

Eva Prats<sup>1</sup>  
Elisabet Domínguez<sup>2</sup>  
Silvia Rosado<sup>1</sup>  
Guillem Pailhez<sup>1,3</sup>  
Antoni Bulbena<sup>1,3</sup>  
Miquel A. Fullana<sup>1,3</sup>

# Efectividad de la terapia cognitivo-conductual grupal para el trastorno de pánico en una unidad especializada

<sup>1</sup>Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions, Hospital del Mar, Barcelona

<sup>2</sup>Universitat Autònoma de Barcelona

<sup>3</sup>Departament de Psiquiatria i de Medicina Legal, Universitat Autònoma de Barcelona

---

**Introducción.** La eficacia de la terapia cognitivo-conductual (TCC) en el trastorno de pánico (TP) con o sin agorafobia está bien documentada, pero existen pocos datos sobre su efectividad en formato grupal. El objetivo del presente estudio era valorar la efectividad de la TCC grupal en una muestra de pacientes con TP en una unidad especializada.

**Método.** El tratamiento consistió en 9 sesiones de TCC con frecuencia semanal en 56 pacientes con TP. Se realizaron evaluaciones en el momento inicial, al final, al mes y los 3 meses de seguimiento.

**Resultados.** Tras la intervención cognitivo-conductual, se observó una disminución significativa en las puntuaciones de la sintomatología de pánico-agorafobia y variables relacionadas, que se mantenía en el seguimiento a 3 meses. No se observaron diferencias entre aquellos pacientes que realizaron tratamiento único (TCC) y los que realizaron tratamiento combinado (TCC+ tratamiento farmacológico). Sólo la sintomatología de pánico-agorafobia inicial se mostró como un buen predictor de la respuesta final al tratamiento (a mayor intensidad, menor respuesta a la TCC).

**Conclusiones.** Los resultados indican que TCC aplicada en formato grupal a pacientes con TP en un servicio especializado es un tratamiento efectivo.

**Palabras clave:** Terapia cognitivo-conductual, Terapia grupal, Efectividad, Trastorno de pánico, Agorafobia

*Actas Esp Psiquiatr* 2014;42(4):176-84

## Effectiveness of cognitive-behavioral group therapy for panic disorder in a specialized unit

**Introduction.** The efficacy of cognitive-behavior therapy for panic disorder (PD) with or without agoraphobia is well established, but few data exist on its effectiveness using a group format. The goal of the present study was to assess the effectiveness of group CBT in a sample of PD patients in a specialized unit.

**Methods.** Treatment consisted of nine weekly group sessions. Patients with PD (n=56) were assessed at baseline, after the treatment and in one and three-months follow-ups.

**Results.** There were significant reductions in panic/agoraphobia symptoms and related variables between baseline and post-treatment, and these reductions were maintained in three-month follow-up. No differences were observed between those patients who received only CBT and those who received pharmacological treatment as well as CBT. Only initial panic/agoraphobia symptoms were significant predictors of treatment response at the end of treatment (a greater severity was associated with a worse response to CBT).

**Conclusions.** Our results show that group CBT in a specialized unit is effective for PD patients.

**Keywords:** Cognitive-behaviour therapy, Group therapy, Effectiveness, Panic disorder, Agoraphobia

---

Correspondencia:

Dr. Miquel Angel Fullana

Unitat d'Ansietat

INAD, Parc de Salut Mar, Hospital del Mar

Passeig Marítim 25-29

08003 Barcelona

Tel.: 93 2483646

Correo electrónico: 98157@parcdesalutmar.cat

## INTRODUCCIÓN

El trastorno de pánico (TP) se caracteriza por la presencia de ataques de pánico inesperados y recidivantes, seguidos por inquietud persistente a tener más ataques y/o preocupación por sus consecuencias. Alrededor de dos tercios de los pacientes con un TP desarrolla agorafobia<sup>1</sup>, descrita como la ansiedad ante lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil o bien, en el caso de un ataque de pánico o síntomas similares, no se pudiera disponer de ayuda<sup>2</sup>.

Las intervenciones recomendadas para el manejo del TP según la Guía NICE<sup>3</sup> son: (1) la terapia cognitivo-conductual (TCC); (2) el tratamiento farmacológico; y (3) la biblioterapia basada en los principios de la TCC.

Se han desarrollado diversos protocolos de TCC que incluyen psicoeducación, exposición interoceptiva (a sensaciones) y exposición situacional, junto con -en algunos casos- técnicas de reestructuración cognitiva y técnicas del control de la activación (entrenamiento en relajación y/o respiración controlada). Utilizando dichos protocolos se han conseguido reducciones de entre un 75% y un 95% en la frecuencia de ataques de pánico al finalizar el tratamiento y el mantenimiento de los resultados hasta dos años después de la intervención<sup>4-8</sup>. También se han observado mayores tamaños del efecto y mejoras mantenidas durante más tiempo con la TCC que con otras formas de psicoterapia<sup>9-12</sup>, así como menores tasas de recaídas en comparación con el tratamiento psicofarmacológico<sup>11-14</sup>.

A pesar de que la TCC está bien establecida como tratamiento del TP, son pocos los estudios que han valorado su efectividad (es decir, la eficacia en el mundo clínico "real") en formato grupal. Esto es importante dado las ventajas en términos de coste/beneficio que la terapia grupal ofrece sobre la individual<sup>15</sup>.

La efectividad de la TCC grupal en el TP se ha evaluado en muestras de pacientes de diversas poblaciones, incluyendo población japonesa, brasileña, estadounidense o canadiense en programas de tratamiento que utilizaban 10<sup>16</sup>, 12<sup>17</sup> o 14 sesiones<sup>18,19</sup>, y que incluían psicoeducación, exposición interoceptiva, exposición situacional, técnicas de reestructuración cognitiva y técnicas de control de la activación. En general, los resultados de estos trabajos muestran reducciones significativas en ataques de pánico y en conductas agorafóbicas al final del tratamiento. Los porcentajes de pacientes que alcanzan criterios de remisión oscilan entre el 54 y el 80 %<sup>17,20</sup>.

En nuestro entorno, sólo existe un estudio que haya evaluado la efectividad de la TCC grupal. Garriga y cols<sup>21</sup> llevaron a cabo una intervención basada en el Modelo del Control del Pánico<sup>22</sup> con 29 participantes reclutados en un Centro de Salud Mental de Murcia. La intervención incluía psicoeducación, exposición interoceptiva y situacional, técnicas para el

control de la activación y reestructuración cognitiva. Tras 12 sesiones semanales de 90 minutos de duración, se obtuvieron reducciones significativas en las escalas que evaluaban sintomatología de pánico y sintomatología asociada. Esta mejoría clínica coincidía con una reducción del tratamiento farmacológico en más del 50% de los casos y con su finalización en un 20%. Una limitación de este trabajo es que no se valoró la efectividad de la intervención dependiendo de si los pacientes recibían o no tratamiento farmacológico.

Además, en los últimos años se ha establecido empíricamente que la adición de componentes como las técnicas de control de activación no añaden eficacia a la TCC basada en psicoeducación, exposición interoceptiva y exposición situacional<sup>23</sup> y se han conseguido resultados similares con protocolos más breves<sup>15,18</sup>.

El objetivo del presente estudio era valorar la efectividad de un formato breve (nueve sesiones) de TCC grupal basada en el Modelo del Control del Pánico<sup>24</sup> que no incluye técnicas de control de activación en una muestra de pacientes con TP en una unidad especializada.

## MÉTODO

### Participantes

La muestra inicial estaba formada por 62 pacientes reclutados de forma consecutiva en la Unidad de Ansiedad del Hospital del Mar, a quienes se les ofreció participar en un programa de TCC en formato grupal.

Todos los pacientes del estudio cumplían los siguientes criterios de inclusión/exclusión: (I) diagnóstico principal de trastorno de pánico con o sin agorafobia o agorafobia sin historia de trastorno de pánico según criterios DSM-IV; (II) ausencia de trastorno depresivo mayor, trastorno psicótico o bipolar comórbido; (III) no haber realizado cambios en el tratamiento farmacológico (si lo recibían) en el mes anterior al inicio del tratamiento; y (IV) ausencia de patología médica que condicionara el tratamiento psicológico. La muestra estaba formada por 39 mujeres (63%) y 23 hombres (37%), cuya edad oscilaba entre 20 y 58 años ( $M=36,7$ ;  $DE=8,76$ ). La mayoría de pacientes ( $n=50$ ; 80,7%) recibieron TCC añadida a su tratamiento farmacológico habitual [fármacos antidepresivos ( $n=11$ ; 17,5%), ansiolíticos ( $n=12$ ; 19%) o combinaciones de fármacos ( $n=28$ ; 44,3%)] mientras que un pequeño porcentaje ( $n=12$ ; 19%) recibieron TCC en solitario. Los fármacos utilizados así como el resto de características sociodemográficas y clínicas se presentan en la tabla 1.

De los 62 pacientes a quienes se ofreció tratamiento, 56 iniciaron el programa. Se dispone de datos de 46 pacientes al finalizar el tratamiento, de 31 al mes y de 28 a los 3 meses de seguimiento. 24 pacientes fueron evaluados en todos los momentos (ver Figura 1).

Tabla 1		Características sociodemográficas y clínicas de la muestra	
Característica	Frecuencia	%	
<b>Sexo</b>			
Hombre	23	37,1	
Mujer	39	62,9	
<b>Estado civil</b>			
Soltero	15	24,2	
Casado o con pareja	39	62,9	
Separado o divorciado	8	12,9	
Edad *	36,79	8,76	
<b>Estudios</b>			
Primarios	7	11,3	
Secundarios	32	51,6	
Universitarios	23	37,1	
<b>Situación laboral</b>			
Activo	37	59,7	
Estudiante	2	3,2	
Desempleado	10	16,2	
Pensionista	4	6,5	
Baja laboral	9	14,5	
Años de evolución de la enfermedad *	10,13	8,10	
<b>Diagnósticos secundarios</b>			
Otros trastornos de ansiedad	3	4,8	
Anorexia nerviosa	1	1,6	
Trastorno de despersonalización	1	1,6	
Dependencia al cannabis	1	1,6	
<b>Medicación al inicio</b>			
Ansiolíticos	12	19	
Antidepresivos	11	17,5	
Ansiolíticos + Antidepresivos	25	39,5	
Otros	3	4,8	
<b>Antidepresivos utilizados</b>			
Paroxetina 20-40 mg/día	17	46	
Citalopram 10-45 mg/día	5	13,5	
Fluoxetina 10-30 mg/día	4	10,8	
Sertralina 50-100mg /día	3	8,1	
Escitalopram 10-20 mg/día	2	5,4	
Clomipramina 75mg/día	1	2,7	
Imipramina 75-150 mg/día	2	5,4	
Venlafaxina 75mg/día	1	2,7	
Combinación de 2 antidepresivos	2	5,4	

\* M (DE)

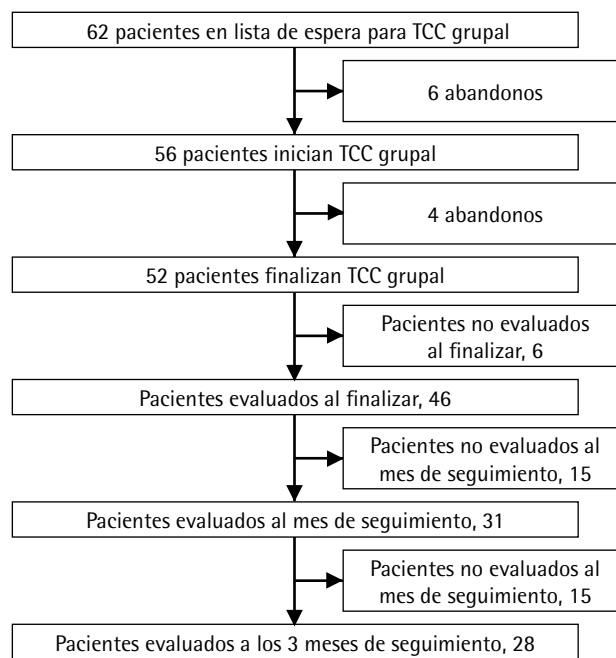


Figura 1

Reclutamiento de participantes

## Evaluación

Los participantes fueron evaluados inicialmente por una enfermera especialista en salud mental mediante la adaptación española<sup>25</sup> de la MINI-Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional versión 5.0<sup>26</sup>. Posteriormente, otro clínico con experiencia (psiquiatra o psicólogo clínico) confirmó el diagnóstico principal de trastorno de pánico (con o sin agorafobia) o agorafobia sin historia de trastorno de pánico mediante una entrevista clínica semi-estructurada.

En todas las evaluaciones también se administraron los siguientes instrumentos:

- Escala de Pánico y Agorafobia de Bandelow (PAS)<sup>27</sup> que evalúa los síntomas de pánico y agorafobia. Consta de 13 ítems que se puntúan de 0 a 4, según la gravedad de la sintomatología durante la semana anterior. La puntuación total oscila entre 0 y 52.
- Escala de Ansiedad Rasgo, versión rasgo (STAI-T)<sup>28</sup>, que valora la tendencia a la ansiedad. Consta de 20 ítems que se puntúan de 0 a 3. La puntuación total oscila entre 0 y 60.
- Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)<sup>29</sup> adaptación española<sup>30</sup> que evalúa síntomas depresivos. Consta de 21 ítems que se puntúan de 0 a 3, según su intensidad en las dos semanas previas. La puntuación total oscila entre 0 y 63.

- Escala para la Evaluación de la Sensibilidad a la Ansiedad (ASI-3)<sup>31</sup> adaptación española<sup>32</sup> que evalúa el miedo a los síntomas de ansiedad. Consta de 18 ítems agrupados en 3 subescalas (preocupaciones físicas/somáticas, cognitivas y sociales), que se puntúan de 0 a 4. Las puntuaciones en cada una de las escalas oscilan entre 0 y 24.
- Escala de Discapacidad del Inventario de Discapacidad de Sheehan (SDI)<sup>33</sup> adaptación española<sup>34</sup> que evalúa el grado de discapacidad de la sintomatología en los ámbitos laboral, social y familiar. Consta de 3 ítems, que se puntúan de 0 a 10. La puntuación de discapacidad global oscila entre 0 y 30.

## Tratamiento

Los pacientes completaron un protocolo de tratamiento basado en el manual de Barlow y Craske para el Trastorno de Pánico<sup>24</sup>, siguiendo un manual modificado para tratamiento grupal y adaptado a nuestro contexto (Fullana y cols., datos no publicados). Para el presente estudio se han considerado los datos obtenidos en 11 grupos de tratamiento realizados entre los años 2008 y 2010, formados por entre 4 y 8 pacientes.

El tratamiento consistía en una sesión inicial de presentación y evaluación seguidas de 9 sesiones semanales de 1 hora de duración con los siguientes contenidos: (I) psicoeducación (sesiones 2 a 4), (II) exposición interoceptiva (sesiones 5 y 6) y (III) exposición situacional (sesiones 7 a 10). Las tareas para casa incluyeron lectura del material psicoeducativo, registros diarios de síntomas y práctica individualizada de los ejercicios de exposición interoceptiva (inicialmente practicados en grupo) y de exposición situacional. Los grupos estaban dirigidos por un psicólogo clínico especializado en trastornos de ansiedad y por una enfermera especialista en salud mental (o residente de psicología clínica), que actuaba como coterapeuta.

## Análisis estadísticos

Se aplicó inicialmente un procedimiento de tratamiento para los valores perdidos, de forma que a aquellos ítems en los que no se obtuvo respuesta se les dio el valor de la media de las puntuaciones de la escala o subescala a la que pertenecían. Las diferencias entre los pacientes que finalizaron el tratamiento y los abandonos así como las diferencias entre pacientes con o sin tratamiento farmacológico al inicio se analizaron mediante pruebas de comparación de medias (*t* de Student o *U* de Mann-Whitney, y  $\chi^2$  o la Prueba Exacta de Fisher para variables categóricas).

Para determinar la efectividad del TCC grupal, se compararon los resultados de las variables clínicas (PAS, las tres

subescalas de la ASI-3, STAI-T, BDI-II y SDI) al inicio, final, seguimiento a 1 mes y seguimiento a 3 meses mediante un ANOVA de un factor con medidas repetidas. Se utilizó el ajuste para múltiples comparaciones de Bonferroni. Para calcular el tamaño del efecto de las diferencias se utilizó la *d* de Cohen (desviación estándar combinada).

Para evaluar las diferencias entre aquellos pacientes que al inicio del tratamiento grupal seguían tratamiento farmacológico y los que no, se utilizó un ANOVA de medidas repetidas con un factor intra-sujeto (tiempo: inicio, final, seguimiento a 1 mes y seguimiento a 3 meses) y un factor entre-sujetos (tratamiento único y tratamiento combinado). En aquellos casos en los que el supuesto de esfericidad de Mauchly no se cumplía, se utilizó la corrección de Greenhouse-Geisser.

Para identificar posibles predictores de resultado, se calcularon correlaciones bivariadas de Pearson entre las variables relevantes pre-tratamiento (intensidad inicial de síntomas de pánico-agorafobia y los tres factores de sensibilidad a la ansiedad) y la variable principal de resultado (intensidad final de los síntomas de pánico-agorafobia al finalizar el tratamiento). Posteriormente, se llevó a cabo una regresión lineal jerárquica introduciendo en el primer paso las puntuaciones en el BDI-II al inicio para así controlar el efecto de los síntomas depresivos, y en un segundo paso las variables que habían mostrado una correlación significativa con la variable dependiente (intensidad de los síntomas de pánico-agorafobia al finalizar el tratamiento) mediante el método de pasos sucesivos.

Los datos se analizaron mediante el paquete estadístico SPSS v15.

## RESULTADOS

### Pacientes tratados versus abandonos

No existían diferencias significativas entre los pacientes tratados (*n*=46) y los abandonos (*n*=16) en las escalas clínicas ni en cuanto a sexo y edad (datos no presentados).

### Efectividad de la terapia cognitivo-conductual

Los resultados del ANOVA mostraron un efecto significativo del factor Tiempo en todas las variables estudiadas: PAS total,  $F(3,69)=19,081$ ,  $p<0,001$ ; ASI-3 cognitiva,  $F(3,69)=8,629$ ,  $p<0,002$ ; ASI-3 física,  $F(3,69)=28,866$ ,  $p<0,001$ ; ASI-3 social,  $F(3,66)=17,523$ ,  $p<0,001$ ; BDI-II,  $F(3,69)=9,261$ ,  $p<0,001$ ; STAI-T,  $F(3,66)=17,465$ ,  $p<0,001$ ; y SDI global,  $F(3,69)=15,295$ ,  $p<0,001$ . Como se puede observar en la tabla 2, la variable PAS y las tres subescalas de la variable ASI3 (física, cognitiva y social) mostraron disminuciones significativas en las puntuaciones obtenidas entre la

Medida	Resultados de la TCC grupal al inicio, final y seguimiento al mes y los tres meses							
	TCC grupal				Comparaciones por pares	Tamaño del efecto		
	Inicio	Final	1 mes	3 meses		Inicio – Final	Inicio – 1 mes	Inicio – 3 meses
M (DE)	M (DE)	M (DE)	M (DE)					
PAS total	19,08 (8,28)	10,96 (8,99)	8,83 (9,08)	9,92 (8,95)	Inicio > Final = 1 mes = 3 meses	0,94	1,18	1,06
ASI3-c	10,92 (8,00)	6,04 (5,61)	6,17 (6,68)	5,17 (5,47)	Inicio > Final = 1 mes = 3 meses	0,71	0,64	0,84
ASI3-f	15,42 (6,74)	8,00 (5,85)	6,88 (5,07)	6,42 (6,02)	Inicio > Final = 1 mes = 3 meses	1,17	1,43	1,41
ASI3-s	13,96 (6,45)	8,13 (4,85)	8,17 (5,70)	7,04 (6,25)	Inicio > Final = 1 mes = 3 meses	1,02	0,95	1,09
BDI-II	18,79 (11,17)	13,88 (9,26)	9,33 (7,26)	12,00 (10,99)	Inicio = Final > 1 mes = 3 meses	0,48	1,00	0,61
STAI-T	34,96 (9,58)	28,91 (10,22)	23,48 (9,57)	23,48 (10,97)	Inicio > Final > 1 mes = 3 meses	0,61	1,20	1,11
SDI global	16,17 (6,84)	11,13 (7,30)	8,21 (7,70)	6,96 (6,73)	Inicio > Final > 1 mes = 3 meses	0,43	0,82	1,06

PAS total: Escala de Pánico y Agorafobia; ASI3-c: Escala para la Evaluación de la Sensibilidad a la Ansiedad, preocupaciones cognitivas; ASI3-f: Escala para la Evaluación de la Sensibilidad a la Ansiedad, preocupaciones físicas/somáticas; ASI3-s: Escala para la Evaluación de la Sensibilidad a la Ansiedad, preocupaciones sociales; BDI-II: Inventario de Depresión de Beck; STAI-T: Escala de Ansiedad Rasgo, versión rasgo; SDI global: Escala de Discapacidad del Inventario de Discapacidad; M: Media; DE: Desviación Estándar.

Medidas	Estadísticos descriptivos y comparaciones de las medidas iniciales entre pacientes que completan el seguimiento a 3 meses con (n=19) y sin (n=5) tratamiento farmacológico al inicio del tratamiento grupal					
	TCC		Tratamiento combinado		Estadístico (t/U)	p
	M	DE	M	DE		
Sexo (hombre)*	3 (60%)		3 (15,8%)		Pr. Fisher	0,078
Edad	33,71	5,02	38,19	7,81	1,21	0,240
PAS total	19,00	4,85	19,11	9,08	0,02	0,980
ASI3-c	8,40	8,44	11,58	7,98	36,5	0,431
ASI3-f	12,00	7,71	16,32	6,38	1,29	0,209
ASI3-s	12,20	8,93	14,42	5,86	0,68	0,505
BDI-II	16,00	5,15	19,53	12,28	0,62	0,542
STAI-T	25,40	7,70	37,37	8,23	2,93	0,008
SDI global	13,40	4,67	16,89	7,23	1,02	0,320

\* Frecuencia (%)  
 PAS total: Escala de Pánico y Agorafobia; ASI3-c: Escala para la Evaluación de la Sensibilidad a la Ansiedad, preocupaciones cognitivas; ASI3-f: Escala para la Evaluación de la Sensibilidad a la Ansiedad, preocupaciones físicas/somáticas; ASI3-s: Escala para la Evaluación de la Sensibilidad a la Ansiedad, preocupaciones sociales; BDI-II: Inventario de Depresión de Beck; STAI-T: Escala de Ansiedad Rasgo, versión rasgo; SDI global: Escala de Discapacidad del Inventario de Discapacidad; M: Media; DE: Desviación Estándar; Pr. Fisher: Prueba exacta de Fisher.

evaluación inicial y la final. Sin embargo, las puntuaciones finales no diferían significativamente de las obtenidas al mes y 3 meses de seguimiento. Las puntuaciones iniciales en el BDI-II no diferían significativamente de las mostradas por los pacientes tras el tratamiento, pero sí se observaba una disminución significativa de las puntuaciones entre la evaluación final y el seguimiento a un mes y 3 meses. Por último, tanto las puntuaciones de la escala STAI-T como la SDI, presentaban una disminución significativa entre el

momento inicial y final, y entre el momento final y el seguimiento al mes y se mantenían sin diferencias respecto al seguimiento a 3 meses. Analizando el tamaño del efecto de las diferencias entre todas las evaluaciones, podemos observar como las mayores diferencias se encontraban al mes de seguimiento en la escala PAS total (*d* de Cohen=1,18), ASI-3 física (*d* de Cohen=1,43), BDI-II (*d* de Cohen=1,00) y STAI-T (*d* de Cohen=1,20); mientras que para la ASI-3 cognitiva (*d* de Cohen=0,84), ASI-3 social (*d* de Cohen=1,09) y la SDI

**Tabla 4** Resultados de la TCC grupal al inicio, final y seguimiento al mes y los tres meses entre pacientes con (n=19) y sin (n=5) tratamiento farmacológico al inicio del tratamiento grupal

Medida	TCC grupal				Tiempo		Interacción Tratamiento x Tiempo	
	Inicio	Final	1 mes	3 meses	F(gl)	p	F(gl)	p
	M (DE)	M (DE)	M (DE)	M (DE)				
PAS total					13,695 (3,66)	<0,001	0,292 (3,66)	0,773
TCC	19,00 (4,85)	10,40 (5,32)	6,20 (5,26)	9,40 (9,84)				
TCC+FMC	19,11 (9,08)	11,11 (9,84)	9,53 (9,83)	10,05 (8,98)				
ASI3-c					5,006 (3,66)	<0,02	0,528 (3,66)	0,602
TCC	8,40 (8,44)	4,80 (4,87)	2,60 (3,29)	4,40 (4,34)				
TCC+FMC	11,58 (7,98)	6,37 (5,86)	7,11 (7,09)	5,37 (5,82)				
ASI3-f					16,241 (3,66)	<0,001	0,478 (3,66)	0,236
TCC	12,00 (7,71)	8,80 (7,16)	4,40 (3,65)	5,40 (5,73)				
TCC+FMC	16,32 (6,38)	7,79 (5,67)	7,53 (5,26)	6,68 (6,22)				
ASI3-s					12,741 (3,66)	<0,001	0,185 (3,66)	0,906
TCC	12,20 (8,93)	5,60 (4,56)	5,00 (4,80)	4,00 (4,00)				
TCC+FMC	14,42 (5,86)	8,79 (4,81)	9,00 (5,73)	7,84 (6,57)				
BDI-II					6,315 (3,66)	<0,002	0,258 (3,66)	0,855
TCC	16,00 (5,15)	8,00 (8,43)	5,80 (6,26)	8,20 (9,96)				
TCC+FMC	19,53 (12,28)	15,42 (9,03)	10,26 (7,36)	13,00 (11,27)				
STAI-T					5,482 (3,63)	<0,003	2,063 (3,63)	0,114
TCC	23,50 (7,42)	23,00 (12,88)	19,50 (15,26)	21,25 (17,56)				
TCC+FMC	37,37 (8,23)	30,16 (9,52)	24,32 (8,29)	23,95 (9,72)				
SDI global					9,086 (3,66)	<0,001	0,042 (3,66)	0,963
TCC	13,40 (4,67)	9,00 (6,78)	5,80 (8,17)	5,20 (7,92)				
TCC+FMC	16,89 (7,23)	11,68 (7,50)	8,84 (7,67)	7,42 (6,54)				

PAS total: Escala de Pánico y Agorafobia; ASI3-c: Escala para la Evaluación de la Sensibilidad a la Ansiedad, preocupaciones cognitivas; ASI3-f: Escala para la Evaluación de la Sensibilidad a la Ansiedad, preocupaciones físicas/somáticas; ASI3-s: Escala para la Evaluación de la Sensibilidad a la Ansiedad, preocupaciones sociales; BDI-II: Inventario de Depresión de Beck; STAI-T: Escala de Ansiedad Rasgo, versión rasgo; SDI global: Escala de Discapacidad del Inventario de Discapacidad; TCC+FMC: Tratamiento combinado (TCC+ farmacológico); M: Media; DE: Desviación Estándar; gl: grados de libertad.

(*d* de Cohen=1,06) las mayores diferencias se daban a los 3 meses de haber finalizado el tratamiento.

### Efectividad de la terapia cognitivo - conductual con o sin tratamiento farmacológico coadyuvante

Los pacientes con tratamiento farmacológico no eran diferentes inicialmente de los pacientes sin tratamiento farmacológico, en ninguna de las variables clínicas/sociodemográficas analizadas excepto en la puntuación del

STAI-T, que era superior en los pacientes con tratamiento farmacológico ( $M=37,37$ ;  $DE=8,23$ ) versus los pacientes sin tratamiento ( $M=25,40$ ;  $DE=7,70$ ) [ $t(22)=2,93$ ;  $p<0,01$ ] (ver tabla 3).

Los resultados del ANOVA indicaron que existía un efecto principal del factor Tiempo para todas las variables estudiadas (todos los valores de *F* son  $>5,006$  y su significación estadística es siempre  $<0,02$ ) al finalizar el tratamiento, al seguimiento a un mes y al seguimiento a tres meses. Sin embargo, el efecto de la interacción Tiempo x Tratamiento no resultó significa-

**Tabla 5** Resumen de los estadísticos del análisis de regresión lineal jerárquica con la intensidad de los síntomas de pánico-agorafobia al finalizar el tratamiento (PAS final) como variable dependiente

VD	Modelo	Predictores	$\beta$	$R^2$	Cambio en $R^2$	$p$
PAS final	1	BDI-II inicial	0,497	0,355		
	2	BDI-II inicial PAS inicial	0,323 0,326	0,411	0,056	0,049

VD: Variable dependiente; PAS final: Escala de Pánico y Agorafobia, puntuación en la escala al finalizar el tratamiento; PAS inicial: Escala de Pánico y Agorafobia, puntuación en la escala en la evaluación inicial; BDI-II inicial: Inventario de Depresión de Beck, puntuación en la escala en la evaluación inicial.

tivo para ninguna de las variables estudiadas, indicando que las puntuaciones entre ambos grupos no diferían significativamente en la evaluación final, en el seguimiento a un mes ni en el seguimiento a tres meses (ver tabla 4).

### Predictores de resultado para la terapia cognitivo-conductual

Existían correlaciones positivas significativas entre las puntuaciones iniciales en el BDI-II ( $r=0,596$ ;  $p<0,001$ ), ASI-3 física ( $r=0,324$ ;  $p<0,03$ ), ASI-3 cognitiva ( $r=0,351$ ;  $p<0,02$ ), PAS ( $r=0,572$ ;  $p<0,03$ ) y la PAS final. Los resultados de la regresión lineal mostraron que, después de controlar por los síntomas depresivos iniciales, sólo la variable PAS inicial explicaba una parte adicional (5,6 %) de la variabilidad en la respuesta final al tratamiento (PAS final). Los coeficientes mostraron una relación directa entre ambas variables ( $\beta_{\text{BDI-II inicial}}=0,323$ ;  $\beta_{\text{PAS inicial}}=0,326$ ) y la intensidad de los síntomas de pánico-agorafobia a los 3 meses de la intervención (ver tabla 5).

### DISCUSION Y CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos avalan la efectividad de la TCC aplicada en formato grupal a pacientes con TP en un servicio especializado. Tras 9 sesiones grupales de TCC (aproximadamente 9 horas de intervención), los pacientes con TP presentaron una mejoría significativa en los síntomas de pánico/agorafobia que se mantenía a los 3 meses de seguimiento. Marchand y cols<sup>18</sup>, Nakano y cols<sup>16</sup> y Heldt y cols<sup>17</sup> obtuvieron resultados similares, indicando una reducción rápida de la sintomatología desde la evaluación inicial a la final y un

efecto suelo en los seguimientos posteriores. Estos resultados avalan que las intervenciones breves son tan efectivas como las más extensas, puesto que se observan reducciones de la sintomatología similares en intervenciones que implican 10<sup>16</sup>, 12<sup>17</sup> y 14<sup>18</sup> semanas de tratamiento.

Los resultados obtenidos son comparables con los hallados en intervenciones similares que incluían también técnicas para el control de la activación. Este hecho avala las propuestas de algunos autores que afirman que estas técnicas no generan beneficios añadidos a la psicoeducación y las técnicas de exposición<sup>23</sup>.

También se observó una reducción de la sintomatología depresiva asociada que no era objeto específico de tratamiento, pero ésta se produjo al mes de seguimiento. Estos datos entran parcialmente en contradicción con los obtenidos por otros estudios<sup>18,20,21,35</sup> en los que la mejoría en síntomas depresivos era evidente tras la intervención. Este hecho podría explicarse por la presencia de una sintomatología depresiva más marcada<sup>18,20,35</sup> y por el menor número de sesiones realizadas, que aproximaría la evaluación al mes de seguimiento en este estudio con la evaluación final en otros<sup>21</sup>.

En cuanto a la discapacidad asociada con el TP, la reducción de la discapacidad en los pacientes parece aumentar con el paso del tiempo, siendo el tamaño del efecto mayor a los tres meses de seguimiento. Esto podría indicar que los pacientes han continuado aplicando las habilidades aprendidas una vez finalizado el tratamiento psicológico.

El índice de abandonos en nuestro estudio se situó en el 26%. Estos datos son similares a las tasas que Wade y cols<sup>36</sup> obtuvieron al aplicar TCC grupal en un centro de salud mental norteamericano (26%) o a las de Galassi y cols<sup>20</sup> (22%), pero muy inferiores a las que Shap y cols<sup>37</sup> encontraron en una muestra de pacientes reclutada en atención primaria (47%).

Merece la pena destacar que las mejoras conseguidas fueron similares en pacientes que realizaron tratamiento único (TCC) en comparación a aquellos que realizaron tratamiento combinado (TCC y tratamiento farmacológico), aunque estos análisis deben interpretarse con precaución al estar basados en un número limitado de participantes. En cualquier caso, nuestro estudio sugiere que en la práctica clínica habitual muchos pacientes pueden recibir TCC como tratamiento único, sin necesidad de recibir un tratamiento farmacológico concomitante. Esto es importante dado, entre otros, el mayor coste que comporta la realización de tratamiento combinados<sup>38</sup>.

Al estudiar posibles factores predictivos, encontramos que sólo la gravedad de los síntomas de pánico-agorafobia iniciales predecía los resultados del tratamiento, una vez controlados los posibles efectos de los síntomas depresivos. Los resultados muestran que a mayor sintomatología de

pánico-agorafobia inicial, mayor sintomatología final. Estos datos concuerdan con los hallados por Dow y cols<sup>39</sup> al evaluar la efectividad de la TCC en formato individual y Baillie y cols<sup>40</sup> al hacerlo en formato grupal.

Nuestro estudio presenta algunas limitaciones importantes. Se trata de un estudio abierto y, por tanto sin grupo control. Sin embargo, disponer de datos de la "realidad clínica" puede ser útil en futuras investigaciones y en la práctica clínica cotidiana. Asimismo, no disponemos de los datos relativos al número exacto de pacientes que se encontraban libres de diagnóstico tras la intervención y en los seguimientos realizados. Otra limitación es el tamaño de la muestra, lo que afecta especialmente a los análisis de comparación de pacientes con y sin tratamiento farmacológico concomitante (ver más arriba).

A pesar de estas limitaciones, nuestro estudio permite concluir que en la práctica clínica "real" la TCC produce beneficios tanto en la sintomatología de pánico-agorafobia como en la sintomatología asociada, de la misma forma que genera una reducción en la discapacidad asociada con el TP. La utilización de un formato grupal facilita al terapeuta tratar a un mayor número de pacientes. Por tanto, podemos afirmar que la TCC resulta efectiva en el entorno clínico y que, cuando se realiza en formato grupal, resulta un tratamiento efectivo y eficiente.

## BIBLIOGRAFÍA

- Robins LN, Regier DA. *Psychiatric Disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study*. New York: The Free Press, 1991.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed, revised text. Washington DC: American Psychiatric Association, 2000.
- National Institute for Clinical Guideline 22. Anxiety. Management of anxiety (panic disorder, with or without agoraphobia, and generalised anxiety disorder) in adults in primary, secondary and community care. NICE clinical guideline 22, 2007. Available from [www.nice.org.uk/CG022](http://www.nice.org.uk/CG022).
- De Beurs E, Van Balkom AJLM, Lange A, Koele P, Van Dyck R. Treatment of panic disorder with agoraphobia: comparison of fluvoxamine, placebo, and psychological panic management combined with exposure and of exposure in vivo alone. *Am J Psychiatry*. 1995;152:683-91.
- Fava GA, Savron G, Zielezny M, Grandi S, Rafanelli C, Conti S. Overcoming resistance to exposure in panic disorder with agoraphobia. *Acta Psychiatr Scand*. 1997;95:306-12.
- Barlow DH, Gorman JM, Shear MK, Woods SW. Cognitive-behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder: A randomized controlled trial. *JAMA*. 2000;283(19):2529-36.
- Berger P, Sachs G, Amering M, Holzinger A, Bankier B, Katschnig H. Personality disorder and social anxiety predict delayed response in drug and behavioral treatment of panic disorder. *J Affect Disord*. 2004;80:75-8.
- Kiropoulos LA, Klein B, Austin DW, Gilson K, Pier C, Mitchell J, Ciechowski L. Is internet-based CBT for panic disorder and agoraphobia as effective as face-to-face CBT? *J Anxiety Disord*. 2008;22(8):1273-84.
- Clum GA, Clum GA, Surls R. A meta-analysis of treatments for panic disorder. *J Consult Clin Psychol*. 1993;61(2):317-26.
- McCabe RE, Gifford S. Psychological treatment of panic disorder and agoraphobia. En: Antony MM, Stein MB, eds. *Oxford handbook of anxiety and related disorder*. Oxford: University Press, 2009; p. 308-20.
- Foldes-Busque G, Marchad A, Landry P. L'identification et le traitement du trouble panique avec ou sans agoraphobie: mise à jour [Identification and treatment of Panic Disorder with/without Agoraphobia: Update]. *Le Médecin de famille Canadien*. 2007;53:686-93.
- Gould RA, Otto MW, Pollack MH. A meta-analysis of treatment outcome for panic disorder. *Clin Psychol Rev*. 1995;15:819-44.
- White KS, Barlow DH. Panic disorder and agoraphobia. En: Barlow DH, ed. *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: The Guilford Press, 2001; p. 328-79.
- Fava GA, Rafanelli C, Grandi S, Conti S, Ruini C, Mangelli L, Belluardo P. Long-term outcome of panic disorder with agoraphobia treated by exposure. *Psychol Med*. 2001;31(5):891-8.
- Roberge P, Marchand A, Reinharz D, Savard P. Cognitive-behavioral treatment for panic disorder with agoraphobia: a randomized, controlled trial and cost-effectiveness analysis. *Behav Modif*. 2008;32(3):333-51.
- Nakano Y, Lee K, Noda Y, Ogawa S, Kinoshita Y, Funayama T, et al. Cognitive-behavior therapy for Japanese patients with panic disorder: acute phase and one-year follow-up results. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2008;62(3):313-21.
- Heldt E, Gus Manfro G, Kipper L, Blaya C, Isolan L, Otto MW. One-year follow-up of pharmacotherapy-resistant patients with panic disorder treated with cognitive-behavior therapy: Outcome and predictors of remission. *Behav Res Ther*. 2006;44(5):657-65.
- Marchand A, Roberge P, Primiano S, Germain V. A randomized, controlled clinical trial of standard, group and brief cognitive-behavioral therapy for panic disorder with agoraphobia: a two-year follow-up. *J Anxiety Disord*. 2009;23(8):1139-47.
- Penava SJ, Otto MW, Maki KM, Pollack MH. Rate of improvement during cognitive-behavioral group treatment for panic disorder. *Behav Res Ther*. 1998;36(7-8):665-73.
- Galassi F, Quercioli S, Charismas D, Niccolai V, Barciulli E. Cognitive-behavioral group treatment for panic disorder with agoraphobia. *J Clin Psychol*. 2007;63(4):409-16.
- Garriga A, Martín JC, Lopez C. Tratamiento cognitivo-conductual grupal del trastorno de pánico con o sin agorafobia en un centro de salud mental público. *Revista de psicopatología y psicología clínica*. 2009;14(2):79-93.
- Barlow DH, Cerny JA. *Psychological treatment of panic*. New York: Guilford Press, 1988.
- Schmidt NB, Woolaway-Bickel K, Trakowski J, Santiago H, Storey J, Koselka M, et al. Dismantling cognitive-behavioral treatment for panic disorder: questioning the utility of breathing retraining. *J Consult Clin Psychol*. 2000;68(3):417-24.
- Barlow DH, Craske MG. *Mastery of your Anxiety and Panic: MAP-3*. New York: Graywind Publications, 2000.
- Ferrando L, Bobes J, Gibert J, Soto M, Soto O. Mini-International Neuropsychiatric Interview. Versión en Español 5.0.0. DSM-IV. Madrid: Instituto IAP, 2005.
- Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K, Janavs J, Weiller E, Keskiner A, et al. The validity of the mini international neuropsychiatric interview (MINI) according to the SCID-P and its reliability. *Eur Psychiatry*. 1997;12:232-41.
- Bandelow B. The assessment of efficacy of treatments for panic



- disorder and agoraphobia. II. The Panic and Agoraphobia Scale. *Int Clin Psychopharmacol.* 1995;10:73-82.
28. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. STAI. Manual for the state-trait anxiety inventory. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press, 1970.
  29. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Manual for Beck Depression Inventory-II. San Antonio, TX: Psychological Corporation, 1996.
  30. Sanz J, Navarro ME, Vázquez C. Adaptación española del inventario para la depresión de Beck-II (BDI-II): 1. Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Anl Modif Conduct.* 2003;29(124):239-88.
  31. Taylor S, Zvolensky MJ, Cox BJ, Deacon B, Heimberg RG, Ledley DR, et al. Robust dimensions of anxiety sensitivity: development and initial validation of the Anxiety Sensitivity Index-3. *Psychol Assess.* 2007;19(2):176-88.
  32. Sandin B, Valiente RM, Chorot P, Santed MA. ASI-3: nueva escala para la evaluación de la sensibilidad a la ansiedad. *Revista de psicopatología y psicología clínica.* 2007;12(2):91-104.
  33. Sheehan DV, Harnett-Sheehan K, Raj BA. The measurement of disability. *Int Clin Psychopharmacol.* 1996;3(Supl):89-95.
  34. Bobes J, Badía X, Luque A, García M, González MP, Dal-Ré R. Validation of the Spanish version of the Liebowitz social anxiety scale, social anxiety and distress scale and Sheehan disability inventory for the evaluation of social phobia. *Med Clínica.* 1999;112(14):530-8.
  35. Martinsen EW, Olsen T, Tonset E, Nyland KE, Aarre TF. Cognitive-behavioral group therapy for panic disorder in the general clinical setting: a naturalistic study with 1-year follow-up. *J Clin Psychiatry.* 1998;59(8):437-42.
  36. Wade WA, Treat TA, Stuart GL. Transporting an empirically supported treatment for panic disorder to a service clinic setting: a benchmarking strategy. *J Consult Clin Psychol.* 1998;66(2):231-9.
  37. Sharp DM, Power KG, Swanson V. A comparison of the efficacy and acceptability of group versus individual cognitive behaviour therapy in the treatment of panic disorder and agoraphobia in primary care. *Clin Psychol Psychother.* 2004;11:73-82.
  38. McHugh RK, Otto MW, Barlow DH, Gorman JM, Shear MK, Woods SW. Cost-efficacy of individual and combined treatments for panic disorder. *J Clin Psychiatry.* 2007;68(7):1038-44.
  39. Dow MG, Kenardy JA, Johnston DW, Newman MG, Taylor CB, Thomson A. Prognostic indices with brief and standard CBT for panic disorder: I. Predictors of outcome. *Psychol Med.* 2007;37(10):1493-502.
  40. Baillie AJ, Rapee RM. Predicting who benefits from psychoeducation and self help for panic attacks. *Behav Res Ther.* 2004;42(5):513-27.