el producto de sus investigaciones.

Recordemos que los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) proyectan sobre nuestra sociedad una estimación próxima a los dos millones y medio de españoles (el 5.9%) que ha padecido un trastorno de ansiedad en los últimos doce meses y que solamente un tercio ha recibido algún tipo de tratamiento. Un millón seiscientos mil españoles no han recibido ningún tipo de tratamiento para su, o sus, trastornos de ansiedad. Sin embargo la sanidad pública está saturada por los pacientes que sufren trastornos de ansiedad. Recientemente las autoridades han propuesto que los pacientes con trastornos de ansiedad

no sean derivados a Salud Mental, sino que sean tratados en Atención Primaria, dado el estado de saturación que existe ya en el área especializada. De esta manera las personas que sufren trastornos de ansiedad y acuden a la sanidad pública quedan condenadas a recibir tratamiento farmacológico, como única opción, administrado por el médico de atención primaria, que no tiene formación especializada en salud mental. Paralelamente, en el sistema público de salud se han convocado para este año 98 plazas de PIR (Psicólogo Interno Residente), una cifra claramente ridícula si se admite que los pacientes con problemas de ansiedad y estrés (el trastorno mental más frecuente) no pueden ser atendidos por psicólogos especialistas en psicología clínica de la sanidad pública porque Salud Mental está saturada.

Entretanto nos llega un informe del Reino Unido en el que se estima que, en dicho país, si se contrataran a 5.000 psicólogos clínicos, el sistema público ahorraría mucho dinero, en forma de bajas, incapacidades laborales, pensiones, jubilaciones anticipadas, etc. El planteamiento de este informe es muy claro: la sanidad pública ante los trastornos de ansiedad (y los trastornos del estado de ánimo, las depresiones) está apostando por un tratamiento barato, pero que no es eficaz, el tratamiento farmacológico. Con ello se ahorra en la puesta en marcha de tratamientos eficaces, las técnicas psicológicas cognitivo-conductuales, pero se dispara el gasto

social, como ya se ha señalado, al dejar sin tratamiento eficaz a un colectivo muy grande de personas, que sufren un trastorno curable, pero que tras años de tratamiento farmacológico, sin tratamiento psicológico, se convierten en pacientes crónicos, que además de sufrir una destrucción de su calidad de vida, no pueden seguir trabajando en muchos casos.

El VI Congreso Internacional de la SEAS ha tenido un amplio eco en los medios de comunicación, con lo que ha aumentado el número de demandas de ayuda que atendemos, proporcionando la información básica que necesitan las personas que sufren problemas de ansiedad y estrés, ayudándoles a encontrar especialistas en su problema, o asesorando a la sociedad en general sobre los temas de nuestra especialidad.

Nuestro servidor de información en Internet atiende actualmente unas cincuenta mil entradas al año, tras siete años de servicio a la comunidad. El primer año fueron apenas siete mil. El crecimiento ha sido exponencial y se ha superado el crecimiento constante que recientemente habíamos calculado en unas treinta mil páginas en el último año.

Para terminar, sólo decir que está ya en imprenta el número monográfico de fin de año de la revista "Ansiedad y Estrés". Un número doble sobre "Inteligencia Emocional", coordinado por Pablo Fernández Berrocal y Natalio Extremera. Ambos le han pedido a Papá Noel muchos artículos

y... han debido ser buenos, porque se los han concedido... y tendremos el número más gordo de los trece años de nuestra revista. Así es que estamos de enhorabuena. ¡Feliz Navidad!

Un abrazo

Antonio Cano Vindel

Presidente de SEAS

LA ACTIVIDAD DE LAS COMISIONES

Desde esta sección los coordinadores de las comisiones nos informan de las actividades que llevan a cabo.

La SEAS se ha definido siempre por su carácter dinámico; con este fin, desde sus comienzos se crearon distintas Comisiones de Trabajo que, desde la 1ª Reunión Anual de la Sociedad celebrada el 5 de noviembre de 1994 en Segovia, se han ido ampliando progresivamente tanto en número como en sus objetivos de actuación.

El objetivo de las Comisiones es reunir a todos aquellos interesados en ámbitos específicos dentro del amplio marco que supone el campo de la ansiedad y el estrés. Estas Comisiones tienen un carácter abierto y en ellas se han ido integrando una gran parte de los miembros de la Sociedad, fomentando así la relación personal y el contacto profesional con socios que

trabajan en tareas afines. Así mismo se enfatizan la formación teórica y práctica a través de la difusión de los trabajos realizados por los propios socios de la Comisión.

Los participantes en las Comisiones se reúnen de forma periódica, marcando la fecha de la futura reunión entre los miembros que acuden a las mismas. Si tenéis interés en formar parte de alguno de los proyectos ya en marcha, o por el contrario traéis ideas nuevas ponerlos en contacto con los Coordinadores.

CARTAS DE LAS COMISIONES

Cada seis meses los coordinadores de cada Comisión se dirigen a todos los miembros de la Seas a través de estas cartas.

COMISIÓN "EMOCIONES Y SALUD"

Coordinadora:
M^a Isabel Casado

Estimados miembros de la SEAS:

Por ser esta la primera oportunidad que, tras la celebración del VI Congreso de la SEAS, tiene la comisión de trabajo "Emociones y salud" para ponerse en contacto con todos los miembros de la Sociedad a

través de este boletín, quisiera hacer un resumen y/o una reflexión de lo ocurrido en Benidorm en lo que atañe a nuestra comisión.

De las 27 sesiones temáticas a las que pudimos asistir en el Congreso de este año, muchas han sido las que se han centrado en temas que podríamos englobar bajo el título de Emociones y Salud. En ellas se han presentado trabajos en los que se describían diversas facetas de la relación entre distintas emociones y/o procesos cognitivos-emocionales (ira, ansiedad, depresión, estrés, percepción de control, afrontamiento, apoyo social, etc.) y distintas enfermedades, trastornos o condiciones relacionadas con la salud (hipertensión, cardiopatía isquémica, infarto de miocardio, asma, cáncer, infertilidad, enfermedad inflamatoria intestinal, síndrome premenstrual, dolor crónico, cuidados paliativos, etc.). Además, hemos podido asistir a mesas o sesiones temáticas en las que se han presentado tanto datos de investigación en trastornos como la ansiedad generalizada, la agorafobia, fobia específica, o el estrés postraumático, entre otros, y presentaciones de casos en las que se ha hecho un repaso excepcional de las técnicas de evaluación, diagnóstico y tratamiento más punteras en una amplísima variedad de trastornos (ansiedad de evaluación, fobia social, trastorno de pánico o trastorno adaptativo por citar algunos). Y para colofón, me sería imposible citar aquí, por problemas de espacio, el extraordinario número de trabajos presentados en formato póster

en el que se han presentado datos referentes a la relación indisoluble y bidireccional entre las emociones y los distintos trastornos o enfermedades.

Todo ello, pone una vez más sobre la mesa la necesidad constante de investigación, debate, exposición y crítica en un tema tan relevante, pero ante todo creo que pone de manifiesto la "buena salud" de la que goza en la actualidad este área de investigación, prevención e intervención clínica centrada en el papel que las emociones, especialmente las tildadas de negativas, tienen sobre la salud o el proceso del enfermar en la mayor amplitud del término, es decir, haciendo referencia tanto a las enfermedades mentales como a las tradicionalmente denominadas psicofisiológicas.

Y esta gran diversidad de trabajos, muchos de ellos presentados por miembros de la comisión "Emociones y Salud", se refleja en la diversidad de las actividades e intereses de los miembros de nuestra comisión. Y es que si algo la caracteriza es la integración entre sus participantes de personas que investigan o trabajan en campos muy diversos de la Psicología de la Salud y/o Psicología Clínica, abarcando temas que versan desde las implicaciones de las distintas emociones en enfermedades muy diversas, hasta los tratamientos más efectivos en distintos trastornos emocionales, pasando por la investigación de los procesos cognitivos y emocionales que median en dichas relaciones. Todo ello conforma una Comisión muy

heterogénea a la vez que interesante en la cual os animamos a participar.

Para todos aquellos que nos habéis hecho llegar el deseo de formar parte de nuestro "equipo" y para aquellos que lo estáis pensando (y que esperamos que dejéis pronto de pensar y paséis a la acción) aprovechamos la ocasión para comentar el tipo de actividades que realizamos periódicamente, y que podemos resumir en dos grandes puntos:

- 1 Formación continuada a través de exposiciones, talleres y debates llevados a cabo por miembros de la Comisión sobre temas de interés general
- 2 Supervisión de los proyectos de trabajo que llevan a cabo distintos miembros de la misma.

Comenzamos una nueva etapa, como siempre después del congreso, y esperamos poder contar con muchos de vosotros. Por ello aprovecho para anunciar la próxima reunión de la comisión cuyo orden del día será de forma genérica establecer el contenido y las fechas del calendario para este año próximo. Tendrá lugar el sábado día 16 de Diciembre a las 11'00 h en el despacho 1119 de la facultad de Psicología de la Universidad Complutense. Esperamos contar con vuestra presencia.

Un fuerte abrazo,

M^a Isabel Casado Morales

**COMISION
"ANSIEDAD Y ESTRÉS EN
LAS ADICCIONES"**

Coordinador:
Juan Antonio Rodríguez

Estimados colegas:

Cuando salga a la luz este boletín estaremos en plena "resaca" de nuestro VI Congreso celebrado como todos los años en Benidorm. Os informo que se formó una mesa específica sobre ansiedad y estrés en las adicciones, en la cual se presentaron interesantes trabajos sobre ansiedad y determinadas sustancias (tabaco y heroína) y, sobre adicción al sexo.

Esta comisión está formada por un reducido y valioso grupo de personas interesadas en esta área, con unos intereses comunes puestos al servicio de todos. Estos intereses se plasman en unos objetivos propuestos:

- Formación y asesoramiento a los miembros de la SEAS.
- Planificación de proyectos de investigación y estudios relacionados con esta problemática.
- Elaboración de proyectos de prevención e intervención.

- Iniciación de un foro de información y discusión sobre las adicciones comportamentales (juego patológico, tv, ordenador, sexo, trabajo, etc.)

Desde este foro ponemos a vuestro servicio todos aquellos aspectos que consideréis necesario, así como a todas aquellas personas que pudierais estar interesadas en esta comisión, indicarnos que estamos a vuestra disposición y os recibiremos con los brazos abiertos.

Un saludo

Juan Antonio Rodríguez López

E-mail jarodriguez@psi.ucm.es
Tfno: 913943110

**COMISIÓN
"ESTRÉS LABORAL"**

Coordinador:

Jesús Martín García

Casi recién llegados del Congreso de Benidorm, nos ocupan numerosos proyectos y eventos que pasaré brevemente a resumir, eso sí, después de hacer un también breve balance del Congreso.

Este último Congreso ha representado para el área de estrés laboral un fuerte impulso. Se han

presentado más de 40 ponencias directamente relacionadas con el ámbito de estrés laboral, asimismo, una sesión de póster con quince presentaciones directamente relacionadas avalan el gran trabajo realizado en este ámbito por los miembros de la Sociedad.

Es deseo de esta comisión canalizar tanto este conocimiento como el esfuerzo que realizan un gran número de investigadores y facilitar y dar a conocer a todos los interesados el trabajo que los miembros de esta Sociedad están realizando en esta área. Para ello os propongo que todos los que así estéis interesados me remitáis vuestras líneas de trabajo e investigación en esta área, para crear una base de datos y comunicaciones para aquellos interesados en contactar con vosotros.

Quisiera de igual modo recordaros algunos de los trabajos y proyectos que estamos realizando los miembros de la comisión, así como animaros a participar de los mismos:

* Continuamos bajo la estricta dirección de Lourdes ampliando la muestra de aplicación del DECORE, ya superando los 1000 cuestionarios. Tenemos ya muy buenos datos de factoriales confirmatorios que pronto publicaremos.

* Ya habiendo solicitado su Diploma de Estudios Avanzados Marian continúa con su tesis, obteniendo un gran número de datos del sector de la seguridad privada. Es

de esperar que en este año nos deleite con su presentación y defensa pública.

* M^a Luz, recién finalizado su DEA, también continúa con el Tele trabajo y sus efectos; ya en el Congreso nos adelantó una buena parte de resultados. Resultados que en poco tiempo enviaremos a la revista para su publicación.

* A las buenas órdenes de Eva y Susana, esperamos contar en breve con Raquel, quien ha solicitado una beca de Formación de Personal Universitario en nuestro Laboratorio. Su trabajo versará sobre Cronopsicología y los efectos de los turnos de trabajo.

Bien, no quiero por menos que invitaros a contactar con nosotros, enviarnos vuestras sugerencias, trabajos, proyectos, etc.,... y sobretodo que sepáis que estamos a vuestra disposición para todo aquello en que podamos ayudaros, no dudaros ni un momento.

Quiero pedir disculpas a todos aquellos que habéis escrito o intentado contactar con nosotros y no tuvisteis respuesta. Estamos cambiando de edificio el laboratorio de Psicología del Trabajo y ello nos conlleva un enorme lío de ordenadores, papeles, sillas, etc. Esperamos que desde la nueva ubicación, muy pronto, os podamos atender a todos como bien os merecéis. Un fuerte abrazo y que os vaya muy bonito.

COMISIÓN “INTELIGENCIA EMOCIONAL”

Coordinadores:

Pablo Fernández Berrocal

J. Martín Salguero Noguera

Estimados miembros de la SEAS,

En el boletín número 23, perteneciente al mes de Octubre de 2005, les informábamos de la creación de una nueva comisión de trabajo en el seno de nuestra sociedad cuyo interés se centraría en el estudio y desarrollo de la inteligencia emocional. Desde entonces, y después de más de un año de actividad, muchos de los objetivos y acciones que en un principio proponíamos han comenzado a tomar cuerpo y materializarse.

El VI Congreso Internacional de la SEAS ha dado buena cuenta de ello, en él, hemos tenido la oportunidad de asistir a la presentación de dos sesiones temáticas sobre inteligencia emocional (acerca de la implicación de la inteligencia emocional en la salud y en el ámbito educativo), así como una sesión de póster, en las que diferentes trabajos han mostrado los últimos avances en la investigación y la aplicación de la inteligencia emocional. Asimismo, dicho congreso ha servido como lugar de encuentro y reunión para los miembros de esta comisión, así como de otras personas

interesadas en formar parte de ella, permitiendo el intercambio de información, intereses y recursos y conformando lo que esperamos sea una estrecha relación entre ellos.

Otra de las actividades de interés para los miembros de esta comisión es la edición del número doble monográfico sobre Inteligencia Emocional que en breve publicará la revista de nuestra sociedad, Ansiedad y Estrés, y que cuya coordinación ha corrido a cargo de Pablo Fernández-Berrocal y Natalio Extremera. En él podrán encontrar un buen número de trabajos sobre inteligencia emocional y su implicación en diferentes ámbitos de nuestra vida (la salud, el trabajo, educación, etc.) que, sin duda, serán un referente para aquellas personas interesadas en este campo, tanto desde una perspectiva aplicada como de investigación.

A lo largo del último año, han sido muchas las personas que, provenientes de diferentes ámbitos (educación, clínica, laboral...), han tomado contacto con esta comisión. Desde aquí, animamos a todos aquellos miembros de nuestra sociedad que deseen participar en las actividades de la comisión, obtener información sobre inteligencia emocional, compartir sus líneas de trabajo e investigación....., a que se pongan en contacto con nosotros. Con ello, y como uno de nuestros principales objetivos, esperamos poder servir de vía de comunicación y contacto para las personas que trabajan o que están interesadas en esta área.

Sin más, les deseamos unas felices fiestas y les enviamos un gran saludo.

José Martín Salguero Noguera

jmsalguero@correo.cop.es

ARTÍCULO

LA HIPERVENTILACIÓN COMO MÉTODO DE EXPOSICIÓN INTEROCEPTIVA EN EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE PÁNICO

Cristina M. Wood

Departamento de Psicología Básica II,
Universidad Complutense de Madrid

Con la publicación de la tercera edición del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III; APA, 1980)* se reconoce el trastorno de pánico (TP) o trastorno de angustia como una categoría diagnóstica. Casi quince años después, en la edición del *DSM-IV (APA, 1994)*, se considera conveniente diferenciar entre ataques de pánico (AP) y TP.

Según este sistema de clasificación psiquiátrica, los AP consisten en la aparición súbita y momentánea de miedo o malestar intenso durante el cual se observan, por lo menos, cuatro de un listado de 13 síntomas somáticos y/o cognitivos (elevación de la frecuencia cardiaca, sudoración, temblores, sensación de

ahogo o falta de aliento, sensación de atragantarse, opresión o malestar torácico, náuseas o molestias abdominales, mareo o desmayo, desrealización o despersonalización, miedo a perder el control o volverse loco, miedo a morir, parestesias y escalofríos o sofocos). El TP, a su vez, se caracteriza por una historia de AP recurrentes e inesperados en la que al menos un AP se ha acompañado (durante al menos un mes) de uno o más de los siguientes síntomas: inquietud persistente ante la posibilidad de tener un nuevo ataque; preocupación por las posibles consecuencias; y/o un cambio significativo del comportamiento relacionado con los AP.

Desde una perspectiva cognitivo-conductual, generalmente se considera que el TP, con y sin agorafobia, es la consecuencia de reaccionar con miedo ante sensaciones físicas benignas (en su mayoría relacionadas con la ansiedad) como pueden ser una elevación de la tasa cardíaca, la falta de aliento, la sensación de mareo o temblores, entre otras (Barlow, 2002). En apoyo a estos modelos, numerosos estudios han confirmado que las personas con TP desarrollan una hipervigilancia ante su propia activación fisiológica o *arousal*, por leve que ésta sea, y además interpretan sus síntomas como peligrosos.

A la luz de la investigación que venía demostrando que la exposición a situaciones temidas era un método eficaz para reducir el miedo, Goldstein y Chambless (1978) fueron los primeros en sugerir que el TP podría estar basado en un condicionamiento

clásico o Pavloviano (CP) y que por ello la exposición repetida a las sensaciones corporales temidas, conocido también como *exposición interoceptiva* (EI), podría llegar a ser un método poderoso para reducir el miedo a las sensaciones físicas en el TP. A pesar de que muchos teóricos como M. Seligman y J. Wolpe, entre otros, apoyan el CP y de que se ha extendido el uso de la EI en la práctica clínica con pacientes con historia de pánico – una media de 25 sesiones aproximadamente de EI durante el curso del tratamiento – existe una notable ausencia de apoyo empírico sobre la verdadera eficacia de la EI (Schmidt & Trakowski, 2004). En muchos casos, además, un alto nivel de activación fisiológica puede hacer que la exposición no sea terapéutica o, lo que es peor, que se produzca una sensibilización (véase *Teoría de la incubación* en Eysenck, 1982). Incluso con ciertas técnicas de EI se ha observado que se puede producir habituación en algunos individuos después de unas pocas exposiciones (véase Beck & Wolf, 2001). Los autores de diversas revisiones sobre los ejercicios de EI utilizados en consulta coinciden en apuntar que la mayoría de éstos únicamente contribuyen a reducir la ansiedad durante la sesión.

Hace décadas que se viene demostrando en laboratorio, tanto con personas con TP como en población normal, la eficacia de diversos métodos de inducción de la ansiedad, también conocidos como “desafíos biológicos”, para provocar síntomas fisiológicos y/o subjetivos de pánico.

Estos procedimientos podrían ser considerados como los *análogos* clínicos de un AP. Se pueden realizar mediante la administración de un agente químico (de ahí su denominación de “biológico”) o solicitando al participante que realice una serie de actividades diseñadas para producir *arousal* (desafíos “no biológicos” o no invasivos). Los métodos biológicos son muy diversos e incluyen la inhalación de aire enriquecido con dióxido de carbono (CO₂), la ingesta de dosis elevadas de cafeína, la infusión de lactato sódico, la inyección de epinefrina o colecistoquinina (CCK), entre otros. A continuación se detallan algunos de los procedimientos no invasivos más utilizados: ejercicios de hiperventilación voluntaria (HV); respiración por la boca a través de una pajita; dar vueltas de pie o sentado en una silla giratoria; mantener la respiración durante al menos 30 seg.; correr/saltar en el sitio; o subir y bajar escaleras, etc. Este último grupo genera menos síntomas cognitivos de pánico (e.g. pensamientos catastrófistas) y son menos eficaces a la hora de producir síntomas fisiológicos parecidos a los de un AP, pero juegan con la ventaja de ser más prácticos y fundamentalmente más baratos que los primeros. Según el reciente estudio de Antony, Ledley, Liss & Swinson (2006), la HV es uno de los métodos más utilizados debido a su sencillez y eficacia a la hora de provocar un mayor número de síntomas de un AP tanto en pacientes con TP como en sujetos normales.

La hiperventilación consiste en una respiración rápida, generalmente causada por altos niveles de ansiedad o pánico. Los cambios fisiológicos que desencadena incluyen una reducción de la presión parcial de CO₂ en sangre hasta un nivel denominado *hipocapnia* y un aumento del pH en sangre o *alcalosis respiratoria* (se libera menos oxígeno a los tejidos, lo que provoca un aumento en la potencia y frecuencia de los latidos del corazón). Al disminuir el CO₂, se reduce la frecuencia respiratoria por lo que la persona fuerza ésta voluntariamente, aumentando la sensación de disnea o ahogo. Los síntomas de malestar van en aumento ya que se pueden manifestar una serie de fenómenos fisiológicos como el entumecimiento u hormigueo de los dedos de las manos y los pies, la cara y especialmente la zona alrededor de la boca. Estas sensaciones corporales producen a su vez otros síntomas de ansiedad, como mareo o aumento de la tasa cardíaca. Huelga decir que la aparición de estos síntomas secundarios a la hiperventilación no hace más que agravar la sensación de pánico de una persona.

Los síntomas de tipo respiratorio como la disnea, la sensación de ahogo o falta de aliento, o la sensación de atragantarse, son aspectos centrales de la experiencia de pánico, tal y como se refleja en los criterios del TP del DSM-IV. Pero también es cierto que no todas las personas que sufren de TP manifiestan síntomas de tipo respiratorio durante sus AP. De hecho, diversos estudios demuestran que la HV no siempre produce una reacción

importante de ansiedad en todos los sujetos, ni siquiera prolongando los minutos de HV. La razón reside en la naturaleza heterogénea de los AP. Por poner un ejemplo, una persona puede experimentar, súbitamente y en pocos minutos, sudores, escalofríos, molestias abdominales y taquicardia (sin sufrir cambios en su respiración ni opresión en el pecho) y estar sufriendo un AP en toda regla.

Entonces, ¿por qué se sigue defendiendo el uso de la EI en la práctica clínica con pacientes con historia de pánico? Hace aproximadamente un par de décadas, se pensaba que la *exposición in vivo* era el ingrediente esencial para el tratamiento del TP. Se consideraba, equivocadamente, que la evitación fóbica era debida a una respuesta de miedo clásicamente condicionada y que por ello era necesario facilitar la habituación a las situaciones que elicitan la ansiedad. Si bien es cierto que se obtuvieron mejorías respecto a la conducta de evitación (únicamente en los casos en los que se aplicó correctamente el procedimiento de exposición), la gran mayoría de los pacientes seguían sufriendo altos niveles de ansiedad y AP inesperados (Barlow, 1997).

Dado el ingente número de investigaciones que se han llevado a cabo hasta la fecha, prácticamente nadie se atrevería a afirmar, hoy en día, que la exposición por sí sola es suficiente para curar este trastorno. Afortunadamente, los nuevos desarrollos teóricos de M. Eysenck, D. Barlow y D. Clark, entre otros, han sembrado el camino para el

surgimiento de diferentes e ingeniosas técnicas de tratamiento especialmente diseñadas para el TP.

Una de las teorías cognitivas de mayor impacto en el estudio de los factores de instauración y mantenimiento del TP es la teoría de los cuatro factores de Eysenck (1997). Ésta propone que el nivel de ansiedad experimentado por una persona, en un momento dado, puede provenir de cuatro fuentes de información diferentes: la valoración cognitiva que realiza de la estimulación ambiental, su activación fisiológica, su conducta y/o sus cogniciones (e.g. preocupaciones). En los trastornos de ansiedad existen dos sesgos cognitivos especialmente relevantes a la hora de procesar la información: los sesgos atencionales (la tendencia a atender selectivamente más a la estimulación de tipo amenazante que a la estimulación de tipo neutra) y los sesgos interpretativos (la tendencia a interpretar las situaciones ambiguas como amenazantes). El modelo de Eysenck asume la idea de que determinados trastornos de ansiedad están asociados a sesgos cognitivos sobre cada una de las fuentes de información, siendo los sesgos atencionales e interpretativos sobre la propia activación fisiológica los sesgos en los que se apoya el TP. Es por ello que propugna la utilización de la terapia cognitivo-conductual (especialmente la reestructuración cognitiva) con el objetivo de redirigir la atención hacia otros tipos de estimulación, interpretar las sensaciones corporales de forma menos amenazante, y dotar a la

persona de una mayor sensación de control.

El modelo cognitivo del pánico de Clark (1986) defiende que los AP son el resultado de interpretar de modo catastrófico ciertas sensaciones corporales, en su mayoría relacionadas con respuestas de ansiedad (palpitaciones, falta de aliento, temblores, mareos, etc.). Estas sensaciones benignas se consideran erróneamente como peligrosas (e.g. percibir una taquicardia como un inminente ataque al corazón, o creer que un mareo es señal inequívoca de que se va a sufrir un derrame cerebral). Frente al constructo de “miedo al miedo” de Goldstein y Chambless (1978), Clark sostiene que el miedo no es un antecedente necesario ni suficiente para que se produzca el pánico. La interpretación equivocada acerca de las sensaciones corporales puede surgir de otros estados emocionales – como la ira – o no emocionales – como ocurre después de la ingestión de caféina – así como del miedo. Lo que es más, la presencia de miedo no dispara inevitablemente AP en personas diagnosticadas con TP.

El programa de Terapia Cognitiva (TC) para el TP (Salkovskis & Clark, 1991) incluye un componente educativo en el que se explica al paciente qué es el TP y cómo se produce; se da una importancia central al componente cognitivo, por lo que se incluyen procedimientos de reestructuración cognitiva con el objetivo de ayudar a la persona a identificar y someter a prueba la adecuación de sus interpretaciones erróneas para después sustituir éstas

por otras más realistas. Asimismo se incluyen ejercicios de inducción de sensaciones temidas por medio de la realización de sencillos ejercicios (e.g. HV, lectura de pares asociados amenazadores, focalización de la atención, etc.) con el fin de enseñar al paciente las posibles y variadas causas de las sensaciones que tanto teme. Se recomienda abandonar las “conductas de seguridad” (e.g. parar el coche a la mínima señal de que aumenta la ansiedad; llevar ansiolíticos en el bolso; apoyarse contra una pared o agarrarse a algo cuando se percibe una leve sensación de mareo, etc.) para ayudar a la persona a desconfiar sus predicciones catastrofistas acerca de las consecuencias de los síntomas de ansiedad (e.g. “voy a perder el control de mi coche”; “si no llevo las pastillas conmigo y me pongo nerviosa perderé el control de mis actos”; “si no me sujeto a algo me desmayaré y algo terrible me sucederá al yacer inconsciente en el suelo”). Por último se hace hincapié en las tareas para casa (e.g. registrar diariamente los AP; los pensamientos negativos junto a otros más realistas y objetivos; ejercicios de inducción de la ansiedad; ejercicios de respiración lenta, etc.) como apoyo a la terapia dependiendo de la fase en la que se encuentre el paciente.

El programa que propone D. Barlow se conoce como Tratamiento de Control del Pánico (TCP) (Barlow & Craske, 1994). Prescindiremos de reproducirlo a continuación debido a su similitud con el de Clark – tanto en los objetivos como en los procedimientos utilizados – pero sí destacaremos la importancia que aquél

concede a la EI y la particular insistencia de éste en el componente cognitivo. En ambos casos se trata de tratamientos estructurados y sencillos de aplicar, especialmente diseñados para que el clínico pueda adaptar el tratamiento a las necesidades particulares del paciente. De hecho, en ciertos casos puede que no sea requisito imprescindible realizar una EI en consulta para resolver totalmente el TP. Ambos tratamientos cuentan con el suficiente apoyo empírico de investigaciones con gran rigor metodológico como para ser considerados tratamientos bien establecidos. Los resultados obtenidos son muy esperanzadores ya que las tasas de éxito son muy altas (más que ningún otro tratamiento para cualquier trastorno de ansiedad) y se mantienen a largo plazo.

En definitiva, la literatura científica cuestiona más que apoya el uso de la HV como EI. Es cierto que la EI bien utilizada en consulta puede ayudar al paciente a exponerse a las sensaciones temidas, pero en un ambiente “seguro” (lo que hace disminuir los efectos cognitivos y fisiológicos). Ello, en teoría, podría favorecer la identificación de pensamientos catastrofistas que se activan mientras hiperventila – siempre y cuando sea éste uno de los síntomas principales de sus AP – que de otra forma pudieran verse contaminados por sesgos de memoria, facilitando así la reestructuración cognitiva.

Un interesante constructo psicológico muy relacionado con el TP, que se ha estudiado en

combinación con tareas de inducción de la ansiedad, es la *anxiety sensitivity* o sensibilidad a la ansiedad (SA). Sólo desde el año 1985 se han publicado más de 620 artículos científicos en Psycinfo sobre la SA. Ésta se define como el miedo a la ansiedad o los síntomas asociados a ésta, que surge de la creencia de que éstos tienen consecuencias negativas. Según la teoría de la expectativa de Reiss (1991) el miedo a un determinado estímulo o situación depende de dos variables: las expectativas (qué teme la persona) y las sensibilidades (por qué). Éstas a su vez se dividen en tres tipos: SA, miedo a la evaluación negativa y miedo al daño o a la muerte. Reiss defiende que la SA representa un factor de riesgo premórbido específico en el desarrollo de los trastornos de ansiedad.

Las hipótesis derivadas de la teoría de Reiss que han recibido mayor apoyo empírico son: existe una asociación entre la SA y la tendencia a experimentar miedo; la SA constituye un factor de riesgo importante para desarrollar trastornos de ansiedad; y los sujetos con TP u otros trastornos de ansiedad presentan elevados niveles de SA en comparación con la población normal.

El instrumento más utilizado para evaluar la SA es el *Anxiety Sensitivity Index* (ASI, Peterson & Reiss, 1992). Consta de tres subescalas: preocupaciones físicas, preocupaciones sociales y pensamientos relacionados con incapacidad mental o *frenofobia*. Tal y como han demostrado multitud de trabajos, el factor que realmente

predice el nivel de ansiedad en respuesta a la HV es el de “preocupaciones físicas”. Hace una década se validó la versión española del ASI (Sandín, Chorot y McNally, 1996) en una muestra clínica donde se refleja, al igual que en la versión americana, la buena consistencia interna y adecuada validez de la prueba. Diversos estudios han comprobado que las personas con alta SA presentan respuestas subjetivas y/o fisiológicas de ansiedad más intensas ante la HV que las personas con baja SA. No obstante, en otras investigaciones se ha encontrado que el ASI no es capaz de predecir la ansiedad subjetiva que provoca un incremento experimental de la activación

A pesar de su marcada diferencia, muchos investigadores han cometido el error de utilizar indistintamente los constructos de *trait anxiety* o rasgo a la ansiedad (RA) – medido a través de la escala rasgo del STAI (STAI-R; Spielberger, 1983) – y la SA, a pesar de que ésta es un constructo disposicional conceptualmente distinto del RA. La SA denota responder con ansiedad ante los propios síntomas de activación fisiológica; el RA, a su vez, denota la tendencia a responder de modo ansioso ante estímulos más generales. Una persona con alto RA podría experimentar ansiedad ante la presencia de ciertos estresores y sin embargo no tener miedo de sus propios síntomas de ansiedad. Se han comparado, en numerosos estudios, las puntuaciones altas en rasgo de ansiedad frente a las puntuaciones altas en SA con el fin de predecir los

niveles de ansiedad alcanzados tras la tarea de HV sin llegar a resultados concluyentes.

Otra equivocación que se ha cometido en los últimos años es utilizar el “miedo al miedo” y la SA indistintamente para referirse a lo mismo. Ésta se asocia con el miedo a las posibles consecuencias de las sensaciones de ansiedad mientras que aquella se refiere al miedo a las sensaciones en sí mismas (McNally, 1994).

El Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA) de Miguel-Tobal y Cano Vindel (2002) permite evaluar los tres sistemas de respuesta (cognitivo, fisiológico y motor) mediante autoinforme. La suma de estas tres subescalas (C, F y M) proporciona una medida del nivel general de ansiedad que puede ser más indicativa de la capacidad de reacción emocional del individuo ante diferentes situaciones que una medida global de rasgo de ansiedad clásica (tipo la que ofrece el STAI). Los resultados obtenidos en un reciente estudio del grupo de investigación de “ansiedad y estrés” (Cano Vindel, 2006), muestran que altas puntuaciones en la escala F del ISRA predecían niveles más elevados de ansiedad tras una tarea de HV, mejorando incluso la validez predictiva que ha obtenido el factor de “preocupaciones físicas” del ASI en otras investigaciones. Por nuestro conocimiento, ningún estudio ha comparado la capacidad predictiva de los tres sistemas de respuesta de un sujeto, evaluado mediante el ISRA, frente a las tres subescalas del ASI,

sobre las consecuencias emocionales de la HV. Pero a falta de más datos, parece que la HV funcionaría mejor en sujetos con alta ansiedad a nivel fisiológico, que en sujetos con alta SA.

Según la teoría de la expectativa de Reiss, la hiperventilación jugaría un papel muy importante en la génesis de la ansiedad y en la de un AP, mientras que los modelos cognitivos de Barlow, Clark y Eysenck otorgarían un papel más relevante a la actividad cognitiva centrada en los síntomas de activación fisiológica, en concreto los sesgos atencionales e interpretativos. A pesar de que la inercia hace que se siga utilizando la HV como método de EI, cada vez hay más estudios de exquisita metodología que ofrecen resultados comparativos concluyentes a favor de los modelos cognitivos (McNally, 1994).

DISCUSIÓN

Tras observar los datos ofrecidos por el INE y los resultados epidemiológicos obtenidos en el macroproyecto ESEMeD (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders) realizado en 6 países Europeos (Alonso, Angermeyer, Bernert, Bruffaerts, Brugha y Bryson, 2004) para medir la prevalencia de los trastornos del estado de ánimo y los trastornos de ansiedad en los últimos 12 meses, se concluye que casi 450.000 españoles sufren de trastorno de pánico, con o sin agorafobia, de los cuales aproximadamente 300.000 son mujeres.

La literatura experimental sobre los métodos de inducción de la

ansiedad muestra cada vez mayor rigor metodológico y se observa que estos métodos pueden jugar un papel importante, siempre como parte de un paquete terapéutico, con cierto tipo de pacientes. No obstante, el uso de éstos en la práctica clínica cuenta con ciertas limitaciones imposibles de soslayar. En primer lugar, la naturaleza heterogénea de los ataques de pánico impide la generalización consistente de los resultados obtenidos en los estudios científicos que apoyan la HV. En segundo lugar, la inducción experimental de ansiedad y pánico es y será siempre un *análogo* de los AP que ocurren de forma natural e inesperada. Además, no se viven como réplicas exactas, dado que tienen lugar en un sitio "seguro" y en compañía del terapeuta. Por último, carecemos de procedimientos estandarizados de administración para los distintos tipos de ejercicios de inducción de la ansiedad. Por ejemplo, en el caso de la HV hay discrepancias en cuanto a la duración, el número de respiraciones por minuto, las diferencias de género, etc.

A la luz de los resultados, se observa que la recomendación de usar la EI mediante HV en pacientes con historia de pánico debería ser revisada y probablemente sustituida a favor de una intervención más cognitiva. Consideramos que la utilidad de la HV radica más en servir de herramienta para identificar los pensamientos catastrofistas y los sesgos cognitivos que como método de EI para reducir el miedo a las sensaciones corporales.

Se ha dado un paso importante al identificar algunas variables de

vulnerabilidad con cierto poder predictivo sobre este fenómeno, como es el rasgo de ansiedad o el Índice de Sensibilidad a la Ansiedad, pero no se han estudiado en profundidad otras variables que teóricamente deberían estar más relacionadas, como el nivel de ansiedad en los tres sistemas de respuesta (cognitivo, fisiológico y motor) o el papel de los sesgos cognitivos (atencionales, interpretativos y de memoria). Es por ello que consideramos necesario estudiar más a fondo la validez predictiva de estos constructos para poder así ayudar a desentrañar los mecanismos por los cuales algunos individuos llegan a sufrir un AP y qué factores determinan el futuro desarrollo del TP, cuyo pronóstico a largo plazo, sin un adecuado tratamiento, es peor que el de la depresión mayor.

Referencias bibliográficas

- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., et al. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl*, 420, 21-27.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 3rd ed. Washington, DC: author.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical*

manual of mental disorders, 4th ed. Washington, DC: author.

- Antony, M. M., Ledley, D. R., Liss, A. & Swinson, R.P. (2006). Responses to symptom induction exercises in panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 85-98.
- Barlow, D. H. (1997). Cognitive behaviour therapy for panic disorder: Current status. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58, 32-37.
- Barlow, D. H. (2002) *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.). New York: Guilford.
- Barlow, D. H. & Craske, M. G. (1994) *Mastery of your anxiety and panic (MAP II)*. Albany, New York: Graywind Publications.
- Beck, J. G. & Wolf, M. S. (2001). Response to repeated CO₂ in individuals with elevated anxiety sensitivity. Replication with 20% CO₂. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 32, 1-16.
- Cano Vindel, A. (2006, Septiembre). *Activación y amenaza en la inducción de la reacción de ansiedad*. Conferencia presentada en el VI Congreso Internacional de la SEAS, Benidorm.
- Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 461-470.
- Eysenck, H. J. (1982). *Personality, genetics and behaviour*. New York: Praeger.

- Eysenck, M. W. (1997). *Anxiety and Cognition: A Unified Theory*. London, Psychology Press.
- Goldstein, A. J., & Chambless, D. L. (1978). A reanalysis of agoraphobia. *Behavior Therapy*, 9, 47-59.
- McNally, R. J. (1994). Cognitive bias in panic disorder. *Current Directions in Psychological Science*, 3, 129-132.
- Miguel-Tobal, J. J., & Cano Vindel, A. (2002). *Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad (ISRA): Manual. / Inventory of Situations and Responses of Anxiety (ISRA). Manual (5 rev. ed.)*. Madrid: TEA.
- Peterson, R. A., & Reiss, S. (1992). *Anxiety Sensitivity Index Manual (2nd ed.)*. Worthington, OH: International Diagnostic Systems.
- Reiss, S. (1991). Expectancy model of fear, anxiety, and panic. *Clinical Psychology Review*, 11, 141-153.
- Reiss, S., & McNally, R. J. (1985). The expectancy model of fear. In S. Reiss & R. R. Bootzin (Eds.), *Theoretical issues in behaviour therapy* (pp. 107-121). New York: Academic Press.
- Salkovskis, P. M. & Clark, D. M. (1991). Cognitive therapy for panic disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 5, 215-226.
- Sandín, B., Chorot, P. y McNally, R.J. (1996). Validation of the Spanish version of the Anxiety Sensitivity Index in a clinical sample. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 283-290.

- Schmidt, N.B., Lerew, D. R., & Trakowski, J. H., (1997). Body vigilance in panic disorder: Evaluating attention to bodily perturbations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 214-220.
- Schmidt, N. B. & Trakowski, J. (2004) Interoceptive assessment and exposure in panic disorder: A descriptive study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11, 81-92.
- Spielberger, C. D. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (STAI)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

REUNIONES CIENTÍFICAS

28th Stress and Anxiety Research Society Conference

Lugar: Punta Cana (República Dominicana)
 Fecha: 19 al 22 de Julio de 2007
 Organización: STAR
 Información:
<http://www.star2007.org>

10th European Congress of Psychology

Lugar: Praga (República Checa)
 Fecha: 3 al 8 de Julio de 2007
 Organización: European Federation of Psychologists' Association (EFPA)
 Información:
 Email: info@ecp2007.com
<http://www.ecp2007.com>

Tel: +420 222 809 181, 170
Fax: +420 222 809 149, 187

13th European Congress of Work and Organizational Psychology

Lugar: Estocolmo (Suecia)
 Fecha: 9 al 12 de Mayo de 2007
 Organización: European Association of Work and Organizational Psychology (EAWOP)
 Información:

Email: eawop2007@stocon.se
<http://www.eawop2007.org/9/41342.asp>
Tel: +46 8 5465 1500
Fax: +46 8 5465 1599

29th International Congress of Psychology

Lugar: Estocolmo (Suecia)
 Fecha: 20 al 25 de Julio de 2008
 Organización: International Union of Psychological Science (IUPsyS)
 Información:

<http://www.icp2008.de/searchresult.jsp>

SI TIENE USTED CONSULTA Y DESEA QUE LE
REMITAMOS PACIENTES, POR FAVOR ENVÍENOS
LOS SIGUIENTES DATOS

(sólo para miembros de la SEAS)

Nombre: _____
Apellidos: _____
Denominación y domicilio del
Centro: _____
Teléfono: _____
Fax: _____
E-Mail: _____

Horario de atención: _____

Especialidades:
Adultos () Adolescentes () Niños ()

Áreas de intervención:

*** Adjuntar Currículum

BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN EN LA S.E.A.S.

EJEMPLAR PARA ENVIAR A:
Sociedad Española para el Estudio
de la Ansiedad y el Estrés (SEAS)
Facultad de Psicología. Buzón 23
Universidad Complutense de Madrid
Campus de Somosaguas. 28223 Madrid



Nombre y apellidos:.....
N.I.F.....Calle/Plaza:.....C.P.:.....
Ciudad:.....Provincia:.....
Tlfs.:..... Fax:

E-Mail:.....

La cuota anual es de 75 Euros.

CUPÓN DE DOMICILIACIÓN BANCARIA

Titular de la cuenta:.....
Banco o Caja de ahorros: Agencia n°:.....
Domicilio:.....C.P.:.....
Ciudad:.....Provincia:.....

Fecha (para banco):
Firma (indispensable):
Muy Sres. Míos:
Les ruego que a partir de la presente, y hasta nuevo aviso, adeuden en mi
c.c./libreta antes citada los recibos de
D./D^a.....
presentados por la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el
Estrés (S.E.A.S.)

Libreta o c.c. n°: _____
clave entidad oficina D.C. n° de cuenta

TARJETA VISA
Tarjeta n° : _____
Fecha de caducidad (final de: mes y año): ____/____/____

**Los Socios de la S.E.A.S. reciben gratuitamente
y sin cargo alguno la revista *Ansiedad y Estrés***



Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés
(SEAS)

Facultad de Psicología. Buzón 23.

Universidad Complutense de Madrid

Campus de Somosaguas

28223 Madrid

Tel.: 91-394 31 11

Fax: 91-394 31 89

E.Mail: seas@psi.ucm.es

<http://www.ucm.es/info/seas>

Depósito Legal: M-40524-1998
