

Boletín de la SEAS

Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés

Octubre de 2007. Número 27



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 2007. Número 27

Contenido

Del Presidente de la SEAS.....	3
La actividad de las Comisiones.....	5
Cartas de las Comisiones	5
Artículo: La naturaleza y el tratamiento del trastorno de pánico con agorafobia	11
Reuniones científicas	24
Datos para la derivación de pacientes	25
Boletín de inscripción	26

Presidente de Honor: Dr. Juan José Miguel-Tobal

Presidente Dr. Antonio Cano Vindel	Vocales Juan Ramos Cejudo José Manuel Hernández López Marta Redondo Delgado Juan Antonio Rodríguez López
Vicepresidente Dr. Javier Pérez Pareja	
Secretaria Miriam Sánchez Pérez	Tesorero José Ángel Santiago Sañudo

DEL PRESIDENTE DE LA SEAS

El próximo 29 de septiembre la SEAS celebrará su XIV Reunión Anual en Madrid. El motivo de nuestra Reunión es como siempre celebrar que llevamos un año más juntos trabajando por fomentar la investigación sobre ansiedad y estrés, por mejorar la formación de los científicos y profesionales que trabajan con estos temas, o por difundir el conocimiento en nuestra sociedad en los hogares, las empresas, las escuelas, los centros sanitarios,... y en cada individuo. Se trata de una nueva oportunidad para el reencuentro con los amigos que trabajan en temas similares a los nuestros, pero se trata también de hacer nuevos amigos, a los que conocemos poco, o no conocemos. A esta Reunión están invitados no sólo todos los miembros de nuestra sociedad, sino también todos aquellos interesados en la amplia temática que cubren la ansiedad y el estrés, que quieren conocer lo que hacemos en la SEAS.

Es la primera vez que realizamos una reunión de este tipo en la capital y habrá más asistentes que nunca. Las reuniones anteriores fueron siempre en ciudades próximas (Segovia, Toledo, Aranjuez, Ávila), pero nunca en Madrid. Sin embargo, el crecimiento tan grande no se debe sólo al lugar de celebración. Además, en esta ocasión la reunión de la SEAS estará precedida por las Jornadas sobre "Emociones y

Bienestar", los días 27 y 28, patrocinadas generosamente por la Fundación Mutua-Madrileña, lo que ha permitido hacer un buen programa, tener inscripción gratuita, presentación de trabajos en formato póster, tener las comidas incluidas, etc. Dos meses antes de su celebración, ya se había llenado el aforo del Salón de Actos de la Mutua-Madrileña, que es de 500 personas, y continuamos recibiendo inscripciones, que lamentablemente ya no podemos atender.

El objetivo de estas jornadas es reunir a un buen número de especialistas sobre emociones y bienestar, junto a otros especialistas que quieren actualizar sus conocimientos en temas afines a los de su quehacer diario. Hemos confeccionado un atractivo programa que tocará los siguientes temas en mesas de tres o cuatro trabajos: "Emociones", "Emociones y Salud", "Psicopatología de las Emociones", "Psicopatología de las Emociones en la Infancia y la Adolescencia", "Trauma y Atentados Terroristas", "Casos Clínicos", "Trastornos de Ansiedad y del Estado de Ánimo", "Técnicas de Intervención en los Problemas Emocionales", "Evaluación", "Emociones Positivas e Inteligencia Emocional".

En nuestra XIV Reunión Anual haremos una puesta en común desde las distintas Comisiones de trabajo: "Emociones y Salud", "Ansiedad y Estrés en el Ámbito Educativo", "Estrés Laboral", "Técnicas de Reducción de Ansiedad", "Ansiedad y Estrés en las Adicciones", "Emociones

y Psicofisiología", "Psicobiología, Farmacología y Neuropsicología", "Estrés Postraumático y Malos Tratos", e "Inteligencia Emocional". La organizadora local es Iciar Iruarizaga.

Para los que todavía no lo sepan, cada miembro de la SEAS puede participar en las actividades de cuantas comisiones desee, asistiendo a las reuniones de trabajo, a las exposiciones de temas monográficos que se realizan en las mismas a lo largo del año, participando en la elaboración de nuevos proyectos, o en los simposios que organizan las comisiones, o en otras actividades de formación, investigación, etc. Además, estas reuniones suelen concluir en una atractiva cena y unas copas. Los no miembros que lo deseen pueden solicitar una invitación para participar en la próxima reunión que celebre cualquier Comisión de su interés.

Además de las ponencias que presentarán las Comisiones el asistente a la Reunión puede participar presentando un póster sobre alguna actividad científica o profesional que quiera compartir con el resto de los especialistas en ansiedad y estrés. El póster es una buena herramienta para dar a conocer a los colegas interesados los últimos desarrollos en nuestro trabajo, así como para conocer lo que están haciendo los otros. Es también una buena ocasión para hacer currículum en una reunión especializada con el aval de la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés. Y sin duda las sesenta y dos presentaciones en

formato póster que ya han sido aceptadas enriquecerán enormemente el programa de estos actos. En total habrá más de cien trabajos presentados en estos tres días, en treinta horas de asistencia certificada.

Toda la información sobre las Jornadas de "Emociones y Bienestar", así como sobre la XIV Reunión Anual de la SEAS puede verse en Internet en nuestro servidor de información, en la dirección

http://www.ucm.es/info/seas/Reuni/XIV_Reuni.htm.

En esta página se encuentra el programa completo de las Jornadas y de la Reunión. como en otras ocasiones, tenemos programadas actividades sociales que hacen aun más atractivos estos encuentros. A las diez de la noche tendremos nuestra tradicional Cena de Clausura y después haremos vida social nocturna hasta altas horas de la madrugada. Para quién lo necesite, hemos puesto en Internet los teléfonos de diferentes hoteles, con diferentes precios, para facilitar las reservas.

Esperamos que a pesar de contar con una asistencia tan numerosa podamos seguir todos sintiéndonos en familia. Una extensa familia que integra a los nuevos de manera tan cálida, que enseguida se sienten de la familia. Te esperamos. ¡Ah! Y no olvides que del 18 al 20 de septiembre del 2008 celebraremos nuestro VII Congreso Internacional de la SEAS en Benidorm. Pero de éste ya te informaremos más adelante. Y seguro que después de haber asistido a

nuestras actividades del 2007, querrás repetir en el 2008.

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:

Mª Isabel Casado

Estimados miembros de la SEAS:

Como ya habéis visto, este año el boletín de otoño se adelanta por motivo de la celebración de la reunión anual de la Sociedad, coincidiendo con las I Jornadas de Emociones y Bienestar. En la última reunión de nuestra comisión, celebrada en Julio, tuvimos la oportunidad de comentar y

discutir el contenido de estas jornadas, así como de acordar nuestra participación como comisión de trabajo en la reunión del sábado 29.

Así que, por la cercanía de nuestro próximo encuentro, no me resta más que animaros a todos a acudir a este interesante evento, donde tendremos oportunidad de charlar con tranquilidad, y donde espero sea, como siempre, el momento de podernos encontrar con nuevos socios interesados en participar en nuestro grupo de trabajo.

No quisiera acabar sin hacer mención especial y con un agradecimiento explícito a todos los nuevos miembros de nuestra comisión que se han ido incorporando a lo largo del último año, y que han sido un estupendo soplo de aire nuevo que siempre se agradece. A todos vosotros, gracias y bienvenidos nuestra comisión. Ah bueno!!!!, y no podemos olvidarnos de felicitar al último y más pequeño miembro de nuestra comisión, que se incorporó “al mundo” el 11 de agosto. ¡¡¡¡¡¡¡¡¡¡Felicidades Gabriela!!!! (y un beso fuerte de parte de todos para Mayte).

Y sin más, y a la espera de vernos cara a cara, aprovecho la ocasión para enviaros un caluroso abrazo.

Mª Isabel Casado Morales

e-mail: micasado@psi.ucm.es

COMISION “ANSIEDAD Y ESTRÉS EN LAS ADICCIONES”

Coordinador:

Juan Antonio Rodríguez

Estimados Compañeros:

Nos ponemos en contacto nuevamente con vosotros con motivo de la aparición del próximo boletín de la sociedad y de la reunión que este año se celebrará en Madrid.

Como ya sabéis los miembros más antiguos, esta comisión se caracteriza por ser pequeña pero muy cohesionada entre todos sus miembros, lo que nos permite trabajar de una forma cómoda en aquellos temas que resultan relevantes para todos sus participantes.

Nuevamente, desde este foro, vamos a reiterar cuáles son los objetivos que nos proponemos:

- Obtener un fondo de documentación y bibliográfico a disposición de todos los miembros de la sociedad.
- Asesorar a los miembros de la sociedad que lo soliciten sobre aspectos relacionados con ansiedad y estrés y adicciones.
- Realizar investigaciones que relacionen la ansiedad con las adicciones.

- Diseñar programas de intervención relacionados con el manejo de la ansiedad y el estrés en las adicciones.
- Representar a la sociedad en aquellos foros en que participe y se hable de adicciones.

Para aquellas personas que se acaben de incorporar a nuestra sociedad, les informamos que en la comisión se está trabajando tanto en las adicciones a sustancias (básicamente cocaína, drogas de síntesis, cannabis, alcohol y tabaco), como en otras adicciones más comportamentales (juego, trabajo, sexo, compras, ejercicio físico, dependencia emocional, etc).

Podemos comentaros que estamos trabajando en la actualidad en la relación entre el manejo de la ansiedad y la adicción a psicofármacos, en concreto a los tranquilizantes por lo que en próximas reuniones o congresos realizaremos alguna presentación sobre estos aspectos.

En esta próxima reunión presentaremos un programa de deshabituación tabáquica que esperamos os resulte interesante.

Esperamos que todas aquellas personas que estén interesadas en esta comisión se pongan en contacto con nosotros.

Un saludo,

Juan Antonio Rodríguez López

jarodriguez@psi.ucm.es

COMISIÓN "ESTRÉS LABORAL"

Coordinador:

Jesús Martín García

Continuando con todas las tareas que presentábamos en el boletín anterior, exponemos a continuación los avances y las publicaciones conseguidas a raíz del esfuerzo que esta comisión realiza, junto con todas las personas que participan en ella y la apoyan de forma incondicional.

Seguimos realizando diferentes trabajos con el instrumento de evaluación de factores psicosociales, el *Cuestionario Multidimensional DECORE* (Luceño, 2005), del que han surgido un gran número de investigaciones, algunas de ellas publicadas en la revista *Ansiedad y Estrés*.

Recientemente, el *Instituto Navarro de Salud Laboral* se interesó por nuestro método de evaluación y organizó unas jornadas sobre el *Cuestionario Multidimensional DECORE*, de las cuales surgieron numerosos contactos con técnicos en prevención dando lugar a futuros proyectos con algunas mutuas de prevención de servicio ajeno.

Hemos participado en las jornadas técnicas sobre psicopsicología y aspectos técnicos organizadas por la *Consejería de Trabajo y Formación de*

las Islas Baleares. Dicha participación se centró en la presentación del *Cuestionario Multidimensional DECORE* y en una ponencia sobre factores psicosociales y enfermedad.

Fruto de estos contactos hemos recibido numerosas solicitudes de préstamo de nuestro cuestionario para su utilización en trabajos de investigación (DEA) y tesis doctorales. A todo ello hay que sumarle que algunas empresas privadas del sector de prevención se han interesado por nuestro método de evaluación de riesgos psicosociales, lo que creemos que constituye todo un éxito.

Actualmente trabajamos en facilitar la aplicación y corrección del *DECORE*, además de aumentar las muestras y perfilar los baremos de corrección. Aprovechando estas palabras para dar las gracias a todas aquellas personas que nos ayudan y nos animan a continuar con nuestra labor de investigación.

El próximo día 29 de septiembre con motivo de la reunión de la *SEAS* hablaremos sobre nuestro tema estrella: los riesgos psicosociales y el cuestionario multidimensional *DECORE*. Esto será en las *Jornadas que la SEAS* celebra en estas fechas. Esperamos que asistáis todos vosotros. Pasaremos lista.

Para finalizar, y como siempre animando a todos a colaborar con esta comisión, dando desde aquí la bienvenida a todos aquellos que se incorporan a nuestro equipo de investigación..

COMISIÓN "PSICOBIOLOGÍA, FARMACOLOGÍA Y NEUROPSICOLOGÍA"

Coordinadora:

Itziar Iruarrizaga

Es un placer dirigirme a Vds. a pocos días de celebrar las Jornadas "Emociones y bienestar" y la XIV Reunión Anual de la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés (SEAS) a celebrar los días 27-28 y 29 de septiembre respectivamente. En calidad de co-organizadora de ambos eventos, junto con nuestro Presidente Antonio Cano, he de decirles que ha supuesto un orgullo comprobar una vez más cómo los miembros de la SEAS participan activamente y con entusiasmo en las actividades organizadas por la Sociedad.

Hace unos meses, la Fundación Mutua-Madrileña, "en su deseo de revertir en la sociedad el apoyo recibido", nos solicitó que organizáramos unas Jornadas que tuvieran como eje fundamental el estudio de las emociones y, siendo uno de los objetivos de la SEAS promover y difundir la investigación científica en el campo de la ansiedad, el estrés y las emociones en general, así como facilitar el intercambio de información y conocimientos entre las distintas disciplinas que atienden temas relacionados con estos ámbitos de

estudio, organizando eventos y reuniones de carácter científico y profesional, aceptamos gustosamente y pusimos en marcha la organización de estas Jornadas sobre “Emociones y Bienestar” conjuntamente con la Reunión Anual de la SEAS.

Las Jornadas y la Reunión tendrán un aforo de 500 personas, contarán con un servicio de traducción simultánea para los ponentes extranjeros, habrá un servicio para las comidas de catering en sede que nos permitirá el cumplimiento de los tiempos así como facilitar y estrechar los contactos personales y, cómo no, para no defraudar a nadie y dada la calidez humana de los miembros de la SEAS y de los no miembros que acuden a nuestros eventos, habrá un punto de encuentro nocturno (en esta ocasión en la discoteca Archy, muy cerca de la sede de la Mutua Madrileña) y celebramos la consabida cena de la SEAS el sábado 29.

Desde estas líneas quiero invitar a participar en la Comisión Psicobiología, Farmacología y Neuropsicología a todas aquellas personas que estén interesadas en estos tópicos y a que se acerquen a nosotros y nos den a conocer su interés en ser convocados en las siguientes reuniones de nuestra Comisión. Somos un grupo variopinto de personas, con también variopintos pero próximos intereses científicos y profesionales, y con una gran lealtad en el tiempo a las actividades de la comisión y a la participación científica, en parte fomentado por la opípara cena con que

clausuramos habitualmente cada una de nuestras reuniones.

A lo largo de estos años hemos tocado muy diversos temas, a saber, neuropsicología del alcoholismo, del daño cerebral traumático, síndrome amnésico por benzodiazepinas, trastornos cardiovasculares y obesidad, emocionalidad negativa y obesidad mórbida, tratamiento farmacológico del dolor, ira y daño cerebral traumático, o cocaína y alteraciones neurocognitivas y emocionales, entre otros. En las Jornadas concretaremos la fecha de la próxima reunión de la Comisión que a su vez les comunicaré por mail.

Confío en que hayan disfrutado de un espléndido verano y espero ilusionada nuestro encuentro dentro de unos pocos días. Que vaya un fuerte abrazo para todos Vds. en nombre de todos los Miembros de la Comisión y en el mío propio.

Itziar Iruarizaga

iciariru@psi.ucm.es

COMISIÓN

“ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y MALOS TRATOS”

Coordinadoras:

Victoria Noguerol

Bárbara Tovar

Nos resulta grato poder dirigirnos de nuevo a todos vosotros, para daros

la bienvenida a aquellos que os incorporéis a nuestra Sociedad y saludar a todos aquellos colegas y colaboradores que ya hayan compartido con nosotros tiempo de tertulias, congresos y reuniones.

Nuestra Comisión lleva ya tiempo trabajando en la difusión y conocimiento del Trastorno de Estrés Postraumático y Malos Tratos. Durante esta nueva etapa hemos podido ver trabajos interesantísimos en nuestras reuniones, como el presentado en la XII Reunión anual que tuvo lugar en Ávila durante el pasado mes de noviembre titulado “Expresión emocional de situaciones traumáticas”(Tovar, B).

El creciente interés que éstas líneas de trabajo están suscitando en la sociedad en general y en el ámbito de la psicología científica en particular, ha favorecido que cada vez haya un mayor número de profesionales especializados e interesados en el estudio del trauma y de los malos tratos.

Desde aquí una vez más, os animo a que continuéis colaborando con nosotros, aportándonos proyectos o líneas de investigación sobre las que estéis trabajando, o sobre las que estéis interesados. Os animo a que continuéis compartiendo con nosotros vuestros conocimientos, o simplemente regalándonos vuestra compañía e interés en éstos ámbitos de estudio que son comunes entre todos nuestros socios.

Sin más dilación todos aquellos miembros que deseen conocer más a

fondo nuestras actividades o que deseen participar activamente en nuestra comisión, podéis poneros en contacto conmigo en el e-mail abajo indicado.

Un fuerte abrazo a todos, y os espero ver pronto.

Bárbara Tovar Pérez

ges@recol.es

COMISIÓN “INTELIGENCIA EMOCIONAL”

Coordinadores:

Pablo Fernández Berrocal

Martín Salguero Noguera

Estimados miembros de la SEAS,

Es grato poder comunicarnos nuevamente con vosotros a través de estas líneas así como dar la bienvenida a aquellos nuevos socios que han pasado a formar parte de la SEAS en los últimos meses.

La actividad de nuestra comisión, desde nuestra última comunicación en el boletín de Marzo de 2006, se ha centrado principalmente en la organización del “I Congreso Internacional de Inteligencia Emocional” celebrado en Málaga los días 19 al 21 de Septiembre.

Lo que comenzó siendo el simple propósito de reunir a aquellas personas

interesadas en la Inteligencia Emocional en una pequeña exposición de trabajos en Málaga, propósito que se fraguó entre los miembros de esta comisión en el último congreso celebrado en Benidorm, ha acabado por convertirse en un Congreso Internacional sobre esta temática. Un Congreso que ha reunido a casi 400 personas y que ha recogido más de 200 trabajos científicos interesados en la evaluación, el marco teórico y la aplicación de esta nueva inteligencia, y en el que hemos tenido la oportunidad de asistir a conferencias de figuras destacadas a nivel internacional en el ámbito de la IE como John D. Mayer, Marc A. Brackett, Paulo N. Lopes o Adrian Furnham, entre otros.

Todo ello es una muestra del interés que este campo de estudio está suscitando dentro de la investigación en psicología, algo para lo que nuestra comisión desea seguir sirviendo de vínculo entre investigadores y profesionales dedicados a esta labor.

El próximo día 29 tendremos ocasión de coincidir nuevamente en la XIV Reunión de la SEAS, en la cual hablaremos acerca del Proyecto Intemo, un programa de desarrollo de la Inteligencia Emocional en el ámbito educativo que está acaparando gran parte del esfuerzo del grupo de investigación de Málaga, dirigido por Pablo Fernández Berrocal, y con cuya presentación tendremos el privilegio de cerrar la reunión anual, esperando no agotarles demasiado antes de la cena.

Una vez más, aprovechamos para animar a todos aquellos miembros de

SEAS 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. Para ello tan sólo deben escribir y dejar su e-mail en la dirección de correo que aparece al final del texto.

Sin más, enviarles un cordial saludo,

Martín Salguero Noguera

jmsalguero@correo.cop.es

ARTÍCULO

La naturaleza y el tratamiento del trastorno de pánico con agorafobia

Antonio Cano Vindel

Presidente de SEAS

El trastorno de pánico (panic disorder) surgió como entidad diagnóstica hace poco más de 25 años con la publicación de la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III), en 1980. El trastorno de pánico con agorafobia es un trastorno de ansiedad,

un desorden emocional en el que una persona evita ciertas situaciones de difícil escape (agorafobia) porque cree que puede volver a tener un ataque de pánico (o crisis de angustia), una descarga de ansiedad muy intensa, algo que le viene sucediendo con una cierta frecuencia, desde hace algún tiempo, y que ha cambiado su vida (toma fármacos, evita situaciones, ha disminuido su calidad de vida, etc.) Cuando no puede evitar esas situaciones temidas se incrementa notablemente su nivel de ansiedad, de nerviosismo, y lo pasa muy mal, temiendo que se produzca un nuevo ataque de pánico, que podría llevar a que los demás se enteren de su problema, o tener que ir a urgencias, o algo peor. Un problema con el que convive desde hace años, del que sabe muy poco (muchas veces ni siquiera cómo se llama), que le produce una gran inquietud, una gran incertidumbre, y del que no sabe cómo salir.

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

control sobre su cuerpo, o sobre algunas constantes vitales, etc.

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

En esta reacción extrema de ansiedad pueden jugar un papel importante algunos factores. Todavía muchos psicólogos lo explican por la hiperventilación, pero los modelos más actuales destacan dos factores cognitivos: el exceso de atención prestada a los síntomas de activación fisiológica (sesgo atencional) y la interpretación errónea de dichos síntomas como si se tratara de algo muchísimo peor (sesgo interpretativo).

La hiperventilación, o respiración agitada, consiste en un ritmo respiratorio rápido y poco profundo que provoca mayor activación fisiológica (aumento de la temperatura, de la tasa cardiaca, etc.) Este incremento de activación fisiológica puede producir una mayor atención a los síntomas fisiológicos, así como una mayor preocupación por los mismos. Pero no todos los pacientes con pánico hiperventilan. Sin embargo, todos los pacientes con pánico y agorafobia presentan sesgo atencional y sesgo interpretativo.

La atención que se presta a los síntomas corporales puede aumentar la intensidad de los mismos. Las respuestas inervadas por el sistema nervioso autónomo carecen de control voluntario y pueden verse modificadas cuando les prestamos atención o

desarrollamos actividad cognitiva (por ejemplo, pensamos o imaginamos) relacionada con cambios fisiológicos en dichas respuestas. Así, las respuestas fisiológicas sexuales se modifican cuando imaginamos situaciones con contenido sexual; las respuestas fisiológicas del sistema digestivo se alteran cuando imaginamos o pensamos en situaciones o estímulos relacionados con la alimentación. La atención prestada a algunas respuestas fisiológicas que se activan ante situaciones que producen ansiedad puede aumentar su intensidad; tal es el caso del rubor, o la sudoración. Los pacientes con pánico dedican un porcentaje elevadísimo de su tiempo a pensar en su problema, centrando así su atención casi todo el tiempo en síntomas fisiológicos de ansiedad.

Además de este sesgo atencional los pacientes con pánico presentan un sesgo interpretativo centrado también en su activación fisiológica. Algunos pensamientos catastróficos, tales como la posibilidad de muerte inminente, o de sufrir un ataque al corazón, o de sufrir un desmayo, o de volverse loco, etc., que pueden surgir como consecuencia de una mala interpretación de los síntomas fisiológicos muy intensos que se están experimentando en un momento dado (por ejemplo, durante una crisis de ansiedad), lógicamente tienden a producir un aumento aun mayor de la reactividad fisiológica. Este tipo de pensamientos de temor exagerado generan de manera automática más activación fisiológica, que a su vez provoca más miedo. Se entra así en un

círculo o espiral que se va haciendo más y más grande.

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

Pero el paciente medicado no suele recibir información sobre el pánico y no aprende a interpretar correctamente sus síntomas de activación fisiológica, lo que le sigue produciendo un gran temor, gran preocupación, altos niveles de ansiedad, etc., y una alta dedicación, por mucho tiempo, a observar sus reacciones, sus respuestas de ansiedad, especialmente de activación fisiológica.

En otras ocasiones el problema no es sólo la falta de información, sino que el impacto emocional del ataque de pánico produce un condicionamiento primario que provoca automáticamente pensamientos catastrofistas, aunque se tenga información para desecharlos. Muchos pacientes con ataques de pánico siguen acudiendo a urgencias pensando que es un ataque al corazón, a pesar de haber ido a urgencias con anterioridad muchas más veces, en las cuales siempre se le ha dicho que no era un ataque al corazón, sino un ataque de ansiedad. El impacto emocional de la reacción de pánico hace que no puedan creer que se trate sólo ansiedad, de manera que el miedo refuerza el sesgo interpretativo.

Cuando se mantiene la atención sobre algunas respuestas fisiológicas, se incrementa su nivel, aumenta la tasa de respuesta. Y si, además, este incremento produce miedo, o temor, o simplemente preocupación por la falta de control sobre dicha respuesta automática, entonces se incrementará aún más la intensidad de la respuesta. Con ello, se retroalimenta una vez más el círculo vicioso que estamos describiendo, de manera que las reacciones son cada vez más intensas y el temor es mayor. Por lo tanto, más apropiada que la metáfora del círculo vicioso sería en realidad la de la espiral que se va haciendo cada vez mayor.

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

Después de haber tenido un ataque de pánico por lo general este acontecimiento tiende a repetirse, probablemente debido al temor a que

vuelva a suceder de nuevo, que pone en alerta al individuo, provocando anticipaciones, preocupaciones, etc., que terminan por ir desarrollando fuertes sesgos de atención e interpretación, centrados en la activación fisiológica. Con la repetición de ataques de pánico puede llegar a desarrollarse el trastorno de pánico, con o sin agorafobia (con o sin evitación de situaciones que provocan ansiedad y son temidas por la posibilidad de que en ellas se desaten nuevos ataques de pánico). El trastorno de pánico se instaura cuando se suceden los ataques de pánico de manera inesperada, se ha producido uno al menos en el último mes, acompañado de un gran temor a que se repitan estas crisis, preocupación por las implicaciones de las mismas (miedo a volverse loco, a morir de un infarto, etc.) y se han producido cambios conductuales significativos relacionados con los ataques de pánico o crisis de ansiedad.

Quizás el cambio más destacado en una persona con trastorno de pánico es el desarrollo de un fuerte temor a experimentar ansiedad, especialmente a nivel fisiológico. Es lo que se conoce como "sensibilidad a la ansiedad". Esta persona antes experimentaba ansiedad como todo el mundo y no pasaba nada, después se tranquilizaba y sólo sucedía que había tenido una reacción emocional; pero ahora, tras la experiencia del pánico, volver a experimentar ansiedad se ha convertido en algo terrible e insoportable.

Normalmente, además de instaurarse el trastorno de pánico, se

suele desarrollar también una agorafobia, que consiste en la evitación de aquellas situaciones que están relacionadas con su ansiedad y sus ataques de pánico, por lo que es mucho más frecuente el trastorno de pánico con agorafobia que el trastorno de pánico sin agorafobia.

El 0,8% de los europeos presentaban trastorno de pánico en el último año (0,6% en varones, 1,0% en mujeres) y un 0,4% agorafobia (0,2% en varones y 0,6% en mujeres). Se estima que unos 5,3 millones de europeos tenían trastorno de pánico en los últimos doce meses, mientras 4,0 millones padecían agorafobia. Los porcentajes se multiplican por 3 en Estados Unidos. Así, la prevalencia año del trastorno de pánico es del 2,7%.

La persona que ha sufrido un primer ataque de pánico suele carecer de información (necesaria para entender adecuadamente lo que le ha sucedido), cree que puede repetirse el ataque de ansiedad en cualquier momento, no sabe cómo evitarlo, dedica mucho tiempo a observar sus reacciones fisiológicas automáticas, o a realizar anticipaciones cognitivas sobre situaciones temidas, tiene miedo a que se incrementen sus respuestas fisiológicas, teme tener que dar explicaciones si vuelve a tener otro ataque, puede temer incluso la muerte,... y todo ello crea un caldo de cultivo propicio para volver a tener nuevos ataques de pánico.

De su experiencia, tras varios ataques de pánico, suele concluir que solamente hay dos cosas que le pueden ayudar en ese estado: *evitar* las

situaciones que teme y tomar el *ansiolítico* que le ha reducido la activación fisiológica. Pero ambas suelen ser insuficientes para controlar nuevos ataques de pánico y en cambio se va reforzando la necesidad de evitar dichas situaciones, así como la de tomar ansiolíticos, que muchas veces generan dependencia.

El tratamiento de estos problemas, para que sea eficaz, tiene que ir desmontando todos estos “errores” o sesgos cognitivos. Los pacientes que no son tratados con técnicas cognitivas tienen todas las papeletas para seguir teniendo problemas.

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

Si no puede evitar estas situaciones lo pasa muy mal, tiene mucha ansiedad, piensa que es horrible tener ansiedad (simplemente ponerse nervioso) y puede llegar a tener una crisis de ansiedad en las situaciones temidas. Cuando prevé que no podrá

evitar una determinada situación, sufre con bastante antelación altos niveles de ansiedad, anticipando que cuando llegue el momento tendrá mucha ansiedad y será terrible. Puede anticipar meses antes que tendrá que asistir ineludiblemente a una boda, donde tendrá un papel importante, habrá mucha gente (que puede darse cuenta de su problema), se puede marear, etc. Puede anticipar meses antes que es horrible tener que ir por ejemplo a Roma en avión, porque puede tener una crisis de ansiedad (o porque no puede salir cuando quiera del avión), a pesar de ser un viaje de placer, ir con su novia, gustarle el arte, desear conocer esta ciudad, haber decidido él el viaje, etc.

El tratamiento eficaz debe incluir exposición a estas situaciones que el paciente evita, pero la exposición no siempre cura. A veces, produce el efecto contrario y sensibiliza. Para que la exposición sea eficaz el paciente debe tener información y cierta sensación de control durante la exposición.

Con la evitación de las situaciones que se temen desaparece la ansiedad, desaparece el malestar psicológico, pero con ello se refuerza la conducta de evitación y aumenta el temor a enfrentarse a estas situaciones.

Según los modelos tradicionales del condicionamiento, la evitación funcionaría como un reforzamiento negativo (desaparece el malestar) que aumenta la probabilidad de responder en el futuro con nuevas evitaciones. De hecho hoy sabemos que lo mejor para reducir los miedos es la exposición (gradual y bajo condiciones

de control) a las situaciones temidas, justo lo contrario de la evitación.

Según los modelos cognitivos la evitación produce un incremento de la atención hacia las situaciones que se evitan, al mismo tiempo que se magnifica la importancia de que surja ansiedad ante dichas situaciones, lo que explicaría también que cada vez se tenga más miedo a las situaciones que se evitan. Durante el tratamiento, las técnicas cognitivas deben ayudar a realizar una correcta exposición y la exposición reforzará los logros de las técnicas cognitivas, ayudando a deshacer errores y eliminar miedos.

Muchas personas que sufren crisis de ansiedad se especializan en algún síntoma fisiológico. Por ejemplo, dificultades para respirar, o dificultades para tragar, o sensación de mareo, o taquicardia, u opresión en el pecho, o algún otro síntoma fisiológico. Puede ser que en un primer momento esta persona tenga una mayor facilidad que otras para desarrollar una fuerte reactividad fisiológica para esta respuesta concreta. Pero también se produce un aprendizaje o condicionamiento de la respuesta fisiológica, que se asocia a determinados estímulos o pensamientos, que adquieren la propiedad de disparar dicha respuesta fisiológica (condicionamiento interoceptivo). Se produce también una sensibilización a la ansiedad y en especial al síntoma o los síntomas que más importancia se concede (y que más se temen, por lo tanto). Este síntoma, al que se da tanta importancia, al que tanta atención se presta, se va a disparar precisamente

por ello. Si a uno le preocupa ponerse rojo y piensa que se está poniendo rojo, se pone rojo, y cuánto más le preocupe sentir que aumenta la temperatura de su cara, más rojo se pondrá. Si a uno le preocupa su sudor y centra su atención en su sudor, suda más. Si una persona presta atención a su respiración, respira de otra manera, con mayor dificultad. Si uno presta atención a tragar, traga peor. Si prestamos atención a la sensación de mareo, dicha sensación aumenta. Si un individuo centra su atención en el malestar digestivo que acompaña a la náusea y el vómito, poco a poco se van activando estas respuestas.

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

Durante el tratamiento, se debe ayudar al paciente para que elimine este sesgo de su atención, que le lleva

a centrarse en respuestas fisiológicas automáticas, aumentando así su tasa de respuesta. Este paciente, una vez que recibe la información correcta y se le insiste (una y otra vez) en la necesidad de no atender estas respuestas fisiológicas, tendrá la dificultad de “cómo no prestar atención” a algo que tanto le ha preocupado y tanto le sigue preocupando. Podemos orientarle haciéndole notar que nuestra atención tiene una capacidad limitada, de manera que le puede ser de gran ayuda poner su atención en los aspectos centrales de la situación en la que se encuentra (por ejemplo, centrar su atención en la charla que mantiene en una situación social), en lugar de centrar su atención en sus respuestas fisiológicas de ansiedad. La regla nemotécnica sería: “centra tu atención en la tarea y no en la ansiedad”.

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

información correcta sobre los síntomas de la ansiedad.

Como el paciente, involuntariamente, ha aprendido durante años a activarse a nivel fisiológico (mediante sus sesgos de atención e interpretación), el tratamiento debe incluir técnicas de desactivación: relajación muscular progresiva, relajación mediante la respiración y relación mediante sugestión e imaginación. Se puede entrenar al paciente en consulta y darle una grabación para que practique todos los días estos ejercicios, que le ayudarán a disminuir la frecuencia y la intensidad de las respuestas fisiológicas, lo que le ayudará también a restarles importancia y a prestarles menos atención.

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

La reestructuración cognitiva debe enseñar al paciente a observar y corregir los errores de pensamiento centrados en su activación fisiológica y en las consecuencias de ésta. En este apartado se deben incluir múltiples actividades y estrategias encaminadas

a que el paciente aprenda a observar y corregir estos errores.

La hiperventilación en consulta puede ayudarnos a realizar exposición interoceptiva (exposición a las respuestas fisiológicas incrementadas que produce la respiración rápida y poco profunda, con el fin de eliminar el miedo a esta activación fisiológica), pero la mayoría de los pacientes, al hiperventilar en la consulta, no consiguen activar las respuestas fisiológicas que ellos temen durante sus ataques de pánico. De manera que esto debe ser considerado como una mera aproximación más, como tantas otras, a ese aprendizaje que debe desarrollar el paciente.

Además del entrenamiento conductual mediante exposición interoceptiva, el terapeuta tiene muchas otras herramientas para trabajar. Así, debe dar mucha información y entrenar al paciente en autoobservación sobre los procesos cognitivos que generan la ansiedad. Por ejemplo, debe informar y entrenar en la autoobservación de toda una serie de conceptos o constructos, desarrollados por la psicología cognitiva para explicar las emociones y los trastornos emocionales, entre ellos: (1) sesgos cognitivos, tanto sobre la atención como de interpretación; (2) procesos cognitivos de atribución de causalidad (la ansiedad depende de este tipo de atribuciones, según sean sobre factores causales internos-externos al propio sujeto, temporales-permanentes, controlables vs. no controlables, etc.); (3) procesos cognitivos de valoración cognitiva de la situación (la valoración

de la situación como amenaza produce ansiedad, mientras que la valoración de la misma como un desafío puede ayudar a disminuirla) y valoración cognitiva sobre su capacidad de afrontamiento ante las situaciones que producen ansiedad (una persona puede confiar o no en sus estrategias y capacidad de afrontamiento, y ello está relacionado con su ansiedad); (4) expectativas (la expectativas negativas, o probabilidad subjetiva de que suceda un resultado negativo, producen ansiedad y un mayor grado de anticipación; por lo tanto, debemos revisar que no se produzca la sobrestimación de la probabilidad de un suceso temido, la sobrestimación de la severidad de ese suceso, la infraestimación de los recursos de afrontamiento propios, o la infraestimación de las posibilidades de ayuda de otros); (5) autoinstrucciones (las autoinstrucciones negativas o catastrofistas guían al conducta y producen emociones negativas, como la ansiedad); (6) creencias irracionales (algunas creencias irracionales, como las de necesidad de aprobación, necesidad de control, perfeccionismo, etc., están en la base de comportamientos que generan mucha ansiedad); (7) esquemas desadaptativos; (8) pensamientos automáticos; (9) pensamientos distorsionados; etc.

Para conseguir que el paciente tenga esta información, sepa observar en sí mismo cuando se producen estos fenómenos, cómo estos procesos cognitivos provocan las respuestas emocionales, qué errores cognitivos hay que deshacer, cómo deshacerlos, etc., el terapeuta cuenta con toda una

serie de actividades o tareas que el paciente debe realizar, unas veces en consulta y otras en casa, como por ejemplo: la lectura de libros especializados, la realización de ejercicios diseñados ad hoc en cada sesión para cada paciente, el modelado de conductas de aproximación, la exposición mediante imaginación, la reinterpretación de situaciones y problemas utilizando el método científico (que incluye el razonamiento en general, la observación, la generación de hipótesis, la contrastación empírica, el establecimiento de nuevos modelos), la revaloración de situaciones (amenaza por desafío), el diálogo socrático, etc.

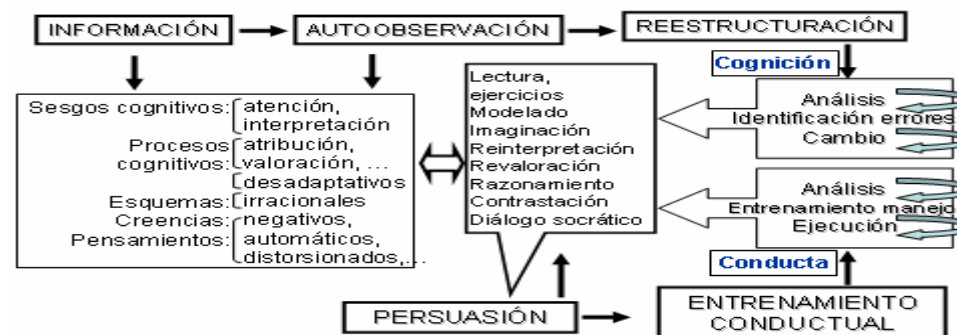
El uso de estos constructos y de estas herramientas va guiado hacia un proceso de cambio que incluye: (1) análisis de la realidad, (2) identificación de errores, y (3) cambio.

A su vez, el entrenamiento conductual va afianzando los cambios que se consiguen con la reestructuración cognitiva. Cada nueva exposición supone un pequeño avance y debe ir seguida de refuerzo. Pero debe ir precedida de la correspondiente explicación, así como un cierto entrenamiento previo en manejo de ansiedad, antes de la ejecución.

En todo momento será fundamental persuadir al paciente de que tenemos una explicación acertada para su problema, debe realizar las tareas, su curación depende de ello, etc.

REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA

Modelo integrador: Fases o tareas



Este aprendizaje con las técnicas cognitivo-conductuales necesita un tiempo aproximado de unos pocos meses, pero produce un resultado infalible. Por el contrario, el paciente antes de llegar a la consulta estaba desarrollando un aprendizaje que le llevaba a generar mucha ansiedad, cada vez más, así como a mantenerla. Digamos que estaba trabajando en la dirección opuesta.

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

Ingenuamente cree que, en primer lugar, evitando la situación que

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

En España se consumieron 36,3 millones de envases de tranquilizantes en el año 2002, según los datos de la receta médica oficial de la Dirección General de Farmacia. Se estima que la receta médica oficial sólo cubre el 80% del consumo. Año tras año, la tasa de tranquilizantes consumidos viene aumentando en torno a un 7%. En la Encuesta Nacional de Salud del año 2003 (publicada en 2005), se encontró que el 12,8% de los españoles mayores de 16 años había consumido tranquilizantes en las dos últimas semanas. El consumo es casi el doble en mujeres (16,2%) que en varones (8,3%) y se incrementa notablemente y de manera constante con la edad, especialmente a partir de los 35 años.

En Europa, el estudio ESEMED (Estudio Epidemiológico Europeo sobre Trastornos Mentales) llevado a cabo en seis países (España, Italia, Francia, Bélgica, Alemania y Holanda) y publicado en 2004, indicó que el 9,8% de los europeos mayores de 18 años había consumido ansiolíticos en el último año. De entre las personas que habían sido diagnosticadas con un trastorno de ansiedad en los últimos doce meses, el 25,3% había consumido ansiolíticos en el último año y el 32,4% había consumido algún tipo de psicofármaco (ansiolíticos y antidepresivos son los más frecuentes). Pero el trastorno de pánico genera un mayor consumo de ansiolíticos: el 52,5% de las personas que habían sido diagnosticadas de un trastorno de pánico habían consumido algún tipo de psicofármaco en el último año.

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

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

Si una persona no es consciente de estar provocando su propia ansiedad con sus pensamientos, con sus anticipaciones, con sus interpretaciones erróneas sobre la

activación fisiológica, etc., entonces suele hacer una especie de huida hacia adelante. Se comporta como el perro que corre asustado por el ruido que hace una ristra de botes atada a su rabo: corre y corre, hasta quedar exhausto, sin darse cuenta que el ruido lo provoca él mismo al correr. La solución no es huir.

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

De esta manera, pueden pasar los años evitando situaciones, tomando ansiolíticos para reducir sus síntomas de activación fisiológica y su malestar, pero el trastorno por lo general no mejora. Es probable que se visiten varios profesionales de la salud, sin que se encuentre una solución, e incluso alguno de ellos es probable que diga que es un trastorno crónico (para siempre) y que no se cura, cosa que no es cierta. Otros “especialistas” aseguran al paciente que deberá tomar medicación toda la vida, o que no se curará nunca, cuando lo cierto es que este trastorno se cura en unos pocos meses con técnicas cognitivo-conductuales y subrayo especialmente la parte cognitiva, bastante ignorada entre muchos terapeutas.

A veces se recurre a remedios *naturales*, como las hierbas, que pueden resultar incluso peligrosos

(especialmente si se mezclan distintos tipos de hierbas, o éstas con fármacos), pero no eficaces en el tratamiento de los trastornos de ansiedad. Otros tratamientos alternativos, como la videncia, la acupuntura, la homeopatía, etc., tampoco han demostrado ser eficaces en la curación de los trastornos de ansiedad. Así mismo, otros tratamientos parciales, es decir, aquellos que pueden reducir una parte de la sintomatología pero no atienden todos los factores implicados en el problema, como por ejemplo aquellos que ayudan a reducir la activación fisiológica (la relajación como único tratamiento, hacer yoga, o tai-chi, o deporte, etc.), pero no atienden el problema de la actividad cognitiva o las evitaciones, tampoco van a ser la solución.

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

¿Cuál es el problema entonces? ¿Por qué hay tantas personas con este trastorno viviendo un infierno desde hace muchos años, si existen tratamientos eficaces? La respuesta es muy simple: la falta de información. La falta de información de los

pacientes que sufren este problema y la falta de información de muchos profesionales de la salud que atienden estos problemas.

La psicología es una ciencia que ha sabido dar solución a este problema, que ciertamente era muy grave (la agorafobia se consideraba incurable por parte de muchos especialistas en psiquiatría). La eficacia de algunas técnicas de tratamiento psicológico está demostrada. El número de personas que han superado este calvario gracias a estas técnicas sigue creciendo. Pero ahora falta algo que no es tarea de un día: transmitirlo a la sociedad. Es necesario, por un lado, formar especialistas que sepan tratar este problema con las técnicas que han demostrado su eficacia, y por otro lado, informar a los individuos de nuestra sociedad sobre este problema y sus soluciones.

En un reciente artículo de psiquiatría en el que se hacía un seguimiento de varias décadas sobre varios centenares de pacientes con pánico y agorafobia tratados con fármacos se concluye que sólo se curan un 5% con tratamiento farmacológico. Algunos pacientes no se habían curado después de seguir en tratamiento durante 49 años.

En otro artículo publicado recientemente por un grupo de psicoanalistas se informaba que el psicoanálisis era más eficaz al tratar el pánico que si sólo se entrenaba a los sujetos en relajación. A mí, personalmente, no me extraña. A pesar de que el psicoanálisis no sea eficaz para curar el trastorno de pánico con

agorafobia, después de años de tratamiento. Y a pesar de que la relajación ha demostrado sobradamente su capacidad para reducir la ansiedad, especialmente a nivel fisiológico. Muchos psicólogos que consideran que están aplicando técnicas cognitivo-conductuales a sus pacientes con trastorno de pánico se limitan a entrenarles en relajación y en exposición, sin dar una explicación cognitiva que informe al paciente que su ansiedad está siendo generada por sus pensamientos. El resultado fracasa en no pocas ocasiones, después de insistir demasiado tiempo en hacer relajación y en que el paciente se exponga a las situaciones que evita. Y no es que la relajación y la exposición no haya que usarlas, sino que primero y sobre todo debemos conocer qué es el trastorno de pánico, cómo se produce y cómo corregirlo mediante técnicas cognitivas.

Sin embargo, hoy en día, un buen especialista en técnicas cognitivas cura la mayoría de los casos de pánico y agorafobia en tan solo 4 ó 5 meses. Hay una gran diferencia entre estos resultados y los anteriormente comentados. Pero muchos profesionales y muchísimos más pacientes desconocen esta realidad. Es un objetivo de la SEAS cambiar esta situación.

REUNIONES CIENTÍFICAS

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

Lugar: Benidorm (España)
 Fecha: 18 al 20 de Septiembre de 2008
 Organización: SEAS
 Información:

Email: seas.cong@psi.ucm.es

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

Teléfono: (34) 91 394 31 11
 (34) 91 394 30 23
 (34) 91 394 30 24
 Fax (34) 91 394 31 89

29th Stress and Anxiety Research Society Conference

Lugar: Bloomsbury (Londres)
 Fecha: 16 al 18 de Julio de 2008
 Organización: STAR
 Información:

<http://www.bbk.ac.uk/psyc/star/>

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>

11th European Congress of Psychology

Lugar: Oslo (Noruega)
 Fecha: 7 al 10 de Julio de 2009
 Organización: European Federation of Psychologists' Association (EFPA)
 Información:
<http://www.ecp2009.no/hjem.cfm>

14th European Congress of Work and Organizational Psychology

Lugar: Santiago de Compostela
 Fecha: 13 al 16 de Mayo de 2009
 Organización: European Association of Work and Organizational Psychology (EAWOP)
 Información:

<http://www.eawop2009.org/>

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 nº:.....

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. nº: _____

clave entidad oficina D.C. nº de cuenta

TARJETA VISA

Tarjeta nº : _____

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

91-394 30 23

91-394 30 24

Fax: 91-394 31 89

E.Mail: seas@psi.ucm.es

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

Depósito Legal: M-40524-1998
