

## NUEVOS DESARROLLOS EN EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE PÁNICO

Richard J. McNally  
Harvard University

### RESUMEN

El objetivo de este artículo consiste en proporcionar una revisión sobre los desarrollos recientes producidos en la investigación del tratamiento del trastorno de pánico. Aunque los estudios controlados apenas han comenzado a iniciarse en el momento presente, los defensores del uso de fármacos han apoyado de forma abrumadora la utilización de los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (*selective serotonin reuptake inhibitors*, SSRIs) como el fármaco apropiado para el tratamiento del pánico. Los terapeutas cognitivo-conductuales han documentado más a fondo la efectividad de sus aproximaciones, a la vez que han ocurrido desarrollos sorprendentes. Algunos datos sugieren que la exposición no necesita estar incluida para que ciertos tratamientos psicosociales sean efectivos, mientras que otros estudios han demostrado que los elementos cognitivos añaden poco más a la terapia de exposición. Otros desarrollos adicionales se han referido tanto al establecimiento de criterios estandarizados para evaluar el trastorno de pánico cuando se aplican indistintamente fármacos y tratamiento psicológico, como a la clarificación de métodos apropiados para planificar e interpretar intervenciones controladas.

**Palabras clave:** Trastorno de pánico, terapia cognitivo-conductual, trastornos de ansiedad, inhibidores selectivos de recaptación de serotonina.

### ABSTRACT

The purpose of this article is to provide a review of recent developments in panic disorder treatment research. Although controlled studies are only now appearing, pharmacologists have overwhelmingly endorsed selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) as the drug of choice for panic. Cognitive-behavior therapy (CBT) researchers have further documented the effectiveness of their approaches, but surprising developments have occurred as well. Some data suggest that exposure need not be included for certain psychosocial treatments to be effective, whereas other studies have shown that cognitive elements add little beyond exposure therapy. Additional developments have concerned the establishment of standardized criteria for the assessment of panic disorder that apply equally to drug and psychosocial trials, and clarification of the proper methods for designing and interpreting controlled trials.

**Key words:** Panic disorder, cognitive-behavior therapy, anxiety disorders, selective serotonin reuptake inhibitors.

## NUEVOS AVANCES EN EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE PÁNICO

Durante los pasados diez años, se han venido produciendo importantes progresos en el tratamiento del trastorno de pánico (para una revisión ver Gould, Otto y Pollack, 1995; McNally, 1994). Importantes avances iniciales confirmaron la eficacia de los antidepresivos tricíclicos (p.ej., imipramina; Klein, 1964) y las benzodiazepinas de alta-potencia (p.ej., alprazolam; Ballenger et al., 1988). En posteriores desarrollos se estableció la eficacia de la terapia cognitivo-conductual (TCC) (p.ej., Barlow, Craske, Cerny y Klosko, 1989; Clark et al., 1994; Öst, 1988; Telch et al., 1993). A diferencia de las aproximaciones conductuales previas, cuyo objetivo se centraba en la agorafobia y solamente abordaban el pánico de forma incidental (p.ej., Marks et al., 1983; Mathews, Gelder y Johnston, 1981), los nuevos métodos de la TCC fueron diseñados específicamente para reducir los ataques de pánico (Barlow y Craske, 1989). Estos métodos incluían: 1) reestructuración cognitiva y entrenamiento para reducir la sensibilidad a la ansiedad y la tendencia a reaccionar con miedo ante las sensaciones corporales; 2) técnicas de *manejo* de los síntomas, tales como el control de la respiración y la relajación; 3) exposición sistemática interoceptiva ante las sensaciones corporales temidas; y 4) experimentos conductuales planificados con el fin de proporcionar la experiencia necesaria para refutar las creencias catastrofistas en torno al miedo a las sensaciones corporales.

A pesar de que existen estudios que han demostrado la efectividad de los tratamientos con fármacos y cognitivo-conductuales en la terapia del pánico, los debates se han intensificado a la hora de buscar cuál de las dos alternativas es más eficaz. En respuesta a tal persistente controversia, el Instituto Nacional de Salud Mental (NIH) auspició la Conferencia sobre el Consenso en el Desarrollo del Tratamiento del Trastorno de Pánico (*Consensus Development Conference on the Treatment of Panic Disorder*) (National Institute of Health, 1991). Participaron en ella expertos psicólogos y psiquiatras que examinaron el resultado de los tratamientos que se reflejaban en la bibliografía sobre el tema, del cual se desprendía que tanto la TCC como cierto tipo de

intervenciones farmacológicas eran eficaces contra el pánico. Aunque psicólogos y psiquiatras debatieron apasionadamente los pros y los contras de la TCC y de la terapia psicofarmacológica, se produjo un acuerdo considerable *dentro* de cada campo teórico sobre cuáles eran los tratamientos más efectivos tanto psicosociales como mediante fármacos. Sin embargo, durante estos últimos años nuevos e interesantes desarrollos han suscitado ciertos interrogantes sobre tales opiniones consensuadas. El propósito de este artículo consiste en ofrecer una revisión acerca de los desarrollos recientes en el tratamiento del trastorno de pánico.

## NUEVOS ENFOQUES FARMACOLÓGICOS SOBRE EL TRASTORNO DE PÁNICO

La imipramina ha sido el primer fármaco cuya eficacia fue demostrada en casos de pánico y agorafobia (Klein, 1964), y aún continúa siendo el compuesto farmacológico más estudiado en el tratamiento del pánico (McNally, 1994, pp. 83-89). Dado que alrededor de un tercio de los pacientes con pánico son incapaces de tolerar los efectos secundarios de esta droga (Barlow, 1988, p. 44), la farmacología ha estudiado las benzodiazepinas de alta-potencia como una posible alternativa (Ballenger et al., 1988). Aunque este tipo de fármaco resulta útil contra el pánico y produce únicamente efectos secundarios leves, muchos pacientes desarrollan dependencia hacia ella y a menudo experimentan nuevos brotes de pánico durante los períodos en que se disminuye gradualmente la administración del fármaco. Los problemas inherentes a los tricíclicos y a las benzodiazepinas de alta-potencia han estimulado algunos esfuerzos para encontrar alternativas farmacológicas a estos compuestos.

Durante los últimos años, los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (SSRIs) se han convertido de forma repentina en el tratamiento farmacológico de elección para el pánico. Incluso, muchos de los psiquiatras que habían defendido firmemente la utilización de la imipramina sostienen ahora que los SSRIs son claramente los fármacos más apropiados para el trastorno de pánico (D.F. Klein, comunicación personal, 5 de Septiembre, 1995). A

pesar de que este autor defiende la utilización de sertralina, también reconoce que probablemente todos los SSRIs exhiben una eficacia aproximadamente equivalente contra los ataques de pánico.

La mayoría de los trabajos publicados sobre SSRIs se relacionan con la depresión, y no con el trastorno de pánico. Aunque existen algunos estudios centrados en el pánico, la opinión de la psiquiatría sobre la superioridad de fármacos tales como la imipramina, el alprazolam y otros compuestos parece estar influida principalmente por la propia experiencia personal de los psiquiatras a la hora de prescribir un tratamiento farmacológico. Los perfiles de eficacia, seguridad, y de efectos secundarios relativamente benignos de los SSRIs han sido decisivos para producir este cambio dramático en la opinión psiquiátrica.

Irónicamente, una de las primeras publicaciones sobre el tratamiento del trastorno de pánico mediante los SSRIs informó de resultados poco convincentes (Gorman et al., 1987). En un estudio piloto de 20 semanas, no controlado, de dosificación abierta, estos investigadores administraron fluoxetina a 16 pacientes con pánico. Nueve pacientes no respondieron favorablemente y ocho de ellos se retiraron a causa de efectos secundarios intolerables, principalmente agitación y nerviosismo. Sin embargo, en siete pacientes remitieron los ataques de pánico después de aproximadamente siete semanas de administrar el fármaco.

En otro estudio de dosificación abierta, este mismo equipo de investigación obtuvo mejores resultados cuando incrementaron muy gradualmente la dosis de fluoxetina, comenzando únicamente en 5 mg. por día (Schneider et al., 1990). De los 25 pacientes tratados, 19 experimentaron de moderada a notable mejoría, mientras que 2 no respondieron al tratamiento y 4 fueron incapaces de tolerar los efectos secundarios de la fluoxetina. Tomados conjuntamente, ambos estudios sugieren firmemente que los procedimientos de dosificación moderada maximizan los efectos antipánico de este fármaco.

Bystritsky et al. (1994/1995) asignaron aleatoriamente pacientes con pánico para que recibieran tratamiento farmacológico bien con fluoxetina o bien con el compuesto tricíclico

desipramina. Los datos revelaron que el 70% de los pacientes en el grupo de la fluoxetina y el 55% de pacientes tratados con desipramina respondieron a los respectivos fármacos. Pese a que no se encontraron diferencias entre grupos, debido tal vez al pequeño tamaño de las muestras, existía cierta tendencia estadística a favor de la fluoxetina. Por otra parte, al incrementar lentamente la dosis, ambas drogas fueron bien toleradas. Según apuntan estos autores, su estudio garantiza de nuevo a la fluoxetina como un medicamento antipánico.

Oehrberg et al. (1995) asignaron al azar pacientes con pánico para ser tratados con el SSRI paroxetina o bien con placebo. En ambos grupos se aplicó también terapia cognitiva. Aunque la combinación de paroxetina y terapia cognitiva fue más efectiva que el tratamiento conjunto de placebo y terapia cognitiva, los resultados no fueron demasiado espectaculares. Por ejemplo, después de 12 semanas de tratamiento, sólo en el 36% de los pacientes tratados con paroxetina se suprimieron los ataques de pánico, en comparación con el 16% de los pacientes tratados con placebo. Sorprende este resultado globalmente pobre ya que en ambos grupos se aplicó también terapia cognitiva.

En otro estudio con SSRIs, Hoehn-Saric, McLeod y Hipsley (1993) asignaron aleatoriamente 50 pacientes con pánico a un grupo de fluvoxamina o bien a un grupo placebo, para ser tratados durante 8 semanas. Los resultados revelaron que ambos grupos exhibieron mejoras significativas en todas las medidas, si bien los pacientes que recibieron fluvoxamina tuvieron significativamente menos ataques de pánico que los pacientes del grupo placebo. La evaluación posterior al tratamiento denotó ausencia de pánico en el 61% de los pacientes tratados con fluvoxamina y en el 22% de los pacientes sometidos a la condición placebo.

Black y sus colaboradores refirieron quizás el más impresionante efecto antipánico vinculado al tratamiento con fármacos de los evidenciados hasta el momento (Black, Wesner, Bowers, y Gabel, 1993a). En este estudio, los pacientes fueron asignados de manera aleatoria a tres grupos para ser tratados con fluvoxamina, placebo o terapia cognitivo-conductual. Después de 8 semanas de tratamiento, los datos obtenidos mediante sistemas de auto-registro

no arrojaron diferencias significativas entre la fluvoxamina y la terapia cognitivo-conductual en cuanto a su eficacia antipánico. Sin embargo, la fluvoxamina fue superior a la terapia cognitivo-conductual en medidas de ansiedad generalizada, depresión y mejoría general. Al final del tratamiento, el porcentaje de pacientes libres de pánico en cada grupo fueron 81% (fluvoxamina), 53% (terapia cognitivo-conductual) y 29% (placebo) respectivamente.

Tras un posterior período de tratamiento de ocho meses con fluvoxamina, Black, Wesner y Gabel (1993b) retiraron dicho fármaco a sus pacientes. Aunque éstos experimentaron un síndrome leve de dependencia caracterizado por mareos, náuseas, dolores de cabeza y falta de coordinación, solamente uno de los catorce pacientes manifestaron de nuevo el trastorno de pánico. La sorprendente baja tasa de recaídas contrasta favorablemente con las tasas asociadas a los tricíclicos y a las benzodiazepinas de alta-potencia.

Los defensores de la terapia cognitiva han criticado la forma en que Black et al. (1993a) aplicaron la terapia cognitivo-conductual (D.M. Clark, comunicación personal, 25 de Mayo, 1995). Aunque basaron su terapia cognitivo-conductual en la guía de tratamiento no publicada de Clark, Black et al. aplicaron un tratamiento abreviado, introdujeron procedimientos potencialmente contraterapéuticos que, sin ser ellos conscientes, pudieron haber empeorado la evitación conductual, y no pudieron asegurar que el psicoterapeuta del proyecto recibiera entrenamiento formal en la terapia cognitiva específica para el trastorno de pánico. Por otra parte, las innovaciones efectuadas por el grupo de Black pueden haber sido responsables de las inusualmente elevadas tasas de abandono (40%) observadas en la condición de la terapia cognitivo-conductual. Tal y como sugiere la revisión de Clark (1995), en pocas ocasiones la terapia cognitiva ha alcanzado tasas de abandono superiores al 5%. Tomados conjuntamente, los trabajos de Black et al. no proporcionan una prueba óptima de la terapia cognitivo-conductual, aunque evidencian claramente la efectividad de la fluvoxamina.

En resumen, la relativa seguridad, los efectos secundarios benignos y su aparente eficacia garantizan la futura investigación con los

SSRIs en el tratamiento del pánico. Si este tipo de fármaco es al menos tan bueno como los tricíclicos, probablemente ganará la reputación de ser el fármaco elegido para el tratamiento de los trastornos de pánico.

#### **NUEVAS APORTACIONES PSICOSOCIALES**

La terapia cognitivo-conductual continúa siendo actualmente la forma de tratamiento más adecuada para el trastorno de pánico. Su efectividad ha sido constatada en sucesivas publicaciones. Arntz y van den Hout (1996) han señalado que el método de tratamiento desarrollado por Clark et al. (1994) producía tasas de remisión del pánico superiores (77.8%) a la técnica de relajación aplicada de Öst (1988) (50%). En contraste, Öst y Westling (1995) encontraron que la terapia cognitivo-conductual y la relajación aplicada eran ambas igualmente efectivas y no diferían en su resultado. Hoffart (1995) constató que la terapia cognitivo-conductual era más eficaz, si bien únicamente de manera marginal, que la exposición *in vivo* en pacientes con agorafobia severa. Côté y colaboradores informaron que la efectividad de la terapia cognitivo-conductual no disminuye al reducirse el contacto directo con el terapeuta (Côté, Gauthier, LaBerge, Cormier y Plamondon, 1994), de la misma forma que Lindren et al. (1994) refirieron que la terapia cognitivo-conductual produjo una mejora significativa en pacientes que sólo recibieron un manual de auto-ayuda y un contacto terapéutico limitado. El grupo de Taylor concluyó que la terapia cognitivo-conductual resultaba al menos tan efectiva para los pacientes cuyos ataques de pánico sugerían una alteración del sistema de falsas alarmas de asfixia (Klein, 1993), como para los pacientes con ataques no caracterizados por una marcada disnea (Taylor, Woody, Koch, McLean, y Anderson, en prensa). Estos autores concluyen que la disnea intensa no contrarresta el efecto de la terapia cognitivo-conductual. Por último, Swinson y colaboradores constataron que la terapia de conducta aplicada por vía telefónica fue más eficaz en pacientes que vivían en el área rural de Ontario, lejos de cualquier servicio de salud mental (Swinson, Fergus, Cox, y Wickwire, 1995).

Dado que las benzodiazepinas de alta-potencia se asocian a dependencia así como a tasas elevadas de recaídas cuando se interrumpe su administración, algunos investigadores han analizado la forma en que la terapia cognitivo-conductual podría prevenir dichos problemas. Otto et al. (1993) refirieron que mientras que la terapia de conducta asociada a reducciones lentas de la dosis del fármaco permitía al 76% de los pacientes interrumpir la medicación, únicamente el 25% de los pacientes fueron capaces de prescindir de ella cuando se aplicaba el fármaco de forma aislada. Por otra parte, Spiegel, Bruce, Gregg, y Nuzzarello (1994), encontraron que la terapia cognitivo-conductual aplicada durante la suspensión lenta de alprazolam, reducía de forma importante las recaídas una vez que los pacientes estaban sin medicación. En posteriores análisis de estos mismos datos, el grupo de Spiegel ha confirmado que la reducción en las puntuaciones del Índice de Sensibilidad a la Ansiedad (*Anxiety Sensitivity Index, ASI*; Reiss, Peterson Gursky y McNally, 1986) era el mejor predictor de la capacidad de los pacientes para adquirir y mantener la abstinencia al fármaco (Bruce, Spiegel, Gregg, y Nuzzarello, 1995).

La exposición sistemática a las sensaciones corporales temidas llevada a cabo bien desde una perspectiva cognitiva (Clark et al., 1994) o bien desde un paradigma centrado en la extinción (Barlow y Craske, 1989) ha sido ampliamente considerada como un componente esencial en el tratamiento psicosocial del pánico. Sin embargo, dos estudios recientes han puesto de manifiesto que el paciente puede mejorar en ausencia de tales componentes. Beck, Stanley, Baldwin, Deagle, y Averill (1994) asignaron aleatoriamente pacientes con pánico a un grupo de terapia cognitiva, a un grupo de terapia con relajación o a una condición de control caracterizada por un contacto mínimo con el terapeuta. Tanto la exposición interoceptiva como la exposición *in vivo* fueron excluidas. Pese a la ausencia de exposición, el 82% de los pacientes en la condición de terapia cognitiva y el 68% de los pacientes en la condición de relajación respondieron al tratamiento de acuerdo con un índice combinado de indicadores. Sorprendentemente, el 36% de los sujetos de control también alcanzaron

este nivel de funcionamiento. Durante los 6 meses de seguimiento, en el 63% de los casos en el grupo de terapia cognitiva y en el 53% de los sujetos pertenecientes al grupo de relajación remitió el pánico.

En el segundo estudio, Shear, Pilkonis, Cloitre, y Leon (1994) constataron que el llevar a cabo 3 sesiones instructivas sobre el pánico seguidas de 12 sesiones de psicoterapia no prescriptiva (sin combinar con fármacos), era tan efectivo como la utilización de 3 sesiones educativas seguidas de 12 sesiones de terapia cognitivo-conductual, implicando ésta última la aplicación de relajación, entrenamiento en respiración, reestructuración cognitiva, exposición interoceptiva y exposición *in vivo*. Los autorregistros temporales (prospectivos) de los ataques de pánico indicaron que había desaparecido el pánico en el 66% y el 78% de los pacientes correspondientes a los grupos de terapia cognitivo-conductual y de psicoterapia no prescriptiva respectivamente. A los 6 meses de seguimiento, el porcentaje de pacientes libres de pánico era del 75% en el grupo de terapia cognitivo-conductual y del 68% en el de psicoterapia no prescriptiva.

Los sorprendentes buenos resultados del tratamiento psicoterapéutico de Shear et al. han suscitado una variedad de interpretaciones. En primer lugar, los datos podrían indicar que la mejoría en el trastorno de pánico puede alcanzarse mediante una variedad de métodos terapéuticos y no sólo a través de la terapia cognitivo-conductual o de ciertas intervenciones farmacológicas. Segundo, que el efecto casi idéntico de dos intervenciones psicológicas, aparentemente bastante diferentes, puede sugerir que cualquier tipo de intervención psicológica creíble podría producir algún beneficio simplemente por el hecho de aliviar la desmoralización (Klein, 1996). De acuerdo con este punto de vista, tanto la terapia cognitivo-conductual como la intervención psicoterapéutica sin la administración de fármacos no serían otra cosa que meros placebos psicosociales, los cuales no rectifican directamente los procesos subyacentes de la enfermedad, sino que simplemente aliviarían el malestar psicológico de una forma inespecífica. Tercero, la distinción funcional entre ambos tipos de tratamiento puede que no sea tan importante como se creía en un principio. En efecto, Shear y

colaboradores han redenido su intervención como tratamiento del trastorno de pánico "focalizado en la emoción", describiéndolo de la manera siguiente:

La intervención tiene como objetivo el miedo y la evitación de los afectos negativos, así como de los elementos elicitorios. En el contexto de una relación empática y de apoyo, al paciente se le ayuda a clarificar y a aceptar las reacciones emocionales, a identificar los estímulos que provocan dichas emociones, y a explorar nuevas formas de manejar la emocionalidad que le perturba (Shear et al., 1995, p.274).

Como sugiere esta descripción, el tratamiento focalizado en la emoción y la terapia cognitivo-conductual comparten al menos dos componentes fundamentales: identificar la fuente que induce las reacciones emocionales y fomentar la aceptación de los síntomas de ansiedad como algo inocuo.

En una réplica al estudio de Shear et al. (1994), Craske, Maidenberg y Bystritsky (1995) compararon una versión abreviada de ambos tipos de tratamiento cognitivo-conductual y focalizado en la emoción en pacientes con pánico que estaban en lista de espera para una terapia farmacológica. Después de un período de tratamiento de 4 semanas, en el 53% de los pacientes correspondientes a la terapia cognitivo-conductual y en el 23% de pacientes del grupo de tratamiento focalizado en la emoción remitió el pánico. El 38% de los pacientes sometidos a terapia cognitivo-conductual exhibieron suficiente mejoría como para no precisar de la farmacoterapia. Aunque la terapia cognitivo-conductual abreviada no fue tan efectiva como en estudios previos, sin embargo consiguió más efectividad que el tratamiento focalizado en la emoción.

Seguidamente comentamos tres trabajos no publicados presentados en el Congreso Mundial de Terapia Cognitivo-conductual celebrado en *Copenhague* en Julio de 1995. David M. Clark expuso una comparación entre la terapia cognitiva clásica, la terapia cognitiva abreviada y la ausencia de tratamiento (Clark, Salkovskis, Hackmann, Wells, y Gelder, 1995). La terapia cognitiva breve requirió un 50% menos de tiempo empleado por el terapeuta, siendo complementado con un detallado manual de auto-ayuda. Los resultados revelaron una marcada reducción de los ata-

ques de pánico, a la vez que de otras medidas, en ambos grupos de tratamiento. Además, el tratamiento abreviado no fue menos eficaz que el tratamiento más extenso y completo (terapia cognitiva estándar). Sin embargo, Clark enfatizó que los clínicos deben adquirir un gran nivel de pericia en terapia cognitiva para lograr tan importante mejoría en tan sólo un mes.

Jürgen Margraf presentó datos de un seguimiento de 3 años realizado en pacientes con pánico que habían recibido terapia cognitiva, terapia de exposición o bien una combinación de ambas (Margraf y Schneider, 1995). En la fase de postratamiento las tres modalidades de intervención resultaron igualmente efectivas, obteniéndose tasas de remisión del pánico que oscilaban entre el 82% y el 100%. No obstante, el seguimiento confirmó que los pacientes del grupo de exposición, o bien mantenían los objetivos terapéuticos o continuaban mejorando, mientras que los pacientes cuyo programa de intervención se centró en la terapia cognitiva, sin combinar o combinada con exposición, comenzaron a exhibir recaídas. Los autores no especificaron la razón por la que la terapia cognitiva se vinculó con la tendencia a la recaída.

Michael J. Telch informó sobre los resultados de un estudio en el que los pacientes con pánico fueron aleatoriamente asignados a: 1) terapia cognitivo-conductual, 2) exposición *in vivo*, 3) terapia cognitivo-conductual combinada con exposición *in vivo*, y 4) grupo de control sin tratamiento (Telch et al., 1995). Las tres estrategias de intervención utilizadas indujeron mejoras significativas en pánico, ansiedad y evitación, mientras que en el grupo de control sólo se constataron pequeños cambios. Sorprendentemente, apenas se obtuvo evidencia acerca de la especificidad del tratamiento. Esto es, la exposición *in vivo* no fue más eficaz que la terapia cognitivo-conductual para los casos de agorafobia, ni tampoco la terapia cognitivo-conductual resaltó su mayor efectividad en el pánico. Telch puntualizó que sus estudiantes que se están formando como terapeutas aprendieron fácilmente a aplicar la terapia de exposición, aunque tuvieron dificultades para dominar los elementos cognitivos que incorpora la terapia cognitivo-conductual. Debido a que la inclusión de los componentes

cognitivos parece añadir un escaso beneficio al ya clásico tratamiento con exposición, Telch alarmó al auditorio al sugerir que tal vez ya sea hora de considerar que se suprima "la pelusilla cognitiva" de los programas de tratamiento psicosocial del trastorno de pánico.

En la reunión de la *Association for Advancement of Behavior Therapy* celebrada en Washington, DC, Feske, y Goldstein (1995) presentaron los resultados de un estudio controlado sobre desensibilización de los movimientos oculares y reprocesamiento (*eye movement desensitization and reprocessing*, EMDR) en el tratamiento del trastorno de pánico. Este procedimiento requiere que el paciente acceda a un pensamiento perturbador mientras sigue visualmente el dedo del terapeuta cuando éste lo mueve de un lado a otro por delante de los ojos del paciente (Shapiro, 1995). Feske y Shapiro asignaron al azar a pacientes con pánico al tratamiento con EMDR, a una condición placebo de control idéntica a la EMDR excepto en que el paciente no movía sus ojos, y a una tercera condición de control sin tratamiento. Los datos pusieron de manifiesto tanto que en ambas condiciones EMDR y placebo se producían significativamente más cambios que en el grupo sin tratamiento, como que la intervención con EMDR era más eficaz que el placebo en dos de las cinco medidas analizadas. No obstante, a los tres meses de seguimiento no pudieron establecerse diferencias de efectividad entre el tratamiento EMDR y el placebo.

#### **CUESTIONES METODOLÓGICAS ACTUALES RELACIONADAS CON LA EVALUACIÓN ESTANDARIZADA SOBRE INVESTIGACIÓN DEL TRATAMIENTO**

Pese a la apariencia de acuerdo surgido de la conferencia del Instituto Nacional de Salud para un consenso sobre el tratamiento, la reunión se echó a perder debido a una considerable aspereza entre psiquiatras y psicólogos en cuanto a los méritos asignados a los fármacos y a la terapia cognitivo-conductual. Por ejemplo, algunos investigadores "farmacólogos" argumentaron que los terapeutas cognitivo-conductuales tratan únicamente casos leves de pánico y que, por consiguiente, las elevadas tasas de éxito de la terapia cogni-

tivo-conductual no pueden extrapolarse a los pacientes de pánico en general. Es evidente que en tales debates sólo se podría tomar una decisión si los investigadores pertenecientes a los ámbitos psicosocial y farmacológico estuvieran de acuerdo en los procedimientos estandarizados para evaluar el trastorno de pánico y para caracterizar sus muestras en los trabajos de investigación.

En octubre de 1992 el *National Institute of Mental Health* organizó la conferencia sobre Evaluación Estandarizada en la Investigación del Trastorno de Pánico. Esta reunión fue mucho menos agria que la anterior y los psiquiatras y psicólogos clínicos lograron llegar a un consenso en cuanto al ámbito de funcionamiento que garantiza la evaluación, así como en relación con el conjunto de instrumentos necesarios para llevar a cabo dicha evaluación (Shear y Maser, 1994). El comité acordó que el campo esencial de la evaluación incluía frecuencia del pánico, evitación agorafóbica, comorbilidad, ansiedad anticipatoria, deterioro psicosocial, gravedad general y miedo a los síntomas corporales (es decir, sensibilidad a la ansiedad). Inicialmente, sin embargo, el miedo persistente a los síntomas corporales no formaba parte entre los objetivos de la evaluación a ser considerados. Sin embargo, Dianne L. Chambless y yo opinamos que era flagrante omitir esta importante dimensión del trastorno de pánico, ya que evaluar la ansiedad anticipatoria no es equivalente a evaluar el miedo a los síntomas corporales; realmente la sensibilidad a la ansiedad es conceptual y empíricamente diferente de la ansiedad anticipatoria y del rasgo de ansiedad (McNally, 1996a). Después de revisar los datos, la comisión convino que es esencial para la investigación evaluar el miedo a los síntomas corporales, recomendando para hacerlo bien el Índice de Sensibilidad a la Ansiedad (*Anxiety Sensitivity Index*, ASI) (Peterson y Reiss, 1992; Reiss et al., 1986), o bien el *Agoraphobic Cognitions Questionnaire* y el *Bodily Sensations Questionnaire* (Chambless, Caputo, Bright, y Gallagher, 1984). Una versión española de la ASI ha sido recientemente validada en Madrid en pacientes con pánico y con otros trastornos de ansiedad (Sandín, Chorot y McNally, 1996).

Más aún, se ha subrayado la importancia de establecer una evaluación amplia del tras-

torno de pánico en la que se obtengan datos referidos a dos años de seguimiento a partir de una intervención cognitivo-conductual (Brown y Barlow, 1995). Estos autores han apuntado que la práctica común de obtener mediante el auto-registro del paciente la frecuencia de los ataques de pánico únicamente durante un período de 2 a 4 semanas como una medida para estimar el porcentaje de pacientes cuyo pánico ha remitido, oscurece notablemente la variabilidad entre los pacientes y la variabilidad a través del tiempo. Por ejemplo, Brown y Barlow refirieron que el 74.6% de sus pacientes estaban libres de pánico a los dos años de seguimiento (esto es, no se manifestó ningún ataque de pánico durante el mes previo a la evaluación del seguimiento), y que el 57.1% de los pacientes cumplían el criterio de un buen funcionamiento final (*high endstate functioning*) en el seguimiento (es decir, los pacientes demostraban un nivel de gravedad global muy bajo en su trastorno). Sin embargo, cuando el éxito terapéutico fue definido en términos de buen funcionamiento final a los 3 meses y a los 2 años de seguimiento, no tratamientos posteriores del pánico, y carencia de pánico durante todo el año que precede a los 2 años de seguimiento, sólo el 20.6% de los pacientes respondían al tratamiento. Brown y Barlow observaron también que algunos pacientes que no exhibían pánico durante el mes previo a la evaluación del seguimiento, habían experimentado ataques de pánico y otros tipos de problemas en otros momentos entre las evaluaciones de seguimiento. En suma, aunque la frecuencia del pánico es un criterio importante, no captura la totalidad de los problemas que conlleva este síndrome. En la medida en que estamos etiquetando a los pacientes como "libres de pánico" simplemente porque carecen de ataques de pánico durante algunas semanas previas a la evaluación de la fase de seguimiento, se está sobrestimando la eficacia del tratamiento en comparación con lo que realmente éste ha sido.

#### GRUPOS DE CONTROL APROPIADOS

La mayoría de los estudios farmacológicos implican la comparación entre un único fármaco y una dosis de placebo, mientras que muchas

de las investigaciones de tratamiento psicosocial comparan uno o más tratamientos activos frente a una condición control de lista de espera. Klein (1996) ha expresado ciertas reservas sobre esta última estrategia y ha argumentado que los terapeutas cognitivo-conductuales han fracasado a la hora de demostrar de manera convincente que sus tratamientos poseen una eficacia específica contra el trastorno de pánico. Tal y como puntualiza Klein, los investigadores psicosociales no están capacitados para generalizar sus resultados, a menos que sus trabajos cumplan dos requisitos básicos. Primero, deben incorporar una condición de fármaco y una condición placebo. Segundo, deben demostrar la superioridad del fármaco frente al placebo. Más específicamente, Klein sostiene que no es lícito que los investigadores cognitivo-conductuales efectúen afirmaciones comparando la eficacia de la terapia cognitivo-conductual frente a los fármacos (o frente a un fármaco placebo) a menos que estas condiciones sean incluidas en cada uno de los estudios centrados en la terapia cognitivo-conductual. Simplemente demostrar la superioridad de la intervención cognitivo-conductual en relación con un control de lista de espera o comparándola con otros tratamientos psicosociales es insuficiente para garantizar que los efectos no son meramente atribuibles a un efecto placebo no específico. Por otra parte, Klein añade que los investigadores deben demostrar la eficacia de la terapia cognitivo-conductual en muestras de pacientes que han respondido al tratamiento farmacológico; de no ser así, los terapeutas cognitivo-conductuales no pueden extrapolar legítimamente sus resultados a la población de pacientes de pánico en su totalidad.

La mejor manera de ilustrar los puntos de vista de Klein es a través de sus críticas a los trabajos de Clark et al. (1994) y Klosko, Barlow, Tassinari y Cerny (1990). Clark et al. indicaron que la terapia cognitivo-conductual obtenía tasas de remisión del pánico significativamente más elevadas que la imipramina, la relajación y la lista de espera. La imipramina y la relajación fueron, de forma equivalente, superiores a la lista de espera. Aunque Clark et al. concluyeron que la terapia cognitivo-conductual es más efectiva que la imipramina,



Klein discrepa de dicha aseveración. Teniendo en cuenta que Clark et al. no incluyeron una condición de fármaco-placebo en su diseño, uno no puede determinar si los pacientes hubieran respondido mejor a la imipramina que al placebo, y sólo un resultado significativo imipramina *versus* placebo hubiera asegurado que los pacientes procedían de una población que responde (responsiva) a los fármacos. De acuerdo con Klein, los investigadores que emplean la terapia cognitivo-conductual deben primero documentar el nivel de respuesta de los sujetos a los fármacos, antes de pasar a generalizar sus resultados a los pacientes de pánico en general.

Klosko et al. (1990) solventaron el primer requisito de Klein al incluir una condición de fármaco-placebo, si bien no resolvieron el segundo. Aunque Klosko et al. evidenciaron que la terapia cognitivo-conductual inducía mayor número de remisiones del trastorno de pánico que las vinculadas al fármaco-placebo o a la lista de espera, el alprazolam no fue significativamente superior al fármaco-placebo. Por tanto, Klein sostiene que Klosko et al. no reúnen las condiciones para defender la superior eficacia de la terapia cognitivo-conductual en comparación con el fármaco o fármaco placebo, debido a que no "calibraron" su muestra de pacientes de pánico como responsivos al fármaco.

Debido a que pocas investigaciones centradas en la terapia cognitivo-conductual han introducido ambas condiciones, esto es, fármaco y fármaco-placebo, y han demostrado la superioridad del primero con respecto al segundo, Klein mantiene que no existe evidencia convincente que revele la eficacia de la terapia cognitivo-conductual en el trastorno de pánico, a pesar de las conclusiones consensuadas del *National Institute of Health*. El rechazo de Klein hacia los estudios controlados de la terapia cognitivo-conductual sobre el trastorno de pánico podría ser prematuro; a mi juicio existen problemas en la perspectiva crítica de Klein sobre los estudios de la terapia cognitivo-conductual (McNally, 1996b).

Primero, Klein emplea un razonamiento circular para explicar convincentemente las diferencias no significativas entre el fármaco y el placebo, tales como las señaladas por el grupo de Klosko. Aducir a la característica de

no responsividad al fármaco para explicar porqué los pacientes no se benefician más del fármaco que del placebo es inferir la característica a partir de los datos que tal característica debe explicar. Aunque es tautológicamente cierto que aquéllos que no responden a los fármacos se consideran sujetos no respondientes al fármaco, para que este argumento tenga fuerza explicativa se debe aportar evidencia de que existe "atipicidad" en la muestra independientemente de la respuesta al propio tratamiento. Los problemas para demostrar un efecto significativo de los fármacos reflejan simplemente la falta de fiabilidad de la terapia farmacológica clásica, pero no denotan la falta de representatividad de los pacientes. Realmente, los investigadores se responsabilizan en demostrar la representatividad de sus muestras, pero mediante medios independientes de la respuesta al tratamiento en sí misma.

Por ejemplo, la "tipicidad" de la muestra debería demostrarse mediante criterios rigurosos y estandarizados para la participación de los pacientes en el estudio.

Segundo, el razonamiento de Klein supone lógicamente que la terapia cognitivo-conductual nunca podría obtener mejores resultados que el fármaco en un estudio controlado, tal y como se ilustra en el ejemplo hipotético siguiente. El investigador A encuentra que el fármaco X alcanza una tasa de remisión del pánico significativamente mayor (80%) que el placebo (30%). El investigador B refiere que la terapia cognitivo-conductual consigue tasas de remisión del pánico significativamente más elevadas (80%) que el fármaco X (50%), el cual, a su vez, es superior en cuanto a tasas de remisión del pánico que el placebo (30%). ¿De qué forma el investigador A debería interpretar los resultados del investigador B?. Reconociendo que el investigador B "calibró" su muestra al documentar un efecto significativo del fármaco frente al placebo, ¿debería el investigador A afirmar que la terapia cognitivo-conductual es, de hecho, más efectiva que el fármaco X? o bien, ¿debería rechazar esta conclusión y en su lugar atacar el estudio afirmando que el investigador B debe haber seleccionado sus pacientes a partir de una población relativamente no-respondente a los fármacos?. Verdaderamente, razonaría el in-

investigador A, ¿porqué el fármaco X iba a producir tal sorprendente baja tasa de remisión del pánico si el porcentaje de pacientes que no responden a dicho fármaco no era "atípicamente" alto en la muestra del investigador B? Resumiendo, la autorización del investigador A para inferir la "atipicalidad" de la muestra solamente a partir de la respuesta al tratamiento en sí misma significa que aquél puede desautorizar cualquier dato que indique la superioridad de la terapia cognitivo-conductual frente al fármaco X.

Tercero, al exigir que los investigadores "calibren" sus muestras mediante la demostración de un efecto significativo de los fármacos, Klein ya presupone el tipo de investigación clínica que debería establecerse en el diseño para ser puesta a prueba. Demostrar el efecto de un fármaco no es una condición previa que deba cumplirse antes de que a un investigador le esté permitido hacer inferencias sobre sus datos; probar los efectos del fármaco es el objetivo del estudio, no una condición necesaria para su interpretación.

Cuarto, la simetría metodológica exige que si a los investigadores cognitivo-conductuales se les impide generalizar sus datos a una población respondiente a los fármacos cuando no contemplan las condiciones de fármaco y de fármaco-placebo en sus diseños, de la misma forma los farmacólogos no deberían generalizar sus resultados a una población de sujetos respondientes a la terapia cognitivo-conductual siempre que obvien la condición de terapia cognitivo-conductual en sus estudios farmacológicos. Realmente los fallos para "calibrar" las muestras como respondientes a la terapia cognitivo-conductual haría ininterpretable gran parte de la evidencia relativa a la terapia farmacológica del trastorno de pánico; muchos de los trabajos con psicofármacos han excluido la condición de terapia cognitivo-conductual.

Las preocupaciones que con toda razón expresa Klein (1996) sobre la comparabilidad de las muestras a través de las investigaciones y según se trate de terapia cognitivo-conductual o farmacológica, deberían subsanarse mediante la adherencia a criterios estandarizados de selección y el uso de una evaluación rigurosa para caracterizar a los pacientes (Shear y Maser, 1995). Los criterios es-

tandarizados de selección capacitarían a los investigadores para comparar los resultados de la terapia cognitivo-conductual *versus* la relajación con los datos obtenidos de los estudios con fluoxetina frente al fármaco-placebo. La comparabilidad de los criterios de selección permitirá establecer inferencias desde los distintos estudios sobre la eficacia relativa de los tratamientos, y evitaría el razonamiento circular inherente en la exigencia de Klein de que los investigadores calibrasen sus muestras como respondientes al fármaco (o a la terapia cognitivo-conductual).

## CONCLUSIONES

Existe poca duda de que la investigación clínica ha descubierto modos de ayudar a las personas que padecen un trastorno de pánico. Tanto la terapia cognitivo-conductual como determinados fármacos producen a menudo de moderada a marcada mejoría. Desafortunadamente, existe poco consenso para determinar si es la terapia de conducta o la farmacoterapia el tratamiento más apropiado. Los investigadores en terapia cognitivo-conductual siguen convencidos de la superioridad de su enfoque, asociándolo generalmente a eficacia general, ausencia de efectos secundarios, bajo coste y mejores resultados a largo plazo. Del mismo modo, los defensores del empleo de psicofármacos aseguran que éstos son esenciales, destacando su eficacia global, la rapidez de acción, y la facilidad de su administración. Se han llevado a cabo pocas comparaciones directas entre los tratamientos psicosociales y la farmacoterapia y los estudios existentes son considerados usualmente como metodológicamente defectuosos, bien por una orientación o por la otra.

Aunque la psiquiatría biológica parece estar de acuerdo en que los SSRIs son los fármacos más eficaces, las discrepancias han sido manifestadas por los investigadores psicosociales tras los estudios que sugieren que ciertas alternativas a la terapia cognitivo-conductual clásica (estándar) puede ser efectiva contra el pánico. Este campo de investigación espera que surja una resolución satisfactoria ante tal debate.

Finalmente, la utilización de métodos de evaluación más finos ha revelado que se

necesita mucho más progreso antes de que podamos concluir que el problema del pánico ha sido resuelto. Algunas medidas, tales como el porcentaje de pacientes libres de pánico, han sobreestimado probablemente la eficacia del tratamiento, siendo necesarios nuevos esfuerzos para reforzar los enfoques actuales y mejorar la vida de las personas que sufren de este trastorno.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Artz, A. y van den Hout, M.A. (1996). Psychological treatments of panic disorder without agoraphobia: Cognitive therapy versus applied relaxation. *Behavior Research and Therapy*, 34, 113-121.
- Ballenger, J.C., Burrows, G.D., DuPont, R.L., Jr., Lesser, I.M., Noyes, R., Jr., Pecknold, J.C., Rifkin, A. y Swinson, R.P. (1988). Alprazolam in panic disorder and agoraphobia: Results from a multicenter trial. I. Efficacy in short-term treatment. *Archives of General Psychiatry*, 45, 413-422.
- Barlow, D.H. (1988). *Anxiety and its disorders*. Nueva York: Guilford Press.
- Barlow, D.H. y Craske, M.G. (1989). *Mastery of your anxiety and panic*. Albany, NY: Graywind.
- Barlow, D.H., Craske, M.G., Cerny, J.A. y Klosko, J.S. (1989). Behavioral treatment of panic disorder. *Behavior Therapy*, 20, 261-282.
- Beck, J.G., Stanley, M.A., Baldwin, L.E., Deagle, III, E.A. y Averill, P.M. (1994). Comparison of cognitive therapy and relaxation training for panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 818-826.
- Black, D.W., Wesner, R., Bowers, W. y Gabel, J. (1993a). A comparison of fluvoxamine, cognitive therapy and placebo in the treatment of panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 50, 44-50.
- Black, D.W., Wesner, R. y Gabel, J. (1993b). The abrupt discontinuation of fluvoxamine in patients with panic disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 54, 146-149.
- Brown, T.A. y Barlow, D.H. (1995). Long-term outcome in cognitive-behavioral treatment of panic disorder: Clinical predictors and alternative strategies of assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 754-765.
- Bruce, T.J., Spiegel, D.A., Gregg, S.F. y Nuzzarello, A. (1995). Predictors of alprazolam discontinuation with and without cognitive behavior therapy in panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1156-1160.
- Bystritsky, A., Rosen, R.M., Murphy, K.J., Bohn, P., Keys, S.A. y Vapnik, T. (1994/1995). Double-blind pilot trial of desipramine versus fluoxetine in panic patients. *Anxiety*, 1, 287-290.
- Chambless, D.L., Caputo, G.C., Bright, P. y Gallagher, R. (1984). Assessment of fear in agoraphobics: The Body Sensations Questionnaire and the Agoraphobic Cognitions Questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 1090-1097.
- Clark, D.M. (1995). Cognitive therapy in the treatment of anxiety disorders. *Clinical Neuropharmacology*, 18 (Suppl. 2), 27-37.
- Clark, D.M., Salkovskis, P.M., Hackmann, A., Middleton, H., Anastasiades, P. y Gelder, M. (1994). A comparison of cognitive therapy, applied relaxation and imipramine in the treatment of panic disorder. *British Journal of Psychiatry*, 164, 759-769.
- Clark, D.M., Salkovskis, P.M., Hackmann, A., Wells, A. y Gelder, M. (Julio, 1995). *A comparison of standard and brief cognitive therapy for panic disorder*. Presentado en el World Congress of Behavioural and Cognitive Therapies, Copenhague, Dinamarca.
- Côté, G., Gauthier, J.G., LaBerge, B., Cormier, H.J. y Plamondon, J. (1994). Reduced therapist contact in the cognitive behavioral treatment of panic disorder. *Behavior Therapy*, 25, 123-145.
- Craske, M.G., Maidenberg, E. y Bystritsky, A. (1995). Brief cognitive-behavioral versus non-directive therapy for panic disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 26, 113-120.
- Feske, U. y Goldstein, A.J. (noviembre, 1995). *Eye movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) treatment for panic disorder: A controlled treatment outcome and partial dismantling study*. Presentado en la Reunión de la Association for Advancement of Behavior Therapy, Washington, DC, USA.
- Gorman, J.M., Liebowitz, M.R., Fyer, A.J., Goetz, D., Campeas, R.B., Fyer, M.R., Davies, S.O. y Klein, D.F. (1987). An open trial of fluoxetine in the treatment of panic attacks. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 7, 329-332.
- Gould, R.A., Otto, M.W. y Pollack, M.H. (1995). A meta-analysis of treatment outcome for panic disorder. *Clinical Psychology Review*, 15, 819-844.
- Hoehn-Saric, R., McLeod, D.R. y Hipsley, P.A. (1993). Effect of fluvoxamine on panic disorder. *Journal of Psychopharmacology*, 13, 321-326.
- Hoffart, A. (1995). A comparison of cognitive and guided mastery therapy of agoraphobia. *Behavior Research and Therapy*, 33, 423-434.
- Klein, D.F. (1964). Delineation of two drug-responsive anxiety syndromes. *Psychopharmacologia*, 5, 397-408.

- Klein, D.F. (1993). False suffocation alarms, spontaneous panics, and related conditions: An integrative hypothesis. *Archives of General Psychiatry*, *50*, 306-317.
- Klein, D.F. (1996). Preventing hung juries about therapy studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *64*, 81-87.
- Klosko, J.S., Barlow, D.H., Tassinari, R. y Cerny, J.A. (1990). A comparison of alprazolam and behavior therapy in treatment of panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *58*, 77-84.
- Lidren, D.M., Watkins, P.L., Gould, R.A., Clum, G.A., Asdterino, M. y Tulloch, H.L. (1994). A comparison of bibliotherapy and group therapy in the treatment of panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *62*, 865-869.
- Margraf, J. y Schneider, S. (julio, 1995). *Psychological treatment of panic: What works in the long run?* Presentado en el World Congress of Behavioural and Cognitive Therapies, Copenhagen, Dinamarca.
- Marks, I.M., Gray, S., Cohen, D., Hill, R., Mawson, D., Ramm, E. y Stern, R.S. (1983). Imipramine and brief therapist-aided exposure in agoraphobics having self-exposure homework. *Archives of General Psychiatry*, *40*, 153-162.
- Mathews, A.M., Gelder, M.G. y Johnston, D.W. (1981). *Agoraphobia: Nature and treatment*. Nueva York: Guilford Press.
- McNally, R.J. (1994). *Panic disorder: A critical analysis*. Nueva York: Guilford Press.
- McNally, R.J. (1996a). Anxiety sensitivity is distinguishable from trait anxiety. En R.M. Rapee (Ed.), *Current controversies in the anxiety disorders* (pp. 214-227). Nueva York: Guilford Press.
- McNally, R.J. (1996b). Methodological controversies in the treatment of panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *64*, 88-91.
- National Institutes of Health. (1991, septiembre 25-27). *Treatment of panic disorder*. NIH Consensus Development Conference Consensus Statement, Bethesda, MD.
- Oehrberg, S., Christiansen, P.E., Behnke, K., Borup, A.L., Severin, B., Soegaard, J., Calberg, H., Judge, R., Ohrstrom, J.K. y Manniche, P.M. (1995). Paroxetine in the treatment of panic disorder. A randomised, double-blind, placebo-controlled study. *British Journal of Psychiatry*, *167*, 374-379.
- Öst, L.G. (1988). Applied relaxation vs progressive relaxation in the treatment of panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *26*, 13-22.
- Öst, L.G. y Westling, B.E. (1995). Applied relaxation vs cognitive behavior therapy in the treatment of panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *33*, 145-158.
- Otto, M.W., Pollack, M.H., Sachs, G.S., Reiter, S.R., Meltzer-Brody, S. y Rosenbaum, J.F. (1993). Discontinuation of benzodiazepine treatment: Efficacy of cognitive-behavioral therapy for patients with panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, *150*, 1485-1490.
- Peterson, R.A. y Reiss, S. (1992). *Anxiety Sensitivity Index Manual* (2ª ed.). Worthington, OH: International Diagnostic Systems.
- Reiss, S., Peterson, R.A., Gursky, D.M. y McNally, R.J. (1986). Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. *Behaviour Research and Therapy*, *24*, 1-8.
- Sandfin, 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*.
- Schneider, F.R., Liebowitz, M.R., Davies, S.O., Fairbanks, J., Hollander, E., Campeas, R. y Klein, D.F. (1990). Fluoxetine in panic disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, *10*, 119-121.
- Shapiro, F. (1995). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures*. Nueva York: Guilford Press.
- Shear, M.K., Cloitre, M. y Heckelman, L. (1995). Emotion-focused treatment for panic disorder: A brief, dynamically informed therapy. En J.P. Barber y P. Crits-Christoph (Eds.), *Dynamic therapies for psychiatric disorders (Axis I)* (pp. 267-293). Nueva York: Guilford Press.
- Shear, M.K. y Maser, J.D. (1994). Standardized assessment for panic disorder research: A conference report. *Archives of General Psychiatry*, *51*, 346-354.
- Shear, M.K., Pilkonis, P.A., Cloitre, M. y Leon, A.C. (1994). Cognitive-behavioral treatment compared with nonprescriptive treatment of panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, *51*, 395-401.
- Spiegel, D.A., Bruce, T.J., Gregg, S.F. y Nuzzarello, A. (1994). Does cognitive behavior therapy assist slow-taper alprazolam discontinuation in panic disorder? *American Journal of Psychiatry*, *151*, 876-881.
- Swinson, R.P., Fergus, K.D., Cox, B.J., y Wickwire, K. (1995). Efficacy of telephone-administered behavioral therapy for panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, *33*, 465-469.
- Taylor, S., Woody, S., Koch, W.J., Mclean, P.D. y Anderson, K.W. (1996). False suffocation alarms and efficacy of cognitive-behavioral therapy for panic disorder. *Behavior Therapy*, *27*, 115-126.
- Telch, M.J., Lucas, J.A., Schmidt, N.B., Hanna, H.H., Jaimez, T.L. y Lucas, R.A. (1993). Group cognitive-behavioral treatment of panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *31*, 279-287.

Telch, M.J., Schmidt, N.B., Jaimez, T.L., Frank, J.D., Lucas, R.A., Harrington, P. y Jacquin, K. (julio, 1995). *Singular and combined efficacy of in vivo exposure and CBT in the treatment of panic disorder with agoraphobia*. Presentado en el World Congress of Behavioural and

Cognitive Therapies, Copenhagen, Dinamarca. van den Hout, M.A., Arntz, A. y Hoekstra, R. (1994). *Exposure reduced agoraphobia but not panic, and cognitive therapy reduced panic but not agoraphobia*. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 447-451.

## NOTAS

*Traducción de Paloma Chorot, Universidad Nacional de Educación a Distancia, Madrid.*