



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA  
Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

Manuscrito Recepcional  
Programa de Profundización en Psicología Clínica

Desarrollo de un Tutorial Explicativo del Trastorno de Pánico

Reporte de Investigación Teórica

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

Karina Meneses Rodríguez

Director: Mtra. Lizbeth Escobedo Pedraza

Dictaminadores: Lic. María Cristina Canales Cuevas

Esp. Araceli Flores Angeles

Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México, 2021





Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## ÍNDICE

RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	1
JUSTIFICACIÓN.....	4
OBJETIVO.....	8
<b>CAPÍTULO 1. ANSIEDAD</b>	
¿Qué es la ansiedad? .....	9
Trastornos de ansiedad.....	10
Neurobiología de la ansiedad.....	12
¿Ansiedad o miedo?.....	14
Pánico.....	17
Ataque de pánico.....	17
<b>CAPÍTULO 2. TRASTORNO DE PÁNICO</b>	
Conceptualización.....	19
Causas.....	21
Diagnóstico.....	22
<b>CAPÍTULO 3. TRATAMIENTO</b>	
Tratamiento farmacológico.....	27
Terapia Cognitivo Conductual.....	30
<b>CAPÍTULO 4. TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN</b>	
Psicoeducación.....	31

<b>Registros.....</b>	<b>32</b>
<b>Entrenamiento en Relajación.....</b>	<b>32</b>
<b>Reestructuración Cognitiva.....</b>	<b>33</b>
<b>Exposición Interoceptiva.....</b>	<b>33</b>
<b>Exposición en Vivo.....</b>	<b>34</b>
<b>Instrucciones de Exposición.....</b>	<b>35</b>

## **CAPÍTULO 5. EFECTIVIDAD DE TÉCNICAS Y PROGRAMAS**

<b>Efectividad de las técnicas cognitivo conductuales empleadas en casos de trastorno de pánico.....</b>	<b>35</b>
--	-----------

## **CAPÍTULO 6. PROPUESTA DEL TUTORIAL**

<b>Liga para ingresar al tutorial .....</b>	<b>38</b>
<b>Información general.....</b>	<b>38</b>
<b>Objetivo del Tutorial.....</b>	<b>39</b>
<b>Limitaciones de los programas en internet para el TP.....</b>	<b>40</b>
<b>Consideraciones específicas.....</b>	<b>42</b>
<b>Otras consideraciones.....</b>	<b>43</b>

<b>Instituciones que ofrecen servicio psicológico en México.....</b>	<b>77</b>
--	-----------

<b>Conclusiones.....</b>	<b>80</b>
--------------------------	-----------

<b>Bibliografía.....</b>	<b>82</b>
--------------------------	-----------

## RESUMEN

De los trastornos de ansiedad, el trastorno de pánico es uno de los más incapacitantes y con mayor coste económico y social. El porcentaje de pacientes potenciales que piden ayuda, así como aquellos que la reciben, sigue siendo muy bajo; aunado a ello, se encuentran las dificultades para acceder a los servicios de salud, ya sea por cuestiones geográficas, económicas o desconocimiento sobre el trastorno; otro problema reside en los programas y tratamientos que se ofrecen en internet sin sustento científico, mismos a los que recurren las personas con el trastorno. Por tanto, el objetivo de este trabajo fue elaborar un tutorial sobre el trastorno de pánico, cuya aplicación pueda ser de manera presencial y/o virtual, pero siempre bajo supervisión psicológica de un profesional. Incluye técnicas cognitivo conductuales como psicoeducación, reentrenamiento de la respiración, entrenamiento en relajación muscular, terapia racional emotiva conductual, exposición interoceptiva y exposición en vivo, de las cuales se tiene evidencia científica sobre su efectividad. Los tutoriales para tratar problemas ansiedad también cuentan con dicho respaldo.

**Palabras clave:** trastorno de pánico, terapia cognitivo conductual, tutoriales, presencial, virtual.

## INTRODUCCIÓN

De acuerdo con el DSM-V, un trastorno mental es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental, que van asociados a un estrés significativo o una discapacidad, ya sea

social, laboral o de otras actividades importantes. Una respuesta predecible o culturalmente aceptable ante un estrés usual o una pérdida, tal como la muerte de un ser querido, no constituye un trastorno mental. Un comportamiento socialmente anómalo (ya sea político, religioso o sexual) y los conflictos existentes principalmente entre el individuo y la sociedad, no son trastornos mentales salvo que la anomalía o el conflicto sean el resultado de una disfunción del individuo, como las descritas anteriormente (APA, 2013).

Otra definición es la que realiza el Instituto de Investigaciones Biomédicas de la UNAM, en donde se concibe a los trastornos mentales como “desórdenes en el cerebro que alteran la manera de pensar y de sentir de la persona afectada, al igual que su estado de ánimo y su habilidad de relacionarse e identificarse con otros. Son causados por desórdenes químicos en el cerebro, y pueden afectar a personas de cualquier edad, raza, religión o situación económica” (UNAM, 2004; en Salud Mental, 2006).

El riesgo de sufrir un trastorno mental se incrementa en ciertos grupos, entre los que se encuentran aquellos que viven en pobreza extrema, personas desempleadas, población con bajos niveles educativos, aquellos que han sido víctimas de violencia, los migrantes y refugiados, los indígenas, mujeres, hombres, niños y ancianos maltratados o abandonados, personas con discapacidad, y personas con enfermedades crónicas como el VIH-SIDA (OMS, 2004; UNAM, 2004; en Salud Mental, 2006) además de existir factores biológicos de tipo genético asociados a factores hereditarios, factores de tipo ambiental que pueden presentarse en el embarazo de la madre y ocurrir en la etapa prenatal, perinatal y postnatal tales como desnutrición, infecciones, incompatibilidad sanguínea o abuso de sustancias y medicamentos (SSA, 2002; en Salud Mental, 2006) así como factores psicosociales que pueden desencadenar la aparición de los mismos y que pueden estar relacionados con la historia personal del individuo y particularmente con las experiencias tempranas en la vida que les hacen más vulnerables a sufrir una enfermedad mental (Salud Mental, 2006), ocasionando un coste social elevado

pues contribuyen al desempleo, al ausentismo por la enfermedad y a la pérdida de productividad en el trabajo (OECD, 2014; en Carreño y Medina, 2018) un aproximado de 17.3 días perdidos al año (Benjet et al., 2013).

Dentro de los trastornos mentales los trastornos de ansiedad (TA) son las perturbaciones psiquiátricas más frecuentes a lo largo de nuestra vida, y se caracterizan principalmente por el miedo excesivo a situaciones que no representan ningún peligro real; consumen muchos recursos de salud, son un factor de riesgo de los trastornos cardiovasculares, y afectan al 14.3% de la población mexicana a lo largo de su vida (Martínez y López, 2011).

Los trastornos de ansiedad tienden a ser hereditarios, pero los investigadores no están seguros de por qué algunos miembros de la familia desarrollan estas enfermedades mientras que otros no, y no se han descubierto genes específicos que realmente causan un trastorno de ansiedad; afectan a uno de cada cinco adultos estadounidenses al año: 15 millones de adultos por trastorno de ansiedad social, 7 millones por trastorno de ansiedad generalizada, y 6 millones por trastorno de pánico, siendo éstos los trastornos de ansiedad más comunes; las personas con trastornos de ansiedad tienen sentimientos de miedo e inseguridad que intervienen con sus actividades cotidianas, los cuales duran 6 meses o más, y está relacionado con otros problemas de salud como enfermedades cardíacas, diabetes, abuso de sustancias, depresión mayor, fobia social y desórdenes afectivos (Pine, 2016; Palomares, 2008).

Uno de los principales trastornos de ansiedad es el Trastorno de Pánico (TP). Se caracteriza por recurrentes e inesperados ataques de miedo o pánico intenso, cada ataque dura entre cinco y veinte minutos, y son bastante aterradores para quien los experimenta pues usualmente la persona se convence de que está muriendo. Como las personas que sufren TP están frecuentemente ansiosas por tener otro ataque (episodio) de pánico mejor conocido como ansiedad secundaria, suelen evitar situaciones temidas en las que pueda ocurrir otro episodio, así como

aquellas en las que no puedan recibir ayuda, y en donde pudiesen sentirse avergonzadas si es que les ocurriera un ataque. La ansiedad secundaria (también conocida como anticipatoria) puede ser definida como “*miedo al miedo*”, puesto que este miedo se refiere a las consecuencias anticipadas de las crisis de pánico o angustia, y la creencia de que los síntomas son peligrosos (Hartmann, 2019; Martínez y López, 2011).

## JUSTIFICACIÓN

La prevalencia del TP es del 5 % en los Estados Unidos y afecta a dos mujeres por cada hombre, siendo éstas 60% más propensas a experimentar un trastorno de ansiedad a lo largo de sus vidas; suele comenzar en la etapa final de la adolescencia ya entrada la edad adulta (Hartman, 2019). En México, la prevalencia del trastorno de pánico de acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México (2003) es de 2.1% (1.3% en hombres y 2.9% en mujeres) y la edad promedio de inicio es los 21 años. Además, la misma encuesta reporta que solo 1 de cada 10 personas con trastornos de ansiedad recibieron atención médica en ese año, y que entre los trastornos con mayor uso de cualquier servicio, el TP ocupó el 28.8% (Medina-Mora et al., 2003, p.9,15).

El TP suele cursar con otros trastornos mentales en el 70% de los casos, lo que suele deteriorar la calidad de vida de estos pacientes. A pesar de ser el trastorno de ansiedad que genera mayor incapacidad e hiperfrecuentación de los servicios médicos, no se diagnostica correctamente en la mitad de los casos, y pocas veces se recibe un tratamiento mínimamente adecuado lo que a la larga produce más abandonos y recaídas (Cano et al., 2011). Esto sucede porque suele confundirse por los pacientes con un infarto al miocardio, y dado que el médico al que recurren en primera instancia no es un médico psiquiatra, se precisa tener claridad de las características, síntomas físicos, y catástrofes temidas por el paciente para tratar el trastorno eficazmente (Martínez y López, 2011). De hecho, el uso de servicios o



especialista consultado para tratar el trastorno de pánico en México de acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (2003) es que: 10.9% acuden a un especialista como psiquiatra, psicólogo, orientador, psicoterapeuta, enfermera en salud mental o trabajador social; 7.7% recurre a un médico general familiar o de cabecera, o algún otro médico como cardiólogo, ginecólogo (si es mujer), urólogo (si es hombre), enfermera o terapeuta ocupacional; 17.7% acude a un especialista en salud mental u otro médico general; 2.5% usa otros recursos como consejero espiritual o sacerdote, rabino, pastor, curandero, yerbero, quiropráctico o espiritista, y el 14.3% utiliza cualquier servicio (Medina-Mora et al., 2003, p.14); al no saber la persona a qué atribuir el inicio de los ataques de pánico, entra en una percepción subjetiva de no poder ejercer ningún control sobre el problema o sobre la propia reacción somática (indefensión aprendida), a grado de convertirse en un obstáculo importante para el tratamiento del trastorno (Caballo, Buela y Carrobes, 1995; en Palomares, 2008).

Respecto a ello, los tutoriales de autoayuda para el control de los ataques de pánico en el TP, han demostrado su efectividad en diversos estudios, entendiéndose por autoayuda cualquier medio (escrito, grabado, etc.) cuyo contenido sea un programa de tratamiento (o parte del mismo) que el paciente pueda auto-administrarse por sí mismo o con la guía del terapeuta (Glasgow y Rosen, 1978; en Baños et al., 2007). En algunos de estos estudios se reporta una mejora significativa después del tratamiento, misma que se mantuvo incluso en la fase de seguimiento es decir, a los 6 meses de haberlo iniciado (Oromendia, 2016); en otros se ha comprobado la utilidad de la relajación muscular progresiva y el entrenamiento en respiración autoinducida, como alternativa de intervención para reducir la activación fisiológica y mejorar la respuesta de frecuencia respiratoria (Botella y García, 1996); otros autores hallaron que un contacto de 3,5 horas en total con el terapeuta y el uso de un manual con tareas para casa, era suficiente para lograr mejoras significativas en los casos con agorafobia (Mathews et al., 1997; en Roca y Roca 1999). En otros más no se encontraron diferencias entre la eficacia de

un tratamiento llevado a cabo por un terapeuta o uno llevado de aquellos que utilizaban un manual o un ordenador (Ghos y Marks, 1987; en Roca y Roca, 1999), y algunos a pesar de no ser específicos para el pánico, también demuestran su eficacia en fobias específicas como el miedo a hablar en público y el miedo a los animales pequeños, y también refieren una serie de ventajas importantes respecto a los tratamientos tradicionales en cuanto a su coste-beneficio, ya que suelen ser más económicos pues están creados con la intención de llegar a personas que no puedan recibir el tratamiento ya sea porque viven en zonas en las que la ayuda no está disponible o porque no tienen los recursos necesarios (Rivera et al., 2007); adicionalmente se mantiene la intimidad del participante (por el hecho de recibir la ayuda en su propia casa y/o espacio) lo que a su vez también significa que no tienen que mostrar las sensaciones en público, y pueden recibir el tratamiento en cualquier momento del día dada la flexibilidad de los horarios (Bachofen, Nakagama, Marks et al., 1999; en Rivera et al., 2007).

Si bien es cierto que en las últimas décadas han aparecido infinidad de programas de autoayuda y tutoriales en medios electrónicos y redes sociales de internet, también lo es el que existen ciertos riesgos a pesar de su gran utilidad, por lo que es necesario tener en cuenta que su uso indiscriminado y no justificado podría incluso exacerbar el problema como lo es en este caso el TP. Otra de las limitaciones es que muchos de estos materiales y tutoriales que se encuentran en la red, no proporcionan información adecuada para llegar a un diagnóstico confiable; en muchos casos el paciente mismo es quien se autodiagnostica (y se autodiagnostica mal) recurriendo a una autoaplicación de tratamientos inadecuados para él, que no solo no resuelven su problema sino que incluso puede empeorarlo. Por otro lado, un tratamiento sin supervisión puede ser problemático si no se ofrecen las instrucciones precisas y las pautas de acción que permitan al usuario aplicarlo correctamente; además, puede que el paciente entienda mal las instrucciones o que aplique el tratamiento de forma incorrecta o en menor tiempo del que se requiere. El problema de la disponibilidad de la información en la red es parecido al de un libro clásico de autoayuda, en donde la persona al tener toda la información al

alcance de su mano, puede pasar por alto algunas partes imprescindibles por parecerles innecesarias, o pasar por alto los protocolos que exigen las intervenciones psicológicas para asegurar el éxito del tratamiento en los casos de intervenciones que se realicen sin supervisión. Todos estos errores pueden culminar no solo en el fracaso de la intervención, sino que además puede que el usuario adjudique dicho fracaso al tratamiento mal elegido, mermando su confianza en los tratamientos psicológicos y generalizando la efectividad de los mismos (Baños et al., 2007).

Por tanto, el interés de este trabajo surge de la necesidad de ofrecer un tutorial específico para el TP, que pueda difundirse en la red, con la diferencia de que esté dirigido y supervisado en todo momento por el psicólogo ya sea de manera presencial o virtual, respaldado por estudios que avalan la eficacia de las técnicas propuestas en el mismo y aprovechando el uso de las tecnologías de comunicación, en aras de evitar impactos negativos en el bienestar y la salud de la persona con este trastorno. Además, si tomamos en cuenta que solo un pequeño porcentaje de pacientes potenciales buscan ayuda para solucionar sus problemas, y que entre las diversas razones que pueden desanimarlos están las dificultades de acceder a los tratamientos por cuestiones geográficas, de tiempo, y los costes de los mismos (Baños et al., 2007), la realización de este tutorial se torna realmente importante.

Así mismo existe un interés personal tras mi experiencia con el TP, derivado de los momentos en que comencé a experimentar altos niveles de ansiedad, posteriormente ataques de pánico, y finalmente ser diagnosticada con TP. En primera instancia fue muy complicado entender lo que me estaba sucediendo, y fue aún más difícil llegar a un diagnóstico certero. Parte de esas complicaciones surgen por un lado, por la dificultad de tratar de definir la salud mental con conceptos subjetivos y por el otro, por el estigma que rodea en sí a la enfermedad mental y que crea muchas barreras, ya que la persona se enfrenta a la discriminación, al prejuicio y al rechazo, en situaciones como alquilar una vivienda, aplicar para algún puesto de trabajo (ya que los empleadores tienen la idea de que es más probable

que una persona con una enfermedad mental se ausente con mayor frecuencia del trabajo, sea peligrosa o sea violenta) o acceder a los servicios para tratamiento, incluyendo actitudes negativas de los profesionales de la salud mental (Overton y Medina, 2008). Ello limita que el individuo pueda hablar de lo que le sucede, pues no solo forma parte del grupo de personas más estigmatizadas, sino también de las más marginadas, en desventaja y vulnerables en nuestra sociedad (Johnstone, 2001; en Overton y Medina, 2008); también, habría que sumarle el estigma, evaluación interna y juicio que la persona realiza sobre su propia enfermedad mental (Overton y Medina, 2008).

## **OBJETIVO**

Derivado de lo anterior el objetivo de este trabajo consiste en la realización de una propuesta de tutorial desde un abordaje psicológico sobre el trastorno de pánico. La finalidad es que sirva como una guía de autoayuda para las personas que tras experimentar recurrentes e inesperados ataques de pánico, tengan información (con sustento científico) que les ayude a comprender mejor lo que les está sucediendo, les permita saber que cuentan con diversas opciones para su tratamiento, y que además puedan hacer uso de algunas técnicas que contrarresten los síntomas. El tutorial no sustituye en ningún momento o de alguna manera el tratamiento psicológico o psiquiátrico, los fines son más bien psicoeducativos y de aplicación, con el propósito de difundir el conocimiento de técnicas efectivas y específicas para el trastorno de pánico, las cuales al ser utilizadas por las personas con el diagnóstico y bajo supervisión del psicólogo, les permita hacer frente a los estímulos percibidos como amenazantes, aumente la sensación de control percibida, y mejore la autoeficacia percibida para gestionar las situaciones en las que suele presentarse un ataque de pánico cuando se tiene TP.

## **ANSIEDAD**

### **¿Qué es la ansiedad?**

Para entender el TP primero hay que entender qué es la ansiedad. La ansiedad es un mecanismo innato y adaptativo que prepara a los seres humanos para la acción y los protege de la amenaza anticipada. Este "sistema de alarma" puede tener consecuencias perjudiciales cuando se activa durante intervalos excesivos de tiempo, cuando se desencadena en situaciones inofensivas, o cuando se activa sin ninguna causa aparente (Amodeo, 2017). Es decir, ante situaciones de miedo, estresantes o amenazantes, la ansiedad es una respuesta entendible porque emite una señal de alerta que mejora nuestro desempeño físico y mental; pero cuando la ansiedad se convierte en un estado de miedo intenso, aprehensión o tensión excesiva sin causa aparente, además de deteriorar nuestro desempeño, causa angustia y sufrimiento físico y psicológico (Hartmann, 2019).

La ansiedad es algo tan normal como comer, dormir o respirar; forma parte integrante de nuestra vida y es necesaria para nuestra supervivencia; puede ayudarnos a estar mejor preparados para una importante reunión de trabajo, o hacer que tomemos precauciones cuando viajamos a un lugar desconocido; es la base del aprendizaje y de la motivación para obtener placer y evitar el sufrimiento, por tanto, sería peligroso eliminar toda ansiedad de nuestra vida. Ello no quiere decir que todas las experiencias de ansiedad sean buenas para nosotros, pero podrá desencadenar en un trastorno si la ansiedad es abrumadora, si hay excesivas y persistentes sensaciones de aprensión, zozobra, tensión, así como nerviosismo ante situaciones cotidianas que la mayoría de la gente afrontaría sin mayores problemas (García, 2006; en González, 2007; Clark y Beck, 2016).

La ansiedad se manifiesta como respuestas fisiológicas (tensión muscular, palpitations, taquicardia, tasa elevada de respiración, mareos, náuseas, sequedad en la boca, sudor, temblores, enrojecimiento en la cara, calor, dificultad para dormir,

dolores de cabeza, cuello o espalda, fatiga y diarrea; a nivel cognitivo, se manifiesta en las expectativas negativas y preocupaciones sobre uno mismo, situaciones y consecuencias potenciales es decir, en la alteración de los pensamientos e imágenes que vienen a nuestra cabeza cuando estamos frente a una situación de peligro (Morris, Davis y Hurtchings, 1981; en Cedillo, 2017) y a nivel conductual, se manifiesta a través de expresiones faciales, patrones de comunicación e inquietud (Gould, Greeleaf y Krane, 2002; en Cedillo, 2017).

La afectación en estos tres niveles de respuesta impacta considerablemente y de forma negativa nuestra habilidad para resolver problemas de forma eficiente (MacIntyre y Gardner, 1989; en Cedillo, 2017) así como nuestro rendimiento académico (Olivares, Caballos, Garía, Rosa y López, 2003; en Cedillo, 2017).

En términos generales, la ansiedad normal es más ligera, tiene una función adaptativa y es menos corporal por lo que no implica una reducción de la libertad personal; en cambio, la ansiedad patológica es desproporcionada con la situación, o se presenta en ausencia de cualquier peligro ostensible, se vivencia más corporalmente, compromete el funcionamiento del individuo y lo impulsa frecuentemente a pedir ayuda médica (García, 2006; en González, 2007).

Se calcula que entre un 15 y un 20 % de la población mundial padece, o padecerá a lo largo de su vida problemas relacionados con la ansiedad, con una importancia suficiente como para requerir tratamiento. Es improbable lograr una mejoría espontánea, es decir, sin consulta ni tratamiento; en la mayoría de los pacientes la ansiedad tiende a mantenerse e incluso a extenderse y generalizarse. Tratar de sobreponerse a base de fuerza de voluntad, como piensan algunas personas, no es efectivo. Querer que los síntomas desaparezcan no da resultado y no es suficiente; la buena noticia es que la gran mayoría de los casos mejora siguiendo el tratamiento adecuado (Noyes et al., 1987; en González, 2007).

## Trastornos de Ansiedad

Los trastornos de ansiedad están agrupados y clasificados en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V (APA, 2013) de la siguiente manera:

- Trastorno de ansiedad por separación
- Mutismo selectivo
- Fobia específica
- Trastorno de ansiedad social (fobia social)
- Trastorno de pánico
- Agorafobia
- Trastorno de ansiedad generalizada
- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos
- Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica
- Otro trastorno de ansiedad especificado
- Otro trastorno de ansiedad no especificado

Esta distinción permite diferenciar entre un tipo de ansiedad y otra (por así decirlo), lo cual hace más fácil no solo su identificación sino su manejo, pero sobre todo nos permite darnos cuenta que la ansiedad no es una sola como pudiera pensarse, sino que más bien, de acuerdo a las características y criterios que reúna, será la manera en que se realizará el diagnóstico. Por ejemplo, en el trastorno de ansiedad social o fobia social, se tendrá en cuenta si la persona ha estado preocupado durante días o semanas antes de un evento social, si con frecuencia se siente avergonzada, cohibida y con miedo a ser juzgada, si les resulta difícil hablar con los demás, si se sonroja, presenta sudor, temblor o molestias estomacales cuando está con otras personas. En el trastorno de ansiedad generalizada (TAG), las personas se preocupan constantemente por temas de la vida diaria como la salud, la economía o la familia, y sigue su preocupación aun si se dan cuenta de que no hay por qué preocuparse; se sobresaltan con facilidad y les resulta difícil relajarse, concentrarse y dormir; suelen tener dolores de cabeza,

dolores musculares o dolores inexplicables, y los síntomas con frecuencia empeoran en los momentos de estrés. En el TP (tema central de este manuscrito) las personas tienen brotes de miedo súbito y repentino (llamados ataques de pánico) que duran varios minutos o más; durante un ataque de pánico la persona siente que no puede respirar o que está teniendo un ataque cardíaco, puede sentir que pierde el control o tener una sensación de irrealidad; no todas las personas que tienen ataques de pánico desarrollarán un trastorno de pánico; pero si los ataques se repiten sin aviso y generan miedo de tener otro ataque en cualquier momento, entonces es probable que se trate de un trastorno de pánico (Pine, 2016). Para mayor especificidad, detalle e información de cada trastorno de ansiedad, se sugiere revisar directamente el DSM-V.

### **Neurobiología de la ansiedad**

Aunque no existe precisión sobre la etiología del trastorno de pánico, prevalecen 2 enfoques principalmente que explican sus causas: el biológico y el psicológico. El enfoque biológico hace énfasis en las alteraciones en las estructuras cerebrales y bioquímicas del cerebro, y el enfoque psicológico, sugiere que los ataques de pánico son desencadenados por la interpretación catastrófica de las sensaciones del cuerpo (Palomares, 2008).

La etiología de los trastornos psiquiátricos en sí es compleja y multifactorial, por lo que no debe explicarse únicamente bajo un enfoque, y sí debe integrarse tanto la mirada biológica como la psicológica al momento de emitir un diagnóstico, ya que de lo contrario se estaría realizando solamente una evaluación parcial y no un cuadro completo del trastorno (Ros y Lupresti, 1999; en Palomares, 2008).

Estudios realizados en animales muestran que estados de miedo parecidos a la ansiedad, están mediados por estructuras como la amígdala, el hipocampo, la corteza prefrontal, el locus coeruleus, y la sustancia gris perisilviana (Palomares,



2008). La Neurobiología propone que hay una anatomía de las emociones, y que hay regiones del cerebro que tienen una función crucial para su experimentación; plantea también que en todo proceso cognitivo y emocional interviene todo el cerebro. Las emociones se sitúan o se localizan (por así decirlo) en el sistema límbico, una región que comprende varias estructuras profundas del cerebro como son el cíngulo, la amígdala, el hipotálamo, el hipocampo y otras estructuras que conectan con el tallo cerebral-medula oblongada, del cual sale el nervio vago, nervio que inerva casi todos los órganos del tórax y del abdomen, entre ellos el corazón y el intestino (Gómez, 2007; en Cedillo, 2017). Este sistema neuronal es el responsable de que preservemos nuestra vida a través de las reacciones de lucha o de huida, de la alimentación y la actividad sexual, que a su vez, están ligadas con emociones como el cólera, el miedo, la ansiedad y el amor (Cedillo, 2017).

La amígdala es la estructura más importante en la ansiedad; está localizada en el lóbulo temporal, y coordina y regula las reacciones de alarma. Entre las muchas estructuras a las que la amígdala envía proyecciones, se encuentran los núcleos dorsales del vago (importantes para el control regulatorio cardiovascular), los núcleos parabranciales (quienes regulan la respiración), y los sistemas neurohumorales, anatómicos y musculoesqueléticos, asociados con los mecanismos de respuesta a la ansiedad y el miedo. Así mismo, la amígdala funciona como un centro regulador que evalúa la información exteroceptiva e interoceptiva dando lugar a respuestas viscerales y conductuales de alarma, y cuya función está mediada por receptores noradrenérgicos, benzodiazepínicos, y 5HT-1A (Goddard y Charney, 1997; en Cedillo, 2017). El locus coeruleus se localiza en el puente cerca del cuarto ventrículo, y es el principal núcleo que contiene norepinefrina en el cerebro. Envía eferencias a la amígdala, hipocampo, hipotálamo, corteza y médula espinal, todos implicados en los comportamientos de miedo y ansiedad (Goddard & Charney, 1997; en Cedillo, 2017). Esta estructura se activa al presentarse una reducción de la presión sanguínea y del volumen sanguíneo, y al hacerlo, se presentan cambios en la termorregulación, hipoglicemia, distensión de la vejiga, estómago y colon, lo que lo convierte en un centro de alerta para la supervivencia de los individuos (Cedillo, 2017).

El tálamo, retransmite señales sensoriales a la amígdala en situaciones de miedo. Cuando esta región se lesiona, no se presenta reacción de miedo esperada ante un estímulo acústico (Cedillo, 2017).

El hipotálamo, está involucrado en la activación simpática es decir, en la preparación del cuerpo para la lucha o la huida (Cedillo, 2017).

La sustancia gris periacueductal, está relacionada con la respuesta de miedo, ya sea para desarrollar un comportamiento defensivo ante un peligro inminente como el ataque de un animal, o un comportamiento paralizante o de congelamiento ante un peligro menor es decir si un animal sólo nos está observando (Charney, 1997; en Cedillo, 2017).

La corteza orbitofrontal, es una estructura que juega un papel muy importante en la interpretación de los eventos emocionalmente significativos, pues selecciona y planea el comportamiento de respuesta ante una amenaza, además de monitorear la efectividad de esas respuestas (Cedillo, 2017).

### **¿Ansiedad o miedo?**

A pesar de la prevalencia de los trastornos de ansiedad entre la población, seguimos desconociendo el correcto significado de términos relacionados con el miedo, la ansiedad o el pánico. Expresiones como: estoy nervioso, tengo ansiedad o me da pánico decírselo, se utilizan con frecuencia en conversaciones cotidianas, sin profundizar en su verdadero significado. Este hecho crea confusiones (Osma, 2009) que dificultan que el paciente mismo no pueda reconocer ni saber explicar a bien lo que le sucede.

El miedo es una respuesta emocional inherente a la especie humana que aparece como consecuencia de una situación de peligro o amenaza. Al ser de carácter instintivo y automático ha permitido la supervivencia de nuestra especie en

un entorno hostil. Cuando sentimos miedo, se activa una señal de alarma en nuestro organismo ante una situación de peligro real y en el presente inmediato (Mannoni, 1982; en Osma, 2009).

El miedo o temor es una emoción que presenta una sensación predominantemente desagradable, que puede ser provocada por la percepción de una amenaza para la vida, sea ésta real o imaginada, vivida en el pasado, el presente o el futuro. La expresión facial característica de miedo es la elevación al máximo de los párpados superiores, tensión en los párpados inferiores, cejas elevadas que se acercan entre sí, y labios alargados hacia atrás. Cognitivamente se presentan pensamientos con percepción de amenaza para la vida en donde podemos sufrir un daño que puede ser irreversible, y se acelera el pensamiento de forma que buscamos una salida rápida y efectiva para evitar el daño; esta percepción activa el mismo sistema fisiológico que en la ira, pero en este caso activa la respuesta de huida o parálisis en vez de la de lucha. La activación de la amígdala desconecta por unos instantes el córtex cerebral, siendo el cerebro límbico quien toma el control del cuerpo, aumentando la tasa cardíaca y respiratoria y movilizándolo el torrente sanguíneo hacia las piernas, por lo que suele provocar palidez en el rostro junto a los rasgos de expresión facial mencionados. Subjetivamente si el miedo aparece, habrá una mezcla de síntomas físicos muy intensos y desagradables, con pensamientos negativos de presencia de peligro y de sus consecuencias; le seguirá una conducta de huida, con la necesidad de tomar una acción rápida y brusca en las mejores condiciones para intentar salvar la vida y reducir la probabilidad de no volver a una situación similar de peligro. Por ello y como se ha mencionado, la función adaptativa del miedo es tremendamente útil para la supervivencia, ya que si no dispusiéramos de un sistema emocional que se activa tan eficientemente en la percepción de un peligro inminentemente no hubiésemos sobrevivido como especie (Muñoz, 2015).

Es muy común confundir a la ansiedad por su cercanía con el miedo, sin embargo, el miedo se distingue de la ansiedad en que este se manifiesta ante

estímulos presentes, mientras que la ansiedad está más relacionada con la anticipación de eventos futuros de carácter indefinible e impredecible, es decir, que no han ocurrido (Marks, 1986; en Cedillo, 2017). Tanto el miedo como la ansiedad, son respuestas inherentes de nuestra especie.

Otra característica que diferencia el miedo de la ansiedad es la naturaleza de los estímulos desencadenantes: la ansiedad se dispara ante situaciones en donde se valora un evento como una amenaza, por ejemplo, cuando tenemos que hablar en público y está en juego nuestra imagen ante los demás; en cambio el miedo se activa ante estímulos objetivamente peligrosos como por ejemplo, aquellos que pueden poner en peligro la supervivencia. Lo anterior nos hace pensar que probablemente existan también diferencias de intensidad en el patrón de respuestas que predominan en una situación u otra, es decir que la reacción ante una situación de peligro real como estar siendo atacados por un animal, debería ser diferente a la reacción ante una situación de amenaza a nuestra imagen social como la de tener que hablar en público (Muñoz, 2015).

Otra de las diferencias es la reflexión cognitiva de la amenaza de peligro: en el miedo, nuestro cuerpo reacciona instintivamente y luego nos detenemos a reflexionar si estábamos en lo cierto o no; esto se debe a que la amígdala desconecta las regiones de la corteza cerebral encargadas de la reflexión y la valoración cognitiva; es por eso que nuestro cuerpo es quien razona por nosotros. En cambio en la ansiedad, aunque exista una situación incierta o de amenaza como la de hablar en público, la amígdala puede activarse y generar la sensación de ansiedad desagradable, pero en ningún momento nuestra vida está en peligro, por lo tanto no es miedo, y aquí sí existe una re-valoración de la amenaza en la que podemos adaptarnos a las demandas que la situación nos exige (Muñoz, 2015).

## **Pánico**

El pánico se caracteriza por la interpretación catastrófica de síntomas físicos que pueden aparecer en el organismo por múltiples factores, tanto externos (estrés laboral) como internos (exceso de cafeína), con la particularidad de que la interpretación catastrófica que la persona hace de los síntomas, hace que crea firmemente estar experimentando desde un ataque al corazón hasta un infarto cerebral, y por tanto estar en riesgo de morir. En el miedo, a pesar de que también se experimentan síntomas físicos desagradables, estos tienen una función de protección ante un peligro real y en el presente como se mencionó anteriormente (Osma, 2009).

### **ATAQUE DE PÁNICO**

De acuerdo con el DSM-V (2013) el ataque de pánico (entendido también como crisis de ansiedad, crisis de angustia o crisis de pánico) que se da en el TP, es la aparición súbita de miedo intenso o de malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos y durante este tiempo se producen cuatro (o más) de los síntomas siguientes:

Nota: La aparición súbita se puede producir desde un estado de calma o desde un estado de ansiedad.

1. Palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardíaca.
2. Sudoración.
3. Temblor o sacudidas.
4. Sensación de dificultad para respirar o de asfixia.
5. Sensación de ahogo.
6. Dolor o molestias en el tórax.
7. Náuseas o malestar abdominal.

8. Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo.
9. Escalofríos o sensación de calor.
10. Parestesias (sensación de entumecimiento o de hormigueo).
11. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (separarse de uno mismo).
12. Miedo a perder el control o de “volverse loco.”
13. Miedo a morir.

La CIE-10 incluye además el síntoma de sequedad de boca y exige que por lo menos uno de los síntomas del ataque corresponda a palpitaciones, sudoración, temblores o boca seca (Amodeo, 2017, p. 18).

El DSM-V (2013) también hace mención de los siguientes especificadores del ataque de pánico:

Se pueden observar síntomas específicos de la cultura (por ejemplo, acúfenos, dolor de cuello, dolor de cabeza, gritos o llanto incontrolable). Estos síntomas no cuentan como uno de los cuatro síntomas requeridos.

Los síntomas se presentan con el propósito de identificar un ataque de pánico; sin embargo, el ataque de pánico no es un trastorno mental. Los ataques de pánico se pueden producir en el contexto de cualquier trastorno de ansiedad así como en otros trastornos mentales (p. ej., trastornos depresivos, trastorno por estrés postraumático, trastornos por consumo de sustancias) y en algunas afecciones médicas (p. ej., cardíacas, respiratorias, vestibulares, gastrointestinales). Cuando se identifica la presencia de un ataque de pánico, se ha de anotar como un especificador (p. ej., “trastorno de estrés postraumático con ataques de pánico”). En el TP, la presencia de un ataque de pánico está contenida en los criterios para el trastorno y el ataque de pánico no se utiliza como un especificador.

## TRASTORNO DE PÁNICO

El trastorno de pánico (TP) de acuerdo con el DSM-V (2013) se caracteriza por:

A. Ataques de pánico imprevistos recurrentes. Como se definió anteriormente, un ataque de pánico es la aparición súbita de miedo intenso o de malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos y durante este tiempo se producen cuatro (o más) de los síntomas siguientes:

1. Palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardiaca.
2. Sudoración.
3. Temblor o sacudidas.
4. Sensación de dificultad para respirar o de asfixia.
5. Sensación de ahogo.
6. Dolor o molestias en el tórax.
7. Náuseas o malestar abdominal.
8. Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo.
9. Escalofríos o sensación de calor.
10. Parestesias (sensación de entumecimiento o de hormigueo).
11. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (separarse de uno mismo).
12. Miedo a perder el control o de “volverse loco.”
13. Miedo a morir.

B. Al menos a uno de los ataques le ha seguido un mes (o más) de uno o los dos hechos siguientes:

1. Inquietud o preocupación continua acerca de otros ataques de pánico o de sus consecuencias (p. ej., pérdida de control, tener un ataque de corazón, “volverse loco”).

2. Un cambio significativo de mala adaptación en el comportamiento relacionado con los ataques (p. ej., comportamientos destinados a evitar los ataques de pánico, como evitación del ejercicio o de las situaciones no familiares).

C. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo, trastornos cardiopulmonares).

D. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., los ataques de pánico no se producen únicamente en respuesta a situaciones sociales temidas, como en el trastorno de ansiedad social; en respuesta a objetos o situaciones fóbicas concretos, como en la fobia específica; en respuesta a obsesiones, como en el trastorno obsesivo-compulsivo; en respuesta a recuerdos de sucesos traumáticos, como en el trastorno de estrés postraumático; o en respuesta a la separación de figuras de apego, como en el trastorno de ansiedad por separación).

### **Conceptualización del TP**

En la mitología griega se cuenta que Pan, Hijo de Hermes y hermano adoptivo de Zeus, se dedicaba a llevar a pastar rebaños de animales por la Arcadia, ayudaba a los cazadores y participaba en las orgías campestres. Sin embargo, tenía cola y patas de cabra, cuernos y barba, y según cuenta la leyenda, era tan feo que su madre huyó despavorida cuando lo vio nacer. Una de las costumbres de este dios era hacer la siesta. Cuando alguien se atrevía a perturbar su sueño, se encolerizaba de tal manera que ahuyentaba a los humanos con su horrible presencia, emitiendo un grito escalofriante y estridente, haciendo experimentar a quien le oía un inmenso temor que le hacía erizar los cabellos. De aquí viene el terror pánico, que sería un miedo agudo y de gran intensidad provocado por este



dios. En la Biblia también podemos encontrar un fenómeno relacionado con el pánico, el cual hace referencia a una estrategia militar utilizada en la antigüedad por Gedeón, quien irrumpió en mitad de la noche por sorpresa, en el campamento enemigo haciendo sonar trompetas y rompiendo jarros, logrando así que los enemigos huyeran despavoridos, llorando y gritando, presos de un gran miedo ante tal estruendo (Osma, 2009). La interpretación catastrófica de la comprensión de las causas del pánico y otros trastornos de ansiedad ha evolucionado con el paso del tiempo (Hartmann, 2019).

El término de *trastorno de pánico* como tal, fue acuñado en 1962 por el psiquiatra Donald Klein, quien al observar los efectos de administrar imipramina (un antidepresivo tricíclico que modula la serotonina y la noradrenalina) a un grupo de pacientes con ansiedad, se dio cuenta que aquellos que presentaban angustia no mejoraban, momento a partir del cual surgieron una serie de investigaciones que propiciaron que el trastorno de pánico o de angustia, quedara completamente independiente del trastorno de ansiedad generalizada y cuya distinción puede encontrarse en el DSM-V (Fernández y Rubén, 2016).

## **Causas**

Actualmente, no existe una teoría precisa de la etiología del trastorno de pánico, sin embargo, prevalecen dos enfoques importantes: el biológico y el psicológico. El enfoque biológico enfatiza alteraciones estructurales y/o bioquímicas del sistema nervioso; el enfoque psicológico sugiere que los ataques de pánico son desencadenados por la interpretación catastrófica de las sensaciones del cuerpo. De no tomar en cuenta ambos enfoques, se corre el riesgo de llegar a conclusiones parciales y no a un cuadro completo puesto que hay que considerar que la etiología de los trastornos psiquiátricos es compleja y multifactorial, por lo que no puede ser explicada de una única forma, y más aún porque existe la disputa entre antecedentes y consecuentes de los estados de ansiedad es decir, definir si los

cambios neuroanatómicos son los que provocan el cuadro ansioso, o es el cuadro de ansiedad lo que provoca cambios neuroanatómicos (Ros y Lupresti,1999; en Palomares, 2008).

El TP parece tener bases biológicas, aunque ha de considerarse que un ataque de pánico también puede ser inducido por infusiones de lactato de sodio (rehidratación electrolítica), hiperventilación, ejercicio, o hipocalcemia (bajos niveles de calcio en la sangre). Scanners altamente sofisticados, han mostrado actividad metabólica anormal en la región derecha parahipocampal del cerebro en las personas con TP; el área parahipocampal es el área que rodea el hipocampo y es parte del sistema límbico el cual está involucrado en las emociones y conectado con el locus coeruleus, región involucrada con las respuestas de alerta y con la producción de noradrenalina. Los eventos psicológicos también pueden causar un ataque de pánico; no obstante, para diagnosticar el trastorno de pánico, la persona debe experimentar ataques que se presenten sin ninguna causa aparente. La ansiedad secundaria y los comportamientos de evitación frecuentemente observados en estas personas, resultan en dificultades en su funcionamiento normal, mismo que está relacionado con una creciente incidencia en los intentos de suicidio en las personas con trastorno de pánico: uno de cada cinco al menos en Estados Unidos (Hartmann, 2019).

## **Diagnóstico**

Como se mencionó anteriormente, son 4 los criterios diagnósticos (A, B, C, y D) que de acuerdo con el DSM-V (2013) presenta el trastorno de pánico.

Para evaluar el criterio A (López, 2019) sugiere lo siguiente:

Es factible la aplicación de técnicas como la observación directa e indirecta frente a los estímulos de estrés.

Aplicación del Inventario de Evaluación del Pánico (PAI), el cual está compuesto de 15 ítems que evalúa 3 escalas:

- 1) pánico anticipado: valora la posibilidad de tener un ataque de pánico con activación emocional.
- 2) consecuencias del pánico: evalúa las secuelas negativas y posee tres subescalas de evaluación: preocupaciones físicas, sociales y pérdida de control
- 3) afrontamiento del pánico: evalúa la confianza de afrontamiento a posibles ataques de pánico.

Entrevista familiar, dirigida a recopilar información sobre las reacciones durante y después de la exposición al estresor con preguntas sugeridas como:

- a) Describa brevemente la conducta que a usted le preocupa de su familiar
- b) ¿Con qué frecuencia ocurre?
- c) ¿Qué factores cree usted que desencadenan estas conductas?
- d) ¿Qué sucede con su familiar después de la crisis?

Exploración sobre los antecedentes personales y familiares del paciente, ya que en las familias de los pacientes con TP es frecuente hallar otros familiares con patología similar, sobre todo si la edad de inicio del pánico es temprana es decir, antes de los 20 años, así como una valoración del estado de salud física, rasgos o estilos de personalidad, grado de estrés y factores psicosociales a los que está sometida la persona en su vida cotidiana, como la existencia de tensiones maritales, muerte de un familiar, falta de asertividad, casamiento, aumento de puesto en el trabajo, o si el paciente “no mejora” porque ello implicaría regresar a un trabajo que

le resulte aversivo por distintos motivos, o por las ganancias emocionales que pudiera recibir (Moreno y Martín, 2007).

Para evaluar el criterio B es necesario (López, 2019):

- Elaborar historia clínica del paciente, con el fin de poder captar en la historia de la enfermedad desde cuándo se detecta el malestar y preocupación al evidenciar una sintomatología que haya causado el cambio de su estabilidad mental, social y familiar.
- Entrevista familiar, para tener noción de la pérdida de control ante un ataque de pánico, en donde por lo general la familia pasa mayor tiempo con la persona y son quienes pueden notar cambios. Las preguntas de apoyo que se realizan son: ¿aproximadamente cuánto tiempo lleva su familiar presentando estas crisis?, ¿ha observado que su familiar ha estado evitando realizar actividades que antes solía hacer con normalidad por miedo a desencadenar un AP?, ¿considera que la falta de actividades diarias le impide o le ha impedido tener una buena adaptabilidad?

Para evaluar el criterio C se precisa (Moreno y Martín, 2007):

Revisar consumo de sustancias psicoactivas del paciente como la cocaína, anfetaminas, cannabis, cafeína u otros estimulantes que pudieran estar induciendo los ataques de pánico, o bien que éstos estén apareciendo por abstinencia de una sustancia como el alcohol o ansiolíticos.

En relación a otra afección médica, realizar un diagnóstico diferencial dado la similitud de la sintomatología del TP con otras condiciones como las siguientes:

- Hipertiroidismo: se libera demasiada hormona tiroidea produciendo nerviosismo, irritabilidad, aumento de la sudoración, palpitaciones, temblor

de manos, ansiedad, dificultad para dormir, adelgazamiento de la piel, cabello fino y quebradizo, y debilidad muscular (especialmente en los brazos y muslos).

- El feocromocitoma (un tumor de la glándula suprarrenal): provoca la liberación excesiva de las hormonas de adrenalina y noradrenalina, las cuales regulan la frecuencia cardíaca y la presión arterial.
- Trastornos del sistema vestibular: por ejemplo en la enfermedad de Ménière (un trastorno del oído interno), en donde se ve afectado el equilibrio y la audición, y se caracteriza por una sensación anormal de vértigo, movimiento, mareo, pérdida de audición en uno o ambos oídos, y ruidos o repiqueteo en los mismos.
- Trastornos comiciales (crisis epilépticas).
- Enfermedades cardíacas como la arritmia y la taquicardia supraventricular (una taquicardia que se presenta ocasionalmente y que comienza con episodios que tienen lugar por encima de los ventrículos).

Para apoyar el diagnóstico diferencial, se recomienda una exploración física de rutina, estudios de laboratorio de gabinete (biometría hemática, electrolitos, calcio, glicemia, etc.) y pruebas de función tiroidea para descartar la presencia de alguna afección médica subyacente (Starcevic, 2010; en Martínez y López, 2011). En pacientes con ataques de pánico recurrentes, específicos, y/o síntomas severos como dolor en el pecho, anormalidades en el ritmo cardíaco, mareo y despersonalización, se sugiere realizar un electrocardiograma y valoración cardiológica para identificar arritmias; un ecocardiograma para valorar prolapso en la válvula mitral; valoración de la función vestibular (para descartar alteraciones vestibulares) y un electroencefalograma y valoración neurológica para identificar epilepsias (Martínez y López, 2011).

Para evaluar el criterio C se sugiere (Moreno y Martín, 2007):

Diferenciar el TP de otros trastornos mentales que también pueden asociarse a los AP, descartando que el foco principal del miedo y del sufrimiento del paciente sea otro aspecto distinto de lo característico del TP, como los siguientes:

- Fobia social: determinada por la situación social que la desencadena.
- Fobia específica a la enfermedad: la persona tiene miedo a contraer una enfermedad; no cree estar enferma en el momento presente pero desarrolla una crisis de pánico ante un posible indicio de haber contraído alguna.
- Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC): la crisis se presenta cuando la persona se expone a situaciones que desencadenan sus obsesiones, por ejemplo al tocar algo que cree está contaminado.
- Trastorno por estrés postraumático (TEPT): la persona tiene crisis de pánico porque se ha expuesto a estímulos que están asociados con la experiencia traumática que originó su trastorno.
- Trastorno de ansiedad de separación (SAD) por sus siglas en inglés: la persona sufre un AP por el “abandono” de sus padres u otras figuras importantes de apego.

Para mayor especificidad de estos trastornos se sugiere consultar el manual DSM-V (2013).

Para evaluar el criterio D, se sugiere (López, 2019):

Aplicar el Cuestionario Abreviado del Trastorno de Pánico (CATP), que evalúa tres aspectos:

1. Escala de Interpretaciones Catastrofistas al Pánico
2. Escala de Autoeficacia ante el Pánico
3. Escala de Gravedad del Pánico

Este instrumento permitirá confirmar el diagnóstico de TP.

## **TRATAMIENTO**

Las terapias que cuentan con mayor reconocimiento y de cuya eficacia hay más evidencias para el tratamiento del trastorno de pánico, son la terapia farmacológica y la terapia cognitivo conductual (TCC). En este sentido, algunos autores coinciden en que ambas terapias son eficaces para la reducción y eliminación de los síntomas, y pese a que no se han encontrado diferencias significativas entre un tratamiento u otro, sí destacan que los efectos terapéuticos obtenidos con la TCC se mantienen durante más tiempo que cuando se emplean únicamente fármacos, además de tener tasas de abandono al tratamiento mucho más bajas (APA, 1998; Roy-Birne et al., 2006; Furukawa, Watanabe y Churchill, 2007; Smits, O’Cleirigh y Otto, 2006, citados en Oromendia, 2016).

### **Tratamiento farmacológico**

Una variedad de medicamentos pueden prescribirse para el tratamiento de los trastornos de ansiedad, incluyendo los inhibidores de recaptación de serotonina

(SSRIs), inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (SNRIs), antidepresivos tricíclicos (ATC) y benzodiazepinas (Hartmann, 2019).

Dentro de los inhibidores de recaptación de serotonina (ISRS) o (SSRIs por sus siglas en inglés), se emplean medicamentos de primera línea como escitalopram, sertralina y paroxetina, aunque también se han visto que la fluoxetina, citalopram y la fluvoxamina, han dado buenos resultados; en algunos casos se llegan a combinar con benzodiazepinas como el clonazepam y el alprazolam (Martínez y López, 2011).

En muchos pacientes es probable que los ISRS sean los que presenten un equilibrio más favorable entre eficacia y efectos adversos, y aunque estos presentan un riesgo de efectos secundarios sexuales, no producen efectos secundarios cardiovasculares, efectos anticolinérgicos ni la toxicidad asociada a la sobredosis que puede darse con los ATC. Los ISRS tienen un cierto grado de dependencia, aunque no tan alto como el de las benzodiazepinas. Por otro lado, aunque los ATC son tolerados por la mayoría de los pacientes, generalmente tienen mejor aceptación los ISRS (Gorman, Shear y Cols, 2000, citado en Juárez, 2006).

Los ISRS tienen en común la propiedad de inhibir la proteína responsable de transmitir la serotonina (5-HT) a las neuronas pre-sinápticas, esto incrementa la cantidad de serotonina disponible en la unión de las neuronas pre y post sinápticas; este aumento en la cantidad de serotonina incrementa el miedo y la evitación en un primer momento, sin embargo estos síntomas se reducen en los pacientes con el paso de las semanas, ya que al incrementarse la actividad serotoninérgica en el cerebro, tiene un efecto secundario que es la disminución de la actividad noradrenérgica, y al disminuir, también disminuyen los síntomas cardiovasculares asociados con los ataques por pánico disminuyen, incluyendo la taquicardia y la presión arterial, a la vez que se modifican las conductas de defensa y escape (Gorman, Kent y Cols, 2000, citados en Juárez, 2006).



Es importante señalar que la frecuencia e intensidad de los ataques por pánico comienza a disminuir hasta las cuatro semanas de haber iniciado el tratamiento farmacológico, y va disminuyendo en los dos meses siguientes. Después de la mejoría, también comienza a disminuir la ansiedad anticipatoria y más tarde la conducta evitativa (Boussard y Cols, 2002, citados en Juárez, 2006).

Por su mejor perfil de efectos adversos frente a las benzodiazepinas y los antidepresivos tricíclicos, los ISRS tienden a ser la opción más empleada para la terapia de mantenimiento (Pollack y Marzol, 2000; Bakker, Van Balkom y Cols, 2000; Boussard y Cols, 2002, citados en Juárez, 2006).

Por otro lado, se considera que la rapidez de respuesta terapéutica que puede alcanzarse con benzodiazepinas, es fundamental en casos donde el paciente requiere un control muy rápido de los síntomas por ejemplo, por el riesgo de renunciar al trabajo a causa de los ataques por pánico (Boussard y Cols, 2002, citado en Juárez, 2006) sin embargo, los riesgos de uso prolongado, incluyendo la dependencia fisiológica, deben tomarse en cuenta, en pacientes con antecedentes de un trastorno de consumo de sustancias, ya que su uso sería contraindicado (Gorman, Shear y Cols, 2000; Boussard y Cols, 2002, citados en Juárez, 2006).

Así mismo en el grupo de las benzodiazepinas, el alprazolam es la droga más estudiada para el tratamiento de trastorno por pánico; el comienzo de acción es bastante rápido, puesto que puede notarse una reducción en los ataques por pánico desde la primera semana; sin embargo en caso de suspensión abrupta de, puede que ocurra una exacerbación de los síntomas, lo cual puede evitarse con retiro del medicamento de forma gradual o con terapia cognitivo-conductual. Por lo anterior (Boussard y Cols, 2002, citados en Juárez, 2006), recomiendan que el

tratamiento para pacientes con trastorno de pánico es casos severos desde un inicio, sea una combinación de fármacos con terapia cognitivo conductual.

Desafortunadamente pese a que los resultados farmacológicos son positivos, entre el 25 y el 50% de los pacientes recaen en los primeros 6 meses tras iniciar el tratamiento, y esta recaída tiene relación directa con la suspensión prematura del tratamiento o el abandono del mismo. Aunque no está claro cuál es la duración óptima del tratamiento farmacológico, en la práctica clínica suele llevarse desde los 8 meses y hasta los 2 años (Roy-Birne et al., 2006; Seddon y Nutt, 2007; en Oromendia, 2016), siendo éste un tiempo considerable que involucra no solo el tiempo y el esfuerzo del paciente, sino la adaptación a una nueva cotidianidad en la que ahora tendrá que incluir en su rutina diaria medicamentos que no deberá olvidar tomar y mucho menos suspender, lo cual puede elevar la ansiedad por ciertos momentos presentando picos elevados durante su tratamiento.

## **Terapia Cognitivo Conductual**

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) tiene como propósito enseñar a los pacientes con trastorno de pánico a identificar los estímulos tanto internos como externos que desencadenan sus ataques de pánico, así como modificar la respuesta emocional y conductual ante dichos estímulos. Las técnicas empleadas bajo éste enfoque, intentan corregir las ideas falsas respecto a los síntomas de pánico mediante la psicoeducación, identificar y corregir las ideas distorsionadas mediante la reestructuración cognitiva, emplear la exposición interoceptiva para reducir el miedo a las sensaciones corporales y finalmente, utilizar la exposición en vivo a las situaciones temidas para aportar información que corrija la sobrevaloración del peligro “inminente” en las situaciones temidas (Oromendia, 2016).

Respecto a esta última parte algunos autores puntualizan que la exposición interoceptiva y en vivo son un componente central que ha demostrado los mayores efectos terapéuticos tanto cuando la técnica se aplica sola, como cuando se

combina con técnicas cognitivas. Así mismo, existen otros componentes para su tratamiento que son empleados con frecuencia como el entrenamiento en relajación y el entrenamiento en respiración, los cuales se ha encontrado que solo son efectivos cuando se aplican con las exposiciones por tanto, son considerados complementarios más no indispensables (Sánchez-Meca, Rosa-Alcázar, Marín-Martínez y Gómez-Conesa, 2010; Roy-Byrne et al. 2006, citados en Oromendia, 2016).

## **TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN**

### **Psicoeducación**

Todos los pacientes con trastorno de pánico requieren de sesiones de psicoeducación para que tanto él como sus familiares tengan información sobre el padecimiento, sobre el tratamiento a seguir, y aclarar dudas respecto al mismo (Martínez y López, 2011).

Las personas que reciben información sobre la naturaleza de los episodios, reciben a la vez la garantía de que no morirán durante un ataque de pánico, y también que disponen de técnicas de afrontamiento para sobrellevarlos; esta psicoeducación evita que se desarrolle la ansiedad secundaria que tanto complica los ataques de pánico (Hartmann, 2019).

Desde la perspectiva cognitiva este proceso se realiza aportando información, pero sobre todo a través de preguntas que ayuden al paciente a entender su situación y cómo afrontarla (método socrático); sería como ayudar al paciente a pensar dónde debe poner los ladrillos si quiere una casa que le guste, antes que indicarle nosotros dónde debe poner esos ladrillos. La idea principal de la psicoeducación es que la persona comprenda cómo se origina la ansiedad, cuál es su función, cuáles son sus síntomas, qué mecanismos la facilitan o inhiben, por

qué se mantiene por conductas de evitación y escape, cuál es el papel de los pensamientos catastróficos (cogniciones), y cuál sería el tratamiento más idóneo, de entre los que destacan la reestructuración cognitiva y la exposición en vivo (Moreno y Martín, 2007).

## **Registros**

En la TCC se recomienda al paciente que realice un registro de los niveles de ansiedad promedio al día, y en caso de que llegue a tener una crisis, anote también la fecha, lugar, duración, síntomas físicos que presenta y conducta, con la intención de poder identificar las distorsiones cognitivas que lo mantienen con el temor de presentar nuevamente una crisis de angustia; una vez identificadas las cogniciones, se inicia con una técnica que mitigue esos pensamientos pero también la sintomatología, como el entrenamiento en respiración diafragmática o la exposición interoceptiva. A los pacientes con agorafobia, se les pide que jerarquicen los lugares o situaciones temidas, para posteriormente iniciar un proceso de habituación, mediante la exposición gradual (Martínez y López, 2011).

## **Entrenamiento en relajación**

Se trata de un complemento para el tratamiento del TP, el cual sirve para atender la reactividad fisiológica del paciente mediante dos técnicas: la técnica de relajación progresiva, y el entrenamiento en respiración controlada. En cuanto a la relajación muscular progresiva, los autores sugieren que se practique primero en situaciones de calma para aprender la técnica y después en situaciones generadoras de ansiedad. El entrenamiento en respiración controlada es un componente que se utiliza en casos con hiperventilación (Öst, 1998; Sánchez-Meca et al., 2010; en Oromendia, 2016).

## **Reestructuración cognitiva**

El propósito de la Reestructuración Cognitiva es refutar las interpretaciones catastróficas que los pacientes hacen de sus sensaciones corporales, y proporcionarles recursos más adaptativos para hacer frente a las sensaciones desagradables. Una vez identificadas las creencias que la persona tiene sobre sus sensaciones corporales, la refutación de las sensaciones desagradables se realiza mediante el método socrático, y mediante la evaluación de la evidencia a favor o en contra de las interpretaciones de la persona (Oromendia, 2016).

## **Exposición interoceptiva**

La exposición interoceptiva tiene como propósito reducir el miedo de los pacientes a las sensaciones corporales (Oromendia, 2016), desbaratar y debilitar las asociaciones entre los síntomas corporales específicos y las reacciones de pánico (Craske y Lewin, 1998; en Juárez, 2006). La base teórica de la exposición interoceptiva es la de extinción del miedo, que conceptualiza a los ataques por pánico como reacciones alarmantes ante los síntomas corporales sobresalientes que son condicionadas o aprendidas (Barlow, 2002; en Juárez, 2006).

Para ello, se provocan de manera intencional sensaciones similares a las que los pacientes sienten durante los ataques de pánico como hiperventilar, girar la cabeza para provocar mareos, subir escaleras o correr para elevar la frecuencia cardiaca, mirar fijamente un espejo para provocar la sensación de desrealización (Oromendia, 2016) o girar en una silla (Craske y Lewin, 1998, citados en Juárez, 2006). Con la exposición interoceptiva se intenta que el paciente se exponga durante un breve periodo de tiempo y de forma gradual a las sensaciones corporales, poniendo atención a ellas para después reevaluar su peligrosidad real. De esta forma se combina la exposición con la reestructuración cognitiva,

reduciendo el temor a los síntomas físicos y la preocupación por nuevos ataques (Gould, Ott y Pollack, 1995; Sánchez-Meca et al., 2010; en Oromendia, 2016).

### **Exposición en vivo**

El propósito de este componente terapéutico es eliminar o reducir la ansiedad producida por estímulos externos que pueden desencadenar los ataques de pánico, así como eliminar o reducir la evitación agorafóbica. Las exposiciones deben ser planeadas, pueden ser o no jerarquizadas, pero deben realizarse de forma sistemática permaneciendo en la situación el tiempo suficiente para conseguir la habituación al estímulo, para de este modo poder reducir la ansiedad. Es importante que durante las exposiciones, el paciente preste atención a los estímulos que le generan ansiedad, además de controlar las posibles conductas de seguridad y evitación, ya que dichas conductas pueden obstaculizar el proceso de extinción de la respuesta condicionada (Oromendia, 2016).

Lo recomendable es que la persona permanezca en la situación temida, incluso si su ansiedad alcanza valores máximos, o hasta que la ansiedad desaparezca o se reduzca por lo menos hasta la mitad de lo que sentían antes es decir, en una escala del 1 al 10, hasta que llegue a 4 o 5 (Bados, 1995; en Juárez, 2006). Seguramente aparecerá un ataque por pánico, por tanto, el paciente debe sentarse lo más cerca posible de donde ocurre este ataque y esperar a que pase, y enfrentarse nuevamente a la situación temida; en caso de que haya una persona acompañando al paciente, esta debe sentarse a su lado y esperar sin que el paciente hable de las sensaciones que está experimentando, ya que esto puede empeorar las cosas hablar. La exposición prolongada en vivo puede ser graduada en cuanto a la dificultad de las situaciones o lugares temidos, y se recomienda que el terapeuta

esté durante las primeras sesiones de exposición prolongada en vivo, pero después, debe dejar de acompañar a la persona y sólo discutir con él/ella las prácticas de exposición. También se recomienda que la persona cambie a otra situación temida hasta que haya superado la anterior (Bados, 1995; en Juárez 2006).

### **Instrucciones de exposición**

Esta técnica se utiliza generalmente con pacientes cuya severidad del trastorno por pánico es leve, y a diferencia de la exposición en vivo, no es asistida por el terapeuta. La técnica consiste en pedirle al paciente que permanezca en una situación temida, o la situación donde se generó inicialmente algún ataque por pánico hasta que la ansiedad desaparezca o se reduzca (Juárez, 2006).

### **Efectividad de las técnicas cognitivo conductuales empleadas en casos de trastorno de pánico**

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) es un modelo que surge en la mitad del S. XX, y cuya premisa parte de que la mayoría de las conductas y de los pensamientos se adquieren, se mantienen y cambian como consecuencia de la historia de aprendizaje, y también de la interacción de éste aprendizaje con factores genéticos y orgánicos. Los tratamientos están dirigidos a reducir-eliminar patrones de pensamiento, emociones, sensaciones corporales y comportamientos que estén interfiriendo en la salud y en la calidad de vida de la persona, cuestionando cómo son de realistas y perjudiciales estos patrones, e identificando cómo se relacionan entre sí. La TCC es facilitadora de cambios en el comportamiento, se centra en el presente enfatizando el problema, las conductas y las creencias actuales; es estructurada y por tanto de fácil enseñanza, con metas y actividades concretas para cada sesión; de naturaleza educativa, en donde el terapeuta colabora con el

paciente para que éste, no solo descubra sus distorsiones cognitivas sino que también elabore nuevas formas de pensamiento (Kiskeri, Serrat, Díaz y Schlanger, 2018).

De acuerdo con Miranda (2019), el ataque de pánico visto desde el modelo cognitivo-conductual, explica cómo las interpretaciones diarias pueden influir en las creencias o pensamientos que tenemos sobre nosotros mismos, sobre los demás y sobre el mundo. En este sentido, algunos autores (Álvarez y Herman, 2019; Fernández, Casanova y Cabañas, 2018; Miranda, 2019) han centrado sus intervenciones en la modificación de dichas interpretaciones, particularmente en creencias distorsionadas respecto al ataque de pánico y sobre sí mismos como: soy incompetente, soy débil, soy raro por estar pasando por esto; creencias distorsionadas sobre los demás: son malos, no me quieren, me quieren ver mal, les caigo mal, no me soportan; ideas distorsionadas sobre el futuro: no me curaré, no sabré qué hacer si me da otra crisis, la crisis me puede provocar otra enfermedad, no podré llevar una vida “normal” como los demás, el miedo nunca desaparecerá, etc., pero también han considerado otros componentes que comparten los pacientes como pensamientos automáticos del tipo: por qué me pasa esto a mí, me va a dar un infarto, siento que me voy a morir, es horrible, no sé cómo solucionarlo; suposiciones: si no me relajo va a aparecer la crisis, y si me da la crisis me voy a morir; reglas del “deber ser”: debo ser competente, debo ser el mejor, tengo que apoyar más a mis seres queridos; y la evitación de situaciones asociadas a los síntomas, que paradójicamente sólo aumentan el malestar. Estos estudios muestran cómo la persona concibe ideas equivocadas sobre lo que está originando los episodios de pánico, y cómo estas interpretaciones hacen que los síntomas se agraven por lo que, las interpretaciones catastróficas sobre los síntomas, la creencia de no poder controlar la situación, la hipervigilancia, la afectación en su calidad de vida y en sus actividades cotidianas, así como el aislamiento de la persona, son otras variables sobre las que también se interviene.

Las técnicas empleadas en terapia cognitivo conductual en dichos estudios, parten de la psicoeducación, no solo para que la persona pueda distinguir entre



ansiedad saludable y ansiedad patológica, sino para darle mayor comprensión y sensación de control sobre la problemática, ya que generalmente lo vive como algo ajeno a ella, algo que al no estar en sus manos, siente no es posible controlar.

Las técnicas subsecuentes versan desde los autorregistros: para diferenciar emociones, pensamientos y conductas, por ejemplo: que la persona identifique qué ocurre durante el episodio de pánico, que siente (tanto emocional como físicamente), qué piensa (tanto de lo que está ocurriendo y sintiendo en el momento como de lo próximo que considera que puede o va a ocurrir), y valorar la intensidad del episodio; pasando por el reentrenamiento de la respiración: para regular los cambios respiratorios (principalmente el aumento de la frecuencia cardiaca), la hiperventilación, y también la hipervigilancia usando respiración diafragmática; relajación progresiva de Jacobson: para dar una sensación de control de las sensaciones, y reducir la tensión muscular; reestructuración cognitiva: para que la persona interprete sus pensamientos de una manera menos irracional, y reevalúe la utilidad de los mismos durante el episodio; exposición en imaginación a situaciones que producen el inicio del episodio; exposición interoceptiva a las sensaciones temidas como: correr todos los días de 2 a minutos a su máxima velocidad para entrar en contacto con la sensación de elevación de la frecuencia cardiaca, así como otros ejercicios que producen sensaciones corporales muy similares a las del pánico, con intención de habituar a la persona a las mismas y debilitar el vínculo sensación-reacción; exposición en vivo y entrenamiento en comunicación asertiva, derivado de las afectaciones que la persona sufre tanto a nivel personal, laboral, familiar, social, y en su calidad de vida en general.

Los resultados en dichas intervenciones, mostraron la eficacia de las técnicas cognitivo conductuales en el tratamiento de los ataques de pánico, al reducir la sintomatología de ansiedad y la frecuencia de los episodios de pánico, y también se logró un mejor manejo de las sensaciones físicas, se redujeron y modificaron los pensamientos distorsionados respecto a los síntomas y a los episodios, se redujo la hipervigilancia a las sensaciones físicas y a los posibles estímulos

desencadenantes, se logró que las personas afrontaran sus miedos, y se mejoró su calidad de vida al darles las herramientas de las que pudieran valerse ante futuros episodios. Los estudios también resaltaron la importancia de las tareas para realizar en casa durante el proceso terapéutico, así como la práctica de las técnicas aprendidas después de finalizar el tratamiento, como una manera de afianzar lo aprendido y mantener la calidad de vida deseada.

## **PROPUESTA DE TUTORIAL**

### **Liga para ingresar al tutorial explicativo**

A continuación encontrarás la liga para ingresar directamente al tutorial explicativo del trastorno de pánico, siendo esta mi aportación principal como psicóloga misma que representa la parte central de este manuscrito. Toda la información contenida en el mismo, está descrita en los párrafos subsecuentes a la siguiente liga:

[https://www.canva.com/design/DAEe30wl3pA/yHFAqU5eB6aCk4Jdg\\_pZxQ/view?utm\\_content=DAEe30wl3pA&utm\\_campaign=designshare&utm\\_medium=link&utm\\_source=publishsharelink](https://www.canva.com/design/DAEe30wl3pA/yHFAqU5eB6aCk4Jdg_pZxQ/view?utm_content=DAEe30wl3pA&utm_campaign=designshare&utm_medium=link&utm_source=publishsharelink)

### **Información general**

El siguiente tutorial está diseñado con técnicas cognitivo conductuales, las cuales incluyen:

- Información psicoeducativa
- Reentrenamiento de la respiración

- Entrenamiento en relajación muscular
- Terapia Racional Emotiva
- Exposición interoceptiva
- Exposición en vivo

### **Objetivo del tutorial**

El objetivo de este tutorial es proponer una guía de autoayuda para ti, que tras experimentar varios episodios de ataque de pánico o que ya tengas un diagnóstico de trastorno de pánico, cuentes con información (sustentada científicamente) que te ayude a comprender mejor qué es lo que te está sucediendo, te permita saber que cuentas con diversas opciones para su tratamiento y que además, puedas hacer uso de algunas técnicas para contrarrestar los síntomas. El tutorial no sustituye en ningún momento o de alguna manera el tratamiento psicológico o psiquiátrico, los fines son más bien psicoeducativos y de aplicación de técnicas auxiliares, con el propósito de que puedas hacer frente a aquellos estímulos que percibes como amenazantes, aumente la sensación de tener el control de la crisis (y no al revés), y que te percibas más eficiente durante un episodio al gestionar mejor las situaciones que se presentan durante los ataques de pánico.

### **Limitaciones de los programas en internet para el TP**

El uso y acceso a internet en la actualidad, hace posible que podamos obtener información sobre cualquier tema de manera inmediata; sin embargo, se corre el riesgo de que mucha de ésta información no cuente con evidencia científica que respalde lo que ahí se nos muestra, y que recurramos a sugerencias poco efectivas para abatir un malestar físico, mental y/o emocional. Por ello, lo recomendable es que tratándose de estos temas, se recurra siempre a los

profesionales de la salud física y mental, y más para aquellos casos en los que se requiere de un tratamiento.

El problema de muchos de los programas que se encuentran en la red, es que pasan por alto los protocolos de los cuales se rigen las intervenciones profesionales es decir, “se lanzan” las recomendaciones a una audiencia general, sin contemplar la naturaleza particular y específica de la persona que requiere la ayuda.

Otro de los problemas es que algunos de estos programas atienden la inmediatez del problema, y por tanto se ofrecen soluciones ipso facto o milagrosas que nada tienen que ver con la necesidad real del paciente, ya que no toman en cuenta su historia de vida, el desarrollo y curso de la enfermedad, el contexto de la persona, ni sus antecedentes personales y familiares.

Otra cuestión importante es que la persona que utiliza estos programas de internet, pierde la confianza en los tratamientos, ya que al no ver resultados para el problema que presenta, piensa que el tratamiento no está funcionando, lo cual no solo puede agravar la condición que presenta, sino que puede caer en una indefensión aprendida, y creer que no vale la pena intentar con otro tipo de tratamiento.

Estos programas por lo general son de duración fija, lo cual quiere decir que estiman que la “cura” para el padecimiento de la persona se dará en determinado tiempo: 3, 6 meses, un par de semanas, etc., sin considerar la particularidad de cada persona.

Así mismo, ofrecen técnicas aplicables a toda la comunidad, sin considerar factores fisiológicos y orgánicos (como una enfermedad preexistente o una condición genética) o culturales (como los usos y costumbres de cada comunidad). Incluso, en la misma Ciudad de México, los habitantes de la región del sur, viven de

una forma distinta a los habitantes del poniente (por ejemplo), ofreciendo erróneamente una cobertura y adaptación de “tratamientos” a las necesidades de toda la población.

Una de las irregularidades que también se presentan, es que ante las técnicas que ofrecen, no se corrige a la persona durante el proceso; si la persona no está siguiendo las indicaciones sugeridas, si no las está llevando acorde a las especificaciones, o si se presentan molestias durante la ejecución de las mismas, no se corrige ni se suspenden las dinámicas, puesto que no hay un acompañamiento por parte de un profesional.

Y finalmente, estos programas mayormente no enfatizan el funcionamiento integral de la persona es decir, se enfocan en un solo tema a tratar, sin contemplar otras áreas de la vida del paciente que también pudiesen estar afectadas por la problemática medular o no consideran aspectos que pudieran estar interviniendo en el mantenimiento de la afectación de la persona.

### **Lo que ofrece este tutorial**

Primero que nada este tutorial ofrece un diagnóstico fiable, ya que se utilizan instrumentos de evaluación fiables con respaldo científico para asegurar que la persona realmente tenga el TP y no otra condición médica o psicológica. Cabe destacar, que dependiendo de la severidad del trastorno, la intervención será multidisciplinaria, ya que el uso de sólo medicamentos o solo psicoterapia, no es tan exitosa como cuando se trabaja en conjunto con otros especialistas.

En segundo lugar hay un coste-beneficio al utilizarlo, puesto que la persona puede acceder de forma remota al mismo, si por cuestiones geográficas y/o de tiempo no le es posible acudir de manera presencial a las sesiones, y facilita el acceso a un servicio de salud mental “sin contacto”, de la misma calidad que uno

en consultorio de manera física, partiendo de las medidas sanitarias que prevalecen tras la pandemia por COVID-19.

Puede llegar a más personas, e incluso a aquellas que se encuentran dentro del porcentaje mínimo de la población que solicita ayuda ante la presencia de un trastorno.

Existe una participación activa del psicólogo en todo momento y no se deja solo al paciente.

Hay una eficacia comprobada de las TIC´s en los programas de autoayuda.

Ofrece una evaluación y seguimiento constante de los avances o limitaciones que pudiera enfrentar el paciente durante el proceso.

El psicólogo modula el avance de cada sección o apartado, lo que permite que el paciente no avance hasta tener total comprensión o dominio de las técnicas que incluye este tutorial.

El psicólogo realiza una evaluación post-tratamiento.

Existe garantía de que el psicólogo conoce bien la problemática, realiza una evaluación diagnóstica fiable, plantea objetivos específicos, enseña a la persona cómo enfrentar la problemática, y se incluyen en las sesiones el componente educativo, cognitivo y de exposición de la TCC.

### **Consideraciones específicas**

Antes de iniciar el tutorial, es imprescindible que tomes en cuenta las siguientes consideraciones que serán de suma importancia para alcanzar los objetivos propuestos (Juárez, 2006):

1. Si ya tienes el diagnóstico de trastorno de pánico, y estás llevando tratamiento farmacológico y/o psicoterapéutico, es necesario que consultes con el médico que te está atendiendo para no interferir con el tratamiento que ya iniciaste.
2. Si padeces alguna enfermedad del corazón o tienes algún problema cardiovascular, es imprescindible que consultes primero a tu médico tratante, ya que este tutorial podría no ser el indicado para ti, ya que algunas de las técnicas sugeridas podrían propiciar un ataque de pánico dado la condición que presentas.
3. Si consumes regularmente alguna droga psicoactiva como alcohol, nicotina, marihuana, LSD, heroína, anfetaminas o cocaína, y si estarás consumiéndolas durante el desarrollo de éste tutorial, no será recomendable que lo lledes a cabo ya que de entrada este tipo de sustancias alteran el estado natural de tu organismo, y ello causaría interferencia con los objetivos que aquí se proponen.
4. Si estás bajo tratamiento farmacológico, aunque no sea específico para el trastorno de pánico, es posible que los resultados de las técnicas varíen. Por tanto, se recomienda no estar bajo la ingesta de medicamentos durante el desarrollo del mismo por los efectos que éste pueda tener en el éxito de las técnicas.

### **Otras consideraciones**

1. Busca un espacio tranquilo y silencioso donde puedas estar alejado de los distractores y las interrupciones.
2. Trata de que el espacio que elijas tenga buena iluminación y esté ventilado.
3. Elige un horario en donde todavía haya luz del día.
4. Coloca tu celular en modo silencio o vibrador en la medida de lo posible.
5. Ninguna de las técnicas empleadas te pondrá en peligro aunque algunas sí pueden resultar muy molestas; es parte del proceso para enfrentar los ataques de pánico del trastorno de pánico, así que no desistas.

Una vez expuesto lo anterior, pasemos ahora sí a nuestro tutorial. ¡Bienvenido!

## **INTRODUCCIÓN**

Sin duda quienes hemos experimentado un ataque de pánico a lo largo de nuestra vida, sabemos lo mal que se siente y lo difícil que a veces resulta llegar al diagnóstico adecuado pero sobre todo, lo complejo que es asimilar y comprender realmente lo que nos está sucediendo. Entender de entrada que las emociones no son buenas ni malas sino que cumplen una función, hace más llevaderos los momentos en que nos sentimos afligidos, preocupados o desamparados. La ansiedad al formar parte de la inmensa gama de las emociones humanas, tiene la función de alertarnos y protegernos de peligros, pero si se experimenta de manera intensa y desproporcionada puede desencadenar en un ataque de pánico, y si los ataques persisten y la preocupación por sufrir otro ataque aumenta, entonces se desarrollará un trastorno de pánico (Morales, Torres y Megías, 1992; en Salvador, 2012; Elizalde, 2006).

Si aún no recibes un diagnóstico, te sugiero que acudas con un psicólogo, psicoterapeuta o psiquiatra, para que realicen una evaluación de tus síntomas y



puedas tener no solo un diagnóstico certero, sino el tratamiento más adecuado. Lo ideal es realizar una evaluación física y psicológica, y descartar alguna enfermedad que sea la causa de la ansiedad (Hartmann, 2019).

Esta sugerencia es porque hay enfermedades médicas que suelen confundirse con el trastorno de pánico debido a que comparten algunos síntomas como el hipertiroidismo, feocromocitoma, enfermedad de Ménière, síndrome de Cushing, epilepsia, taquicardias, arritmias o incluso también por la abstinencia de alguna droga. Ejemplo de esta confusión es el aumento de la sudoración, las palpitaciones, el temblor en las manos, y la dificultad para dormir, los cuales pueden deberse a que se está liberando demasiada hormona tiroidea en tu organismo y no precisamente a un trastorno de ansiedad; otro ejemplo sería la sensación de vértigo, mareo y repiqueteo en los oídos, los cuales son síntomas comunes de la enfermedad de Ménière, muy parecidos a los del pánico (Elizalde, 2006; Moreno y Martín, 2007).

También es muy importantes que revises tus antecedentes familiares, ya que en las familias de las personas con trastorno de pánico, es muy común hallar otros familiares con patología similar, así como consideres si en tu vida cotidiana estás sometido a factores como tensiones en tu relación de pareja, muerte de un familiar, estás próximo a casarte, tienes dificultad para resolver tus problemas, te aumentaron de puesto y por tanto implica mayor responsabilidad, o si estás recibiendo alguna ganancia emocional como tener la atención de tus seres queridos cada que tienes un episodio, o porque las crisis de alguna manera están favoreciendo el que no realices alguna actividad que te parece desagradable como visitar la casa de tus suegros donde te aburres muchísimo. Recuerda también que el consumo de sustancias psicoactivas como cocaína, anfetaminas, cannabis, cafeína u otros estimulantes pueden inducir las crisis o bien, éstas pueden aparecer por abstinencia de una sustancia como el alcohol o los ansiolíticos (Moreno y Martín, 2007).

## TRASTORNO DE PÁNICO

Lo primero que tienes que saber es que el ataque de pánico es distinto al trastorno de pánico. En un ataque de pánico se experimenta un súbito temor, aprehensión o terror, asociados con sensaciones de muerte inminente. Durante el ataque, se presentan síntomas como dificultad para respirar, dolor en el pecho, incomodidad, sensación de ahogo o asfixia y temor a perder el control o volverse loco; además, se deben presentar al menos 4 de los 13 síntomas siguientes, los cuales suelen llegar a su pico dentro de un lapso de 10 minutos: palpitaciones, elevación de la frecuencia cardiaca, sudoración, temblores, sensación de ahogo o falta de aliento, sensación de atragantamiento, opresión o malestar en el pecho, náuseas o molestias abdominales, inestabilidad, mareo o sensación de desmayo, desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (sentirse como separado de uno mismo), miedo a perder el control o volverse loco, miedo a morir, parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo) escalofríos o sofocaciones (Jurado, 2002).

Entonces, el hecho de que hayas tenido un ataque de pánico no significa que tengas un trastorno de pánico, solo si los has experimentado de manera inesperada y recurrente, y al menos uno de ellos ha estado acompañado por un mínimo de un mes de inquietud o preocupación por la aparición de nuevos ataques o por las consecuencias que estos puedan traer a tu salud y a tu vida, y si además a raíz de estos has tenido un cambio significativo y desadaptativo en tu comportamiento entonces sí se considera un trastorno de pánico (Amodeo, 2017).

### **¿Cómo se desarrolla y mantiene el trastorno de pánico?**

Si bien el trastorno de pánico se considera una problemática adquirida, se puede hablar de algunas vulnerabilidades (o factores que disminuyen nuestra capacidad de afrontamiento) asociadas y predictores, siendo tres las principales:

La primera es la vulnerabilidad biológica, sí, los genes, ya que se cómo te mencionaba, se considera que existe un riesgo de contraer el trastorno en los familiares de primer grado es decir, padres e hijos (Miranda, 2019). Si alguno de tus padres tiene el trastorno, no quiere decir que tú lo vas a heredar, pero sí significa que eres más vulnerable a desarrollarlo por la información genética que compartes con ellos; lo mismo en el caso de que tuvieras o si ya tienes hijos, eso no significa que ellos heredarán el trastorno pero sí les hace vulnerables a desarrollarlo. ¿Alguno de tus padres presenta o ha presentado problemas de ansiedad a lo largo de su vida?

La segunda es la sensibilidad a la ansiedad: esta se refiere al miedo asociado a los síntomas de ansiedad, el cual surge de la creencia de que dichos síntomas tienen consecuencias negativas, en otras palabras, es el miedo a tus propios síntomas de ansiedad (Reiss y McNally, 1985; en Wood y Cano, 2009) por tanto, en cuanto surgen sensaciones como palpitaciones, falta de aliento o mareo, tiendes a evitar o reprimir lo que estás sintiendo, porque erróneamente las percibes como peligrosas por ejemplo: percibir que una taquicardia es señal inminente de un ataque al corazón, o creer que un mareo es una señal inequívoca de sufrir un derrame cerebral (Wood y Cano, 2009). Estas percepciones equivocadas traen como consecuencia que las emociones y sensaciones negativas aumenten. Esta evitación de experiencias internas consideradas como indeseables, pareciera ayudar en un inicio, pero en realidad trae como consecuencia un aumento de las emociones negativas (Maero, 2013; en Miranda, 2019).

La tercera es la vulnerabilidad psicológica, la cual se origina por determinadas experiencias de aprendizaje, por ejemplo: has aprendido a estar en estado de alerta “todo el tiempo” aun en situaciones en las que no corres ningún riesgo porque crees que el mundo es peligroso (Vallejo et al., 2012; en Miranda, 2019). También se deriva de algunas experiencias de vida, en las que has aprendido a ser una persona demasiado cautelosa, prudente, controlada, y no has expresado

tus deseos ni emociones, o también cuando has establecido elevadas exigencias sobre ti mismo del tipo, tengo que ser competente, tengo que trabajar duro para sobresalir, tengo que apoyar a mi familia, tengo que... (Miranda, 2019).

Esta triada de vulnerabilidades: predisposición biológica, sensibilidad a la ansiedad, y vulnerabilidad psicológica, se vinculan dando como resultado la especificidad del trastorno de pánico (Vallejo et al., 2012; en Miranda, 2019).

### **Factores de riesgo**

Además de la triple vulnerabilidad recién mencionada, es importante que sepas que existen factores de riesgo que hacen más probable el surgimiento del trastorno, por ejemplo: haber experimentado un trastorno de separación infantil, divorcio, pérdida de alguno de los padres durante la infancia (Tweed, Schoenbach, George y Blazer, 1989; Battaglia et al., 1995 y Manickavasagar, 1993; en Jurado, 2002) así como peleas a gritos con violencia y maltrato físico (Jurado, 2002).

Ahora puedes comprender que no todo se debe a una causa específica como haber vivido un suceso que disparara la crisis, sino que también existen una serie de factores que intervienen tanto en el surgimiento como en el desarrollo del trastorno.

### **¿Cuál es el origen de los síntomas?**

Una de las mayores necesidades de las personas con trastorno de pánico, es saber cuál es el origen de los síntomas. Al respecto, te puedo compartir que de acuerdo con estudios clínicos, son tres los principales factores (Miranda, 2019):

- Haber tenido un estilo de crianza en donde aprendiste a sobredimensionar la vida como peligrosa y por ende, percibes latentes posibilidades de sufrir una catástrofe.
- Algún evento específico en la vida muy estresante que lo detonara.
- Tras un primer ataque, empiezas a asociar los síntomas percibidos con el contexto en que se dan, y crees que siempre van a suceder bajo el mismo escenario y condiciones.

### **Situaciones frecuentes en que surge el ataque de pánico**

¿Has identificado en qué situaciones o en qué lugares es más frecuente que tengas un ataque de pánico? A continuación, te menciono las más recurrentes (Jurado, 2002):

- Situaciones de estrés extremo como: riesgo de perder la vida, asalto, accidentes, discusiones fuertes con alguna persona, sismos y miedo a la muerte.
- Situaciones menos estresantes: caminar por la calle, estar recostado sin hacer nada, al realizar actividades cotidianas en casa, escuchar ruidos extraños, tener que exponer en clase o tener que presentar un examen, así como en reuniones familiares.

Las más representativas además de las anteriores son: hacer uso de elevadores, el metro, en la montaña rusa, al recibir noticias desagradables y al estar en espacios cerrados.

Como puedes ver, el surgimiento de un episodio no es exclusivo de una situación específica, aunque sí se relaciona con los momentos en los que estás bajo mucho estrés y con otros en los que aunque no sientas estar en tanto peligro, también pueden dispararlos. Lo que quiero decirte con esto, es que no siempre que estés ante un peligro “inminente” o severo va a aparecer un episodio, y que pueden aparecer sin “causa alguna”, justo cuando estás hablando con alguno de tus amigos, estudiando, trabajando, leyendo un libro, y que si esto ocurre, tampoco debes asustarte ni sentirte mal por ello.

### **Tipos de ataque de pánico**

No todos los ataques de pánico son iguales y aunque no existe una regla como tal para diagnosticarlos, sí pueden diferenciarse en tres tipos (Caballo, 1997; en Miranda, 2019) los cuales se vinculan con el inicio de ellos o la presencia-ausencia de disparadores situacionales (se les llama situacionales justo porque hay una “situación” que lo desencadena) (Beck y Zebb, 1994; en Jurado, 2002). Estos son:

- Ataque de pánico inesperado: su inicio no está asociado con un disparador situacional; ocurre espontáneamente es decir, no hay algo o alguien que lo desencadene por lo que da la sensación de que surge “de la nada”.
- Ataque de pánico con vínculo situacional: ocurre inmediatamente después que te has expuesto al disparador situacional, por ejemplo: si el disparador es un perro o una araña, al verlo se disparará un ataque. Este tipo de ataque está asociado con los trastornos fóbicos.
- Ataque de pánico situacionalmente predisuesto: es aquel en donde no siempre se da el ataque ante el estímulo que lo provoca; algunas veces puede presentarse y otras no, por ejemplo, quizá hayas tenido ataques mientras ibas manejando, pero otras veces aun manejando no se han

presentado, y en otras el ataque surge después de haber manejado, es decir, es probable pero no invariable que identifiques la situación que desencadena el ataque pero no siempre suceda en dicha situación.

### **Datos importantes**

- Afecta más a mujeres que a hombres: dos por cada uno. Esto quiere decir que las mujeres somos más propensas a experimentar un trastorno de ansiedad a lo largo de sus vidas (Hartmann, 2019).
- La edad promedio en que suelen surgir los ataques de pánico es entre los 20 y los 30 años, y casi siempre son disparados por eventos altamente estresantes (Angst y Vollrath, 1991; Faravelli, Pallanti, Biondi, Paterniti y Scarpato, 1992; en Juárez, 2002).
- Puedes volverte súper hábil para detectar tu ritmo cardiaco y cambiar tu atención hacia los síntomas corporales asociados a la ansiedad o el pánico, particularmente cuando crees que los cambios van a ocurrir (Beck, Berisford, Taegtmeier y Bennet, 1990; Ehlers, Margraf, Roth, Taylor y Birbaumer, 1988; Ehlers y Breuer, 1992; Ehlers, 1993; Yeragani, Bacón, Pohl, Armes, Weinberg y Merlos, 1990; Cox y Swinson, 1994; Bengty Óst, 1995; en Jurado, 2002). Esta hiperatención o hipervigilancia hace que empieces a evaluar de manera negativa y extrema las sensaciones corporales, y al igual que ocurre con la evitación, poner demasiada atención a cada estímulo, sólo incrementará el miedo y el malestar en ese momento, además de ser agotador.

- Sin importar el género, el pánico parece disminuir con la edad y desaparecer a partir de los 54 años en mujeres y de los 65 en los hombres (Kxystal, Leaf, Bruce y Charney, 1992; en Jurado, 2002).
- Se estima un riesgo de suicidio en personas con éste trastorno de aproximadamente el 2.6% (Woodruff-Borden, Stanley, Lister y Tabacchi, 1997; en Jurado, 2002) al menos, uno de cada cinco en Estados Unidos (Hartmann, 2019).
- Hay ataques de pánico relacionados con el alcohol y con la cocaína, ¿recuerdas que al inicio del tutorial mencionaba que no era recomendable llevarlo a cabo si tu consumo era frecuente o ibas a consumir sustancias durante el mismo? Esto porque tanto el abuso de alcohol como el uso de la cocaína disparan un ataque de pánico (Jurado, 2002).
- Es un problema de salud importante que afecta tu esfera social y personal, pero no tienen los mismos costes ni repercusiones como el causado por una enfermedad crónica como la diabetes o la hipertensión (Jurado, 2002) es decir, es una condición molesta pero no peligrosa, y no tan perjudicial como otras enfermedades.

### **¿Realmente puede ocurrir todo esto que estoy pensando?**

Sin duda los síntomas físicos hacen que surjan temores que nada tienen que ver con el trastorno de pánico, y que más bien se trata de interpretaciones erróneas y catastróficas de las sensaciones físicas que experimentas; entre estos temores se encuentra el temor a asfixiarte, tener un infarto, volverte loco o perder el control, y desmayarte, y en menor medida también puede que exista el miedo a quedarte ciego o atragantarte. Te explico a continuación en qué consiste cada uno de estos



temores, y porque es muy poco probable que ocurra eso que estás pensando (Moreno y Martín, 2007; Roca, 2015):

- A. El temor a asfixiarte, surge por la dificultad que experimentamos para respirar, y suele deberse porque los músculos intercostales (los que están entre las costillas y se contraen para llenar los pulmones de aire) están tensos y dificultan la inspiración, por lo que empezamos a hiperventilar (respirar en exceso) generando síntomas adicionales como parestesias (cosquilleo u hormigueo) o mareo (derivados de la tensión muscular excesiva), que causan más temor provocando que “confirmes” que algo malo está sucediendo. Cuando hiperventilamos, hay un aumento en la presión sanguínea que hace que empecemos a respirar más cantidad de aire y más deprisa de lo habitual (justo el estado opuesto a la asfixia) por ello las crisis mejoran con la respiración diafragmática lenta, o respirando con la ayuda de una bolsa de papel.
  
- B. El miedo a tener un infarto cardíaco, se debe a que al percibir las palpitaciones y la opresión torácica, muchos pacientes creen estar sufriendo un ataque al corazón o piensan que la ansiedad provocará que el corazón se pare o estalle; sin embargo, las crisis de pánico no pueden hacerle ningún daño al corazón ya que para que se produzca un infarto, es necesario que se obstruyan o se rompan vasos sanguíneos del corazón, por lo que la taquicardia por sí misma no puede provocarlo. Cuando alguien sufre un infarto cardíaco, se inyecta adrenalina para que el corazón se ponga en marcha, y la adrenalina es precisamente lo que se libera durante una crisis de ansiedad.
  
- C. El miedo a volverse loco o perder el control difiere mucho de lo que significa realmente la “locura” es decir, la esquizofrenia y demás psicosis, puesto que

los psicóticos no experimentan temor a volverse locos, han perdido la capacidad de darse cuenta que no están bien y para ellos su estado es completamente normal; los delirios y las alucinaciones de las personas con esquizofrenia no guardan ningún parecido con los síntomas del pánico. Respecto a “perder el control” el significado varía en cada persona; para algunas, puede significar que realicen comportamientos socialmente inadecuados como ponerse a gritar, o que se hagan daño a sí mismos o a los demás, lo cual es nada probable ya que durante la crisis de pánico la persona actúa acorde a la lógica pues en ese momento piensa y siente que está en una situación de emergencia.

- D. El miedo a desmayarse o caerse al suelo surge tras percibir la sensación de mareo, vértigo e inestabilidad, y ello se debe a un aumento en tu presión sanguínea; pero en un desmayo ocurre lo contrario, hay una disminución brusca de presión sanguínea. El temor a desmayarse está más bien dirigido a no poderse recuperar, caer en un estado de coma, perder el control, darse algún golpe, exponerse a que otros le causen algún daño o hacer el ridículo.
  
- E. El miedo a quedarse ciego puede deberse a la visión borrosa, producto de la fijación ocular, y a las pequeñas motas que se desplazan en la superficie líquida del ojo; lo que sucede es que las pupilas se dilatan y aumentan la visión periférica facilitando así la percepción de posibles peligros.
  
- F. El miedo a atragantarse se debe a la percepción de la rigidez en cuello y garganta, y a la sensación de boca seca.

G. Adicional suelen experimentarse también náuseas, cansancio y agotamiento. Las náuseas son efecto normal de la ansiedad en el sistema digestivo y no suponen ningún peligro, pues mejoran en cuanto se reduce la ansiedad; el cansancio y agotamiento se da por mantener los músculos estirados y tensos durante mucho tiempo, y también por falta de descanso reparador.

La focalización de las sensaciones internas temidas aumenta su percepción, por lo que cualquier pensamiento que suponga un peligro podrá producirlas o incrementarlas pero, ¿a qué se deben las sensaciones temidas? Se deben a que el cerebro percibe un peligro real o imaginario, poniendo automáticamente en marcha el sistema de alarma, es decir, una parte del sistema nervioso que provoca diversos cambios fisiológicos con los que el organismo se prepara para afrontar el peligro (Moreno y Martín, 2007; Roca, 2015).

### **Situaciones o emociones que evitan las personas con trastorno de pánico**

Además de las interpretaciones catastróficas, también suelen evitarse ciertas situaciones o emociones. Tener identificada la situación o el lugar en que ocurre o ha ocurrido el ataque de pánico, propicia que empieces a evitar acceder a dichos lugares y situaciones como una manera de protegerte de riesgos innecesarios; sin embargo, al igual que en la evitación de sensaciones y sentimientos, evitar situaciones o lugares solo incrementará la ansiedad y el miedo. A continuación menciono las más frecuentes, en las que incluyo además aquellas en las que físicamente pienses te resultará difícil escapar o pedir ayuda, o aquellas en las que pudiera ser incómodo o embarazoso escapar (Jurado, 2002; Martínez y López, 2011) y te pido que identifiques aquellas que has estado evitando:

- Salir solo

- Viajar
- Estar lejos de casa
- Dejar la casa sola
- Manejar solo
- Tener emociones fuertes
- Quedar encerrado en algún lugar
- Lugares oscuros
- Animales
- Problemas interpersonales
- Parques de diversiones
- Velorios
- Situaciones de peligro
- Riesgo de ser asaltado
- Competencia académica o laboral
- Contacto con gérmenes o agentes infecciosos
- Interactuar con otras personas
- Estar lejos de hospitales
- Lugares muy concurridos
- Trenes, barcos, camiones
- Vías rápidas
- Metro, elevadores, túneles, puentes
- Quedarse atrapado en el tráfico
- Cines, teatros, restaurantes
- Centros comerciales o tiendas departamentales
- Mercado o supermercado
- Estar formado
- Fiestas o reuniones
- Estar sentado en el salón de belleza o con el dentista

Lo paradójico de esto es que al evitar hacer algo para no sentirte mal, lo que en realidad sucede es que aumenta el malestar (Álvarez y Herman, 2019; Fernández, Casanova y Cabañas, 2018; Miranda, 2019).

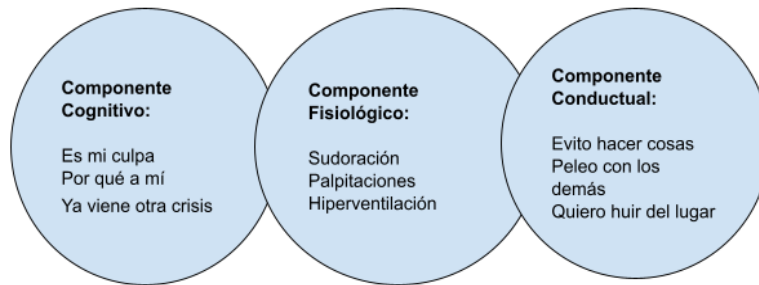
Entonces ¿por qué lo sigues haciendo? porque proporcionan una sensación de alivio inmediato a las sensaciones desagradables, por tanto, cada vez aparezca dicha sensación desagradable volverás a usar este mecanismo “aprendido”, porque has visto que “te ha funcionado” las veces anteriores y ha “disminuido” tanto el malestar físico como el emocional; sin embargo, le restas importancia a los pensamientos catastróficos que acompañan estas sensaciones, y atribuyes el alivio a que evitaste esa situación y que por tanto resultó, sin haber quizá reflexionado sobre qué tan probable era que ocurriera realmente eso que estabas pensando (Oromendia, 2016).

En resumen, son tres los puntos que se ponen en marcha cuando se da un ataque de pánico aunque no se esté en un peligro real, basta con que creas que estás en peligro (Monmbelli, 2016; en Miranda 2019):

1. Sensaciones internas
2. Creencias e interpretaciones catastróficas
3. Reacciones de alarma.

Al creer que te encuentras en peligro se pone en marcha tu sistema de alarma, lo que a su vez hace que aumenten las sensaciones internas; al aumentar las sensaciones lo interpretas como que algo malo está sucediendo, por lo cual aumenta más tu ansiedad y a la vez se intensifica el sistema de alarma, es decir, te pones más en guardia de lo que ya estabas; de esa manera se forma un espiral, o círculo vicioso que termina en lo que justamente no quieres que suceda: un ataque de pánico, en donde intervienen componentes cognitivos, fisiológicos y conductuales (Miranda, 2019) como se muestra en la Figura 1:

**Figura 1. Componentes de la ansiedad**



**Fuente: tomado de Repositorio Académico USMP**

Ahora que ya sabes qué es un ataque de pánico, y cómo conduce a un trastorno de pánico, pasemos a la parte práctica: una serie de técnicas basadas en evidencia científica como lo mencionaba en un principio, para que puedas enfrentar de mejor manera los episodios, y en el mejor de los casos, disminuir su frecuencia o los síntomas.

## **TÉCNICAS PARA TRATAR EL TRASTORNO DE PÁNICO**

### **Reentrenamiento de la respiración:**

Esta técnica sirve para regular los cambios respiratorios, principalmente el aumento de la frecuencia cardíaca, pero también sirve para regular la hiperventilación y la hipervigilancia mediante el uso de respiración diafragmática, la cual es más profunda que la respiración normal o torácica como se muestra en la Figura 2 (Álvarez y Herman, 2019; Fernández, Casanova y Cabañas, 2018; Miranda, 2019).

Normalmente al respirar, tendemos a coger poco aire y lo llevamos solo hasta la parte media de los pulmones, por tanto la sangre se oxigena muy poco. La

respiración diafragmática ayuda a llevar aire hasta la parte inferior de los pulmones, lo cual oxigena la sangre de forma adecuada. Cuando cogemos una cantidad de aire suficiente, nuestro cuerpo tiene energía necesaria para realizar sus funciones (García-Grau, Fusté y Bados, 2008).

**Figura 2. Respiración diafragmática**



Fuente: tomado de <https://tecnicasderespiracion.com/tecnicas/respiracion-abdominal/>

### **¿Cómo puedo respirar correctamente y controlar la ansiedad?**

Antes de realizar el ejercicio, te pido que leas antes las instrucciones y lo visualices en tu mente para posteriormente poder llevarlo a cabo.

Cuando anticipes una situación que te va a poner muy nervioso o cuando notes las primeras sensaciones realiza lo siguiente (García-Grau, Fusté y Bados, 2008):

- Siéntate cómodamente y cierra suavemente tus ojos. Si no puedes respirar sentado, puedes comenzar por una posición reclinada o tumbada boca arriba.

- Coloca una mano sobre tu abdomen, procurando que tu dedo meñique quede justo encima de tu ombligo.
- Respira de modo lento, regular, y no demasiado profundo.
- Ahora inhala aire por la nariz durante 3 segundos utilizando el diafragma, y exhala por la nariz o por la boca durante 3 segundos y haz una breve pausa antes de volver a inhalar (cuenta mentalmente uno y vuelve a comenzar).
- Debes sentir cómo el abdomen se infla al inhalar y cómo vuelve a su posición original al exhalar.
- Si es necesario, puedes colocar un pequeño libro sobre tu abdomen para comprobar cómo éste sube y baja.
- Si tuvieras algún problema al inhalar por la nariz, puedes hacerlo por la boca pero sin abrirla demasiado.
- Una vez en la situación, y si aún te sientes nervioso, continúa respirando de esta forma. Si el ritmo es demasiado lento para ti, inicia con uno más rápido: en lugar de inhalar y exhalar en 3 segundos, hazlo en 2, y luego gradualmente hazlo en 3 segundos, que es lo que se sugiere.

### **¿Por qué tengo que respirar de forma lenta, regular y diafragmática?**

Porque eso facilita que descienda tu ritmo cardíaco, la tensión sanguínea, la tensión muscular, por tanto, cuando estamos nerviosos, conviene respirar más lentamente (García-Grau, Fusté y Bados, 2008).

### **¿Qué puedo hacer en caso de que esté muy activado?**



Puede realizar respiraciones con retención de aire. Es un tipo de respiración pensada para utilizar cuando estamos muy activados y es muy similar a la anterior, solo que aquí tienes que retener el aire y hacer más profunda la inhalación. Te explico los pasos (García-Grau, Fusté y Bados, 2008):

1. Sentado o de pie, coloca una mano sobre tu abdomen, procurando que tu dedo meñique quede justo encima de tu ombligo.
2. Haz una inhalación lenta y profunda durante 5 segundos, retén el aire durante 5-7 segundos y exhala lentamente por la nariz o por la boca durante 10 segundos (el doble de tiempo del que inhalas).
3. Realiza entre 3 y 5 respiraciones para dejar de respirar rápido y evitar hiperventilar.

Por último, te recuerdo que el objetivo de la respiración controlada es controlar la ansiedad, no eliminarla totalmente.

## **ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN MUSCULAR PROGRESIVA**

Una de las formas de relajación que mejores resultados ha mostrado en el trastorno de pánico es la Relajación Muscular Progresiva de Jacobson. Esta técnica te ayudará a identificar el nivel de tensión muscular que experimentas en distintas partes de tu cuerpo a través de ejercicios de tensión y relajación (Miranda, 2019). Recuerda que mente y cuerpo están interconectados, por tanto las sensaciones físicas provocan pensamientos y conductas, que a su vez provocan tensión muscular en tu cuerpo (Méndez, 2010; en Miranda 2019).

A continuación te planteo las siguientes consideraciones para que estés mejor preparado para realizar el ejercicio (Marmolejo, Muñoz y Murueta, 2004):

**Condiciones ambientales:**

- Busca un espacio donde no exista ruido
- La luz debe ser tenue y no directa
- El lugar que elijas debe estar bien ventilado
- Puedes utilizar una silla o un sillón reclinable.

**Sugerencias para ti:**

- Puedes realizar el ejercicio completamente acostado o bien, sentado cómodamente.
- No debes cruzar manos ni pies; ambos brazos deben permanecer a los costados (si es que estás acostado), o reposando sobre tus piernas (si estás sentado).
- Utiliza ropa cómoda y no demasiado ajustada, para facilitar la tensión y relajación muscular.
- De preferencia, no utilices accesorios que te aprieten como alhajas, cinturón o zapatos.
- Si lo deseas, puedes cerrar los ojos.

**Importante:**

Es posible que experimentes sensaciones poco comunes como cosquilleo en los dedos o incluso sentir que flotas; si esto te ocurre es porque tus músculos están

comenzando a aflojarse, así que no temas porque algo malo te esté sucediendo.  
¡Comencemos!

### **Instrucciones:**

1. Observa tu respiración, ¿es tranquila, agitada? Trata de mantener tu respiración como cuando duermes.
2. Ahora, vas a tensar todo tu cuerpo: piernas, brazos, cara, mandíbula lo más fuerte que puedas sin llegar a un punto en que te duela. Mientras lo haces cuenta en tu mente 10 segundos, y después vas a hacer lo contrario, es decir, a relajarte completamente. ¿Pudiste sentir la diferencia entre tensión y relajación en tus músculos?
3. Ahora vas a hacer lo mismo con los dedos de tus pies; pon tensión en ellos lo más que puedas y mientras lo haces cuenta hasta 10 en tu cabeza, y después relaja y suelta. Recuerda, puedes cerrar los ojos.
4. Haz lo mismo ahora con la planta de tus pies, ¿listo? Aprieta fuertemente la planta de tus pies, ojo, solo la planta, como si quisieras empujar el piso, empieza a contar hasta 10, y suelta.
5. Ahora, sigue la misma dinámica con los talones...ya sabes que hacer, ¿listo?
6. ¿Cómo vas hasta aquí? Sigamos con los tobillos ¡adelante! Aprieta, aprieta, aprieta y cuenta hasta 10 y después suelta.
7. A continuación, haz lo mismo con las piernas. ¡Muy bien!
8. Repite ahora con las rodillas.

9. Ahora los mulos.

10. Después la cadera, y al soltar, mantén esa sensación de calma.

11. De ahí, pasa a los dedos de tus manos y tus muñecas cerrando el puño fuerte, fuerte, fuerte, ya que las muñecas son un punto de mucha tensión. Cuenta hasta 10 ¡suelta y libera!

12. Haz lo mismo con los antebrazos, codos y hombros.

13. Pasa ahora a la espalda.

14. Ahora al abdomen.

15. Continúa con el cuello y la nuca... ¡eso es!

16. Ahora toca el turno a tu rostro; empieza por los labios, lengua, mandíbula, ojos, cejas, pómulos y después la cabeza.

17. Finalmente, vas a contar del 1 al 10 y con cada número te vas a relajar más y más profundamente. ¿Listo? 1, 2, 3...

¡Felicidades, has terminado el ejercicio!

¿Qué diferencias puedes notar antes y ahora que terminaste?

Como se ha mencionado, la ansiedad propicia que tengas muchas actitudes de control; lo paradójico del control es que realmente se tiene cuando uno aprende a

relajarse, ya que al aflojarse y relajarse podemos tener más y mejor concentración en las actividades importantes.

## REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA

El propósito de la Reestructuración Cognitiva es que puedas identificar aquellos pensamientos catastróficos o evaluaciones erróneas que le otorgas a las sensaciones corporales, y modificarlas por unas más adaptativas con las que puedas hacerles frente (Oromendia, 2016).

Por ejemplo, cuando en las crisis de pánico piensas: voy a perder el control, no podré soportarlo, etc., son ejemplos de pensamientos catastróficos o ideas distorsionadas que surgen porque sobreestimas la probabilidad de que eso negativo que estás pensando pase, es decir, le asignas una probabilidad mayor a la que la evidencia puede darte.

Te voy a poner un ejemplo de cómo en base a una experiencia podemos asignar interpretaciones equivocadas a lo que sucede. Mira la siguiente imagen y dime ¿qué crees que está sucediendo?

**Figura 3. Jefe y empleado**



Fuente: Tomado de <https://www.equiposytalento.com/noticias/2013/05/06/diez-cuestiones-que-cualquier-trabajador-deberia-saber-de-su-jefe>

¿Cómo sabes que eso pensaste realmente es lo que está sucediendo?

¿Qué evidencia tienes para comprobarlo?

¿Qué otros escenarios son posibles?

Cómo en el ejemplo anterior, es posible que las interpretaciones que estás dando a muchas de las situaciones que vives no sean racionales y que de ello derivan muchos de tus conflictos o miedos

Déjame mostrarte unos ejemplos de este tipo de pensamiento y como al darles una interpretación más racional, tienen un efecto diferente en cómo percibes lo que te sucede (García, 2012):

<b>Pensamientos Irracionales</b>	<b>Pensamientos Racionales</b>
Es horrible, espantoso	Es un contratiempo, una contrariedad
No puedo soportarlo	Puedo tolerar lo que no me gusta
Soy un (a) estúpido (a)	Mi comportamiento fue estúpido
Es un (a) imbécil	No es perfecto (a)
Esto no debería ocurrir	Esto ocurre porque es parte de la vida
No tiene derecho	Tiene derecho a hacer lo que le parezca, aunque preferiría que no hubiese sido así

Debo ser condenado	Fue mi culpa y merece sanción pero no tengo que ser condenado
Necesito que él (ella) haga eso	Quiero/ deseo/ preferiría que él (ella) haga eso, pero no necesariamente debo conseguirlo
Todo siempre sale mal	A veces, tal vez frecuentemente, las cosas salen mal
Cada vez que intento algo, fallo	A veces fracaso
Nada funciona	Las cosas fallan con más frecuencia de lo que desearía
Esto es toda mi vida	Esto es una parte muy importante de mi vida
Esto debería ser más fácil	Esto debería ser más fácil pero, a menudo lo que me conviene es difícil de lograr
Soy un fracaso	Soy una persona que a veces fracasa

¿Qué diferencias puedes notar entre un pensamiento y otro?

¿Cuál crees que es más funcional es decir, cuál te ayuda a ver los eventos o situaciones con mayor apego a la realidad?

¿Cómo estás evaluando lo que te sucede? ¿En base a la lógica y en base a la realidad?

¿Te ayudan a conseguir los objetivos que te planteas?

¿Provocan emociones agradables en ti?

¿Son flexibles o más bien deterministas?

En base a lo expuesto anteriormente, te sugiero que durante al menos una semana lleves el siguiente registro para identificar los pensamientos que surgen cuando te expones a situaciones que disparan todo el malestar físico y emocional provocado por la ansiedad, y cómo al darles una interpretación más realista, se pueden reducir las consecuencias desfavorables y desagradables que conlleva. Déjame darte un ejemplo de cómo debes llenarlo:

<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>
<b>Situación o evento activante.</b>	<b>Lo que pienso o creo de eso que me pasa es decir:</b>  <b>Lo que me digo a mí mismo, lo que creo de mí o las expectativas que tengo sobre los demás.</b>	<b>Consecuencia:</b>  <b>Cómo me siento en relación a eso que me pasa.</b>	<b>Mismo evento dándole una interpretación más realista, racional y lógica.</b>
Mis amigos hicieron planes para salir y no me invitaron	No les agrada estar conmigo, no les agrada mi forma de ser, empiezo a dudar si hice algo mal, deberían haberme invitado porque por eso somos amigos	Triste, desanimado.	Mis amigos tienen derecho a elegir con quien salir así como yo lo tengo.



Te pondré ahora un ejemplo relacionado con la ansiedad (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012):

<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>
<b>Situación o evento activante.</b>	<p><b>Lo que pienso o creo de eso que me pasa, es decir:</b></p> <p><b>Lo que me digo a mí mismo, lo que creo de mí o las expectativas que tengo sobre los demás.</b></p>	<p><b>Consecuencia:</b></p> <p><b>Cómo me siento en relación a eso que me pasa.</b></p>	<p><b>Mismo evento dándole una interpretación más realista, racional y lógica.</b></p>
Voy por la calle, veo a un perro y se pone a ladrar.	No lo puedo tolerar, de seguro me va a atacar, si el perro se acerca será terrible	Ansiedad, nerviosismo, miedo	Que un perro ladre no significa que esté enfadado y me quiera morder

**Preguntas que pueden ayudarte a dar una interpretación más saludable:**

- ¿Cuál es la evidencia en que te basas para pensar que...?
- ¿Qué otras alternativas pueden explicar esa situación?
- ¿Cuáles son las consecuencias de pensar de esa manera?

Ahora toca turno de hacer tu registro. ¡Adelante!

**Una semana después de haber llenado tú registro:**

- ¿Qué diferencias notaste al darle una interpretación más realista, racional y lógica a las situaciones que te ocurren?
- ¿Cuáles son las consecuencias de cambiar tu forma de pensar?

**Consideraciones que también ayudan:**

- Evalúa los hechos como son y no como crees que deben o tienen que ser.
- Observa cuál es tu nivel de tolerancia a la frustración.
- Pregúntate qué tan exigente estás siendo contigo mismo y/o con los demás, e intenta ser más comprensivo.
- Opta por un “elijo” o “prefiero” en lugar de un “debo” o “tengo”, ejemplo: prefiero hacer esta actividad porque me conviene, en lugar de: debo hacer esta tarea y terminarla a toda costa.
- Sé más flexible y menos rígido con tus pensamientos y con tus elecciones.
- Es recomendable que sigas practicando este ejercicio, ya que una sola vez no basta para poderte entrenar en esta nueva forma de pensar.

## EXPOSICIÓN INTEROCEPTIVA

Esta técnica tiene como propósito habituarte a las sensaciones físicas desagradables que experimentas durante un ataque de pánico, e ir reduciendo poco a poco el miedo que surge ante su presencia. Para ello, lee detenidamente las siguientes indicaciones (Oromendia, 2016):

### **Antes de empezar:**

- Te voy a mostrar una lista de actividades que debes realizar por algunos segundos (en cada una de ellas te indico el tiempo).
- Evalúa las sensaciones que surgen al realizar cada actividad en una escala de 0 al 100, en donde “0” es nada de malestar y “100” malestar en su totalidad.
- Procura realizar todas las actividades
- Si alguna de ellas te resulta demasiado difícil puedes detenerte e intentar realizarla más tarde pero empezando con tiempos más cortos de los que se indican, y gradualmente ir aumentando el tiempo.

### **Durante los ejercicios:**

1. Siente las sensaciones físicas que aparecen al realizar cada actividad, concéntrate en ellas y trata de no distraerte.
2. Intenta mantener las sensaciones y observa los pensamientos y sentimientos que aparecen.
3. Respira tranquilamente e intenta medir el tiempo que pasa antes de que tu cuerpo vuelva al estado tranquilo. Puedes emplear la técnica de respiración que vimos anteriormente.

4. Si alguno de los ejercicios te provoca náuseas hazlo con más calma o intenta hacerlo solo una vez al día.
5. Elige 3 ejercicios y hazlos 3 veces al día. Puedes variar los ejercicios en los días siguientes.
6. Es recomendable seguir haciendo los ejercicios hasta que sientas que baja la intranquilidad de los síntomas. Lleva tiempo, pero es posible.
7. Cuando notes que el nivel de ansiedad entre ejercicios está bajando, piensa en lo que está pasando y en lo que estás aprendiendo.

Puedes auxiliarte de un cronómetro o pedir a alguien que te apoye tomando el tiempo ¿listo? ¡Comencemos!

<b>Ejercicio</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Ansiedad (0-100)</b>
1) Hiperventilación voluntaria	30 seg	
2) Agita la cabeza de un lado a otro	30 seg	
3) De pie o sentado, inclina la cabeza entre las piernas	30 seg	
4) Comienza a correr en tu lugar	60 seg	
5) Aguanta la respiración	30 seg	
6) Aprieta todos los músculos de tu cuerpo al mismo tiempo	60 seg	

7) Da vueltas “despacio” en una silla giratoria. Si no cuentas con ella, hazlo de pie en tu mismo lugar	60 seg	
8) Tapa tu nariz con tus dedos, y respira a través de un popote.	120 seg	
9) Mírate a los ojos en un espejo	90 seg	
10)Aprieta tu cuello ligeramente con los dedos	60 seg	
11)Mira tu mano	3 min	
12)Traga saliva rápidamente	4 veces	
13)Piensa en algo muy desagradable	2 min	
14)Ponte una prenda muy ajustada o ponte prenda sobre prenda hasta que quedes muy incómodo	5 min	

### EXPOSICIÓN EN VIVO

Esta técnica consiste en confrontarte sistemática y repetidamente a los estímulos que generan tu ansiedad como pueden ser: puentes, supermercados, transporte público, cines, etc. Recuerda que es muy importante ser paciente, pedir apoyo si lo necesitas, y estar muy motivado para llevar a cabo los ejercicios (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012). Recuerda también que si quieres cambiar algo, se requiere de concentración, paciencia y constancia; podría decirse que confrontar tus miedos te lleva a vivir una mejor vida (Oromendia, 2016) ¿qué dices, lo intentamos?

#### Conductas de seguridad:

Déjame hablarte primero de las conductas de seguridad: son aquellas que como su nombre lo dice, proporcionan una sensación de seguridad, tranquilidad, y reducen, previenen o eliminan la ansiedad. Algunas pueden tener una forma muy sutil como llevar agua, tener cerca el teléfono para poder llamar si se necesita pedir ayuda, situarse cerca de las salidas de emergencia de manera que resulte más fácil y rápido escapar en caso de que se presente una crisis, caminar llevando en la mano un paraguas, una maleta o un carrito de la compra, andar con una bicicleta más que por montarla por llevarla a lado, caminar con un periódico bajo el brazo o llevar un caramelo en la boca, así como otras no tan sutiles entre las que se incluye la búsqueda de vías de escape o salida de determinadas situaciones, buscar la compañía de ciertas personas, usar distractores como mirar un objeto que produce miedo, cerrar los ojos, realizar ejercicios mentales con juegos de números o palabras, contar mentalmente o mantenerse lo más ocupado posible, o evitar hacer ejercicio para no sentir que se acelera la respiración o se eleva la frecuencia cardiaca (Peñate, Pitti, Bethencourt y Gracia, 2006; Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012) ¿qué conductas de seguridad estás realizando actualmente, y cuales te gustaría dejar de hacer?

**A. Hagamos una lista (Oromendia, 2016):**

- Anota en una lista las situaciones y las cosas que te gustaría hacer, pero que por ahora te lo impide la ansiedad.
- En esta lista también puedes colocar situaciones que te generan ansiedad.
- Haz una valoración de cuánta ansiedad te conlleva esa situación. Usa una escala del 0 al 10 en donde 0 es nada de ansiedad y 10 ansiedad al máximo.

**Ejemplo:**

Actividad o situación	Nivel de Ansiedad (0 - 10)
Usar el transporte público	
Manejar	
Hacer ejercicio	
Ir de compras	
Salir solo	

## B. Planificar

Elige una situación de las que anotaste en la lista, y trata de planificar por lo menos una actividad cada día que te acerque a llevarla a cabo. Empieza el primer día con algo que resulte relativamente fácil para ti; posteriormente aumenta el grado de dificultad.

Por ejemplo:

Si usar el transporte público está en tu lista:

Día 1: Ir a la parada del autobús

Día 2: Hacer la parada pero no subirse

Día 3: Subirte y bajarte en la primera parada

Día 4: Subirte y bajarte 2 estaciones más adelante

Día 5: Tomar el autobús en otra parada

Día 6: Viajar en otro horario

Otro ejemplo:

Situación: Estar en el teatro o el cine

Semana 1: Siéntate cerca de la salida

Semana 2: Siéntate en medio de la fila

Semana 3: visitar varias salas de cine

Ejemplo adicional:

Situación: Salir solo

Día 1: Salir de casa y avanzar unas cuantas casas

Día 2: Salir a la tienda de la esquina

Día 3: Ir al mercado

Día 4: Camina 500 m

Día 5: Camina 1000 m

Esta técnica puede resultar difícil para ti, pero es muy importante que le dediques todo el tiempo que sea necesario, pues es una de las más relevantes ya que estarás confrontando aquello que tanta angustia te ha generado.

Te sugiero el siguiente formato para llevar a cabo tus actividades:

<b>Fecha</b>	<b>Duración</b>	<b>Actividad</b>



## INSTITUCIONES QUE OFRECEN SERVICIO PSICOLÓGICO EN MÉXICO

¡Felicitaciones! has concluido el tutorial y qué mejor momento para reconocerte y agradecerte a ti mismo por todo el esfuerzo, dedicación y tiempo durante el desarrollo del mismo.

Recuerda que no estás solo en este camino y que puedes acudir a los profesionales de la salud mental para recibir atención y cuidados específicos. En la Ciudad de México son varias las instituciones que ofrecen atención sin costo:

### **Universidad Nacional Autónoma De México**

Tel. (55) 5025-0855

Lunes a viernes

8:00 a 18:00 h

Línea de Atención Psicológica Call Center especializada en salud mental: ofrecen ayuda de primer contacto en temas como problemas de pareja, ansiedad, depresión, crisis de pánico, entre otros.

<https://www.fundacionunam.org.mx/unam-al-dia/conoce-la-linea-de-atencion-psicologica-de-la-unam/>

### **Línea UNAM**

<https://misalud.unam.mx/covid19/>

Lunes a viernes

8:00 am a 6:00 pm

Al finalizar la contestación del cuestionario se puede solicitar un especialista.

### **Consejo Ciudadano para la Seguridad y Justicia de la Ciudad de México**

Tel. (55) 5533-5533

Se brindan primeros auxilios psicológicos las 24 horas todos los días

<https://consejociudadanomx.org/index.php/es/>

### **Educatel**

Tels. (55) 3601- 7599 y (800) 288 66 88

Lunes a viernes

8:00 am a 8:00 pm

Servicio de atención psicológica ofrecido por la SEP

### **Centros de Integración Juvenil**

Tel. (55) 5552-1212

WhatsApp: (55) 4555-1212

Apoyo psicológico de lunes a domingo de 8:30 am a 10:00 pm

<http://www.cij.gob.mx/cijcontigo/>

### **SAPTEL**

**Sistema Nacional de Apoyo, Consejo Psicológico e Intervención en Crisis por**

**Teléfono**

(55) 5259-8121

Lunes a viernes

8:00 am a 8:00 pm

Servicio para el manejo de emergencias psicológicas y crisis emocionales

<http://www.saptel.org.mx/cursos.html>

### **Fundación Origen**

Tel. (800) 0151617

WhatsApp: (55) 3234-8244

Asesoría psicológica y legal

<https://fundacionorigen.org.mx/>

### **Línea UAM**

Tel. (55) 5804-6444, (55) 5804-4879, (55) 2555-80-92

Lunes a sábado de 8:00 am a 8:00 pm

Ofrece orientación en problemas emocionales, inició como un servicio dirigido a universitarios, pero actualmente atiende a la población general.

<http://www.uam.mx/lineauam/index.htm>

### **Psicólogos Sin Fronteras México (PSFMx) y el Centro De Intervención En Crisis**

Tel. (55) 8526-1859, (55) 4738-8448

Lunes a viernes de 8:00 am a 6:00 pm

Ofrece intervenciones a distancia (vía telefónica, WhatsApp, video llamadas en diversas plataformas, etc.) para proporcionar tanto acompañamiento psicológico como colectivo, familiar e individual, así como consejería psicológica.

<https://www.psicologossinfronterasmx.org/>

### **Línea de vida**

Tel. (800) 911-2000

Facebook:/LalineadelaVidamx/

Atención especializada prevención y atención en el consumo de sustancias adictivas, este servicio es gratuito y confidencial. Funciona las 24 horas de los 365 días del año a nivel nacional.

### **Instituto Nacional de Psiquiatría**

Ramón de la Fuente Muñiz

Tel. (55) 4160-5372 y (800) 953-1704

<http://inprf.gob.mx/>

### **Hospital Psiquiátrico “Morelos” IMSS**

Tel. (55) 5577-4419, (55) 5577-7292, (55) 5577-6043

Calz. San Juan de Aragón No. 311

Col. San Pedro el Chico, Gustavo a Madero C.P. 07480

### **Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”**

Tel. (55) 5573-1550, (55) 5573-0386, (55) 5573-0387

Av. San Buenaventura y Niño Jesús Tlalpan, C.P. 14000

Finalmente, recuerda también que lo ideal es contar tanto con evaluación como con tratamiento psicológico y psiquiátrico para obtener un diagnóstico más certero y un tratamiento mucho más efectivo y acorde a la problemática que presentas.

## **CONCLUSIONES**

En la bibliografía consultada se encontró que las técnicas cognitivo-conductuales como psicoeducación, reentrenamiento de la respiración, entrenamiento en relajación muscular, terapia racional emotiva (TREC), exposición interoceptiva y exposición en vivo, son efectivas para el tratamiento del trastorno de pánico y que el empleo de éstas sirven como guía de autoayuda para una mayor comprensión del trastorno; además, ofrecen alternativas de información sobre su tratamiento, permiten a la persona hacer frente a los estímulos percibidos como amenazantes y aumentan la sensación de control, gestión y autoeficacia durante las crisis.

El éxito de las técnicas propuestas en este tutorial radica en que precisan reducir-eliminar los patrones de pensamiento, emociones, sensaciones corporales y patrones de comportamiento que interfieren con la salud y la calidad de vida de la persona, centrándose en el presente y enfatizando el problema, en las conductas y las creencias actuales, además de ser un enfoque estructurado y de fácil enseñanza, con metas y actividades concretas que fungen como facilitadoras de cambios en el comportamiento y de nuevas formas de pensamiento.

Una de las limitaciones encontradas en este trabajo, es que no todas las poblaciones están familiarizadas ni tienen acceso a las tecnologías de información, y que la demanda de atención psicológica vía remota, si bien tuvo un crecimiento a raíz de la pandemia por COVID-19, el auge de esta modalidad sigue en desarrollo.

Por otro lado, investigaciones como en las de Wood y Cano (2009) se encontró que algunos autores difieren en la utilización del ejercicio de hiperventilación voluntaria como exposición interoceptiva, ya que argumentan y defienden tres puntos importantes: 1) la hiperventilación no produce experiencia de ansiedad en todos los sujetos, 2) la hiperventilación voluntaria puede aumentar el miedo a las sensaciones temidas y agravar los síntomas del trastorno por pánico y 3) la hiperventilación voluntaria únicamente es efectiva cuando se realiza en consultorio dado que este es un sitio considerado como “seguro” por los pacientes, por lo que se sugieren nuevas investigaciones en torno al uso de la hiperventilación voluntaria como ejercicio en el tratamiento del trastorno de pánico.

Otras líneas sobre las que se sugiere investigar, es sobre las variables que influyen en la no adherencia al tratamiento, y en las que intervienen en las recaídas y la no evolución satisfactoria después del tratamiento, así como en medidas de prevención para la aparición de los trastornos de ansiedad.

Respecto a las mejoras para este tutorial, se sugiere incluir un componente de prevención a las recaídas, incluir una encuesta de satisfacción para evaluar el tratamiento y la utilidad del mismo, así como incluir audio y video para tener mejor captación atencional de la audiencia.

Por último se sugiere revisar la prevalencia del trastorno tras el impacto mental en la población por COVID-19, dado que los pacientes con un trastorno psiquiátrico preexistente, podrían ver exacerbada su patología derivado de este contexto (“Actividad física y Pandemia,” 2020).

## Bibliografía

- Álvarez, H., Heman, A. (Octubre, 2019). Intervención Cognitivo-Conductual en un caso de ataques de pánico. *Revista De Casos Clínicos en Salud Mental*, 7(1). Recuperado de:  
<http://www.casosclnicosensaludmental.es/ojs/index.php/RCCSM/article/view/39>
- Amodeo, S. (2017). *Estudio de la eficacia de un tratamiento psicológico breve en la disminución a la sensibilidad a la ansiedad en pacientes con trastorno de pánico* (Memoria de Doctorado). Recuperado de Repositorio Académico UAM.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Arlington: APP.
- Benjet, C., Casanova, L., Borges, G., y Medina-Mora, M. (2013). Impacto de los trastornos psiquiátricos comunes y las condiciones crónicas físicas en el individuo y la sociedad. *Salud Pública De México*, 55(3). Recuperado de:  
<https://doi.org/10.21149/spm.v55i3.7207>
- Botella, C., y García, A. (1996). La estructuración de la Terapia, la utilización de materiales de autoayuda y el coste-beneficio terapéutico en el tratamiento del trastorno de pánico. *Análisis y Modificación de Conducta*, 2(81). Recuperado de:  
[file:///C:/Users/pelito/Tracing/Downloads/Dialnet-LaEstructuracionDeLaTerapiaLaUtilizacionDeMaterial-7072230%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/pelito/Tracing/Downloads/Dialnet-LaEstructuracionDeLaTerapiaLaUtilizacionDeMaterial-7072230%20(2).pdf)
- Carreño, S., y Medina, M. (Agosto, 2018). Panorama Epidemiológico de los trastornos mentales. *INPRFM*. Recuperado de:  
<http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/salud/estreslaboral/1erjornada/07-Panorama-Trastornos-Mentales.pdf>
- Cedillo, B. (2017). *Generalidades de la Neurobiología de la Ansiedad*. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 20(1). Recuperado de:  
<https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol20num1/Vol20No1Art14.pdf>
- Clark, D., y Beck., A. (2016). *Manual Práctico para la ansiedad y las preocupaciones*. Valencia: Desclée de Brouwer.
- Elizalde, V. (2006). *El trastorno de pánico*. (Tesis de Licenciatura). Recuperado de TESIUNAM Digital.
- Ellis, A. (2010). *Como controlar la ansiedad antes que esta le controle a usted*. Barcelona: Paidós.

- Escobar, F. (2010). Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad. *Guía de Manejo de Neurología*. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/profile/Franklin\\_Escobar-Cordoba/publication/268631781\\_Diagnosis\\_and\\_treatment\\_of\\_anxiety\\_disorders\\_Diagnostico\\_y\\_tratamiento\\_de\\_los\\_trastornos\\_de\\_ansiedad/links/547277210cf216f8cfae84dd/Diagnosis-and-treatment-of-anxiety-disorders-Diagnostico-y-tratamiento-de-los-trastornos-de-ansiedad.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Franklin_Escobar-Cordoba/publication/268631781_Diagnosis_and_treatment_of_anxiety_disorders_Diagnostico_y_tratamiento_de_los_trastornos_de_ansiedad/links/547277210cf216f8cfae84dd/Diagnosis-and-treatment-of-anxiety-disorders-Diagnostico-y-tratamiento-de-los-trastornos-de-ansiedad.pdf)
- Fernández, M., y Rubén, S. (2016). Antecedentes y revisión crítica del denominado “ataque de pánico”. *Perspectivas en psicología: Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 13(2). Recuperado de: <http://web.b.ebscohost.com.pbidi.unam.mx:8080/ehost/results?vid=0&sid=fe5d218b-9d60-4f0a-8f7e-340334f18368%40pdc-v-sessmgr01&bquery=panic%2Battacks&bdata=JmRiPWE5aCZjbGkwPUZUJmNsdjA9WSZsYW5nPWVzJnR5cGU9MSZzZWZyY2hNb2RlPVN0YW5kYXJkbnNpdGU9ZWZhc3QtbGl2ZQ%3d%3d>
- Fernández, I., Casanova, I., y Cabañas, V. (2018). Estudio de caso único: Eficacia de un tratamiento cognitivo-conductual en un trastorno de pánico en un adolescente. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental*, 6(1). Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6642691>
- García-Grau, E., Fusté, A., Bados, A. (2008). Manual de entrenamiento en respiración. *Universitat de Barcelona (Edición en Línea)*. Recuperado de: [https://www.magisterio.com.co/sites/default/files/document/manual\\_de\\_entrenamiento\\_en\\_respiracion.pdf](https://www.magisterio.com.co/sites/default/files/document/manual_de_entrenamiento_en_respiracion.pdf)
- García, R. (2012). *Terapia Cognitivo Conductual como tratamiento eficaz para problemas relacionados con el manejo del enojo, en un centro de atención psicológica* (Tesis de Licenciatura). Recuperado de TESIUNAM Digital.
- González, M. (2007). Reflexión sobre los trastornos de ansiedad en la sociedad occidental. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 23(1). Recuperado de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252007000100013&script=sci\\_arttext&lng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252007000100013&script=sci_arttext&lng=en)
- Hartmann, P. (2019). Anxiety. *Magill's Medical Guide (Online Edition)*. Recuperado de: <http://eds.a.ebscohost.com.pbidi.unam.mx:8080/eds/detail/detail?vid=2&sid=45c409f1-692d-42fb-8a76-0eca071c3432%40pdc-v-sessmgr02&bdata=JmxhbmMmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZQ%3d%3d>
- Juárez, A. (2006). *Manual para el tratamiento cognoscitivo-conductual de pacientes con trastorno de pánico* (Tesis de Licenciatura). Recuperado de TESIUNAM Digital.

- Jurado, S. (2002). *Génesis, sintomatología y tratamiento del trastorno de pánico en población del D.F.* (Tesis de Doctorado). Recuperado de TESIUNAM Digital.
- Kiskeri, A., Serrat, L., Díaz, G., y Schlanger, K. (Julio, 2018). Terapia Breve-Resolución de Problemas/MRI y Terapia Cognitivo-Conductual. Una comparación sucinta de modelos: Comparación de un caso clínico a través de dos enfoques psicoterapéuticos diferentes. *Revista de Psicoterapia*, 29(110). Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6527202>
- López, O. (2019). *Evaluación y Diagnóstico del Trastorno de Pánico, desde el análisis del Manual Diagnóstico DSM V* (Examen de Licenciatura) Recuperado del Repositorio Digital Institucional de la Universidad Técnica de Machala.
- Marmolejo, K., Muñoz, R., y Murueta, M. (2004). Relajación Terapéutica. *AMAPSI a Distancia (Edición en Línea)*. Recuperado de: <http://distancia.amapsi.org/>
- Martínez, M., y López, D. (2011). Trastornos de ansiedad. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría* (44) 3. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revneuneupsi/nnp-2011/nnp113d.pdf>
- Medina-Mora et al. (2003). Prevalencia de Trastornos Mentales y Uso de Servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental* 26(4). Recuperado de: <http://repositorio.inprf.gob.mx/handle/123456789/5856>
- Moreno, P., y Martín, J. (2007). *Tratamiento psicológico de trastornos de pánico y agorafobia: Manual para terapeutas*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Miranda, L. (2019). *Estudio de caso clínico: Programa de Intervención Cognitivo-Conductual para un caso de trastorno de pánico* (Tesis de Licenciatura). Recuperado de Repositorio Académico USMP.
- Muñoz, R. (2015). *Detección de depresión, ansiedad y pánico en atención primaria mediante el PHQ* (Tesis de Doctorado). Recuperado de RODERIC Universitat de València.
- Oromendia, P. (2016). *Detección y tratamiento del trastorno de pánico a través de internet: El apoyo psicológico como parte de un programa de autoayuda basado en la Terapia Cognitivo Conductual* (Tesis de Doctorado). Recuperado de TDX Tesis Doctorals en Xarxa.
- Osma, J. (2009). *Influencia de la personalidad en la clínica del trastorno de pánico con o sin agorafobia: un estudio exploratorio* (Tesis de Doctorado). Recuperado de TDX Tesis Doctorals en Xarxa.



- Overton, S., y Medina, S. (2008). The Stigma of Mental Illness. *Journal of Counseling & Development* 86(1). Recuperado de:  
<http://www.musicandresilience.net/sites/default/files/2018-04/overton2008stigmamentalillness.pdf>
- Palomares, E. (2008). *Perfil Neuropsicológico del Trastorno de Pánico* (Tesis de Licenciatura). Recuperado de TESIUNAM Digital.
- Panorama de la Salud Mental en las mujeres y los hombres mexicanos (diciembre, 2006). Instituto Nacional de las Mujeres. Recuperado de:  
[http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos\\_download/100779.pdf](http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100779.pdf)
- Peñate, W., Pitti, C., Bethencourt, J., y Gracia, R. (2006). Agorafobia (con o sin pánico) y conductas de afrontamiento desadaptativas. Primera Parte. *Salud Mental* 29(2). Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v29n2/0185-3325-sm-29-02-22.pdf>
- Pine, D. (Marzo, 2016). Entender los trastornos de ansiedad: cuando el pánico, el miedo y las preocupaciones nos superan. *NIH-National Institutes of Health*. Recuperado de: <https://salud.nih.gov/articulo/entender-los-trastornos-de-ansiedad/>
- Recomendación sobre actividad física para personas con discapacidad psicosocial (trastornos de ansiedad) durante la pandemia COVID19 (junio, 2020). Gobierno de México. Recuperado de: [https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/06/SaludMental\\_ActividadFisica.pdf](https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/06/SaludMental_ActividadFisica.pdf)
- Rivera, R., Castellano, S., Arbona, C., y García-Palacios, A. (2007). Internet y los tratamientos psicológicos: dos programas de auto-ayuda para fobias específicas. *Medicina Psicosomática y Psiquiátrica de enlace*, 81(1). Recuperado de: [https://www.researchgate.net/profile/Cristina-Botella/publication/28195096\\_Internet\\_y\\_los\\_tratamientos\\_psicologicos\\_Dos\\_programas\\_de\\_auto-ayuda\\_para\\_fobias\\_especificas/links/0912f50826d20f16d8000000/Internet-y-los-tratamientos-psicologicos-Dos-programas-de-auto-ayuda-para-fobias-especificas.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Cristina-Botella/publication/28195096_Internet_y_los_tratamientos_psicologicos_Dos_programas_de_auto-ayuda_para_fobias_especificas/links/0912f50826d20f16d8000000/Internet-y-los-tratamientos-psicologicos-Dos-programas-de-auto-ayuda-para-fobias-especificas.pdf)
- Roca, E., y Roca, B. (1999). *Cómo tratar con éxito el pánico (con o sin agorafobia)*. Valencia: ACDE.
- Roca, E. (2015). *Cómo superar el pánico con o sin agorafobia: programa de autoayuda*. Valencia: ACDE.
- Ruiz, M., Díaz, M., Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Salvador, J. (2012). *Ansiedad: una propuesta de taller* (Tesis de Licenciatura). Recuperado de TESIUNAM Digital.

Wood, C., y Cano, A. (2009). *La Hiperventilación y el Trastorno de Angustia a la Luz de un Marco Cognitivo*. *Clínica y Salud* 20(1). Recuperado de:  
<http://eds.b.ebscohost.com.pbidi.unam.mx:8080/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=35aee709-9b01-4416-8559-50def5285902%40sdc-v-sessmgr02>