



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TRABAJO FINAL DE GRADO  
MONOGRAFÍA

## **Navegando la ansiedad: comprensión y enfoques terapéuticos**

**Estudiante: Analia Fernández Borreani**

**Tutora: Prof. Agda. Dra. Gabriela Fernández Theoduloz**

**Revisora: Prof. Agda. Dra. Victoria Gradin**

Febrero, 2025- Montevideo, Uruguay

# Índice

<b>Resumen.....</b>	<b>2</b>
<b>Introducción.....</b>	<b>4</b>
<b>Ansiedad.....</b>	<b>5</b>
Modelo Conductual de la Ansiedad.....	6
Modelo Cognitivo de la Ansiedad.....	7
<b>Trastornos de Ansiedad.....</b>	<b>8</b>
<b>Trastorno de Ansiedad Social.....</b>	<b>9</b>
Características y criterios diagnósticos.....	9
Etiología y factores de riesgo.....	10
<b>Trastorno de Ansiedad Generalizada.....</b>	<b>11</b>
Características y criterios diagnósticos.....	11
Etiología y factores de riesgo.....	12
<b>Trastorno de Pánico.....</b>	<b>12</b>
Características y criterios diagnósticos.....	12
Etiología y factores de riesgo.....	13
<b>Tratamientos.....</b>	<b>14</b>
Tratamiento farmacológico.....	14
Terapia de la Conducta.....	14
Terapia Cognitiva, TC.....	16
Terapia Cognitivo Conductual, TCC.....	17
Técnicas de la Terapia Cognitivo Conductual para los Trastornos de Ansiedad.....	17
Terapias de la Tercera Generación.....	20
<b>Reflexiones finales y conclusiones.....</b>	<b>21</b>
<b>Referencias bibliográficas.....</b>	<b>22</b>

## **Resumen**

El presente trabajo se enmarca como Trabajo Final de Grado de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de la República. En este se aborda el concepto de ansiedad considerando sus aspectos fisiológicos, cognitivos y conductuales, desde los principales modelos teóricos. Se destaca que la ansiedad, cuando se manifiesta como desadaptativa y patológica, se convierte en distintos trastornos de ansiedad y afecta gravemente la calidad de vida de quienes la padecen. Dentro de los trastornos de ansiedad, se profundiza en tres específicos: el trastorno de ansiedad social, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de pánico. Destacando su complejidad y afectación en la vida cotidiana de las personas que los padecen. Se presentan diferentes estrategias de intervención incluyendo tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos como la terapia de la conducta, la terapia cognitiva, la terapia cognitivo conductual y las terapias de tercera generación. Se hace énfasis en la terapia cognitivo conductual y en sus distintas técnicas para los trastornos de ansiedad seleccionados previamente. Estas técnicas basadas en la evidencia demostraron ser fundamentales para el tratamiento de la ansiedad, ya que contribuyen a modificar patrones de pensamiento disfuncionales, disminuyen los síntomas de ansiedad y mejoran la calidad de vida de quienes padecen estos trastornos.

**Palabras clave:** Trastorno de Ansiedad Generalizada, Trastorno de Ansiedad Social, Trastorno de Pánico, Tratamientos, Terapia cognitivo conductual.

## **Abstract**

This paper is presented as the Final Degree Project for the Bachelor's Degree in Psychology at the Universidad de la República. It addresses the concept of anxiety, considering its physiological, cognitive, and behavioral aspects from the perspective of major theoretical models. It is highlighted that when anxiety manifests as maladaptive and pathological, it develops into various anxiety disorders and severely impacts the quality of life of those affected. Among anxiety disorders, the paper delves into three specific ones: social anxiety disorder, generalized anxiety disorder, and panic disorder, emphasizing their complexity and impact on the daily lives of those who suffer from them. Different intervention strategies are presented, including pharmacological treatments and psychotherapeutic approaches such as behavior therapy, cognitive therapy, cognitive-behavioral therapy, and third-generation therapies. Special emphasis is placed on cognitive-behavioral therapy and its various techniques for the selected anxiety disorders. These evidence-based techniques have

proven to be essential for the treatment of anxiety, as they help modify dysfunctional thought patterns, reduce anxiety symptoms, and improve the quality of life of individuals affected by these disorders.

**Keywords:** Generalized Anxiety Disorder, Social Anxiety Disorder, Panic Disorder, Treatments, Cognitive Behavioral Therapy.

## Introducción

La presente monografía se desarrolla en el marco del Trabajo Final de Grado correspondiente a la Licenciatura en Psicología de la Universidad de la República. La elección de esta temática responde a la relevancia que tienen los trastornos de ansiedad en la actualidad, dado su impacto en la vida cotidiana de quienes los padecen y su alta prevalencia (OMS, 2023). Además, en el ámbito de la salud resulta fundamental comprender estas problemáticas y conocer estrategias de intervención eficaces que puedan favorecer el bienestar de las personas que sufren de ansiedad.

Es necesario ampliar el conocimiento sobre la ansiedad y sus posibles abordajes terapéuticos, para que en futuras investigaciones se puedan desarrollar herramientas efectivas sobre sus tratamientos o mejoras en los mismos. La ansiedad es una respuesta emocional adaptativa, necesaria para la supervivencia, pero cuando se vuelve excesiva y persistente, interfiere significativamente en la vida de las personas, dando lugar a diversos trastornos que afectan su funcionalidad en distintos ámbitos como el social, académico y laboral (Delgado et al., 2021).

En primer lugar, se realizará una definición general de la ansiedad, considerando sus aspectos fisiológicos, cognitivos y conductuales, mencionados en el modelo conductual y el modelo cognitivo. En segundo lugar, se mencionan los diferentes trastornos de ansiedad, de los cuales se seleccionarán tres para un análisis más profundo. Estos son el Trastorno de Ansiedad Social (TAS), Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) y el Trastorno de Pánico (TP). Se explicarán sus características clínicas, criterios diagnósticos y posibles causas.

En tercer lugar se presentarán diversas formas de intervención para estos trastornos, tales como el tratamiento farmacológico, la terapia de la conducta, la terapia cognitiva, la terapia cognitivo conductual y las terapias de tercera generación. Se expondrán técnicas y estrategias de intervención que han demostrado ser efectivas en el tratamiento de estos trastornos, pertenecientes a la terapia cognitivo conductual y con un enfoque basado en la evidencia científica.

El propósito de este trabajo es contribuir a la comprensión del concepto de ansiedad y de los trastornos seleccionados, y ofrecer un panorama sobre las herramientas disponibles para su tratamiento, promoviendo así una visión integral que contemple tanto el diagnóstico como la intervención. De este modo, se espera aportar información relevante para el conocimiento científico, los profesionales de la salud y todas aquellas personas interesadas en la salud mental.

## **Ansiedad**

Sierra et al. (2003) definen la ansiedad como “un estado de agitación e inquietud desagradable caracterizado por la anticipación del peligro” (p.17). Es un sistema de respuesta conductual, fisiológica, afectiva y cognitiva que se activa al anticipar eventos o situaciones consideradas desagradables para el individuo (Beck y Clark, 2012). La ansiedad se puede entender como una respuesta emocional normal, adaptativa y presente en todas las personas (Cano Vindel y Miguel Tobal, 2002). Es importante diferenciar el miedo de la ansiedad. El miedo es una reacción frente a un estímulo concreto, en presencia de un objeto real amenazante y es caracterizado por ser una reacción acorde a la proporción del peligro, mientras que la ansiedad se caracteriza por la anticipación del peligro en ausencia de este y conduce a una reacción desproporcionada (Díaz y De la Iglesia, 2019).

La ansiedad es una respuesta fisiológica del cuerpo ante una amenaza, que puede generar sensaciones como preocupación, irritabilidad, inquietud, hipervigilancia o agitación (Delgado et al., 2021). Los síntomas fisiológicos son el resultado de la activación del sistema nervioso simpático. Esta activación provoca el aumento del ritmo cardíaco, el aumento de la fuerza en los músculos, en la contracción y dilatación de los pulmones, en la dilatación de las pupilas. En cambio, el sistema nervioso parasimpático equilibra estas respuestas reduciendo el estado de hiperactividad (Beck y Clark, 2012, p.42).

La respuesta ansiosa es mediada por el sistema nervioso central (SNC), este se conecta con el cuerpo a través del sistema nervioso autónomo o periférico. Los estímulos captados por los sentidos tienen su previa estación en el tálamo, este funciona como estación de relevo y como filtro que impide que todos los estímulos lleguen a la corteza. El tálamo pasa la información al complejo nuclear amigdalino, que producirá la respuesta motora, esta puede ser de lucha, huida o paralización (Herlyn, 2015). La amígdala es una pequeña estructura subcortical relacionada con las emociones, envía información relacionada con el miedo y la ansiedad a los centros nerviosos superiores (Villegas et al., 2015).

Si bien la ansiedad se presenta como una respuesta adaptativa para el ser humano, también se puede manifestar como desadaptativa y patológica. En estas condiciones estaríamos hablando de trastorno de ansiedad (Delgado et al., 2021). Se considera trastorno de ansiedad cuando la respuesta de ansiedad no es proporcional al estímulo que la provoca, puede ser por la magnitud o la persistencia en el tiempo (Herlyn, 2015).

## **Modelo Conductual de la Ansiedad**

La ansiedad se presenta como una respuesta que se desencadena a partir de un evento o situación, un estímulo que puede ser interno (cognitivo) o externo (ambiental) (Craighead et. al. 1981). La respuesta de ansiedad se adquiere por condicionamiento clásico y también son llamadas conductas respondientes porque aparecen de forma refleja cada vez que el sujeto se pone en contacto con el estímulo (Chertok, 2006).

De acuerdo al modelo conductual las fobias se consideran temores aprendidos, adquiridos a través de un proceso de aprendizaje asociativo (Beck y Clark, 2012) mediante condicionamiento clásico, condicionamiento vicario o por transmisión de información (Caballo, 2008), aunque no es el único modelo presente en el desarrollo de la fobias. Mowrer propuso "la teoría de los dos factores" donde incluye, además, un nivel operante en el mantenimiento de estos trastornos. La conducta operante es voluntaria y controlada por las consecuencias que emite (Chertok, 2006). Según Caballo (2008) esta teoría sirve para explicar la adquisición y el mantenimiento de las fobias, reacciones que son constituidas por una respuesta condicionada, adquirida por medio de la asociación entre un objeto fóbico (estímulo condicionado) y una experiencia aversiva. Una vez que se adquiere la fobia (por ejemplo, la fobia a un encuentro con un perro por haber sido mordido), la evitación de la situación u objeto fóbico (el perro) reduce la ansiedad condicionada, refuerza esta conducta (condicionamiento operante - reforzamiento negativo) y hace que se mantenga la ansiedad, ya que el sujeto no logra aprender que la situación no es tan peligrosa. En cambio, si la persona continúa exponiéndose al estímulo condicionado (el perro), el miedo podría extinguirse, ya que el estímulo condicionado se presenta sin el estímulo incondicionado (mordedura) y permite, así, la extinción de la respuesta condicionada de ansiedad (Chertok, 2006).

Según Labrador (2011), es importante destacar el papel que desempeña el sujeto en su interacción con el medio, este último determina la forma de comportarse de las personas. En realidad, no es el medio en sí el determinante del comportamiento, sino la forma en que lo percibe y lo procesa la persona. A su vez, el medio también es modificado por la conducta del sujeto. Este autor plantea que la regulación de la conducta depende de tres sistemas: los estímulos externos que afectan la conducta por medio del condicionamiento clásico; las consecuencias de la conducta a través del condicionamiento operante, y los procesos cognitivos que determinan los estímulos a los que se les presta atención.

## Modelo Cognitivo de la Ansiedad

El modelo cognitivo plantea que la percepción y el modo en cómo se interpretan los acontecimientos influyen en las emociones y en los comportamientos de las personas (Beck, 2000). Por lo tanto, las cogniciones desempeñan una función importante en el desarrollo y el mantenimiento de los trastornos emocionales; en la ansiedad se asocian a una interpretación errónea o exagerada frente a la anticipación de una amenaza (Beck y Clark, 2012). Labrador (2011) plantea que para producir un cambio en la conducta es necesario identificar y modificar los aspectos cognitivos que la subyacen.

Según este modelo, el procesamiento cognitivo de la información de uno mismo y de la situación está determinado por estructuras llamadas *esquemas cognitivos* (Calvete y Orue, 2008); este concepto es, además, central en la teoría de Beck (Hermosillo, 2023). Estos esquemas se organizan a partir de experiencias tempranas y definen la organización de los conceptos (Caro, 2009), formando un cuerpo de conocimientos que contiene las llamadas *creencias nucleares y supuestos básicos* que determinarían la forma en cómo el sujeto se percibe e interpreta al mundo y a sí mismo (Calvete y Orue, 2008).

Mediante los procesos cognitivos las personas seleccionan del medio la información que será atendida, codificada y almacenada. Por lo tanto, frente a un estímulo no responden de forma automática, sino que perciben, evalúan e interpretan de acuerdo a sus supuestos previos o esquemas cognitivos (Ruiz et al., 2012). Un esquema disfuncional puede llevar a una interpretación distorsionada de la realidad. Los sesgos negativos que tienen las personas con trastornos emocionales son denominados *distorsiones cognitivas* por Beck (Ruiz et al., 2012). Los sesgos cognitivos en la ansiedad implican priorizar el procesamiento de información que indica peligro, en comparación con información no amenazante (Castillo y Villar, 2010). Se encuentran tres funciones básicas del sistema cognitivo que pueden estar implicadas: la atención selectiva hacia estímulos de amenaza (sesgo atencional); la interpretación de información como indicadora de peligro o amenaza (sesgo de interpretación), y la recuperación de información con significado relevante para el sujeto (sesgo de memoria) (Castillo y Villar, 2010).

Beck encontró que en la mayoría de los pacientes deprimidos existen determinadas características cognitivas comunes con respecto a pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas y esquemas, cuyos contenidos hacen referencia a una visión de sí mismo, del mundo y del futuro, que denominó *triada cognitiva*. En la ansiedad, la triada cognitiva se

presenta como la percepción de que uno mismo es vulnerable, el mundo es amenazante y el futuro es incontrolable (Ruiz et al., 2012).

Cabe destacar que las cogniciones son específicas para cada trastorno, que en el caso de la ansiedad corresponden a amenazas y peligros futuros (Beck y Clark, 2012) y que pueden ser diferentes para cada tipo de ansiedad (Well, 1997, citado en Calvete y Orue, 2008). De esta manera, la preocupación crónica y las creencias de inhabilidad para el afrontamiento se relacionan con la ansiedad generalizada; en el pánico, con la interpretación de las sensaciones corporales como catastróficas, y en la ansiedad social, con las autoafirmaciones e imágenes negativas acerca de uno mismo y del desempeño en las situaciones sociales (Calvete y Orue, 2008).

## **Trastornos de Ansiedad**

Los trastornos de ansiedad (TA) se caracterizan por un sentimiento de miedo y preocupación intensa a lo largo de un periodo de tiempo en la vida de la persona; estas emociones surgen frente a situaciones que generalmente no tienen un peligro real (Delgado et al., 2021). Según la Asociación Americana de Psiquiatría APA (2014) en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)* (APA, 2014), los TA se distinguen del miedo o la ansiedad normales por ser desproporcionados o persistir en el tiempo con una duración de seis meses o más. Muchos de los TA se desarrollan en la infancia, tienden a persistir si no se tratan y presentan una mayor prevalencia en las mujeres.

Los TA comprenden una amplia variedad de trastornos mentales y, dependiendo de la sintomatología de cada persona, pueden llegar a ser incapacitantes (Macias et al., 2019). Siguiendo a APA (2014), se diferencian entre sí según el tipo de objetos o situaciones que inducen el miedo, la ansiedad o las conductas evitativas, y según la cognición asociada. De acuerdo con su sintomatología pueden dividirse en: trastorno de ansiedad por separación, mutismo selectivo, fobia específica, trastorno de ansiedad social o fobia social, trastorno de pánico, agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad inducido por sustancias o medicamentos, trastorno de ansiedad debido a otra afección médica, otro trastorno de ansiedad especificado, otro trastorno de ansiedad no especificado. De estas categorías abordaré tres, a saber: trastorno de ansiedad social (TAS), trastorno de ansiedad generalizada (TAG) y trastorno de pánico (TP). A pesar de ello, considero importante aclarar

que las crisis de pánico se presentan con los trastornos de ansiedad como una respuesta al miedo y según APA (2014), estas funcionan como un especificador descriptivo de los trastornos de ansiedad así como de otros trastornos. La importancia de trabajar estos tres trastornos radica en que son considerados los más prevalentes e incapacitantes en la vida de las personas que los padecen, porque interfieren de manera negativa en su calidad de vida y en el desempeño académico, laboral y familiar. Originan, asimismo, un esfuerzo económico para los recursos del sistema de salud de los países (Beck y Clark, 2012).

La OPS-OMS (2018) revela que los TA son la segunda patología psiquiátrica más incapacitante de la región de las Américas. Cuando se consideran en conjunto la discapacidad junto con la mortalidad, estas suponen un 2,1% del total del AVAD (años de vida ajustados en función de la discapacidad) y un 4,9% del total APD (años perdidos por discapacidad). Los países de América del Sur presentan una tasa de discapacidad por encima del promedio. Ocho de los diez países con mayores índices de discapacidad pertenecen a esta región. Uruguay se encuentra con un porcentaje del 5,2 % de APD.

Según la Organización Mundial de la Salud (2023), en el 2019, 301 millones de personas en el mundo padecían un trastorno de ansiedad. Asimismo, solo una de cada cuatro personas con TA recibe tratamiento. Entre las dificultades para acceder al tratamiento se encuentra la falta de concientización con respecto a que es una afección que lo requiere, la falta de inversión en salud mental y el estigma social.

## **Trastorno de Ansiedad Social**

### *Características y criterios diagnósticos*

Según APA (2014), el TAS o fobia social se caracteriza por un marcado o intenso miedo o ansiedad ante las situaciones sociales en las que el individuo puede ser evaluado por otras personas. El miedo o la ansiedad son desproporcionadas a la situación real planteada. El individuo presenta miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren de forma negativa, por lo cual las situaciones sociales son evitadas o se soportan con un grado de ansiedad y malestar intenso (Bados, 2017).

Bados (2017) plantea una clasificación de las situaciones temidas. Los contextos que plantea son: intervenciones públicas (hablar o actuar en público); interacciones informales (desarrollar conversaciones con desconocidos, unirse a conversaciones o actividades ya iniciadas); interacciones asertivas (expresar su disconformidad frente a una situación o

persona, hacer o rechazar peticiones, expresar desacuerdos, hablar con figuras de autoridad); ser observado (comiendo, bebiendo, trabajando, hablando por teléfono, entrar a un lugar donde hay gente sentada). Los síntomas somáticos en respuesta a las situaciones temidas son: palpitaciones, temblores, sudoración, enrojecimiento, tensión muscular, malestar gastrointestinal, dolor de cabeza, boca seca, entre otros (Caballo, 1997). El síntoma conductual es la evitación de las situaciones temidas. Los factores cognitivos implicados en el mantenimiento del trastorno son numerosos, entre ellos encontramos una sobreestimación de los aspectos negativos de la conducta, excesiva conciencia de sí mismo, temor a la evaluación negativa, estándares exigentes para valorar su actuación (Caballo, 1997).

El trastorno de ansiedad social presenta importantes consecuencias a nivel social y económico que se asocian con altas tasas de abandono escolar y laboral (Arias, 2016). Es una patología crónica, que difícilmente remite sin tratamiento, la alta prevalencia y la significancia clínica de la enfermedad enfatizan la necesidad de reconocimiento temprano y de tratamiento eficaz (Baeza, 2007). Según Murillo y Rodríguez (2016), a pesar del deterioro social y la angustia, la mayoría de las personas que lo padecen no buscan tratamiento hasta después de muchos años de padecer los síntomas.

#### *Etiología y factores de riesgo*

El inicio de la fobia social suele ser en la adolescencia, aunque hay casos en que podría ocurrir en la infancia (Murillo y Rodríguez 2016). Puede aparecer bruscamente después de una experiencia humillante o de forma lenta e insidiosa (Arias, 2016). Los factores de riesgo incluyen aspectos temperamentales —como la inhibición del comportamiento y el miedo a la evaluación negativa—, así como factores ambientales —el maltrato infantil y las situaciones de adversidad psicosocial— y genéticos —como los rasgos de inhibición conductual, que presentan una alta influencia genética y, por tanto, los familiares de primer grado tienen más posibilidades de desarrollar el trastorno— (APA, 2014).

## Trastorno de Ansiedad Generalizada

### *Características y criterios diagnósticos*

Según APA (2014) el TAG se caracteriza por ansiedad e intensa preocupación por diversas situaciones o actividades de la vida. Esta preocupación se llama *anticipación aprensiva*, se anticipan supuestos sucesos adversos que tienen pocas probabilidades de ocurrir. En estos casos se produce un estado de ánimo orientado al futuro donde el sujeto se prepara para afrontar situaciones que supuestamente vendrían (Keegan, 2007).

En el manual citado al comienzo de este apartado se expone que la ansiedad o la preocupación es desproporcional al impacto real del suceso anticipado. Para que esa preocupación intensa sea considerada un trastorno debe persistir más de la mitad de los días durante al menos 6 meses. A las personas con TAG les es difícil controlar la preocupación y presentan síntomas como: inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta, facilidad para fatigarse, dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular, problemas de sueño. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos producen un malestar clínicamente significativo así como un deterioro en lo social, laboral y en otras áreas del funcionamiento.

Para Bados (2017), los temas más comunes de preocupación suelen ser circunstancias de la vida diaria como la familia, los amigos, las relaciones interpersonales, el dinero, el trabajo, los estudios, la salud propia y la de los demás. Las personas con TAG se preocupan por cosas que es improbable que sucedan y si ocurren son mucho más manejables de lo que ellos piensan. Estas preocupaciones generan consecuencias conductuales como indecisión comportamental, evitación y búsqueda de confianza como un intento de reducir la preocupación y el malestar emocional asociado (Montorio, 2011).

El TAG se presenta con un alto grado de comorbilidad. Aun en ausencia de ésta, es común que en su sintomatología se manifieste en otros trastornos, lo que contribuye a la heterogeneidad de su presentación clínica. Por esta razón, es importante para su diagnóstico y tratamiento la consideración de su estructura cognitiva, en la que la preocupación excesiva ocupa un lugar central (Resnic, 2007).

Dugas, citado en Keegan (2007), plantea un modelo para el TAG basado en la existencia de cuatro procesos cognitivos implicados en el desarrollo y mantenimiento del trastorno. La intolerancia a la incertidumbre tiene que ver con el modo disfuncional en que la persona percibe la información en situaciones inciertas, considerando inaceptable que un evento

negativo pueda ocurrir. Además, incluye la tendencia a sobreestimar la utilidad de la preocupación, la orientación negativa frente a los problemas —caracterizada por la baja confianza en la propia capacidad para resolverlos— y la evitación cognitiva (Bados, 2017).

El TAG no fue considerado una categoría diagnóstica hasta el año 1980 (Prados, 2011), momento en el que figuraban en primer lugar los síntomas fisiológicos junto a los cognitivos (Resnic, 2007). Por lo tanto, el cuadro clínico sufrió una serie de modificaciones en cada una de las clasificaciones diagnósticas (DSM-III, DSM-III R y DSM-IV), se pasó de un cuadro impreciso a otro caracterizado por la preocupación excesiva, que lo convierte en un trastorno de ansiedad específico y diferenciado de los demás (Pagés, 2007).

### *Etiología y factores de riesgo*

La edad media de inicio del TAG se encuentra entre los 20 y 25 años, aunque puede aparecer en cualquier momento de la vida (Montorio et al., 2011). Los síntomas de preocupación y ansiedad excesiva pueden aparecer en edades tempranas, manifestándose como un temperamento ansioso, donde las preocupaciones difieren según la edad; en los niños están vinculadas al rendimiento escolar y deportivo (APA, 2014).

Entre los factores de riesgo asociados al desarrollo del TAG se encuentran los temperamentales, como la inhibición de la conducta, la afectividad negativa y la evitación del daño (APA, 2014). En estos influyen una vulnerabilidad biológica con un fuerte componente genético, y una vulnerabilidad psicológica, que ha podido surgir a partir de factores ambientales, como eventos traumáticos en la infancia, estilos educativos caracterizados por la sobreprotección o el rechazo (Bados, 2017). Estas condiciones generan una percepción generalizada de amenaza, así como un sentimiento de incapacidad para afrontar los problemas, que pueden favorecer al desarrollo del TAG (Bados, 2017).

## **Trastorno de Pánico**

### *Características y criterios diagnósticos*

APA (2014) considera que el TP se refiere a ataques de pánico inesperados y recurrentes. Un ataque de pánico es una oleada repentina de miedo intenso o malestar intenso que alcanza su máximo en cuestión de minutos y durante ese tiempo se producen cuatro o más síntomas físicos y cognitivos de una lista de trece síntomas. Estos son: palpitaciones,

golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardíaca, sudoración, temblor o sacudidas, sensación de dificultad para respirar o de asfixia, sensación de ahogo, dolor o molestias en el tórax, náuseas o malestar abdominal, sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo, escalofríos o sensación de calor; parestesias (sensación de entumecimiento o de hormigueo); desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (separarse de uno mismo); miedo a perder el control o de volverse loco; miedo a morir.

Otra característica de este trastorno es que, por lo menos, uno de los episodios de pánico es seguido por la intensa preocupación por la repetición de nuevas crisis y sus consecuencias, y esto ocasiona un cambio de comportamientos, como forma de evitar posibles crisis (APA, 2014). Durante los ataques de pánico se incrementa una activación del sistema nervioso autónomo, un deseo intenso de escapar de la situación y pensamientos de catástrofe, que dejan a la persona agotada y con ansiedad que puede ser moderada o elevada (Bados, 2015). Para Moreno y Martín (2007), el trastorno de pánico puede estar acompañado o no de agorafobia, que consiste en el aumento de la ansiedad al encontrarse en lugares donde escapar puede resultar difícil y en espacios donde la persona considera que no dispondrá de ayuda ante posibles crisis de pánico, la persona tiende a evitar estas situaciones o lugares. Según APA (2014) estos contextos son transporte público, espacios abiertos, espacios cerrados, estar en una cola o en medio de la multitud, salir solo fuera de casa.

### *Etiología y factores de riesgo*

La media de edad de inicio de los síntomas de trastorno de pánico es entre 20 y 24 años, aunque con un menor número de casos también se puede presentar en la infancia y después de los 45 años. El TP presenta un curso crónico si no se trata y suele tener complicaciones por su alta comorbilidad con otros trastornos (APA, 2014).

En cuanto a los factores de riesgo que inciden en la aparición del trastorno, de acuerdo con APA (2014), se encuentran los factores temperamentales, como es la afectividad negativa, que es la predisposición a experimentar emociones negativas y la sensibilidad a la ansiedad, o sea, la tendencia a creer que los síntomas de ansiedad son perjudiciales. Dentro de los factores ambientales se mencionan las experiencias de abusos en la infancia y los malos tratos físicos. Fumar también se considera un factor de riesgo, así como los factores estresantes interpersonales. En cuanto a los factores genéticos se considera que hay un mayor riesgo entre los hijos de padres con depresión, ansiedad y trastorno bipolar.

## **Tratamientos**

### **Tratamiento farmacológico**

Los trastornos de ansiedad son enfermedades crónicas que pueden llegar a ser incapacitantes (Delgado et al., 2021). Por lo tanto, el diagnóstico y tratamiento adecuados logran mejorar la calidad de vida y tienen como objetivo reducir los síntomas de la ansiedad (Macias et al., 2019). En lo que refiere a farmacología, los antidepresivos y las benzodiacepinas son indicados para el tratamiento de los TA (Delgado et al., 2021).

Los antidepresivos de primera línea más utilizados son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), entre los cuales se encuentran fluoxetina, paroxetina, sertralina, citalopram, escitalopram y fluvoxamina. Estos medicamentos no tienen un efecto inmediato, ya que pueden tardar varias semanas en hacer notar su acción. Generalmente su tratamiento es a largo plazo, con un mínimo de seis meses a un año. También se emplean los inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN), como la venlafaxina y la duloxetina (Delgado et al., 2021).

Las benzodiacepinas, como alprazolam, bromazepam, lorazepam y diazepam, son ansiolíticos indicados en diferentes trastornos de ansiedad. Tienen un efecto ansiolítico rápido y se utilizan en pacientes con síntomas agudos. Sin embargo, no se recomienda su uso prolongado, ya que pueden generar dependencia (Delgado et al., 2021). También se encuentran en la prescripciones los antipsicóticos atípicos (quetiapina, olanzapina, risperidona), que han sido utilizados para el tratamiento del TAG para aumentar los efectos de otros fármacos o como terapia única (Bados, 2017).

### **Terapia de la Conducta**

El inicio de la terapia conductista se ubica a comienzos del siglo XX. Watson (1878-1958) fue el primero en trabajar en lo que él llamó conductismo, a partir del método para el análisis y modificación de la conducta (Chertok, 2006). El estudio científico de la conducta lo convierte en el fundador de la modificación de la conducta, si bien la aplicación clínica se llevó a cabo mucho más tarde, en 1950, por Skinner (Craighead et al., 1980). El conductismo de Watson se distingue por dos facetas, el conductismo metafísico, que hace hincapié en la especial concepción del psiquismo que Watson tenía, negaba la existencia de la mente y el papel de la herencia como determinante del comportamiento. Consideraba que

la conducta se adquiere por aprendizaje y propuso abandonar el concepto de instinto (Chertok, 2006). Por otro lado, sentó las bases del conductismo metodológico, la otra faceta del conductismo, que consideraba que el único objeto de estudio válido era la conducta observable (Chertok, 2006).

Para esta terapia la idea principal es que toda conducta es aprendida y puede modificarse mediante los principios del aprendizaje (Ruiz et al., 2012). Se define el *aprendizaje* como un cambio en la conducta a partir de la experiencia (Chance, 2001).

Los terapeutas comenzaron a centrarse en la conducta observable y en el ambiente en donde se produce (Ruiz et al., 2012). El objeto de intervención para la terapia de la conducta es la conducta problemática y, también en esta época, se analizan cuáles son los factores que generan y mantienen una conducta disfuncional (Keegan y Holas, 2010).

A partir de la década del 30, tuvo lugar en Estados Unidos el desarrollo del condicionamiento operante. Fue Skinner quien estudió la adquisición y mantenimiento de los comportamientos voluntarios (Chertok, 2007). Por otro lado, Joseph Wolpe y también Lazarus comenzaron a trabajar en descubrimientos fisiológicos y con los estudios en condicionamiento clásico (Craighead et al., 1980), con el cual demostraron cómo se podía desaprender o inhibir la ansiedad condicionada (Chertok, 2006). La obra de Wolpe *Psicoterapia por Inhibición Recíproca* fue de gran importancia para la terapia del comportamiento; allí analiza los mecanismos que forman parte en el aprendizaje de las fobias y otros vinculados al condicionamiento de la ansiedad (Chertok, 2006). Esta obra es conocida por su procedimiento clínico de *desensibilización sistemática*, que marcó la dirección de la modificación de la conducta (Craighead et al., 1980), y dio lugar al primer tratamiento empíricamente validado (Ruiz et al., 2012).

Otro autor que formó parte del trabajo clínico con el condicionamiento clásico y en contraposición al modelo psicoanalítico fue Eysenck. Con todos estos aportes mencionados se establecieron los principios de la modificación de la conducta, los mismos para la aplicación clínica del condicionamiento operante y clásico (Craighead et al., 1980). Es decir, la conducta normal y anormal se adquieren según los mismos principios y toda conducta es modificada de acuerdo a los principios del aprendizaje, condicionamiento clásico y operante (Craighead et al., 1980).

Es a partir de 1960 que Bandura y Walters incorporan un modelo de aprendizaje con una base mediacional, en la que el individuo desempeña un papel de intermediario activo entre el estímulo y la respuesta. Conocido como aprendizaje imitativo u observacional, estudia las

condiciones en que se adquieren o eliminan los comportamientos mediante la imitación (Chertok, 2006).

Lazarus (1968), estudiante de Wolpe, fue uno de los primeros en dar cuenta de que los principios del aprendizaje no eran suficientes y de que los conductistas debían interesarse en otras áreas de la psicología (Ruiz et al., 2012). Hasta ese entonces el conductismo no había considerado los pensamientos, sentimientos, expectativas y demás factores subjetivos. Por lo tanto, es a partir de los años sesenta que algunos conductistas comienzan a tener en cuenta y a estudiar estos procesos psicológicos, lo cual dio lugar al enfoque cognitivo (Chertok, 2006).

### **Terapia Cognitiva**

La Terapia Cognitiva (TC) es un procedimiento que tiene las características de ser activo, directivo, estructurado y limitado en el tiempo, es utilizado para tratar diferentes trastornos como puede ser la depresión, la ansiedad y las fobias (Beck et al., 2010). Se caracteriza por considerar el pensamiento o cognición como determinante del comportamiento, que explica las causas de los trastornos psicológicos (Ruiz et al., 2012). Se basa en el modelo cognitivo, que plantea que los sentimientos dependen de la percepción e interpretación que la persona tiene de un evento o situación (Beck, 2000). Es sobre esta base que Beck y Clark (2012) plantean a sus pacientes un principio: “el modo en que pienso afecta sobre el modo en que siento” (p.68).

Las personas activan procesos incorrectos de pensamientos automáticos, que los conducen a un conocimiento no válido (Caro, 2009). Los pensamientos son el foco principal de la intervención en esta terapia, en la que terapeuta y paciente trabajan para encontrar estos procesos distorsionados y, mediante técnicas de intervención, logran pensamientos que se adecuen a la realidad y así mejoran sus procesos de conocimiento (Caro, 2009). En esta terapia se busca producir un cambio cognitivo, un cambio en el pensamiento y en los sistemas de creencias del paciente para lograr una transformación de sus emociones y comportamientos (Beck, 2000).

Según Caro (2009) los principales modelos que marcan el inicio de las terapias cognitivas son la Terapia Racional Emotivo Conductual o TREC de Albert Ellis y la Terapia Cognitiva de Aaron Beck. Ambos parten de un marco psicodinámico y sus planteos cognitivos surgen como superación del psicoanálisis, con estilos diferentes en sus intereses. Beck se centró

en la investigación, la aplicación y el desarrollo del modelo, mientras que Ellis marcó su interés en el desarrollo y la aplicación. Las investigaciones sobre la depresión que Beck realizó contribuyeron en gran medida al desarrollo de la terapia cognitiva (Keegan y Holas, 2010). Ellis consideraba que la actitud del terapeuta debía ser activa y directiva, en un diálogo con el paciente sobre los pensamientos distorsionados, determinantes de los síntomas (Camacho, 2003).

### **Terapia Cognitivo Conductual**

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) es un modelo de tratamiento para diversos trastornos, orienta al paciente a cambiar sus pensamientos, emociones, conductas y respuestas fisiológicas disfuncionales por otras más adaptativas para combatir los síntomas y el malestar emocional. Es un enfoque psicoterapéutico de duración limitada, centrado en el presente, que busca empoderar al paciente para que sea el protagonista de su propio cambio (Luterek et al., 2003). La TCC incorpora elementos de la terapia de la conducta y de la terapia cognitiva (Puerta y Padilla, 2011). Un aspecto a diferenciar en la TCC es la introducción entre el estímulo o la situación y la respuesta o la conducta de una serie de procesos y estructuras cognitivas (Perez, 2014).

A lo largo de los años los diferentes modelos se desarrollaron con ciertas discrepancias entre sí hasta lograr una articulación entre las teorías. Alrededor de los años sesenta comenzaron fuertes críticas e insatisfacción al modelo E-R que prevalecía en el conductismo, para comenzar a tomar en cuenta el papel de los procesos cognitivos en el cambio de la conducta (Hermosillo, 2023). Dentro de la TCC se pueden encontrar varias terapias: la Terapia Racional Emotiva Comportamental, la Terapia Cognitiva, el Entrenamiento Autoinstructivo, la Reestructuración Racional Sistemática, el Entrenamiento en Manejo de Ansiedad, el Entrenamiento en Inoculación de Estrés, la Terapia de Resolución de Problemas, la Terapia de Autocontrol, la Psicoterapia Constructiva y Estructural (Keegan y Holas, 2010).

### **Técnicas de la Terapia Cognitivo Conductual para los Trastornos de Ansiedad**

En este punto pretendo exponer las técnicas dentro de la TCC para tratar el TAG, el TAS y el TP. La TCC ha mostrado ser eficaz en el tratamiento de diversos trastornos de salud

mental, incluyendo los trastornos de ansiedad. Además, se ha vinculado con mejoras en la calidad de vida de los pacientes que padecen ansiedad (Kaczurkin y Foa, 2015).

La **reestructuración cognitiva** es una técnica utilizada en el **TAS** y en el **TAG**. Consiste en ayudar al paciente a identificar y cuestionar pensamientos desadaptativos para sustituirlos por otros más adaptativos y funcionales (Clark, 1989 citado en Bados y García, 2010). Los procedimientos que se utilizan para la detección y el cuestionamiento de pensamientos, distorsiones y creencias, son *los autorregistros* y *el descubrimiento guiado*. (Ruiz et al., 2012). Los autorregistros se utilizan para recoger información sobre el estado emocional del paciente, así como también para conocer cuales son las situaciones frente a las cuales aumenta el malestar. El autorregistro que más se utiliza es el *Registro diario de pensamientos distorsionados* propuesto por Beck et al., (1979) citado en (Ruiz et al., 2012). *El descubrimiento guiado* ayuda al paciente para que explore nuevas perspectivas que desafíen sus creencias disfuncionales a través del cuestionamiento socrático, que consiste en realizar una serie de preguntas que cuestionan bajo que evidencia surgen determinados pensamientos disfuncionales (Ruiz et al., 2012).

Se ha comprobado la eficacia de la reestructuración cognitiva en la reducción del TAS, tanto aplicada en solitario como en combinación con la **exposición** (Antona et al., 2006; Antona y García-López, 2008). Con su aplicación se encontró una disminución en los síntomas psicopatológicos de ansiedad como en aquellos síntomas depresivos relacionados al trastorno. Además, luego de aplicar la técnica se observó aumento en el autoestima y asertividad de las personas (Antona y Garcia-lopez, 2008).

La **exposición** es una técnica utilizada en el **TAS** y el **TP**. Se basa en la suposición de que la ansiedad social y el pánico son respuestas aprendidas y que enfrentarse a las situaciones temidas de forma sistemática y gradual permite desaprender la reacción fóbica (Baeza, 2007). En las técnicas de exposición el paciente y el terapeuta desarrollan una jerarquía de temor y evitación, se hace una lista de situaciones provocadoras de ansiedad, ordenadas de menor a mayor grado de ansiedad. Se instruye al paciente a exponerse a estas situaciones hasta lograr un cierto dominio y así, pasar gradualmente a situaciones más difíciles, con más alto grado de ansiedad. Una vez que la ansiedad comienza a disminuir se permite dar lugar a procesos de habituación y extinción. Esta exposición puede realizarse también en la imaginación (Luterek et al., 2003). La evidencia ha demostrado que la exposición es efectiva para reducir la sintomatología ansiosa en estos trastornos (Antona et al., 2006; Valero et al., 2011).

La **relajación** es utilizada en el **TAS**, el **TP** y el **TAG**. Su objetivo es entrenar al paciente a identificar la ansiedad enseguida que ocurra y realizar ejercicios de relajación en situaciones ansiógenas, para reducir la activación fisiológica que se produce (Baeza, 2007). Mediante técnicas como la relajación muscular progresiva, la respiración diafragmática y la imaginación agradable se logra esta relajación. En el TAG, se considera una herramienta fundamental debido a la tensión muscular crónica que caracteriza el trastorno (Garay et al., 2019).

El **entrenamiento en habilidades sociales** es una técnica empleada en el tratamiento del **TAS**. Se basa en la enseñanza de habilidades de competencia social y asertividad, permitiendo a la persona mejorar su desempeño en interacciones sociales (Baeza, 2007). Aunque no ha demostrado ser efectivo por sí solo, se considera un componente complementario importante dentro de un tratamiento integral para el TAS (Taylor, 1996). El uso de **realidad virtual para exposición** también se ha incorporado en el tratamiento del TAS. Actualmente, esta técnica permite a los pacientes enfrentar situaciones sociales temidas en entornos virtuales controlados. Se ha demostrado que esta técnica reduce la evitación de situaciones sociales y el miedo a hablar en público, mejorando la calidad de vida de los pacientes, siempre que estén acompañados de un tratamiento terapéutico (Bravo y Lancheros, 2023).

Borkovec et al. (2004) citado en Garay et al., (2019) plantean diferentes técnicas de tratamiento para el **TAG** dentro de la TCC. La **desensibilización autocontrolada** busca que el paciente logre un afrontamiento adaptativo ante situaciones ansiosas. La **auto-monitorización** permite registrar y analizar pensamientos, emociones y reacciones fisiológicas internas ante la ansiedad, y reconocer situaciones externas ansiógenas, de esta manera facilita el reconocimiento de patrones disfuncionales. El **control gradual de estímulos** ayuda a establecer tiempos y lugares específicos para preocuparse, evitando la preocupación constante. El **registro diario** de preocupaciones se utiliza para supervisar los miedos y comparar los resultados temidos con los reales.

A su vez, para el TAG también se utiliza el **entrenamiento para la resolución de problemas**, el cual equipa al paciente con estrategias para identificar, evaluar y resolver problemas externos que le generan ansiedad, esto hace que manejen sus preocupaciones y sientan empoderamiento y seguridad en sí mismos (Taylor, 1996).

La historia de la TCC fue marcada por tres etapas en su desarrollo; según Keegan y Holas (2010), el surgimiento de la terapia comportamental se identifica en la llamada primera ola, entre los años 1950-1970. La segunda ola se desarrolló con la terapia cognitiva, entre los

años 1960-1970, y su posterior influencia y unión con la terapia comportamental dan inicio a la TCC. Una tercera etapa es la llamada tercera ola de TCC, en los años 1990.

### **Terapias de la Tercera Generación**

Las terapias de la tercera generación o tercera ola son un grupo de terapias que surgen en los años 90. Su nombre se debe a Steven Hayes, autor de una de ellas, la Terapia de Aceptación y Compromiso (Perez, 2014), y a los aportes y trabajo de Jon Kabat-Zinn en el Programa de Reducción de Estrés Basado en Conciencia Plena Mindfulness (Keegan y Holas, 2010).

Según Hayes (s.f) citado en Mañas (2007), la tercera ola de terapia cognitiva y comportamental es particularmente sensible al contexto y a las funciones de los fenómenos psicológicos, no solo a su forma. De este modo, tienden a enfatizar estrategias de cambio contextuales y vivenciales además de las estrategias más didácticas y directas. Se caracterizan por tener una perspectiva más contextualista y emplean técnicas de cambio que fomentan la experiencia personal (Mañas, 2007).

Las terapias de tercera generación no se enfocan en el cambio de los pensamientos debido a su relación con la emoción y la conducta, sino que se centran en la aceptación y conciencia plena (Korman y Garay, 2012). El objetivo de la terapia es dejar la lucha interna que genera el intento de modificar los pensamientos, y en su lugar adoptar una postura de compasión y aceptación hacia las experiencias (Keegan y Holas, 2010). Los modelos de aceptación y conciencia plena se centran en cómo responder a las emociones o pensamientos como una estrategia terapéutica, destacando la importancia de la aceptación (Korman y Garay, 2012).

El grupo de terapias que integran la tercera generación son las siguientes: la Terapia Cognitiva Basada en Conciencia Plena (Mindfulness), la Terapia Dialéctica Conductual, la Terapia de Aceptación y Compromiso, la Terapia Metacognitiva, el Sistema de Psicoterapia de Análisis Cognitivo-Conductual y la Psicoterapia Analítica Funcional (Korman y Garay, 2012). Estas terapias han sido utilizadas en una variedad de problemas psicológicos. Un ejemplo de ello es la terapia de aceptación y compromiso, la cual ha mostrado mayor evidencia empírica respecto a su efectividad (Mañas, 2007).

Finalmente, el **mindfulness** se emplea para aumentar la atención al presente y reducir el estado de vivir expectante del futuro, característico del **TAG**. Al promover la atención plena las personas aceptan su ansiedad y reducen la lucha y miedo contra ella, esto les permite

desconectarse del ciclo interminable de preocupación y centrarse en el presente. De esta manera el mindfulness complementa la reestructuración cognitiva y otras técnicas de la TCC para reducir la ansiedad en la vida cotidiana de quienes padecen este trastorno (Vallejo, 2006).

## **Reflexiones finales y conclusiones**

En esta monografía se evidenció la complejidad de los trastornos de ansiedad y su afectación en la vida cotidiana de quienes lo padecen, así como la diversidad de enfoques terapéuticos disponibles para su tratamiento. Se considera la necesidad de una visión integradora que abarque tanto los factores biológicos como los psicológicos y sociales en la comprensión y abordaje de estos trastornos.

Es importante señalar que si bien en los últimos años hubieron avances significativos en el tratamiento de los trastornos de ansiedad, aún existen desafíos de accesibilidad y estigmatización social con respecto a ellos. Muchas personas no buscan ayuda debido al desconocimiento o al miedo de ser juzgados, por lo tanto es muy importante continuar promoviendo la concientización y psicoeducación para disminuir el nivel de estigma social en torno a estos trastornos. A su vez, la psicoeducación es un recurso clave en la intervención, ya que permite a las personas y sus familias comprender mejor la ansiedad y desarrollar estrategias de afrontamiento eficaces.

Se demostró que la ansiedad cuando se convierte en patológica puede afectar gravemente la calidad de vida de quienes la padecen, pero sin embargo, existen múltiples enfoques terapéuticos que pueden contribuir a su manejo y mejoría. La terapia cognitivo conductual es una de las opciones más eficaces, especialmente cuando se utilizan técnicas específicas adaptadas a cada tipo de trastorno de ansiedad. Las técnicas propuestas por esta terapia demostraron ser fundamentales para el tratamiento de la ansiedad, ya que proporcionan herramientas útiles para modificar patrones de pensamiento disfuncionales y mejorar la calidad de vida de quienes padecen estos trastornos. La implementación de estas técnicas es relevante para ayudar a las personas a manejar su ansiedad de manera efectiva y sostenible en el tiempo.

## Referencias Bibliográficas

- Antona, C. J., García-López, L. J., Yela, J. R., Gómez, M. A., Salgado, A., Delgado, C., y Urchaga, J. D. (2006). Eficacia de la exposición y la reestructuración cognitiva en jóvenes adultos con trastorno de ansiedad social. *Psicología conductual*, 14(2), 183-200.
- Antona, C. J., y García-López, L. J. (2008). Repercusión de la exposición y reestructuración cognitiva sobre la fobia social. *Revista latinoamericana de psicología*, 40(2), 281-292.
- Arias, Y. E. (2016). Trastorno de ansiedad social (fobia social). *Revista médica sinergia*, 1(4), 20-24.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-V*. Médica Panamericana.
- Bados López, A. (2017). Fobia social o trastorno por ansiedad social: Naturaleza, evaluación y tratamiento. Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona.
- Bados López, A. y García Grau, E. (2010). La Técnica de la reestructuración cognitiva. Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona.
- Baeza, C. (2007). Tratamientos eficaces para el trastorno de ansiedad social. *Cuadernos de Neuropsicología/Panamerican Journal of Neuropsychology*, 1(2), 127-138.
- Beck, J. (2000). *Terapia Cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. Gedisa.
- Beck, A. y Clark, D. (2012). *Terapia Cognitiva para trastornos de ansiedad*. Desclée de Brouwer.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., y Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión*. (19ª edición). Desclée De Brouwer.
- Bravo Rueda, C. y Lancheros Cendales, Y. T. (2023). Tratamientos psicológicos para la ansiedad social: una revisión sistematizada.
- Caballo, V. E. (1997). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos, 1*. Siglo Veintiuno de España.
- Calvete, E. y Orue, I. (2008). Ansiedad social y esquemas cognitivos disfuncionales. *Psicología Conductual*, 16(1), pp. 5-21.

- Caro, I. (2009). *Manual Teórico Práctico de Psicoterapias cognitivas*. (2ª edición). Desclée De Brouwer.
- Castillo, M. D., y Villar, M. D. C. (2010). Mecanismos explicativos de los sesgos cognitivos en la ansiedad. *Interpsiquis. 11 Congreso Virtual de Psiquiatría*
- Chance, P. (2001). *Aprendizaje y conducta*. El Manual Moderno.
- Chertok, A. (2006). *Las Causas de Nuestra Conducta* (8° edición). Centro de Terapia Conductual [www.psicologiatotal.com](http://www.psicologiatotal.com) Edición Digital
- Craighead, W., Kazdin, A., y Mahoney, M. (1980). *Modificación de la conducta: principios, técnicas y aplicaciones*. Omega.
- Delgado, E. C., De la Cera, D. X., Lara, M. F., y Arias, R. M. (2021). Generalidades sobre el trastorno de ansiedad. *Revista cúpula*, 35(1), 23-36.
- Díaz, I. y De la Iglesia, G., (2019). Ansiedad: Revisión y delimitación conceptual. Universidad de Palermo, Buenos Aires. *Summa Psicológica UST*, 16(1), 42-50.
- Garay, C. J., Donati, S., Ortega, I., Freiría, S., Rosales, G., y Koutsovitis, F. (2019). Modelos cognitivo-conductuales del Trastorno de Ansiedad Generalizada. *Revista de Psicología*. Vol. 15, Nº 29, 7-21.
- Herlyn, S. (2015). Bases biológicas de la ansiedad. Parte I. [https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/electivas/616\\_psicofarmacologia/material/bases\\_biologicas\\_ansiedad1.pdf](https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/616_psicofarmacologia/material/bases_biologicas_ansiedad1.pdf)
- Hermosillo, A. (2023). La Terapia Cognitivo Conductual y el devenir de las Terapias de Tercera Generación, una mirada histórico conceptual. En I. R. Monroy, K. P. Valdez, A. Hernandez (coords.), *Entre la evaluación y la intervención con grupos vulnerables, desde la teoría Cognitivo Conductual (pp.15-36)*. Universidad Autónoma de Coahuila, México.
- Kaczurkin, A. N., y Foa, E. B. (2015). Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders: An update on the empirical evidence. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(3), 337–346. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.3/akaczurkin>
- Keegan, E. (2007). La Ansiedad Generalizada como Fenómeno: Criterios Diagnósticos y Concepción Psicopatológica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XVI(1), 49-55.

- Keegan, E. y Holas, P. (2010). *Terapia cognitivo comportamental. Teoría y Práctica*.
- Korman, G. y Garay C. (2012). El modelo de la terapia cognitiva basada en la conciencia plena (mindfulness). *Revista Argentina de Clínica Psicológica XXI(1)*,5-13.
- Labrador, F. J. (2011). *Técnicas de modificación de conducta*. Pirámide.
- Luterek, J. L., Eng, W., y Heimberg, R. G. (2003). Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno de ansiedad social: teoría y práctica. *Psicología Conductual, 11(3)*, 563-581.
- Macías, M., Pérez, C., López, L., Beltrán, L., y Morgado, C. (2019). Trastornos de ansiedad: revisión bibliográfica de la perspectiva actual. *Eneurobiología, 10(24)*, 2.
- Mañas, I. (2007). Nuevas terapias psicológicas: La tercera ola de terapias de conducta o terapias de tercera generación. *Gaceta de psicología, 40(1)*, 26-34.
- Miguel-Tobal, J. J., y Cano-Vindel, A. (2002). Emoción y clínica: Psicopatología de las emociones. *Emotion and clinical practice: psychopathology of emotions*, En F. Palmero, E. G Fernández-Abascal, F. Martínez y M. Cholíz (eds), *Psicología de la motivación y la emoción*, 571-81.
- Montorio, I., Izal, M., y Cabrera, I. (2011). Trastorno de ansiedad generalizada. *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos*, 287-303.
- Moreno, P., y Martín J. C., (2007). *Tratamiento Psicológico del Trastorno de Pánico y la Agorafobia. Manual para terapeutas*. Desclee De Brouwer.
- Murillo, J. P. M., y Rodríguez, D. A. (2016). Prevalencia y comorbilidad del trastorno por ansiedad social. *Revista cúpula, 30(1)*, 40-47.
- Organización Mundial de la Salud (2023). *Trastornos de ansiedad. Trastornos de ansiedad*
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (2018). *La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas*. Washington, D.C
- Pagés, S. (2007). Trastorno de ansiedad generalizada. *Revista Argentina de Clínica Psicológica, 16(1)*, 89-94.
- Perez, M. (2014). Las terapias de la tercera generación como terapias contextuales. *Síntesis*.

- Prados, J. M. (2011). Cognición y emoción en el trastorno por ansiedad generalizada. Implicaciones clínicas. *Información Psicológica*, 102, 47-62.
- Puerta J. y Padilla D. (2011). Terapia cognitiva conductual (TCC) como tratamiento para la depresión: una revisión del estado del arte. *Duazary*, 8(2), 251-257.
- Resnic, P. (2007). Modelos Conceptuales del Trastorno de Ansiedad Generalizada: Más Allá de los Criterios Diagnósticos. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XVI(1), 61-67.
- Ruiz, M., Diaz, M., y Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas De Intervención Cognitivo Conductuales*. Desclée De Brouwer.
- Sierra, J. C., Ortega, V., Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista mal-estar e subjetividade*, 3(1), 10-59.
- Taylor, S. (1996). Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for social phobia. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 27(1), 1-9.
- Vallejo, M. A (2006). Atención Plena. *Edusykhé, Revista de Psicología y Educación* 5(2), 231-253.
- Valero, C. M., Perelló, M. J. y Viadel, M. H. (2011). El trastorno de pánico, con o sin agorafobia, y su tratamiento. Visión actual. *Información Psicológica*, (102), 63-78.
- Villegas, O., Luna, F., G., Jaldo, R., García, R., Leaniz, A. F., Urioste, S., Torres, G., F., Mesas, A., A., Buhlmann, A., L., Marino, J. (2015). El volumen de la amígdala como predictor del desempeño en tareas de regulación emocional: aplicación de nuevas técnicas de morfometría basada en vóxeles. *Neurología Argentina*, 7(3), 148-155.

