



Trabajo Final de Grado

Monografía

Abordaje de la Terapia Cognitiva para el Trastorno de Pánico

Estudiante: Lucia Guarinoni Ardito CI. 4433293-0

Tutor: Prof. Adj. Dr. Hugo Selma

Montevideo

Diciembre

2020

ÍNDICE

1. Resumen	2
2. Introducción	3
3. Marco Teórico	4
3.1 Ansiedad y Trastorno de ansiedad	4
¿Miedo o ansiedad?	4
¿Cuál es la diferencia entre la ansiedad normal y la ansiedad patológica?	5
Trastorno de pánico.....	5
Agorafobia	10
Tratamiento.....	13
3.2 Terapia Cognitiva-Conductual	14
Definición y evolución histórica	14
¿Terapia Cognitiva o Terapia Cognitivo- Conductual?	16
Modelo Cognitivo de la ansiedad	17
Características del Modelo Cognitivo y de la Terapia Cognitiva	18
Principales conceptos del Modelo Cognitivo	19
Instrumentos para la evaluación y diagnóstico del Trastorno de Angustia	22
Terapia Cognitiva para el Trastorno de Angustia	24
Tratamiento de Control del Pánico de Barlow	29
Aplicación del Tratamiento de Control del Pánico de Barlow.....	31
¿Exposición o terapia cognitiva?	32
4. Metodología	33
5. Resultados	34
6. Discusión	42
6.1 Efectividad de la Terapia Cognitiva	42
6.2 Algunas consideraciones acerca del Modelo Cognitivo	43
7. Reflexiones Finales	45
8. Bibliografía	47
9. Anexos	52

1. Resumen

El presente trabajo se propone abordar el tratamiento cognitivo del trastorno de pánico. A modo de inicio intentaremos comprender que es la ansiedad y por qué constituye un problema relevante en la actualidad. Dentro de los trastornos de ansiedad nuestro interés se centra específicamente en el trastorno de pánico aunque también haremos mención a la agorafobia por su estrecha vinculación con el trastorno de pánico (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2014).

Considerando que nuestro propósito es el tratamiento cognitivo de este trastorno, intentaremos brindar un panorama general de cómo surge la terapia cognitiva y que se entiende por la misma. Haremos una breve distinción entre los conceptos “terapia cognitiva” y “terapia cognitivo conductual”.

Realizaremos una búsqueda bibliográfica de estudios de resultados del tratamiento cognitivo conductual para el trastorno de pánico y expondremos lo hallado. Finalmente abordaremos en detalle el tratamiento cognitivo y su implementación clínica para el trastorno de pánico. También referiremos a algunos resultados y conclusiones de otros estudios similares en donde se podrán visualizar similitudes y diferencias con los resultados hallados.

2. Introducción

El objetivo del presente trabajo monográfico es realizar una revisión bibliográfica con respecto al tratamiento del trastorno de pánico desde el marco de la Terapia Cognitivo Conductual. Reconociendo la amplitud de este enfoque y considerando nuestros intereses particulares, nos centraremos específicamente en el abordaje terapéutico que realiza la Terapia Cognitiva para este trastorno.

En la actualidad, los trastornos de ansiedad se consideran problemas habituales de salud, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) este tipo de trastornos afectan a más de 260 millones de personas en el mundo. Por otra parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2018) destaca que los trastornos de ansiedad representan el segundo trastorno mental más discapacitante en la mayoría de los países de América, encontrándose Uruguay con un porcentaje de discapacidad total del 5,2% (años perdidos por discapacidad).

En función de lo antedicho, es menester abordar que entendemos por ansiedad y cuál es su diferenciación con respecto al miedo. También consideramos necesario comprender en qué circunstancias la misma se torna desadaptativa.

Como mencionamos anteriormente, dentro del grupo de los trastornos de ansiedad, nos interesa abordar el trastorno de pánico. Acudiremos al Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su quinta edición (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2014) y a la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima edición para referir a su especificación. Referiremos también a la agorafobia como un trastorno que se encuentra íntimamente ligado al trastorno de pánico (APA, 2014).

En relación al tratamiento de los trastornos de ansiedad, se aconseja el tratamiento cognitivo conductual como un tratamiento efectivo (Cía, 2006), éste cuenta con el respaldo de La Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 1988 citado en Clark y Beck, 2012) como un tratamiento de elección para el trastorno de angustia.

Centrados desde el enfoque cognitivo conductual, es de nuestro interés abordar en qué consiste la terapia cognitiva y desarrollar su más reciente reformulación. Explicaremos el protocolo que caracteriza a la terapia cognitiva en el tratamiento del trastorno de pánico, para ello acudiremos principalmente a los aportes realizados por los autores David Clark (2012) y Aaron Beck (2012). También referiremos a las contribuciones realizadas por Barlow y sus

colaboradores (Barlow y Cerny, 1988; Barlow y Craske, 1989,1994) y a la de otras figuras importantes en el desarrollo de esta temática.

3. Marco Teórico

3.1 Ansiedad y Trastorno de Ansiedad

¿Miedo o ansiedad?

Comúnmente hacemos referencia a experiencias ansiosas utilizando términos tales como: “miedo”, “pánico”, “nervios”, “susto”, “horror”, “aprensión”, “preocupación”, o “terror” (Barlow, 2002; citado en Clark y Beck, 2012).

El miedo representa una función adaptativa sana frente a una amenaza percibida o peligro para la seguridad física o psíquica, a través de él, el individuo advierte situaciones de peligrosidad y se prepara para el afrontamiento (Beck & Greenberg, 1988; Craske, 2003; citado en Clark y Beck, 2012). Barlow (2002; citado en Clark y Beck, 2012) hace referencia a el miedo como: “una alarma primitiva en respuesta a un peligro presente, caracterizado por una intensa activación y por las tendencias a la acción” (p. 104). La ansiedad por el contrario es “una emoción orientada hacia el futuro, caracterizada por las percepciones de incontrolabilidad e impredecibilidad con respecto a sucesos potencialmente aversivos y con un cambio rápido en la atención hacia el foco de acontecimientos potencialmente peligrosos o hacia la propia respuesta afectiva ante tales sucesos” (p. 104). La ansiedad es considerada como un estado más duradero de la amenaza que incluye además del miedo otros aspectos cognitivos tales como la incertidumbre, la vulnerabilidad, la incontrolabilidad entre otros (Barlow, 2002; citado en Clark y Beck, 2012).

Existen diversas formas de distinguir la ansiedad del miedo, cuando sentimos miedo, el temor generalmente está orientado a un objeto o situación determinada y externa que está presente. Podemos tener miedo a una fecha de entrega o a perder un examen. Sin embargo, cuando sentimos ansiedad no somos capaces de identificar qué es lo que provoca dicha ansiedad, imaginamos un peligro que no está presente de forma inmediata y que solo es probable.

Podemos sentirnos ansiosos por el futuro, la incertidumbre, por nuestra seguridad, por la posibilidad de perder el control, entre otros (Bourne y Garano, 2012).

¿Cuál es la diferencia entre la ansiedad normal y la ansiedad patológica?

Según Cía (2006) la diferencia básica entre la ansiedad normal y la ansiedad patológica, es que esta última se basa en una valoración irreal o distorsionada de la amenaza. Cuando la ansiedad es muy severa y aguda, puede llegar a paralizar al individuo, transformándose en pánico.

De acuerdo a los criterios diagnósticos de la Asociación Americana de Psiquiatría en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (APA, 2014):

Los trastornos de ansiedad se diferencian del miedo o la ansiedad normal propios del desarrollo por ser excesivos o persistir más allá de los períodos de desarrollo apropiados. Se distinguen de la ansiedad o el miedo transitorio, a menudo inducido por el estrés, por ser persistentes (p. ej., suelen tener una duración de 6 meses o más) (p.189).

En los trastornos de ansiedad es frecuente la presentación de crisis de pánico, como forma de respuesta al miedo, sin embargo, los ataques de pánico no se limitan a los trastornos de ansiedad, sino que también pueden estar presentes en otros trastornos mentales (APA, 2014).

Trastorno de pánico

Siguiendo las pautas de la Asociación Americana de Psiquiatría en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (APA, 2014) el trastorno de pánico se caracteriza por ataques de pánico inesperados y recurrentes, siendo un ataque de pánico una sensación de miedo o malestar intenso que alcanza su pico máximo en cuestión de minutos.

Por otra parte, la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima versión (CIE-10) indica que el trastorno de pánico se caracteriza por ataques recurrentes de ansiedad grave que no se limitan a una situación o circunstancia específica, sino que son impredecibles. Al igual que en otros trastornos de ansiedad los síntomas predominantes son: inicio repentino de palpitaciones, dolor torácico, mareo, sensación de asfixia, y sensaciones de irrealidad.

A continuación, expondremos una tabla en la que se podrán visualizar los criterios diagnósticos del trastorno de pánico (TP) según ambas clasificaciones, la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2014) y la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima versión (CIE-10).

Criterios diagnósticos para el TP según el DSM-5, Criterios diagnósticos para el TP según la CIE-10.

DSM-5	CIE-10
<p>A) Ataques de pánico imprevistos y recurrentes con la aparición súbita de miedo o malestar intensos, alcanzan su pico máximo en minutos y durante ese periodo se producen cuatro o más de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 (p. 208). 	<p>A) El individuo experimenta ataques de pánico de forma impredecible, estos no se encuentran relacionados a una situación u objeto específico. Los ataques de pánico no están relacionados con ejercicio físico intenso o con la exposición a situaciones amenazantes para la vida.</p>

DSM-5	CIE-10
<p>B) Al menos a uno de los ataques de pánico le ha seguido en un periodo de un mes o más, alguno o los dos hechos siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Preocupación continúa por futuros ataques de pánico o por sus consecuencias como por ejemplo: tener un ataque al corazón, "volverse loco", entre otros. 2. Un cambio significativo de comportamiento, cambio desadaptativo vinculado a los ataques de pánico, como por ejemplo: comportamientos evitativos de actividades o situaciones con el fin de evitar la aparición de un ataque. 	<p>B) Un ataque de pánico se caracteriza por todos los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Es un episodio diferenciado de intenso miedo o de malestar. 2. Se inicia abruptamente. 3. Alcanza su máxima intensidad en pocos minutos y dura, por lo menos, algunos minutos. 4. Se presentan al menos cuatro de los síntomas enumerados a continuación, de los cuales uno debe ser del grupo a)-d). <p>Síntomas autonómicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Palpitaciones o golpeo del corazón, o ritmo cardíaco acelerado. b) Sudoración. c) Temblores o sacudidas. d) Sequedad de boca (no debida a medicación o deshidratación). <p>Síntomas relacionados con el tórax y abdomen:</p> <ol style="list-style-type: none"> e) Dificultad para respirar. f) Sensación de ahogo. g) Dolor o malestar en el pecho. h) Náuseas o malestar abdominal (p. ej., estómago revuelto). <p>Síntomas relacionados con el estado mental:</p> <ol style="list-style-type: none"> i) Sensación de mareo, inestabilidad o desvanecimiento. j) Sensación de que los objetos son irreales (desrealización) o de que uno mismo está distante o "no realmente aquí" (despersonalización).

	<p>k) Miedo a perder el control, a volverse loco o a perder el conocimiento.</p> <p>l) Miedo a morir.</p> <p>Síntomas generales:</p> <p>m) Sofocos de calor o escalofríos.</p> <p>n) Aturdimiento o sensaciones de hormigueo (p. 114).</p>
<p>C) La alteración no se debe al efecto fisiológico de una sustancia como por ejemplo una droga, ni a otra patología como por ejemplo el hipertiroidismo.</p>	<p>C) Los ataques de pánico no se producen a causa de una enfermedad orgánica o trastorno mental orgánico u otros trastornos mentales como por ejemplo la esquizofrenia, no se deben a trastornos del humor o trastornos somatomorfos.</p>
<p>D) La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental, ejemplo los ataques de pánico no se producen únicamente en respuesta a situaciones sociales temidas como ocurre en el trastorno de ansiedad social.</p>	

De acuerdo con la APA (2014) para que el ataque de pánico configure un trastorno de pánico es necesario que el sujeto experimente más de una crisis de pánico con síntomas completos. Es decir, cuatro o más de los síntomas físicos y cognitivos especificados en la lista de los 13 síntomas. Por otro lado, Acquarone (2016) afirma que para que se pueda diagnosticar el trastorno de pánico, es necesario que las crisis sean recurrentes y que haya una inquietud persistente sobre su próxima aparición, a esto se le suma la preocupación acerca de sus posibles consecuencias negativas.

Son múltiples las consecuencias negativas de este trastorno, tanto para quienes lo padecen como para sus familiares. Entre ellas se destacan el ausentismo laboral, la pérdida del trabajo, la reducción de salidas y paseos, en otras palabras, la disminución del disfrute en general. El trastorno supone un elevado nivel de agotamiento tanto físico como psicológico lo que conlleva

al deterioro de funciones de memoria y concentración, así como también de aspectos referentes a la productividad y creatividad de quien lo padece (Acquarone, 2016).

En relación a su incidencia, el trastorno de pánico se manifiesta entre el 1,5 y el 3% de la población aproximadamente, de acuerdo a datos estadísticos internacionales (Acquarone, 2016) y afecta en mayor medida a mujeres que a hombres en una proporción de 2:1 (APA, 2014). En Uruguay no hay registros estadísticos de personas que padezcan trastornos de ansiedad, sin embargo, las consultas han incrementado, siendo la tercera parte de las consultas por este motivo (Trelles, 2015).

Con respecto a los factores que contribuyen a la aparición del trastorno podemos mencionar los factores temperamentales, la afectividad negativa es uno de estos factores y refiere a la tendencia a experimentar emociones negativas, otro factor lo constituye la sensibilidad a la ansiedad que es la predisposición a creer que los síntomas de ansiedad son perjudiciales. En relación a los factores ambientales podemos referir a los abusos sexuales en la infancia y a los malos tratos físicos. Fumar también es considerado un factor de riesgo para la aparición del trastorno. Factores estresantes interpersonales y factores de estrés relacionados con el bienestar físico también contribuyen a su aparición. En cuanto a los factores genéticos y fisiológicos se considera que hay múltiples genes involucrados en el desarrollo del trastorno de pánico, sin embargo, aún se desconocen los genes exactos. Los modelos de sistemas neuronales actuales destacan el rol que cumple la amígdala y otras estructuras relacionadas en los trastornos de ansiedad (APA, 2014).

El curso del trastorno tiende a ser crónico si la persona no recibe tratamiento. Algunas personas poseen brotes episódicos con años de remisión entre ellos, sin embargo, otras pueden presentar una sintomatología continua e intensa. Son muy pocos los casos que alcanzan una remisión completa sin recaídas posteriores (APA, 2014).

El trastorno de pánico posee un elevado índice de comorbilidad con otros trastornos, el mismo suele manifestarse junto con otras patologías. De acuerdo a la CIE-10 no debe realizarse el diagnóstico de trastorno de pánico como diagnóstico principal en el caso que el paciente posea un trastorno depresivo, en estas circunstancias los ataques de pánico podrían ser producto secundario de la depresión. La prevalencia del trastorno de pánico es elevada en aquellas personas con otros trastornos de ansiedad, particularmente con la agorafobia (APA, 2014).

Agorafobia

Según Resnik (2016), la agorafobia es “(...) la intensa sensación de desamparo que experimentamos al encontrarnos en lugares donde nos parece que nos resultará difícil escapar o en los que no será fácil conseguir ayuda en caso de sufrir un ataque de pánico” (p. 27). Según el autor en un comienzo las personas suelen afrontar estas situaciones, pero a un costo muy elevado, padeciendo niveles intensos de malestar físico. Sin embargo, al tiempo se vuelve necesaria la presencia de una persona de confianza que los acompañe en estas situaciones o lugares y finalmente en la mayoría de los casos terminan siendo evitadas por completo (Resnik, 2016).

A continuación, expondremos una tabla en la que se pueden visualizar los criterios diagnósticos de la Agorafobia según la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2014) y la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima versión (CIE-10).

Criterios diagnósticos para la Agorafobia según el DSM-5, Criterios diagnósticos para la Agorafobia según el CIE-10.

DSM-5	CIE-10
<p>A) Miedo o ansiedad intensa acerca de dos (o más) de las cinco situaciones siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Uso del transporte público (p. ej., automóviles, autobuses, trenes, barcos, aviones).2. Estar en espacios abiertos (p. ej., zonas de estacionamiento, mercados, puentes).3. Estar en sitios cerrados (p. ej., tiendas, teatros, cines).4. Hacer cola o estar en medio de una multitud.5. Estar fuera de casa solo (p.217).	<p>A) Miedo o evitación marcados y consistentes a, al menos, dos de las siguientes situaciones:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Multitudes.2. Lugares públicos.3. Viajar solo. <p>Viajar lejos de casa (p. 110).</p>

DSM-5	CIE-10
<p>B) El individuo teme o evita estas situaciones porque escapar le podría resultar difícil o podría no contar con ayuda si aparecen síntomas tipo pánico u otros síntomas incapacitantes o embarazosos.</p>	<p>B) Al menos dos síntomas de ansiedad en las situaciones temidas deben haberse presentado juntas en, al menos, una ocasión desde el inicio del trastorno, y uno de los síntomas debe haber sido de los enumerados entre 1 y 4 a continuación:</p> <p>Síntomas autonómicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Palpitaciones o golpeo del corazón, o ritmo cardíaco acelerado. 2. Sudoración. 3. Temblores o sacudidas de los miembros. 4. Sequedad de boca (no debida a medicación o deshidratación). <p>Síntomas en el pecho y abdomen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Dificultad para respirar. 6. Sensación de ahogo. 7. Dolor o malestar en el pecho. 8. Náuseas o malestar abdominal (p. ej., estómago revuelto). <p>Síntomas relacionados con el estado mental:</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Sensación de mareo, inestabilidad, desvanecimiento o aturdimiento. 10. Sensación de que los objetos son irreales (desrealización) o que uno está lejos de la situación o "fuera de ella" (despersonalización). 11. Sensación de perder el control, de "volverse loco" o de perder el conocimiento. 12. Miedo a morir. <p>Síntomas generales:</p> <ol style="list-style-type: none"> 13. Sofocos o escalofríos. 14. Sensación de entumecimiento u hormigueo (p. 110).
<p>C) Las situaciones agorafóbicas casi siempre provocan miedo o ansiedad (p.218).</p>	<p>C) La evitación o los síntomas de ansiedad causan un malestar emocional significativo, y el sujeto reconoce que éstos son excesivos o irracionales (p.111).</p>
<p>D) Las situaciones agorafóbicas se evitan activamente, requieren la presencia de un acompañante o se resisten con miedo o ansiedad intensa (p.218).</p>	<p>D) Los síntomas se restringen o predominan en las situaciones temidas o al pensar en ellas (p. 111)</p>

DSM-5	CIE-10
<p>E) El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantean las situaciones agorafóbicas y al contexto sociocultural (p.218).</p>	<p>E) El miedo o la evitación de situaciones (criterio A) no es consecuencia de ideas delirantes, alucinaciones ni otros trastornos, tales como un trastorno mental orgánico, esquizofrenia y trastornos relacionados, trastornos del humor (afectivos) o un trastorno obsesivo-compulsivo, ni tampoco son secundarios a creencias culturales. Puede especificarse la presencia o ausencia de trastorno de pánico en la mayoría de las situaciones agorafóbicas: agorafobia sin trastorno de pánico u agorafobia con trastorno de pánico (p. 111).</p>
<p>F) El miedo, la ansiedad o la evitación es continuo, y dura típicamente seis o más meses (p. 218).</p>	
<p>G) El miedo, la ansiedad o la evitación causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento (p.218).</p>	
<p>H) Si existe otra afección médica (p. ej., enfermedad intestinal inflamatoria, enfermedad de Parkinson), el miedo, la ansiedad o la evitación es claramente excesiva (p.218).</p>	
<p>I) El miedo, la ansiedad o la evitación no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental; por ejemplo, los síntomas no se limitan a la fobia específica, tipo situacional; no implican únicamente situaciones sociales (como en el trastorno de ansiedad social); y no están exclusivamente relacionados con las obsesiones (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), defectos o imperfecciones percibidos en el aspecto físico (como en el trastorno</p>	

<p>dismórfico corporal) recuerdo de sucesos traumáticos (como en el trastorno de estrés postraumático) o miedo a la separación (como en el trastorno de ansiedad por separación) (p.218).</p>	
---	--

La agorafobia tiene como consecuencia un elevado grado de deficiencia y discapacidad en la vida funcional del sujeto, tiene una fuerte repercusión tanto en su productividad laboral como en el ausentismo a su puesto de trabajo debido al intenso malestar. En casos de extrema gravedad, el individuo con agorafobia permanece completamente confinado en su casa sin poder ir a trabajar (APA, 2014).

Es importante destacar que la agorafobia se diagnostica independientemente de la presencia del trastorno de pánico. En el caso que el individuo cumpla los criterios para ambos trastornos se le diagnosticará trastorno de pánico y agorafobia (APA, 2014).

Tratamiento

De acuerdo con Cía (2006) para llevar a cabo un tratamiento efectivo de los trastornos de ansiedad y considerando un plazo de tiempo breve, es aconsejable acudir a un profesional que cuente con experiencia y entrenamiento suficiente en la aplicación de la farmacoterapia y de la terapia cognitivo conductual. Esta última cuenta con el reconocimiento de La Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 1988 citado en Beck y Clark, 2012) como una terapia que ha demostrado ser efectiva para el tratamiento del trastorno de angustia, con un índice de respuesta del 78% siendo igual o superior a la efectividad de los tratamientos farmacológicos.

Según el National Institute for Clinical Excellence (NICE, 2004; citado en Moreno, 2007) se recomienda el tratamiento cognitivo conductual para el trastorno de pánico con el grado de evidencia más alto y el que ofrece mayor duración del efecto.

Por otra parte, La Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria (2008) también respalda este tipo de intervención y afirma lo siguiente:

Se recomienda la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) como uno de los tratamientos de elección para el Trastorno de Angustia (TA) por su efectividad en la mejora de los síntomas de pánico, en la calidad de vida y en la reducción de los síntomas de tipo depresivo, aunque se deben tener en cuenta las preferencias del paciente (p.5).

Muchos profesionales recomiendan este abordaje para el tratamiento de los trastornos de ansiedad y destacan el respaldo empírico que posee este tipo de intervención, Según Scott (2014) “Muchos estudios actuales muestran que la terapia cognitivo conductual (TCC) constituye el tratamiento más seguro y eficaz para muchas formas de depresión y ansiedad” (p.43).

A continuación, realizaremos un breve desarrollo acerca del surgimiento y evolución de la terapia cognitivo conductual para un mejor entendimiento de la misma.

3.2 Terapia Cognitivo-Conductual

Definición y evolución histórica

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) se define como “la aplicación clínica de la ciencia de la psicología, que se fundamenta en principios y procedimientos validados empíricamente” (Plaud, 2001; citado en Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012, p.32).

De acuerdo con Rachman y O’Donohue (1997; 1998 y 2009; citado en Ruiz et al., 2012) el desarrollo evolutivo de la TCC puede resumirse en tres estadios o generaciones. La primera generación o “primera ola” como refieren Keegan y Holas (2010) representa el surgimiento de forma independiente de la terapia comportamental en Sudáfrica, Reino Unido y los Estados Unidos en el período comprendido entre los años 1950-1970. Los principales contribuyentes en este comienzo fueron: Joseph Wolpe en Sudáfrica con su teoría de la inhibición recíproca y la introducción del tratamiento para la reducción del miedo, posteriormente denominado desensibilización sistemática para las fobias y ansiedad (Wolpe, 1958; citado en Keegan y Holas, 2010). Hans Eysenck en el Reino Unido quien brindó la base y el fundamento teórico para la terapia comportamental (Eysenck, 1952, 1960 citado en Keegan y Holas, 2010). Y también Ogden Lindsley en Estados Unidos con la utilización de las técnicas operantes para trabajar con pacientes esquizofrénicos (Lindsley, 1956 citado en Keegan y Holas, 2010). “Durante esta primera generación, el terapeuta de conducta es básicamente un investigador

que trata de aplicar las regularidades extraídas de la investigación básica a los problemas clínicos” (Ruiz et al., 2012, p. 50).

El abordaje comportamental era una perspectiva dominante de aquella época, sin embargo, el modelo de comportamiento estímulo-respuesta comenzó a ser considerado insuficiente para explicar todo el comportamiento humano (Mahoney, 1974; citado en Keegan y Holas, 2010), ya que algunas afecciones como la depresión no podían ser tratadas de forma efectiva sin utilizar algunas intervenciones cognitivas (Keegan y Holas, 2010).

La segunda generación o “segunda ola” correspondiente al desarrollo evolutivo de la TCC tiene lugar durante las décadas de los 60 y 70 en Estados Unidos. Uno de los principales representantes de esta segunda generación es Aaron Beck un psiquiatra norteamericano entrenado en psicoanálisis que trabajaba en la Universidad de Pensilvania (Beck, 1963, 1964; citado en Keegan y Holas, 2010). La Terapia Cognitiva se desarrolló a partir de su investigación sobre la depresión, sus observaciones clínicas y hallazgos experimentales demostraron la existencia de un sesgo negativo sistemático en el modo de procesar la información de los pacientes deprimidos. Beck se propuso desarrollar intervenciones cognitivas para ayudar a estos pacientes a identificar, examinar y modificar los patrones de pensamiento desadaptativos y distorsionados con el fin de aliviar su sufrimiento. La terapia cognitiva de Beck ha tenido distintas modificaciones a través de los años, pero sus supuestos teóricos continúan siendo los mismos, su aplicación se ha extendido a la mayoría de los trastornos psiquiátricos y otros problemas incluidos en los manuales diagnósticos (Keegan y Holas, 2010).

De modo simultáneo a las investigaciones de Beck, se encuentra el trabajo desarrollado por Albert Ellis (1958; citado en Keegan y Holas, 2010), el otro fundador de la terapia cognitiva, quien elaboró inicialmente el método denominado Terapia Racional (TR). Con el transcurso de los años dio lugar a la Terapia Racional Emotiva (TRE) y posteriormente a la Terapia Racional Emotiva y Comportamental (TREC) en las cuales incorpora además del componente cognitivo técnicas más emocionales y comportamentales.

Finalmente se origina la tercera generación de la TCC a mediados de los años 90 y persiste en la actualidad, su pionero fue Jon Kabat-Zinn (1990; citado en Keegan y Holas, 2010) con su trabajo sobre el Programa de Reducción de Estrés Basado en Conciencia Plena (Mindfulness) (MBSR). Los principales abordajes que conforman a esta tercera ola son: Mindfulness-based stress reduction (MBSR)(Kabat-Zinn, 1990; citado en Keegan y Holas, 2010), la Terapia Dialéctica Comportamental (DBT; Linehan, 1993; citado en Keegan y Holas, 2010), La Terapia

de Aceptación y Compromiso (ACT; Rayes et. al., 1999; citado en Keegan y Holas, 2010) y la Terapia Cognitiva Basada en la Conciencia Plena (Mindfulness) (MBCT; Segal, Williams y Teasdale, 2002; citado en Keegan y Holas, 2010).

Las terapias pertenecientes a la tercera ola procuran reorientar y ayudar al paciente para que no intente modificar sus pensamientos y sentimientos, a través de esta estrategia se busca que el individuo logre un cambio comportamental positivo en el cual se comprometa con la vida, de acuerdo a sus valores y objetivos a pesar de la presencia del sufrimiento (Keegan y Holas, 2010).

¿Terapia Cognitiva o Terapia Cognitivo-conductual?

Desde sus inicios, los conceptos cognitivos, respetan e incorporan componentes comportamentales en sus modalidades de tratamiento, es por ello que los terapeutas comportamentales empezaron a interesarse cada vez más en este abordaje (Keegan y Holas, 2010).

Considerando la falta de respuesta de modelos terapéuticos previos, y visualizando los resultados prometedores que revelaban los aspectos cognitivos del funcionamiento humano, es que a finales de la década de 1960 y comienzos de 1970, varios terapeutas comenzaron a considerarse a sí mismos pertenecientes a la orientación cognitivo-comportamental (Keegan y Holas, 2010). Entre ellos se encontraban desde luego Beck (1967, 1970) y Ellis (1962) pero también otros, como por ejemplo Cautela (1967), Mahoney (1974) y Meichenbaum (1973, 1977) (Keegan y Holas, 2010).

Sin embargo, es a partir del desarrollo de un modelo teórico de intervenciones terapéuticas específicas para el trastorno de pánico (Barlow, 1988; Clark, 1986) que ambas corrientes de terapia, cognitiva y comportamental se unen particularmente bien (Keegan y Holas, 2010).

Hay muchas terapias que pueden ser comprendidas dentro del término cognitivo-comportamental algunas de ellas son: la Terapia Cognitiva, la Terapia Racional Emotiva Comportamental, la Reestructuración Racional Sistemática, el Entrenamiento en Manejo de Ansiedad, entre otras (Keegan y Holas, 2010).

Modelo Cognitivo de la Ansiedad

De acuerdo con los autores Clark y Beck (2012) "El modelo cognitivo considera la ansiedad como una reacción ante la evaluación inapropiada y exagerada de vulnerabilidad personal derivada de un sistema defectuoso de procesamiento de información que contempla como amenazantes situaciones o señales neutrales" (p.72). Según los autores Beck, Emery y Greenberg (1985; citado en Clark y Beck, 2012) la vulnerabilidad refiere a la percepción que tiene la persona de sí misma en relación a peligros internos o externos que le pudieran suceder y de los cuales no tiene control o este es insuficiente como para poder proporcionarle una sensación de seguridad.

Las intervenciones cognitivas pretenden modificar la perspectiva amenazante que posee el individuo en base a sus falsas cogniciones, procuran promover el desarrollo del pensamiento crítico para que el paciente alcance nuevas perspectivas. Por medio de esta intervención se aspira a que el sujeto cuestione sus propias creencias disfuncionales y de esta manera logre una valoración más equilibrada y realista de la situación, de sus recursos de afrontamiento y de las señales de seguridad allí presentes (Clark y Beck, 2012).

Las falsas valoraciones que realiza el sujeto se deben a un procesamiento maladaptativo y sesgado de la información. Este tipo de procesamiento tiene dos mecanismos de acción, en primer lugar, se realiza un procesamiento automático de la información que se caracteriza por ser involuntario, preconsciente y difícil de regular. En otras palabras, corresponde a la valoración primaria que el sujeto realiza de amenaza. En segundo lugar, se desarrolla el procesamiento estratégico y controlado de la información, a través del cual el sujeto malinterpreta situaciones inocuas como amenazantes; este se caracteriza por ser un proceso elaborativo voluntario, consciente, con posibilidad de regulación y además por poseer un rol fundamental en la persistencia de la ansiedad (Clark y Beck, 2012).

Los procesos cognitivos mencionados anteriormente, automáticos y estratégicos, no se dan de forma independiente, están estrechamente relacionados, lo que intenta la terapia cognitiva es ayudar a los individuos a identificar estos procesos para que puedan reconocer sus valoraciones inmediatas de amenaza y para poder modificar los procesos secundarios que perpetúan la ansiedad (Clark y Beck, 2012).

Características del Modelo Cognitivo y de la Terapia Cognitiva

El modelo cognitivo, es un modelo estructurado que enseña al paciente habilidades que le permiten entender el origen cognitivo de sus problemas y así facilitar su superación (Caro, 2007).

Según Beck y colaboradores (1985; citado en Caro, 2007) el modelo cognitivo se basa en los siguientes principios:

- Lo que percibimos o interpretamos de la realidad, no es idéntico a la realidad en si misma (Bedrosian y Beck, 1980; citado en Caro, 2007) sino que depende de nuestras interpretaciones, estas implican procesos cognitivos que son falibles. Nuestras creencias son hipótesis que pueden ser negadas o modificadas.
- La terapia cognitiva es un modelo de carácter educativo.
- La terapia cognitiva es breve, limitada en el tiempo.
- La terapia implica un vínculo colaborador entre paciente y terapeuta en el cual no hay temas ocultos y en caso de equivocaciones el terapeuta asume sus errores.
- Los terapeutas utilizan el método socrático por medio del cual se pretende que el paciente aprenda a identificar sus pensamientos y sustituya sus distorsiones cognitivas por pensamientos más adecuados facilitando el desarrollo de nuevos patrones de pensamiento.
- Se requiere una buena relación terapéutica para llevar a cabo la terapia cognitiva.
- Como características básicas, la terapia cognitiva es estructurada y directiva, se trabaja con metas específicas y con una agenda acordada junto al paciente para el desarrollo de cada sesión.
- Se conceptualizan de modo cognitivo los problemas del paciente y a partir de ello se eligen técnicas que estén acorde a sus necesidades y que a su vez faciliten continuar con la estrategia terapéutica diseñada anteriormente.
- La teoría y las técnicas que se ponen en práctica en la terapia cognitiva se fundamentan en el método científico (Beck y Emery, 1979; citado en Caro, 2007).
- El trabajo para casa es una tarea fundamental de la terapia cognitiva, según Fennell y Teasdale (1987, citado en Caro, 2007) este representa un indicador de respuesta del paciente y de eficacia del tratamiento.

A modo de complementar las características del modelo cognitivo antes mencionadas, Judith Beck (2000) sostiene que la terapia cognitiva requiere de una sólida alianza terapéutica por lo que se procura que el terapeuta reúna características tales como: “calidez, empatía, interés, preocupación genuina y competencia” (p.22) que permitan el establecimiento de un vínculo colaborador entre paciente y terapeuta. El terapeuta escucha con atención, realiza afirmaciones empáticas y sintetiza de manera adecuada las ideas y pensamientos del paciente, mostrando una actitud realista y optimista. Revisa junto al paciente lo visto en cada sesión para asegurarse de que éste se sienta comprendido y conforme (Judith Beck, 2000). A medida que avanza el proceso terapéutico es importante que el terapeuta aliente la independencia del sujeto ya que de lo contrario el individuo deberá permanecer en tratamiento constante para mantener los logros alcanzados (Bados, 2015).

Que el tratamiento sea estructurado contribuye a una mejor comprensión de la terapia tanto por parte del paciente como del terapeuta, permite también, atender a lo más importante y optimizar el tiempo (Judith Beck, 2000).

En cuanto al cumplimiento de metas específicas Judith Beck (2000) sostiene que tanto terapeuta como paciente trabajan de forma conjunta con el fin de evaluar cuales son las dificultades que interfieren con la consecución de las mismas. El terapeuta debe conceptualizar las dificultades de cada paciente con el fin de evaluar qué tipo de intervención será la más adecuada.

Principales conceptos del modelo cognitivo

La terapia cognitiva se basa en el siguiente principio “las emociones y conductas de una persona están en gran parte determinadas por la manera en la cual estructura el mundo” (Beck et al., 1979, pág. 3; citado en Keegan y Holas, 2010). Al decir de Moreno (2007) “las emociones y los comportamientos no dependen de hechos en sí, sino de cómo se interpretan los mismos, a partir de nuestras creencias y expectativas” (p.110).

En el modelo cognitivo se busca intervenir para modificar las interpretaciones distorsionadas que realizan los sujetos, se pretende lograr un cambio terapéutico mediante la utilización de técnicas diseñadas para “identificar, poner a prueba la realidad y corregir las conceptualizaciones distorsionadas y las creencias disfuncionales (esquemas) que subyacen a estas cogniciones” (Beck et al., 1979, pág. 4; citado en Keegan y Holas, 2010). Se considera

que a través del cambio en los pensamientos y en los sistemas de procesamiento se conseguirán cambios comportamentales y emocionales (Minici, Dahab y Rivadeneira, 2003).

Consideramos que para poder comprender como se lleva a cabo este proceso de cambio terapéutico y considerando el posterior desarrollo de las intervenciones que hacen a este abordaje, es necesario plantear sus conceptos teóricos fundamentales, algunos de ellos son:

Esquemas cognitivos: “Los esquemas cognitivos son entidades organizativas conceptuales complejas compuestas de unidades más simples que contienen nuestro conocimiento de cómo se organizan y estructuran los estímulos ambientales” (Safran, Vallis, Segal y Shaw, 1986; citado en Ruiz et al., 2012, p.368). Los esquemas cognitivos constituyen creencias nucleares, las mismas refieren a nuestro modo de ver el mundo, a los otros y a nosotros mismos, así como también a nuestro modo de relacionarnos con los demás. En terapia cognitiva los términos “esquema cognitivo” y “creencias nucleares” se suelen usar de forma indiscriminada, sin embargo, se debe tener en cuenta que los esquemas incluyen otro tipo de creencias además de las nucleares como por ejemplo las creencias intermedias que refieren a actitudes, reglas y supuestos que aluden a conceptos generales o a conceptos más específicos de nuestros esquemas cognitivos (Ruiz et al., 2012).

Distorsiones cognitivas: a través de los procesos cognitivos, los individuos seleccionan del medio la información que será atendida, sin embargo, cuando el sujeto se enfrenta a determinada situación no analiza toda la información disponible, sino que atiende a aquellos contenidos que son coherentes con la información contenida en sus esquemas cognitivos preexistentes. Estos procesos ocurren de forma automática, el individuo no posee conciencia de los mismos. Este mecanismo, si bien contribuye a la eficacia del sistema cognitivo, también puede producir sesgos en el procesamiento de la información (Ruiz et al., 2012).

El modelo cognitivo considera que la perturbación emocional es producto de este procesamiento distorsionado de la información en la cual el individuo interpreta determinadas situaciones como amenazantes en relación a sus intereses vitales y bienestar (Clark y Beck, 2012). A estos errores en el procesamiento de la información Beck los denomina distorsiones cognitivas (1970; citado en Ruiz et al., 2012).

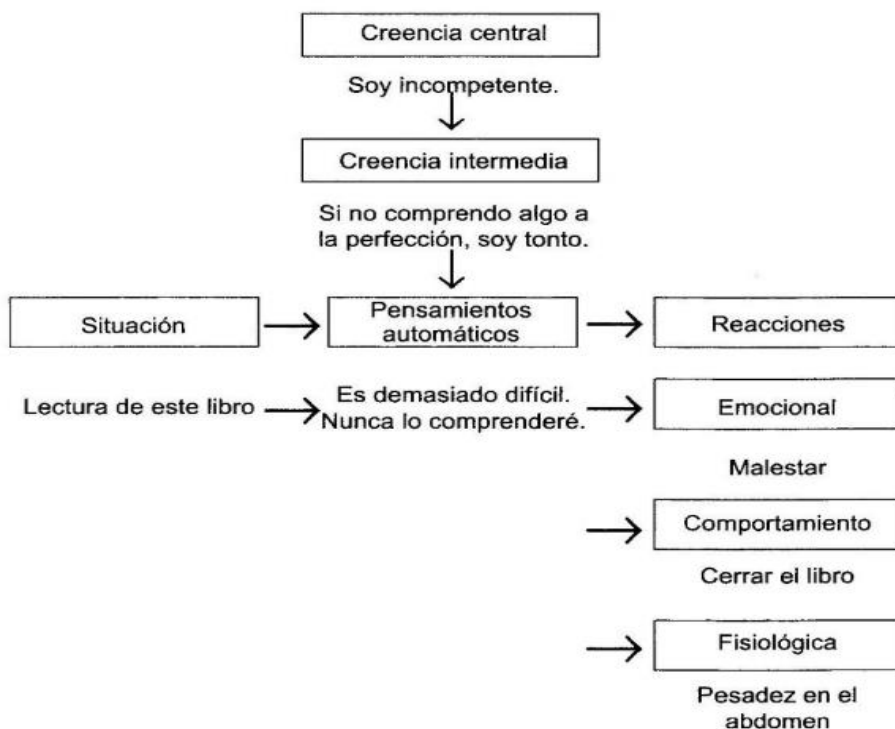
Pensamientos automáticos: Los esquemas toman la forma de pensamientos automáticos, lo que Beck inicialmente denominó cogniciones (1964; citado en Caro, 2007), no obstante, los esquemas no se expresan únicamente a través de pensamientos automáticos sino también por

medio de pensamientos e imágenes voluntarias (Sanz y Vázquez, 1995; citado en Caro, 2007). Sin embargo, el modelo cognitivo realiza énfasis en los pensamientos automáticos para poder entender el funcionamiento cognitivo de un sujeto con determinado trastorno (Caro, 2007).

Como mencionamos anteriormente estos pensamientos automáticos son producto de los esquemas, son involuntarios, aunque el paciente intente suprimirlos, no puede hacerlo y son considerados como verdaderos, el paciente cree de forma absoluta en ellos. Estos pensamientos adoptan formas verbales o ideativas, son conclusiones, juicios o interpretaciones que surgen de forma automática sin ningún razonamiento anterior (Caro, 2007). “Son pensamientos disfuncionales, repetitivos e idiosincrásicos” (Caro, 2007, p.147).

A medida que avanza el trastorno estos pensamientos se vuelven más permeables, es más difícil que el sujeto los considere de forma objetiva, por lo tanto, también es más difícil la modificación de los mismos. Poder identificar evidencias contradictorias o darse explicaciones alternativas resulta una tarea difícil (Caro, 2007).

La siguiente imagen ejemplifica creencias y pensamientos automáticos de acuerdo al modelo cognitivo:



Como mencionamos anteriormente, la terapia cognitiva busca corregir estas conceptualizaciones distorsionadas y creencias disfuncionales que posee el individuo (Keegan y Holas, 2010) y para ello utiliza algunas de las siguientes técnicas terapéuticas: identificación, análisis y cambio de las creencias y los supuestos básicos, puesta a prueba de pensamientos automáticos y modificaciones de esquemas disfuncionales (Minici, Dahab y Rivadeneira, 2003). Posteriormente ahondaremos con más detalle acerca de las mismas en el desarrollo de la Terapia Cognitiva para el trastorno de angustia.

Instrumentos para la evaluación y diagnóstico del Trastorno de Angustia

Consideramos de importancia referir a algunas de las técnicas comúnmente utilizadas para el diagnóstico y evaluación del trastorno de pánico antes de abordar su tratamiento.

De acuerdo con Bados (2015) los instrumentos seleccionados deberán aplicarse en el pretratamiento, postratamiento y en el seguimiento. En este último es necesario indagar si el paciente ha recibido algún tipo de tratamiento durante el mismo. También sugiere la aplicación periódica de alguno de los instrumentos durante el tratamiento con el fin de evaluar el progreso de los pacientes.

Para iniciar la evaluación del trastorno de angustia, los autores Clark y Beck (2012) recomiendan aplicar una entrevista diagnóstica estructurada como el ADIS-IV-Protocolo de Entrevista de Trastornos de Ansiedad para el DSM-IV (Brown, Di Nardo & Barlow, 1994; citado en Clark y Beck, 2012). Éste posee un alto índice de fiabilidad inter-evaluadores para el trastorno (Brown, Di Nardo & Barlow, 2001; citado Clark y Beck, 2012). El ADIS-IV es una técnica que reúne mucha información sobre los síntomas de angustia, distingue entre las crisis de angustia ocasionadas por señales situacionales de las ocasionadas de forma inesperada y permite obtener el nivel de gravedad de todos los síntomas especificados en el DSM-IV. Informa también sobre el grado de ansiedad de anticipación, la evitación, las señales de seguridad, la sensibilidad interoceptiva y el efecto negativo producto de las crisis recurrentes de angustia (Clark y Beck, 2012).

Por otro lado, también haremos mención a pruebas de autoinforme utilizadas para la evaluación de este trastorno, algunas de ellas son:

Inventario de Ansiedad de Beck

El Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) (Beck & Steer, 1990; citado en Clark y Beck, 2012):

Es un cuestionario de 21 ítems que evalúa la gravedad de los síntomas ansiosos en una escala de 0 (“en absoluto”) a 3 (“grave, difícilmente podía aguantarlo”). Según el manual (Beck & Steer, 1990; citado en Clark y Beck, 2012), el intervalo normal para la Puntuación Total del BAI es de 0-9, la ansiedad leve es de 10-18, la ansiedad moderada es de 19-29 y la ansiedad grave oscila entre 30 y 63 (p.236).

Este inventario se caracteriza por poseer una amplia coherencia interna y su puntuación total correlaciona de forma moderada con otras medidas de los síntomas de ansiedad, como por ejemplo: la Escala de Valoración de Ansiedad de Hamilton (Guy, 1976; Hamilton, 1959; citado en Clark y Beck, 2012). El BAI evalúa principalmente los síntomas físicos de la ansiedad, la hiperactivación fisiológica y no tanto los aspectos subjetivos (miedo a lo peor, el estar asustado, la incapacidad para relajarse, etc.), a los cuales les dedica unos pocos ítems (Clark y Beck, 2012).

El Cuestionario de Cogniciones Agorafóbicas

El Cuestionario de Cogniciones Agorafóbicas (ACQ) es un cuestionario de auto-informe constituido por 15 ítems que evalúa los pensamientos del sujeto en relación a las consecuencias negativas o amenazantes relacionadas con la sintomatología ansiosa (Chambless, Caputo, Bright & Gallagher, 1984; citado en Clark y Beck, 2012).

El Cuestionario de Sensaciones Corporales

El Cuestionario de Sensaciones Corporales (BSQ) es un cuestionario conformado por 17 ítems que evalúa la intensidad del miedo asociado con los síntomas físicos de la ansiedad (Chambless & Gracely, 1989; citado en Clark y Beck, 2012).

El Inventario de Movilidad para la Agorafobia

El Inventario de Movilidad para la Agorafobia (MI) es un cuestionario que evalúa el grado de evitación agorafóbica, la frecuencia con que se producen las crisis de angustia y el tamaño de la zona de seguridad (Chambless, Caputo, Jasin, Gracely & Williams, 1985; citado en Clark y Beck, 2012). Este inventario posee un apartado que evalúa el grado de evitación de 26 situaciones comúnmente evitadas en la agorafobia, el sujeto debe puntuar en una escala de 5

puntos el grado de evitación de cada situación (1 = “nunca evito”; 5 = “siempre evito”), se calculan dos puntuaciones, una refiere a cuando están solos y la otra a cuando están acompañados (Clark y Beck, 2012).

Cuestionario de Creencias Relacionadas con el Pánico

El Cuestionario de Creencias Relacionadas con el Pánico o (Panic Belief Inventory, PBQ; Greenberg, 1989; Wenzel et al., 2006; citado en Bados, 2015) procura evaluar las creencias vinculadas con el pánico, sus síntomas y sus consecuencias teniendo en cuenta que estas existen más allá de los estados agudos de ansiedad y tienden a aumentar la probabilidad de reacciones catastróficas ante experiencias físicas y emocionales en el trastorno de pánico y la agorafobia. Este cuestionario está conformado por 35 ítems que pueden ser valorados del 1 (totalmente en desacuerdo) al 6 (totalmente de acuerdo) y presenta cuatro factores: ansiedad anticipatoria, catástrofes físicas, catástrofes emocionales y autodesaprobación.

Escala de Gravedad del Trastorno de Pánico - Versión de Autoinforme

La Escala de Gravedad del Trastorno de Pánico - Versión de Autoinforme (Panic Disorder Severity Scale - Self-Report; PDSS-SR; Houck et al., 2002; citado en Bados, 2015) evalúa la escala de gravedad de 0 a 4 con respecto a 7 dimensiones del trastorno de pánico:

Frecuencia de ataques de pánico, malestar causado por los ataques de pánico, ansiedad anticipatoria (preocupación por cuándo ocurrirá el próximo ataque de pánico), miedo/evitación agorafóbicos, miedo/evitación interoceptivos (aprensión y evitación de sensaciones corporales), deterioro/interferencia en el funcionamiento laboral y deterioro/interferencia en el funcionamiento social (p.34).

Se pueden ver cuatro de los inventarios mencionados en los anexos.

Terapia cognitiva para el trastorno de angustia

La terapia cognitiva específicamente adaptada para el trastorno de angustia se propone en líneas generales los siguientes objetivos: reducir la sensibilidad a las sensaciones físicas y mentales propias del trastorno, debilitar la interpretación catastrófica de estos estados corporales o mentales, aumentar la capacidad de revaloración cognitiva a modo de promover una interpretación alternativa más adaptativa y realista, eliminar la evitación y las conductas de

búsqueda de seguridad, aumentar la tolerancia a la ansiedad y restablecer la sensación de seguridad (Clark y Beck, 2012).

Los principales componentes de la terapia cognitiva que contribuyen al logro de estos objetivos son los siguientes:

Formar sobre el modelo de terapia cognitiva para la angustia: A modo de inicio, la terapia cognitiva busca formar al individuo en el modelo de terapia cognitiva para la angustia. Para poder llevar a cabo esta tarea, se recurre a la utilización de formularios que permitan el registro semanal de los episodios de angustia en diferentes formatos. A través de estos el terapeuta obtiene información de cuáles son las situaciones provocadoras de ansiedad, sensaciones físicas angustiosas y las conductas evitativas que manifiesta el sujeto (Clark y Beck, 2012).

Mediante el cuestionamiento socrático el terapeuta examina como ha sido la experiencia angustiosa del paciente y cuáles han sido sus interpretaciones respecto a los síntomas experimentados. El terapeuta presenta la explicación cognitiva como una explicación posible a los orígenes de la angustia que posteriormente deberá ser demostrada. El objetivo de esta sesión, es presentar una explicación alternativa de la angustia considerando que en este primer momento será difícil que el individuo abandone sus interpretaciones catastrofistas (Clark y Beck, 2012).

Para finalizar se solicita al paciente que prosiga con las tareas de registros en su casa pero que comience a contrastar sus experiencias de ansiedad con las explicaciones alternativas abordadas en sesión (Clark y Beck, 2012).

Activación esquemática e inducción de síntomas: En las sesiones siguientes, se busca desafiar las interpretaciones distorsionadas del sujeto, los ejercicios de inducción de síntomas son importantes porque permiten la activación de los esquemas de amenaza del individuo (Clark y Beck, 2012). Los ejercicios de inducción de síntomas (Clark y Beck, 2012) o la también denominada exposición interoceptiva pretenden provocar de forma intencional las sensaciones del pánico, a través de esta experiencia el sujeto podrá descubrir que las mismas son inofensivas (Cía, 2006). Los estímulos internos temidos son poco predecibles y resulta difícil escaparse de ellos, el sujeto experimenta un miedo muy intenso y repentino que alimenta lo que se denomina ansiedad anticipatoria (Craske, 1991; Craske, Glover y De Cola, 1995; citado en Caballo, 1997) o “miedo al miedo” (Cía, 2006). Para provocar las sensaciones temidas los ejercicios de inducción de síntomas frecuentemente utilizados son: hiperventilar durante 1

minuto, aguantar la respiración durante 30 segundos, respirar a través de una pajita durante 2 minutos, correr en el sitio durante 1 minuto, mover la cabeza rápidamente de un lado a otro durante 30 segundos, mirarse conscientemente en un espejo durante 2 minutos, entre otros (Clark y Beck, 2012).

Los ejercicios de inducción de síntomas se realizan en la segunda o tercera sesión y se repiten a lo largo del tratamiento, el terapeuta se encarga de revisar junto con el paciente si la experiencia confirma o desmiente la interpretación catastrófica de las sensaciones corporales, posteriormente la inducción de síntomas es designada como tarea para casa y en todos los casos se realiza siempre que el sujeto este apto para ello (Clark y Beck, 2012). La tarea para casa es una parte integral de la terapia cognitiva, permite analizar y debatir los supuestos básicos inadecuados que posee el paciente, comprobar la validez de sus pensamientos y proporcionar información referente a los problemas que se le van presentando. Por otro lado, también facilita la estructuración y programación de las sesiones de trabajo terapéutico (Ruiz et al., 2012).

Reestructuración cognitiva de la malinterpretación catastrófica: Las intervenciones de reestructuración cognitiva tienen que ver con las valoraciones que el sujeto realiza sobre la amenaza y no tanto con el contenido de la misma. La pregunta central radica en si el sujeto exagera la probabilidad de ocurrencia de la amenaza o la gravedad de la misma y subestima su capacidad de afrontamiento (Clark y Beck, 2012).

Para que se produzca la reestructuración cognitiva, se intentan reunir evidencias que desmientan las interpretaciones maladaptativas y exageradas que realiza el sujeto sobre sus sensaciones físicas y mentales (Clark y Beck, 2012). Estas interpretaciones, producto de pensamientos automáticos catastróficos, producen en muchas personas una visión deformada de la realidad y de sí mismos lo que los conduce a comportamientos autoderrotistas (Cía, 2000).

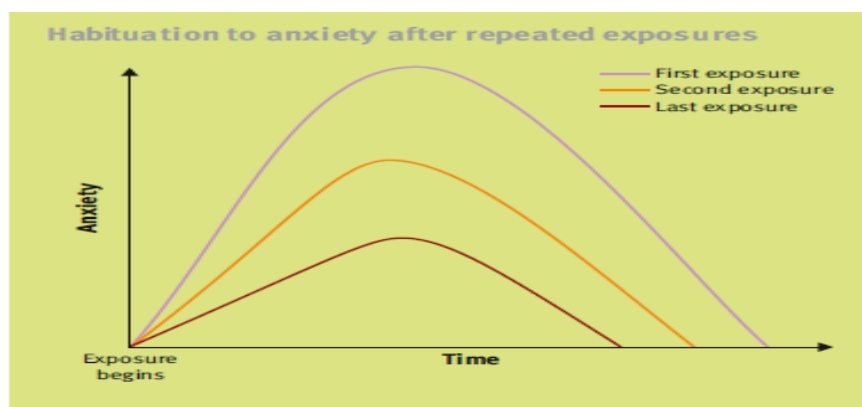
A través de esta intervención también se lleva a cabo el análisis de costes-beneficios, el terapeuta ayuda al sujeto a identificar cuáles son las ventajas y desventajas de mantener determinada postura ante la ansiedad. El objetivo de este ejercicio consiste en identificar los importantes costos relacionados al pensamiento ansioso y los beneficios inmediatos al considerar una perspectiva alternativa (Clark y Beck, 2012).

En líneas generales, a través de la reestructuración cognitiva se intentan proponer escenarios alternativos más adecuados y se subraya el papel que juegan las creencias y los pensamientos catastróficos en la persistencia de la ansiedad (Clark y Beck, 2012).

Puesta a prueba de hipótesis empíricas de explicación alternativa: El enfoque cognitivo implica también la puesta a prueba de hipótesis empíricas de explicación alternativa, para ello se realizan experimentos conductuales en donde la persona se expone a situaciones que le ocasionan ansiedad con el fin de provocar los síntomas temidos y sus consecuencias. Estos ejercicios tienen el objetivo de mostrar que las sensaciones físicas no son la causa principal de la ansiedad, sino que es su interpretación catastrófica lo que conduce a la angustia (Clark y Beck, 2012).

Exposición gradual in vivo: Considerando que la evitación agorafóbica se presenta con frecuencia en el trastorno de pánico, la exposición in vivo es un componente muy importante en el tratamiento. De acuerdo con Craske y Barlow (1988; citado en Clark y Beck, 2012) el tratamiento basado en la exposición implica la presentación repetida y sistemática de experiencias de la vida real, se recurre a la misma para desafiar las cogniciones y creencias catastróficas del individuo agorafóbico (Clark y Beck, 2012). En la agorafobia, se va desensibilizando al sujeto mediante la exposición o afrontamiento a las situaciones temidas, situaciones habituales tales como: alejarse de su casa, quedarse solo, viajar en transporte público, entre otras. Esta práctica debe efectuarse de forma gradual, de menor a mayor complejidad y dosificando en forma sistemática su grado de complejidad ya que la exposición de forma abrupta por el contrario a lo que se pretende sensibiliza y refuerza los miedos (Cía, 2006).

La siguiente imagen ejemplifica el grado de habituación a la ansiedad luego de exposiciones repetidas:



Tomado de Mann. N y Whitfield. G. (2009). An introduction to cognitive behavioural therapy for anxiety disorders. Elsevier

Según Bados (2015) es normal que el sujeto experimente ansiedad durante la práctica de exposición y eso le permitirá aprender a tolerarla, se procura que el sujeto acepte sus reacciones ansiosas y no que luche contra ellas. No obstante, si el nivel de ansiedad es excesivo y puede causar interferencia en el procesamiento emocional de las señales de miedo o con las actividades propuestas, el sujeto podrá utilizar en un comienzo estrategias de afrontamiento como pueden ser la respiración controlada o la distracción. Con respecto a este punto, es importante aclarar que, si bien las estrategias de afrontamiento resultan útiles en las primeras fases del tratamiento, las mismas deben abandonarse gradualmente porque de lo contrario no se obtendrán buenos resultados y habrá mayores probabilidades de recaídas.

Tolerancia a los síntomas y reinterpretación de la seguridad: En el tratamiento cognitivo los ejercicios conductuales y la reestructuración cognitiva cumplen un rol importante con respecto al aumento de la tolerancia frente a los síntomas ansiosos y al restablecimiento de la sensación de seguridad. A partir de los ejercicios llevados a cabo, el individuo aprende a tolerar la incomodidad que le generan ciertas situaciones y a través de la reinterpretación de su experiencia logra visualizar señales de seguridad en la situación que antes no podía identificar (Clark y Beck, 2012).

Reentrenamiento (opcional) en respiración: El reentrenamiento en respiración es un componente opcional del tratamiento cognitivo, tiene mayor utilidad en aquellos individuos que experimentan hiperventilación en las crisis de angustia, si se incluye en el protocolo se le debe dar un seguimiento cuidadoso con el fin de que no se convierta en una conducta de búsqueda de seguridad teniendo en cuenta que esta acción contribuye al mantenimiento de la ansiedad (Clark y Beck, 2012).

Prevención de recaídas: Para finalizar, en las últimas sesiones del tratamiento se aborda la prevención de recaídas, para este momento se intenta garantizar que el sujeto tenga expectativas realistas sobre el tratamiento y que sea consciente de que la ansiedad forma parte de la vida. El paciente debe ser consciente de que los síntomas pueden aparecer nuevamente, por este motivo y a modo de prevención se puede definir un protocolo de intervención que detalle que hacer si los síntomas reaparecen de forma inesperada. Eliminar las sesiones terapéuticas de forma gradual y planificar sesiones de mantenimiento también contribuirá a la prevención de recaídas. Aquellos individuos que hayan ejercitado la activación fisiológica exagerada en circunstancias en las que experimentan altos niveles de ansiedad serán menos propensos a recaídas (Clark y Beck, 2012).

Otro factor relevante con respecto a la prevención de recaídas refiere a aquellas intervenciones que incluyen actividades entre sesiones, estas poseen un mayor tamaño del efecto en comparación con las que no incluyen este tipo de actividades (Sánchez-Meca et al., 2010; citado en Bados, 2015). Los pacientes que mejor cumplen con estas tareas entre sesiones de la terapia cognitivo conductual tienden a mejorar más con respecto a la evitación, pánico y miedo al miedo (Fava et al. 1997; citado en Bados, 2015).

De acuerdo a lo expresado hasta el momento, es menester destacar que la terapia cognitiva no debe confundirse con la aplicación de un conjunto de técnicas de forma automática y uniforme para todos los pacientes, sino que se debe prestar especial atención a la conceptualización de cada caso, será de acuerdo a las necesidades del paciente que el terapeuta elegirá las estrategias y técnicas más adecuadas (Ruiz, et al., 2012).

Tratamiento de Control del Pánico de Barlow

El Tratamiento de Control del Pánico de Barlow (TCP) posee una gran similitud con el ya mencionado Tratamiento Cognitivo para la Angustia de Clark y Beck (2012), los resultados obtenidos a partir de la aplicación de ambos programas son similares (Moreno, 2007)

Según Moreno (2007) no todo tratamiento cognitivo conductual es igualmente efectivo, por este motivo sugiere la utilización de un protocolo específicamente diseñado y validado para el trastorno de pánico, como lo es el Tratamiento del Control del Pánico (TCP) de Barlow. Por otra parte, Botella (2001) también respalda el TCP del grupo de Barlow (Barlow y Cerny, 1988; Barlow y Craske, 1989,1994), considerándolo como un tratamiento bien establecido.

Este programa incluye un componente educativo a través del cual se le explica al paciente que es el trastorno de pánico y como se produce, se destaca la exposición a sensaciones interoceptivas y se realizan procedimientos de reestructuración cognitiva con el fin de modificar las creencias erróneas del paciente con respecto al pánico y la ansiedad. Incluye también el entrenamiento en respiración diafragmática para ayudar al paciente a controlar el pánico (Botella, 2001). Según Barlow (2008) a través de este protocolo se proporciona información específica sobre los efectos de la hiperventilación y su rol en los ataques de pánico y por ello se provee una amplia practica en reentrenamiento respiratorio.

Los principales componentes del programa cognitivo conductual de Barlow según Martin (2007; citado en Garriga, Martin, López, 2009) son los siguientes:

Observación y comprensión del trastorno: a partir de esta intervención se le explica al paciente las diferencias entre las crisis de ansiedad y la ansiedad generalizada, el estrés y la importancia de estos factores en el comienzo y mantenimiento del trastorno. Se introduce la observación objetiva por medio de los autoregistros para que el paciente pueda identificar las sensaciones y situaciones que desencadenan las crisis. La comprensión de los mecanismos de ansiedad y de lo que no puede ocurrir a consecuencia de la misma contribuye a disminuir el miedo y habilita la posterior exposición.

Técnicas de control físico: se procura disminuir el estado general de activación a través de técnicas como la respiración diafragmática y el entrenamiento en relajación muscular. No se pretende que estas técnicas sean utilizadas para controlar las crisis de ansiedad, sino que se aspira a su utilización con una finalidad preventiva a través de su práctica de forma regular y no frente a una crisis en particular.

Reestructuración cognitiva: reevaluar las distorsiones cognitivas presentes en el trastorno y contrastarlas al peligro real. Una pregunta frecuentemente utilizada en este momento considerando los temores que manifiestan algunos sujetos es: “¿cuál es la probabilidad de que te de un infarto?” (p.85) esta pregunta supone la identificación del pensamiento distorsionado, comprender que es un infarto y buscar información confiable sobre el tema.

Exposición interoceptiva: a través de esta intervención se busca provocar las sensaciones temidas por el sujeto en lugar de evitarlas o reducirlas. Se comienza con ejercicios específicamente diseñados para provocar los síntomas, como por ejemplo hiperventilar y se llevan a cabo en un ambiente controlado. Posteriormente se le solicita al paciente que realice esta actividad solo y luego que busque situaciones que le generen los síntomas temidos, la finalidad de esta práctica es obtener la extinción de la falsa alarma, es decir de las crisis de ansiedad.

Exposición: tiene como objetivo disminuir o eliminar en el caso que sea posible la agorafobia, está pensada para aquellos individuos que padecen trastorno de pánico con agorafobia. Se busca impedir las conductas de escape o evitación que mantienen el trastorno. La exposición se debe llevar a cabo de forma sistemática y regular independiente del estado de ansiedad de un día concreto.

Tal como mencionamos anteriormente, podemos dar cuenta que este programa resulta muy similar al ya expuesto programa de Clark, a este respecto Botella (2001) refiere que ambos son tratamientos muy similares debido a que sus objetivos y procedimientos resultan semejantes, la diferencia más notoria entre ambos refiere a que el programa del grupo de Barlow hace énfasis en la exposición a las sensaciones interoceptivas y el programa del grupo de Clark enfatiza en el componente cognitivo.

Zalyte, Neverauskas y Goodall (2017) también realizan consideraciones similares, sostienen que ambos enfoques de tratamiento incluyen componentes cognitivos y conductuales, el modelo de Clark hace énfasis principalmente en lo cognitivo, mientras que el modelo de Barlow se centra en mayor medida en las técnicas conductuales. Ambos enfoques acentúan el concepto de miedo aprendido a las sensaciones corporales, particularmente las relacionadas con la activación autónoma.

Los autores destacan que aun casi tres décadas después, estos enfoques son considerados como estándares para el tratamiento cognitivo conductual del trastorno de pánico, los mismos cuentan con un alto grado de fiabilidad y con un fuerte apoyo empírico (Zalyte et al., 2017).

Aplicación del Tratamiento de Control del Pánico de Barlow

El TCP fue aplicado a un grupo de pacientes con diagnóstico de trastorno de pánico con o sin agorafobia. El estudio consistió en 12 sesiones grupales semanales y obtuvo buenos resultados. Al finalizar todos los pacientes tuvieron ganancias significativas, un alto grado de reducción de los síntomas físicos de las crisis de pánico y de sintomatología asociada, obteniendo como resultado una mejora significativa en su calidad de vida (Garriga et al., 2009).

Con respecto a las técnicas de entrenamiento en respiración y relajación junto con la psicoeducación, se señala que estas prácticas ayudarían a los pacientes a generalizar estos aprendizajes a otras situaciones ansiógenas (Garriga et al., 2009).

Este tratamiento también denotó un buen nivel de aceptabilidad y tolerancia ya que de los 35 pacientes que iniciaron el tratamiento solo abandonaron 3. De acuerdo a las manifestaciones espontáneas que efectuaron los participantes se observó un elevado grado de satisfacción con este tipo de tratamiento (Garriga et al., 2009).

Como pautas a mejorar señalan que hubiese sido deseable realizar un seguimiento algunos meses posteriores a la finalización del tratamiento con el fin de evaluar el mantenimiento o no de la mejoría de los síntomas, así como también evaluar si aquellos pacientes que simultáneamente llevaban un tratamiento farmacológico continuaban con su descenso (Garriga et al., 2009).

¿Exposición o terapia cognitiva?

Algunos estudios que abordan esta temática han realizado comparaciones entre los resultados obtenidos a partir de la aplicación de técnicas conductuales e intervenciones cognitivas denotando en algunos casos supremacía de los componentes conductuales.

Con respecto a las técnicas conductuales Cía (2006) afirma que existen numerosos estudios que respaldan estadísticamente las técnicas de exposición directa o afrontamiento de la situación fóbica, las mismas han demostrado ser muy efectivas incluso más que otros tratamientos no comportamentales tales como las terapias psicodinámicas, el psicoanálisis y aun la terapia cognitiva si esta no va acompañada de ejercicios conductuales.

En un estudio de revisión abordado para la elaboración de este trabajo, encontramos resultados que denotan la supremacía de las técnicas de exposición combinadas con técnicas de reentrenamiento en respiración y entrenamiento en relajación para el tratamiento del trastorno de pánico. Con respecto a las técnicas de exposición, se destaca que la que ofrece mayores beneficios es la exposición in vivo (Sánchez, Rosa, Marín y Gómez, 2010).

El entrenamiento en relajación y las técnicas de reentrenamiento respiratorio han demostrado ser más eficaces para reducir los comportamientos de pánico en comparación con la terapia cognitiva, la misma por sí sola no ofrece resultados tan positivos en comparación con su aplicación junto a técnicas de exposición, relajación, respiración y otras técnicas de manejo de la ansiedad (Sánchez et al., 2010).

En otro estudio que ha tenido como objetivo investigar si la combinación de terapia cognitiva y exposición in vivo daría mejores resultados que la exposición sola en pacientes con trastorno de pánico y agorafobia no se encontraron diferencias significativas. Tras la investigación los autores concluyen que haber agregado terapia cognitiva a la exposición no produjo resultados significativamente mejores que la exposición sola (Ost, Thulin, Ramnero, 2014).

Según Bados (2015) la exposición en vivo ha demostrado ser más eficaz que otros tratamientos, esta técnica ha resultado más eficaz que las técnicas cognitivas aplicadas sin exposición en vivo, obteniendo mejores medidas con respecto a la ansiedad y la evitación fóbica. No obstante, el autor señala que las técnicas cognitivas poseen gran utilidad en los casos en que las cogniciones negativas de una persona no cambian tras la exposición, cuando un paciente interpreta de forma sesgada la información obtenida por medio de la exposición, cuando el sujeto no acepta realizar la exposición, entre otras.

Por otra parte, haciendo alusión a otro estudio de revisión sobre esta temática, encontramos que sus hallazgos indican que no hay evidencia de una diferencia estadísticamente significativa entre los componentes de exposición y la terapia cognitiva. De todas maneras, refieren a la importancia de tener en cuenta que el alcance del beneficio individual entre ambas intervenciones puede variar de un paciente a otro, algunos pueden responder mejor a las técnicas de exposición y otros a la terapia cognitiva, así como también a una combinación entre ambas (Ougrin, 2011).

4. Metodología

Tabla 1

Resultados de la búsqueda en bases de datos

Fuente: Elaboración propia

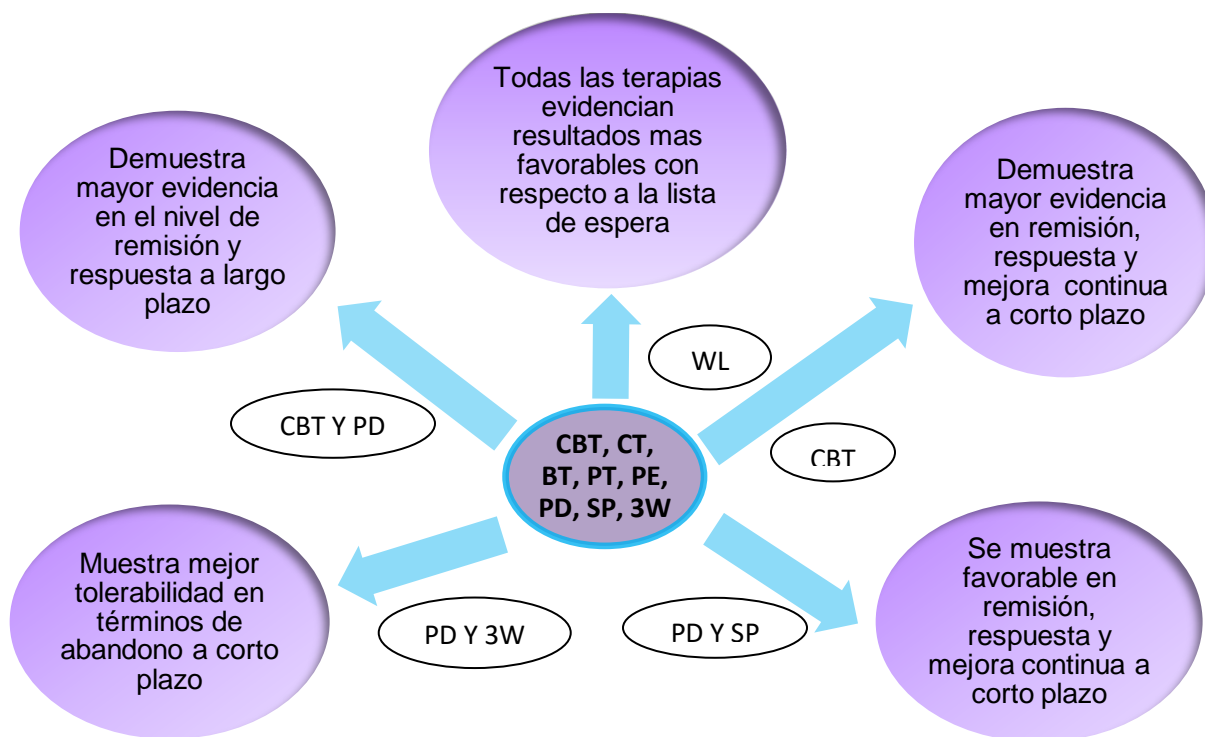
Búsqueda bibliográfica	
La búsqueda se efectuó a través del portal Timbó. La búsqueda de palabras se realizó en el campo "Resumen" y en el campo "Términos temáticos"	
Palabras clave	Resultados (n° referencias)
"Cognitive therapy", "panic disorder", "treatment or intervention or therapy" y "adults" (<i>campo: "Resumen"</i>)	7
"Panic disorder" y "cognitive therapy" (<i>campo: "Resumen"</i>)	2047
"Panic disorder" y "cognitive therapy" (<i>campo: "Términos temáticos"</i>)	1389
Total de referencias:3443	
Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Referencias que investiguen la efectividad de la Terapia Cognitivo Conductual para los Trastornos de Ansiedad y específicamente para el Trastorno de Pánico.	Referencias que incluyan otra temática distinta a Trastornos de Ansiedad y Terapia Cognitivo Conductual.
Referencias que comparan la Terapia Cognitivo Conductual con otros tratamientos.	Referencias que no expongan resultados de una investigación empírica.
Referencias que abordan la efectividad de los distintos	Referencias con estudios exclusivamente

Nota: No se consideraron todas las referencias obtenidas. Solo se tuvieron en cuenta aquellos resultados arrojados en primer lugar. Se realizó una revisión no sistemática de las referencias encontradas con los términos de búsqueda.

5. Resultados

Figura 1

Fuente: Elaboración propia



Abreviaciones: CBT= cognitive- behavioral therapy, CT= cognitive therapy, BT= behavioral therapy, PT= physiological therapies, PE= psychoeducation, PD= psychodynamic therapies, SP= supportive psychotherapy, 3W= third-wave CBT, WL= wait list.

La figura 1 se obtiene a partir del análisis de una revisión de ensayos controlados aleatorios centrados en adultos con un diagnóstico formal de trastorno de pánico con o sin agorafobia. Se consideraron las siguientes terapias psicológicas: psicoeducación (PE), psicoterapia de apoyo (SP), terapias fisiológicas (PT), terapia conductual (BT), terapia cognitiva (CT), terapia cognitiva conductual (CBT), CBT de tercera ola (3W) y terapias psicodinámicas (PD). Las comparaciones consideradas en esta revisión fueron: sin tratamiento (NT), lista de espera (WL) y atención

placebo psicológico (APP). Se consideraron cuatro resultados a corto plazo: remisión, respuesta, abandonos y mejoras en una escala continua y un resultado a largo plazo respecto a remisión/respuesta (Pompoli, Furukawa, Imai, Tajika, Efthimiou & Salanti, 2016).

Los resultados muestran la superioridad de las terapias psicológicas sobre la condición de lista de espera. Se obtiene evidencia a favor de la efectividad de los resultados obtenidos a corto plazo por la Terapia cognitiva conductual, así como también menor evidencia, pero de carácter relevante para la terapia psicodinámica y la terapia de apoyo sobre otras terapias. En términos de abandonos la terapia psicodinámica y las terapias cognitivo conductuales de la tercera ola mostraron una mejor tolerabilidad sobre otras terapias psicológicas a corto plazo. A largo plazo, la terapia cognitivo conductual y la terapia psicodinámica mostraron el mayor nivel de remisión / respuesta. De todas maneras, los autores sostienen que estas diferencias mencionadas entre los tratamientos activos deben tomarse con cautela ya que en la mayoría de los casos los tamaños del efecto fueron pequeños y los resultados fueron imprecisos (Pompoli et al., 2016).

De acuerdo a las conclusiones a las cuales arriban los autores, no existe una evidencia clara que permita respaldar una terapia psicológica sobre las otras para el tratamiento del trastorno de pánico con o sin agorafobia en adultos. Sin embargo, los resultados muestran que la terapia cognitivo conductual con frecuencia fue superior a otras terapias aunque con niveles de precisión insuficientes (Pompoli et al., 2016).

Tabla 1

Nombre del estudio	Comparaciones	Conclusiones principales
Tolin, 2010	TCC vs Tratamientos psicológicos activos	La superioridad de la TCC sobre las terapias alternativas fue evidente solo entre los pacientes con ansiedad o trastornos depresivos.
Olthuis et al, 2016	TCC por computadora o por internet para adultos mayores con apoyo mínimo del terapeuta vs Ningún tratamiento, atención, información o grupos de discusión en línea	Los resultados sugieren que la TCC por computadora o por internet con apoyo mínimo del terapeuta es más eficaz que la lista de espera, atención, información o un control de grupo de discusión en línea y que puede no haber una diferencia significativa en el resultado entre la TCC no guiada y la TCC por internet apoyada por un terapeuta; sin embargo, este

		<p>último hallazgo debe interpretarse con cautela debido a la imprecisión de los resultados.</p> <p>La evidencia de este estudio también sugiere que la TCC por internet apoyada por un terapeuta puede no ser significativamente diferente que la TCC cara a cara para reducir la ansiedad, aun se requiere mayor investigación al respecto.</p>
Hoffman and Smits, 2008	TCC vs Placebo	<p>Los resultados de la revisión indican que la TCC es eficaz para el tratamiento de los trastornos de ansiedad en adultos. La TCC produce beneficios significativamente mayores que los tratamientos con placebo. Se evidenció que la TCC fue más eficaz para el trastorno obsesivo compulsivo en comparación con la TCC para el trastorno de pánico.</p> <p>También se evaluó el efecto de la TCC sobre la depresión y se encontró que la TCC solo supero significativamente al placebo en la reducción de la depresión en el TEPT y el TOC. Estos resultados dan cuenta de la especificidad de la TCC para los trastornos de ansiedad.</p> <p>Los resultados sugieren que aún hay un amplio margen para seguir mejorando en el tratamiento con TCC.</p>
Ye et al, 2014	TCC por computadora o por internet para niños, adolescentes y adultos jóvenes (de 7 a 25 años) vs Ningún tratamiento	<p>Las intervenciones de TCC basadas en Internet en comparación con el control en lista de espera, pudieron reducir la gravedad de los síntomas de ansiedad y aumentar la tasa de remisión.</p> <p>No se encontraron diferencias significativas en los síntomas de ansiedad o depresión entre la intervención basada en Internet y la intervención cara a cara (o atención habitual).</p>

Abreviaciones: TCC = Terapia Cognitivo Conductual, TEPT = Trastorno por estrés postraumático
TOC = Trastorno obsesivo compulsivo.

La tabla 1 contiene los resultados de distintos estudios que comparan la terapia cognitivo conductual con otros tratamientos, los resultados indican que el tratamiento cognitivo conductual es eficaz para los trastornos de ansiedad en niños, adolescentes y adultos.

El artículo que menciona los estudios incluidos en esta tabla, destaca la importancia de las intervenciones tempranas de terapia cognitivo conductual en jóvenes. Aquellos que están en riesgo de padecer un trastorno de ansiedad debido a factores relacionados con la ansiedad de sus padres o por un temperamento inhibido, reducen los síntomas de ansiedad y el riesgo de aparición del trastorno si son abordados de forma temprana (2009; Rapee, Schniering, Hudson; 2009; Ginsburg; citado en Craske y Stein, 2016).

Por otro lado, en relación a las modalidades de tratamiento, el artículo refiere que la modalidad basada en computadora o internet ha crecido rápidamente en los últimos años y la mayoría de las intervenciones corresponden a la terapia cognitivo conductual. La misma permite brindar atención a quienes les resulta difícil acceder al tratamiento por diferentes motivos, tales como pertenecer a poblaciones rurales, áreas con largas listas de espera para la TCC, entre otros (2014; Christensen, Batterham, Callear; citado en Craske y Stein, 2016).

Tabla 2

Recomendaciones para intervenciones psicológicas en el trastorno de pánico	
TERAPIA	NIVEL DE RECOMENDACION
TCC individual presencial con exposición (exposición interoceptiva y exposición gradual en vivo)	A
TCC + antidepresivos	A
Terapia de grupo	B
Autoayuda basada en internet y en biblioterapia+ TCC guiada por un terapeuta	B
Terapia basada en internet (autoguiada)	B
Terapia Psicodinámica	B
Terapia de Apoyo	B
TCC de la tercera ola	B

Tomado de Janardhan, Y., C., Sudhir, P., M., Manjula, M., Sundar, S., Narayanaswamy, J., C. (2020). *Clinical Practice Guidelines for Cognitive-Behavioral Therapies in Anxiety Disorders and Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. Indian Journal of Psychiatry, Volume 62 (2).

*TCC – Terapia Cognitivo Conductual (A) Evidencia consistente y de buena calidad orientada al paciente (B) Evidencia inconsistente o de calidad limitada orientada al paciente

La tabla 2 refiere al tratamiento de terapia cognitivo conductual como el abordaje en primera línea para el trastorno de pánico y se obtiene a partir de la guía de práctica clínica de tratamiento cognitivo conductual para los trastornos de ansiedad (Janardhan, Sudhir, Manjula, Sundar, Narayanaswamy, 2020). En la misma se menciona que el modo de Terapia cognitivo conductual de carácter individual y presencial es considerado el más efectivo, el mismo oscila entre 10 y 15 sesiones semanales, sin embargo, intervenciones más breves de 6 a 7 sesiones también demuestran ser efectivas (Janardhan et al., 2020).

Las intervenciones farmacológicas con antidepresivos y la terapia cognitivo conductual parecen ser igualmente eficaces para el tratamiento del trastorno de pánico. Las intervenciones de contacto mínimo con el terapeuta, como la biblioterapia, la TCC basada en Internet y la autoexposición, han sido estudiadas y se consideran más efectivas que la lista de espera o los controles de relajación. Sin embargo, la autoayuda no supervisada se considera menos efectiva que los tratamientos suministrados por el terapeuta (Janardhan et al., 2020).

Tabla 3

Grupos de comparación	Terapia más efectiva para el trastorno de pánico con o sin agorafobia
Intervenciones cognitivas + exposición situacional VS exposición situacional sola	La terapia cognitiva demuestra mayor superioridad con resultados más favorables
Reestructuración cognitiva + exposición interoceptiva VS lista de espera	La terapia cognitiva demuestra mayor superioridad con resultados más favorables
Reestructuración cognitiva + exposición interoceptiva VS píldora placebo	La terapia cognitiva demuestra mayor superioridad con resultados más favorables
Reestructuración cognitiva + exposición interoceptiva VS placebo psicológico	La terapia cognitiva demuestra mayor superioridad con resultados más favorables
Reestructuración cognitiva sola VS lista de espera o contacto de control mínimo	La terapia cognitiva demuestra mayor superioridad con resultados más favorables
Reestructuración cognitiva sola VS exposición situacional sola	La terapia conductual demuestra mayor superioridad con resultados más favorables

Adaptado de Andrew, C., B., Jason, E., C., Evan, M., F., Aaron, T., B. (2006). *The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses*. *Clinical Psychology Review*, 26, 17-31.

La tabla 3 se obtiene a partir del análisis de un estudio de revisión de metaanálisis. La misma evidencia la comparación realizada entre algunas intervenciones que conforman a la terapia cognitiva conductual (TCC) con otro tipo de intervenciones terapéuticas, reflejando la superioridad del abordaje cognitivo conductual en el tratamiento del trastorno de pánico. Entre los tratamientos cognitivo-conductuales, aquellos que combinaron la reestructuración cognitiva con la exposición interoceptiva mostraron mejores resultados, esta combinación es considerada el enfoque estándar de TCC para el trastorno de pánico (Andrew, Jason, Evan & Aaron, 2006). Los tratamientos con TCC en general tuvieron mejores resultados en comparación con los tratamientos farmacológicos o los tratamientos combinados. Se acentúa el hecho de que el tratamiento con TCC no mostró un descenso en sus efectos al año de seguimiento del paciente en comparación con el tratamiento farmacológico el cual si denota una reducción de los mismos. También es destacable una menor tasa de deserción en el tratamiento cognitivo conductual (5.6%) en comparación con el tratamiento farmacológico (19.8%). Es importante agregar que la terapia cognitiva produjo una reducción de los síntomas propios del trastorno a niveles cercanos o inferiores a los encontrados en la población general y esas ganancias se mantuvieron, aunque el intervalo de tiempo no se encuentra especificado (Andrew et al., 2006).

Tabla 4

Resumen del protocolo de tratamiento	Contenido de sesión
Número de sesiones	
Sesión uno	Psicoeducación y reestructuración cognitiva
Sesión dos	Reestructuración cognitiva y exposición interoceptiva
Sesión tres	Exposición interoceptiva
Sesión cuatro	Exposición interoceptiva
Sesión cinco	Exposición interoceptiva y exposición in vivo
Sesión seis	Exposición interoceptiva y exposición in vivo y prevención de recaídas

Tomado de Wootton, B., M., Macgregor, A. (2018). Accelerated outpatient individual cognitive-behaviour therapy for panic disorder: A case study. *Clinical Psychologist*, (22), 92–98.

La tabla 4 se obtiene a partir del análisis de un estudio de caso que tiene como objetivo investigar la viabilidad y eficacia de un enfoque de terapia cognitiva conductual acelerada para el trastorno de pánico.

Para poder llevar a cabo la investigación contaron con la colaboración de una participante mujer de 40 años a quien se le confirmó el diagnóstico de trastorno de pánico a través de una entrevista estructurada. Posteriormente se le proporcionó un tratamiento tres veces por semana (sesiones de 90 minutos) durante un periodo de dos semanas (seis sesiones en total). La participante fue evaluada al comienzo del tratamiento, post-tratamiento y durante tres meses de seguimiento. Los resultados obtenidos demuestran que la participante redujo de forma considerable los síntomas del trastorno de pánico en un periodo de dos semanas y la misma ya no cumplía los criterios diagnósticos del trastorno de pánico a los tres meses de seguimiento. En consecuencia, este enfoque de terapia cognitivo conductual en formato acelerado demuestra aceptabilidad y eficacia preliminar en el tratamiento de este trastorno (Wootton & Macgregor, 2018).

El estudio también hace referencia a que muchos pacientes con trastorno de pánico no acceden a la terapia cognitivo conductual debido a falta de conocimiento sobre estos tratamientos o porque no reciben referencias sobre el mismo por parte del personal médico. Los tratamientos acelerados como en el formato de este estudio de caso, son formatos alternativos que pueden mejorar el acceso al tratamiento cognitivo conductual para el trastorno de pánico ya que no hay suficientes terapeutas capacitados para la cantidad de pacientes que requieren este tipo de tratamientos (Wootton & Macgregor, 2018).

Todas las referencias citadas señalan que la Terapia Cognitivo Conductual es efectiva para el tratamiento del trastorno de pánico. Algunas sostienen que no existe evidencia suficiente para respaldar una terapia psicológica sobre las otras (Pompoli et al., 2016) sin embargo otras destacan al tratamiento cognitivo conductual como el abordaje en primera línea para este trastorno y que evidencia superioridad frente a otros enfoques (Janardhan et al., 2020).

La mayoría de las referencias acentúan que el tratamiento cognitivo conductual brinda mejores resultados en comparación con los individuos que se encuentran en lista de espera o aquellos que reciben un tratamiento con placebo (Pompoli et al., 2016; Olthuis et al., 2016; Hoffman and Smits, 2008; Ye et al., 2014; Janardhan et al., 2020; Andrew et al., 2006). Con respecto a este punto es pertinente hacer mención a Hofmann y Smits (2008) quienes destacan que el tratamiento con TCC es significativamente más eficaz que el tratamiento con placebo para los trastornos de ansiedad; sin embargo, en un estudio posterior en el cual también participan los autores citados, se evidencia que la TCC es un tratamiento moderadamente eficaz para los trastornos de ansiedad en comparación con el placebo y que aún se necesitan tratamientos

más eficaces especialmente para el Trastorno por estrés postraumático (TEPT), el Trastorno de ansiedad social (TAS) y el Trastorno de pánico (TP) (Carpenter, Andrews, Witcraft, Powers, Smits, Hofmann, 2018).

Algunas de las citas reconocen a la TCC como un enfoque que supera al tratamiento farmacológico (Andrew et al., 2006) sin embargo otras refieren a que ambas se encuentran dentro del mismo nivel de efectividad (Janardhan et al., 2020).

En relación al formato de aplicación, una de las referencias destaca como más efectivo el formato individual presencial (Janardhan et al., 2020); sin embargo, es de importancia considerar el formato grupal como una posibilidad de atender a un mayor número de individuos que demanden este tipo de tratamiento teniendo en cuenta la cantidad insuficiente de terapeutas entrenados para aplicar este formato terapéutico (Wootton & Macgregor, 2018).

Por otro lado, algunas referencias mencionan que no se encuentra una diferencia significativa entre la modalidad presencial y la basada en internet (Olthuis et al, 2016; Ye et al, 2014); además, este formato adquiere relevancia en aquellos contextos que poseen dificultades en el acceso como en el caso de la población rural (2014; Christensen, Batterham, Callear; citado en Craske y Stein, 2016).

Por otro lado, algunos estudios destacan que el tratamiento cognitivo conductual presenta un buen nivel de aceptación y tolerancia por parte de los sujetos involucrados, evidenciando una menor tasa de deserción con respecto a otros tratamientos (Andrew et al., 2006), mientras que otros estudios consideran que este aspecto es más favorable en otros abordajes (Pompoli et al., 2016).

Los estudios se muestran coincidentes con respecto a los resultados obtenidos a corto plazo en el tratamiento cognitivo conductual, con una reducción significativa de los síntomas ansiosos (Pompoli et al., 2016; Andrew et al., 2006; Wootton & Macgregor, 2018). También concuerdan en que a largo plazo los efectos del tratamiento se han mantenido (Pompoli et al., 2016; Andrew et al., 2006; Wootton & Macgregor, 2018).

Es importante destacar, como lo sostienen algunas de las referencias citadas, que no hay evidencia suficiente que permita respaldar una terapia psicológica por encima de las otras (Pompoli et al, 2016), por lo tanto, no es adecuado aseverar que la terapia cognitiva conductual es la más efectiva. Algunos de los estudios abordados refieren a que los resultados de las investigaciones en terapia cognitivo conductual no son de carácter concluyente (Pompoli et al,

2016) y que aún se requiere mayor investigación en la temática y precisión en sus resultados (Hoffman and Smits, 2008). Sin embargo, podemos denotar, a partir de la búsqueda bibliográfica realizada, que existe un elevado grado de recomendación de la terapia cognitivo conductual para el tratamiento de los trastornos de ansiedad, este grado de recomendación se debe a que la terapia cognitivo conductual ha sido una de las más investigadas, evidenciando resultados favorables para el tratamiento de estos trastornos.

6. Discusión

6.1 Efectividad de la terapia Cognitivo Conductual

Como ya mencionamos anteriormente la APA (1998; citado en Clark y Beck, 2012) reconoce la efectividad de la terapia cognitivo conductual en el tratamiento del trastorno de angustia, siendo esta igual o superior a la efectividad de los tratamientos farmacológicos. Autores como Hollín, Stuart & Strunk (2006; citado en Clark y Beck, 2012) sostienen que, tras la finalización del tratamiento, los resultados obtenidos por medio de la terapia cognitivo conductual se sostienen durante un periodo de tiempo mayor en comparación al tratamiento con medicación. Son varios los autores que indican que la terapia cognitivo conductual se caracteriza por ser un modo de tratamiento rentable ya que los logros obtenidos en el tratamiento se mantienen por un período de tiempo prolongado (White, Payne, Gorman, Shear, Woods, Saksá & Barlow, 2013; Aaronson, Shear, Goetz, Allen, Barlow, White & Gorman, 2008; Marchand, Roberge, Primiano y Germain, 2009; Bandelow, Reitt, Rover, Michaelis, Görlich y Wedekind, 2015; citado en Amodeo, 2017).

Existe un número considerable de revisiones de estudios clínicos que respaldan la eficacia de la terapia cognitivo conductual, algunos autores como Barlow y sus colaboradores tras revisar más de 25 ensayos clínicos independientes encontraron que entre el 40% y el 90% de los pacientes tratados con terapia cognitivo conductual estaban libres de angustia al final del tratamiento (Landon & Barlow, 2004; White & Barlow, 2002; citado en Clark y Beck, 2012).

Distintos autores también destacan que la terapia cognitivo conductual tiene eficacia demostrada en el tratamiento del trastorno de pánico tanto en formatos individuales como grupales (Marchand, Roberge, Primiano y Germain, 2009; Roberge, Marchand, Reinharz y Savard, 2008; citado en Amodeo, 2017).

En un análisis realizado con respecto a la efectividad de las terapias psicológicas los autores Roth y Fonagy (2005; citado en Echeburúa, De Corral y Salaberría, 2010) afirman que la terapia cognitivo conductual cuenta con un desarrollo teórico sólido, con datos fiables sobre su eficacia que la convierten en la psicoterapia de referencia en la actualidad.

Como aspectos negativos de la terapia cognitivo conductual, algunos autores destacan el enfoque economicista que se le ha aplicado. En lugares como Gran Bretaña se están formando especialistas en terapia cognitiva conductual sin las cualidades requeridas, estos intentan aplicar mecánicamente diversas técnicas terapéuticas como por ejemplo la reestructuración cognitiva y la relajación, sin la realización de una evaluación rigurosa que contemple el análisis funcional de la conducta del individuo. Este procedimiento lo que permite es atender a aquellos pacientes con sintomatología ansioso-depresiva que llegan a atención primaria y corren el riesgo de colapsarla. Sin embargo, la realización de una terapia psicológica adecuada va más allá de la simple aplicación de técnicas, se necesitan habilidades terapéuticas para establecer un vínculo que ayude a mitigar el sufrimiento del paciente, así como también habilidades que permitan recabar información y ordenarla para luego comunicarla al paciente de forma que este pueda comprender las causas y el mantenimiento de sus problemas (Echeburúa, De Corral y Salaberría, 2010).

Otra de las limitaciones presentes en este ámbito hace referencia a que lo que hoy resulta un tratamiento efectivo, no se encuentra disponible para toda la población, muchos de los tratamientos empíricamente validados se utilizan con menor frecuencia que otros que no cuentan con este respaldo, hay un claro distanciamiento entre el conocimiento existente y lo que se aplica en la práctica clínica. Por lo tanto, difundir entre los profesionales las terapias que resultan eficaces es una tarea pendiente (Echeburúa, De Corral y Salaberría, 2010).

6.2 Algunas consideraciones acerca del Modelo Cognitivo

De acuerdo con Ramírez (2008) la efectividad de las intervenciones clínicas en terapia cognitiva ha sido comprobada, la actividad clínica ha evidenciado constantemente los logros alcanzados en el trabajo con pacientes y el mantenimiento de los mismos a lo largo del tiempo. No obstante, el autor considera que algunos puntos aún deben ser revisados con el fin de dar continuidad a la tradición científica sobre la que se asienta el modelo.

El primer punto al que refiere tiene que ver con el abordaje que realiza la terapia cognitiva en relación a los pensamientos y productos cognitivos, en otras palabras, a las “verbalizaciones conscientes de fácil acceso” (Vásquez, 2007; citado en Ramírez, 2008) a partir de las cuales paciente y terapeuta logran acceder a los contenidos esquemáticos y al sistema de procesamiento de la información de un individuo. Sin embargo, estos esquemas y procesos constituyen una información que no es accesible a la consciencia, destacando de esta forma el componente inconsciente de estos procesos. Según Froufe (1997; citado en Ramírez, 2008) gran parte de la actividad cognitiva transcurre fuera del ámbito de la consciencia aludiendo de esta forma a lo que permanece inconsciente.

A partir de lo anterior, Ramírez (2008) destaca que existen otros elementos, elementos no verbales, que también hacen parte de la realidad del sujeto y que influyen en la manera en que éste procesa la información, por ello plantea la siguiente interrogante: “¿qué pasa con aquello que no es directamente “verbalizable”, pero que igual se presenta inmerso en los códigos de comunicación y procesamiento humano de la información?” (p.5).

Por otro lado, con respecto a cómo se lleva a cabo el procesamiento de la información, Ramírez (2008) destaca que aún se conoce muy poco de estos procesos como tales, es decir la forma en la que opera este “complejo sistema de procesamiento de la información” (p.6). En relación a ello, Vásquez (2007; citado en Ramírez, 2008) realiza los siguientes señalamientos: “¿cómo funcionan realmente los procesos cognitivos?, ¿cómo se dan los sesgos en el procesamiento de la información, y cuáles son los que caracterizan a las problemáticas psicopatológicas, más allá de los problemas de ansiedad y depresión?” (p.6). Con respecto a este punto, el autor sugiere que la Terapia Cognitiva debería volcar su atención a los aportes de la Psicología Cognitiva y al campo de las Neurociencias con el fin de contribuir a la comprensión de los elementos subyacentes a los pensamientos y a los contenidos esquemáticos, lo cuales implican un abordaje a partir de niveles de abstracción más complejos.

Lo expresado hasta aquí, son solo algunas de las interrogantes que postula Ramírez (2008), el autor señala que aún restan varios cuestionamientos pendientes por resolver en el campo de la terapia cognitiva.

7. Reflexiones Finales

A partir del trabajo realizado podemos concluir que la Terapia Cognitiva Conductual constituye un tratamiento eficaz para el trastorno de pánico. Las distintas investigaciones abordadas para la realización de esta monografía evidencian resultados favorables en su aplicación y la recomiendan como un tratamiento en primera línea para el abordaje de los trastornos de ansiedad.

El objetivo de este trabajo fue investigar acerca de la terapia cognitiva y su implementación clínica para el abordaje del trastorno de pánico. Conocer en detalle sus estrategias de intervención y las herramientas de las que se basa para poder atender a los individuos con este trastorno.

Dimos cuenta que la terapia cognitiva es estructurada y directiva. Posee un protocolo para su aplicación que posibilita diseñar una estrategia de intervención y optimizar los tiempos en sesión. Por este motivo consideramos que se trata de un tratamiento eficiente que realiza un adecuado aprovechamiento del tiempo y que cuenta con un protocolo bien establecido.

Es importante destacar que este modelo terapéutico ofrece distintas modalidades de intervención, podemos mencionar la modalidad individual, la grupal, la terapia cognitiva presencial y la basada en internet. También posee variabilidad con respecto a la duración de la intervención, su aplicación puede ser entre 15 o 10 sesiones o en formatos acelerados de 7 o 6 sesiones. Consideramos que estas distintas alternativas permiten dar respuesta a un mayor número de individuos que requieran este tratamiento.

A partir de este modelo de intervención se procura que el individuo que padece el trastorno de pánico logre identificar y modificar sus creencias disfuncionales e interpretaciones distorsionadas de la realidad. Para poder llevar a cabo este objetivo la terapia cognitiva utiliza diferentes técnicas tanto cognitivas como conductuales que habilitaran al individuo a alcanzar nuevas perspectivas y a disminuir su sintomatología ansiosa.

El diseño del tratamiento cognitivo se obtendrá a partir de la conceptualización del caso, si bien es un tratamiento estructurado este no debe ser aplicado de forma mecánica. El terapeuta cognitivo deberá contar con las competencias requeridas y trabajará de forma conjunta con el paciente para lograr los objetivos.

A partir de la búsqueda bibliográfica realizada descubrimos que este modelo terapéutico ha sido ampliamente investigado. El mismo ha evidenciado resultados beneficiosos para el tratamiento del trastorno de pánico; sin embargo; la evidencia obtenida no permite afirmar que el tratamiento cognitivo sea superior a otros tratamientos para el abordaje de este trastorno.

Según lo que hemos observado en algunas de las investigaciones acerca del tratamiento cognitivo conductual, podemos destacar que existen carencias en relación a la selección de la muestra. Esta no cumple con las características necesarias para ser considerada como muestra representativa de la población. Considerando los aportes de Hernández, Fernández y Baptista (2010) podemos referir a que no se establecen con claridad las características de la población a investigar y por lo tanto no se cumple de forma adecuada con la delimitación de los parámetros muestrales. Al establecer la muestra, notamos que algunas investigaciones no realizan una selección homogénea de los sujetos a investigar.

De acuerdo con lo anterior, podemos referir a uno de los estudios de investigación mencionados para la elaboración de este trabajo en el cual se aplicó el Tratamiento de Control del Pánico de Barlow (Garriga et al., 2009). A nuestro entender, este estudio posee carencias en la selección de su muestra. Se seleccionan pacientes con diagnóstico de trastorno de pánico con o sin agorafobia para conformar el grupo de tratamiento y no se considera a la agorafobia como una variable dentro del tratamiento. Además muchos de los pacientes que conforman la muestra se encuentran al inicio del tratamiento cognitivo conductual recibiendo tratamiento farmacológico lo cual dificulta determinar el verdadero alcance del tratamiento cognitivo conductual.

Con respecto a la homogeneidad de la muestra, nos resulta pertinente mencionar que esta puede resultar una tarea difícil, los diagnósticos se realizan a través de los manuales destinados para ese fin, y como se especifica en el DSM-5 el trastorno de pánico posee un elevado índice de comorbilidad con otros trastornos y suele manifestarse junto a otras patologías (APA, 2014). Por este motivo, se debe ser riguroso al momento de seleccionar la muestra ya que no será lo mismo evaluar la intervención terapéutica en un sujeto con diagnóstico de trastorno de pánico que en un sujeto que además del trastorno de pánico presente otras patologías. Consideramos que la comorbilidad entre distintas patologías constituye una complejidad al momento de diseñar la intervención terapéutica y a la hora de evaluar sus resultados en una investigación.

Por otra parte en un estudio de metaanálisis (Pompoli et al., 2016) considerado para la elaboración de este trabajo, también se expresan dificultades referentes a la metodología de la investigación. El estudio de revisión sostiene que sus resultados deben ser tomados con cautela debido a la baja calidad de la evidencia obtenida a causa de riesgos de sesgos en las investigaciones. Menciona que la mayoría de los estudios que han incluido poseen un riesgo de sesgo incierto con respecto al proceso de asignación al azar de la muestra. También encontraron sesgos de notificación de resultados selectivos y sospechas de sesgos de publicación. Finalmente hacen mención a que casi la mitad de los estudios incluidos tenían un alto riesgo de sesgo de lealtad de los investigadores.

Otra de las limitantes del modelo cognitivo se relaciona con la evaluación del resultado de la intervención terapéutica en el largo plazo. Algunas de las investigaciones (Garriga et al., 2009; Wootton & Macgregor, 2018) no realizan un seguimiento post-tratamiento a largo plazo y esto dificulta determinar el alcance del tratamiento.

El modelo cognitivo también posee debilidades en relación al conocimiento de los procesos cognitivos, ya que se conoce poco acerca de estos y su implicación en el procesamiento de la información. Por esta razón es necesario que la terapia cognitiva conductual se nutra de los aportes de otras disciplinas tales como la Psicología Cognitiva y las Neurociencias para ampliar su conocimiento en relación a estos procesos (Ramírez, 2008).

A partir de los resultados hallados podemos visualizar que existen diferentes posicionamientos en relación a los beneficios del tratamiento cognitivo conductual y que los mismos no son concluyentes. Varias de las referencias abordadas para este trabajo mencionan que aún se requiere mayor investigación al respecto para poder establecer el alcance de este enfoque.

Finalmente creemos importante referir que la temática escogida está motivada por intereses personales y por constituir un problema relevante en la actualidad. Los trastornos de ansiedad afectan a un gran número de la población mundial y generan un gran deterioro en la vida del individuo. Como futuros profesionales de la Psicología consideramos que es de importancia y responsabilidad conocer cuáles son los distintos tratamientos existentes y cuales han obtenido buenos resultados. Para concluir nos gustaría hacer mención a la siguiente frase que a nuestro entender engloba gran parte de lo que ha sido el recorrido por esta temática: “El modo en que pienso afecta sobre el modo en que siento” (Clark y Beck, 2012).

8. Bibliografía

Acquarone, S. (2016). *Superar las crisis de pánico: Sentir, pensar y hacer. Como hacer frente a la ansiedad del nuevo milenio*. Montevideo: Debolsillo.

Amodeo, S. (2017). Trastorno de pánico y su tratamiento psicológico. Revisión y actualización. *Katharsis*, 23, 177-188. Recuperado de: <https://core.ac.uk/download/pdf/208362433.pdf>

Andrew, C., B., Jason, E., C., Evan, M., F., y Aaron, T. B. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26, 17-31. Recuperado de: <https://www-sciencedirect.com.proxy.timbo.org.uy/science/article/pii/S0272735805001005?via%3Dihub>

Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM -5) (5° edición)*. Madrid: Médica Panamericana.

Bados, A. (2015). Agorafobia y Pánico. *Universitat de Barcelona*. Recuperado de: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/65642/1/Agorafobia%20y%20p%C3%A1nico.pdf>

Ballester, R., Botella, C. (1992). Aplicación del programa terapéutico de Clark a un caso con trastorno de pánico. *Psicothema*, 4(2), 69-88. Recuperado de: <http://www.psicothema.com/pdf/815.pdf>

Barlow, D. H. (2008). *Clinical Handbook of Psychological Disorders: A Step-by-Step Treatment Manual (4th ed.)*. New York: The Guilford Press.

Beck, J. S. (2000). *Terapia cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. Barcelona: Gedisa.

Botella, C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno de pánico. *Psicothema*, 13(3), 465-478. Recuperado de: <http://www.psicothema.com/pdf/469.pdf>

Bourne, E. J., y Garano, L. (2012). *Hacer frente a la ansiedad: 10 formas sencillas de aliviar la ansiedad, los miedos y las preocupaciones*. España: Amat editorial.

Caballo, V. E. (1997). *Trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos*. En Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos (Vol. 1). Madrid: Siglo XXI de España Editores, S. A.

Caro, I. (2007). *Manual teórico-práctico de Psicoterapias Cognitivas*. Bilbao: Desclée De Brouwer.

Carpenter, J. K., Andrews, L. A., Wittcraft, S. M., Powers, M. B., Smits, J. A. J., y Hofmann, S. G. (2018). Cognitive behavioral therapy for anxiety and related disorders: A metaanalysis of randomized placebo-controlled trials. *Depress Anxiety*, 35,502–514. Recuperado de: <https://doi.org/10.1002/da.22728>

Cascardo, E., y Resnik, E. P. (2016). *Ansiedad, estrés, pánico y fobias*. Argentina: Ediciones B.

Cía, Alfredo. (2000). *Estrategias para superar el Pánico y la Agorafobia*. Manual Práctico de recursos terapéuticos (2º Edición). Buenos Aires: El Ateneo.

Cía, A.H. (2006). *Como superar el pánico y la agorafobia*. Manual de Autoayuda. Buenos Aires: Polemos.

Clark, D. A., y Beck, A. T. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. Bilbao: Desclée De Brouwer.

Consejería de Sanidad y Consumo. (2008). Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid: Agencia Laín Entralgo. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Recuperado de:https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_430_Ansiedad_Lain_Entr_compl.pdf

Costa, L. (2015) Crecen las consultas por trastorno de pánico en Uruguay. Recuperado de <http://www.elpais.com.uy/vida-actual/ataques-panico-crecen-consultas-uruquayos.html>

Craske, M. G., y Stein, M. B. (2016). Anxiety. *Lancet*, (388), 3048-3059. Recuperado de: <https://www-sciencedirect.com.proxy.timbo.org.uy/science/article/pii/S0140673616303816?via%3Dihub>

Echeburúa, E., De Corral, P., y Salaberría, K. (2010).Efectividad de las terapias psicológicas: un análisis de la realidad actual. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15(2), 85-99. Recuperado de: <http://eds.b.ebscohost.com.proxy.timbo.org.uy:2048/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=21d525fb-6e29-471e-b72e-b4e564d42d39%40pdc-v-sessmgr01>

Garriga, A., Martín, J. C., y López, C. (2009). Tratamiento cognitivo-conductual grupal del trastorno de pánico con o sin agorafobia en un centro de salud mental público. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 14(2), 79-93. Recuperado de:

[http://eds.b.ebscohost.com.proxy.timbo.org.uy:2048/eds/detail/detail?vid=3&sid=c9077332-9301-461f-9fc0-828e48e6946d%40pdc-v-
sessmgr06&bdata=JmxhbmMc9ZXMmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZQ%3d%3d#AN=88011154&db=asn](http://eds.b.ebscohost.com.proxy.timbo.org.uy:2048/eds/detail/detail?vid=3&sid=c9077332-9301-461f-9fc0-828e48e6946d%40pdc-v-
sessmgr06&bdata=JmxhbmMc9ZXMmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZQ%3d%3d#AN=88011154&db=asn)

Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, M. (2010). Metodología de la investigación. México D.F.: McGraw-Hill.

Hofmann, S. G., y Smits, J. A. (2008). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *J Clin Psychiatry*; 69: 621–32.

Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2409267/>

Janardhan, Y. C., Sudhir, P. M., Manjula, M., Sundar, S., y Narayanaswamy, J. C. (2020). Clinical Practice Guidelines for Cognitive-Behavioral Therapies in Anxiety Disorders and Obsessive-Compulsive and Related Disorders. *Indian Journal of Psychiatry*, 62 (2), 230-250. doi: 10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_773_19

Keegan, E., y Holas, P. (2010). Cognitive-Behavior Therapy. Theory and Practice. En Carlstedt, R. (Ed.), *Handbook of Integrative Clinical Psychology, Psychiatry and Behavioral Medicine. Perspectives, Practices and Research*. New York, EEUU: Springer. 605:630. Recuperado de: <http://www.bibliopsi.org/docs/carreras/obligatorias/CFP/psicoterapias/keegan/Practicos%20Parte%204,%205%20y%206%20Psicoterapias%20Keegan/keegan,%20holas%20-%20terapia%20cognitivo%20comportamental%20teoria%20y%20practica.pdf>

Mann, N., y Whitfield, G. (2009). An introduction to cognitive behavioural therapy for anxiety disorders. Elsevier. *The Foundation Years*, 5 (1), 25-27. Recuperado de: <https://www-sciencedirect-com.proxy.timbo.org.uy/science/article/pii/S1744188908002429?via%3Dihub>

Moreno, P., y Martin, J. C. (2007). *Tratamiento psicológico del trastorno de pánico y la agorafobia*. Manual para terapeutas. Bilbao: Desclée De Brouwer.

Olthuis, J. V., Watt, M. C., Bailey, K., Hayden, J. A., y Stewart, S. H. (2016). Therapist-supported Internet cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in adults (Review). Cochrane Data base of Systematic Reviews, 3, 1-171. Recuperado de: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011565.pub2>

Organización Mundial de la Salud. (1993). CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico (OMS). Ginebra. Recuperado a partir de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42326/1/8479034920_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2017). Día Mundial de la Salud Mental. La salud mental en el lugar de trabajo. Recuperado de: https://www.who.int/mental_health/world-mental-health-day/2017/es/

Organización Panamericana de la Salud. (2018). La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas. Washington, D.C. Recuperado de: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49578>

Ost, L. G., Thulin, U., y Ramnero, J. (2004). Cognitive behavior therapy vs exposure in vivo in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1105–1127. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.brat.2003.07.004>

Ougrin, D. (2011). Efficacy of exposure versus cognitive therapy in anxiety disorders: systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 1-12. Recuperado de: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-244X-11-200>

Pompoli, A., Furukawa, T. A., Imai, H., Tajika, A., Efthimiou, O., y Salanti, G. (2016). Psychological therapies for panic disorder with or without agoraphobia in adults: a network meta-analysis (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, 1-222. Recuperado de: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011004.pub2/epdf/full>

Ramírez, G. J. (2008). Cuestiones actuales en Terapia Cognitiva. *Poiésis*, 16. Recuperado de: <https://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/article/view/245/234>

Ruiz, M. A., Díaz, M. I., y Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Bilbao: Desclée De Brouwer.

Sánchez, J., Rosa, A., Marín, F., y Gómez, A. (2010). Psychological treatment of panic disorder with or without agoraphobia: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 30, 37–50. Recuperado de: <https://www-sciencedirect-com.proxy.timbo.org.uy/science/article/pii/S0272735809001172?via%3Dihub>

Scott, S. (2014). *Ansiedad. Miedo, esperanza y la búsqueda de la paz interior*. Barcelona: Seix Barral.

Tolin, D. F. (2010). Is cognitive-behavioral therapy more effective than other therapies? A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30, 710-720. Recuperado de: <https://www-sciencedirect-com.proxy.timbo.org.uy/science/article/pii/S0272735810000899?via%3Dihub>

Wootton, B. M., y Macgregor, A. (2018). Accelerated outpatient individual cognitive-behaviour therapy for panic disorder: A case study. *Clinical Psychologist*, 22, 92-98. Doi: 10.1111/cp.12100

Ye, X., Bayyavarapu, S., Winters, S. E., Struthers, A., Raynard, M., Metge, C., Kreindler, S. A., Charette, C. J., y Lemaire, J. A. (2014). Effectiveness of internet-based interventions for children, youth, and young adults with anxiety and/or depression: a systematic review and meta-analysis. *BMC Health Services Research*. Recuperado de: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-14-313>

Zalyte, G., Neverauskas, J., y Goodall, W. (2017). Does the Exposure Method Used in Cognitive Behavioural Therapy for Panic Disorder with Agoraphobia Affect Treatment Outcome?. *Biological Psychiatry and Psychopharmacology*, volume 19. Recuperado de: <http://biological-psychiatry.eu/wp-content/uploads/2017/08/Does-the-Exposure-Method-Used-in-Cognitive-Behavioural-Therapy-for-Panic-Disorder-with-Agoraphobia-Affect-Treatment-Outcome-Biological-Psychiatry-and-Psychopharmacology-2017.pdf>

9. Anexos

Beck Anxiety Inventory (BAI)

Scoring:

	Not at all	Mildly, but it didn't bother me much	Moderately – it wasn't pleasant at times	Severely – it bothered me a lot
All questions	0	1	2	3

The total score is calculated by finding the sum of the 21 items.

Score of 0-21 = low anxiety

Score of 22-35 = moderate anxiety

Score of 36 and above = potentially concerning levels of anxiety

Below is a list of common symptoms of anxiety. Please carefully read each item in the list. Indicate how much you have been bothered by that symptom during the past month, including today, by circling the number in the corresponding space in the column next to each symptom.

	Not at all	Mildly, but it didn't bother me much	Moderately – it wasn't pleasant at times	Severely – it bothered me a lot
Numbness or tingling	0	1	2	3
Feeling hot	0	1	2	3
Wobbliness in legs	0	1	2	3
Unable to relax	0	1	2	3
Fear of worst happening	0	1	2	3
Dizzy or lightheaded	0	1	2	3
Heart pounding / racing	0	1	2	3
Unsteady	0	1	2	3
Terrified or afraid	0	1	2	3
Nervous	0	1	2	3
Feeling of choking	0	1	2	3

Hands trembling	0	1	2	3
Shaky / unsteady	0	1	2	3
Fear of losing control	0	1	2	3
Difficulty in breathing	0	1	2	3
Fear of dying	0	1	2	3
Scared	0	1	2	3
Indigestion	0	1	2	3
Faint / lightheaded	0	1	2	3
Face flushed	0	1	2	3
Hot / cold sweats	0	1	2	3

Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R.A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897. Recuperado de: <https://www.gphealth.org/media/1087/anxiety.pdf>

Agoraphobic Cognitions Questionnaire (ACQ)

This questionnaire has two parts. Below are some thoughts or ideas that may go through your mind when you are nervous or frightened. Indicate how often each thought occurs when you are nervous; rate each thought from 1-5 using the scale below; put your rating on the LEFT hand side of each item.

1. Thought never occurs
2. Thought rarely occurs
3. Thought occurs during half of the times when I am nervous
4. Thought usually occurs
5. Thought always occurs when I am nervous

1) ___ I am going to throw up	___
2) ___ I am going to pass out	___
3) ___ I must have a brain tumour	___
4) ___ I will have a heart attack	___
5) ___ I will choke to death	___
6) ___ I am going to act foolish	___
7) I am going blind	___
8) ___ I will not be able to control myself	___

9) ___ I will lose control of my bladder or bowels	___
10) ___ I will hurt someone	___
11) ___ I am going to have a stroke	___
12) ___ I am going to go crazy	___
13) ___ I am going to scream	___
14) ___ I am going to babble or talk funny	___
15) ___ I will be paralysed with fear	___
16) ___ I am about to die	___
17) ___ I am seriously ill	___
18) ___ I am going to suffocate	___
Other ideas not listed (Please describe and rate):	

When you have the symptoms of panic, how much would you believe each of these thoughts to be true. Go back and rate each thought by choosing a number from the scale below, and put the number which applies on the dotted line on the RIGHT hand side of the form.

0 ___ 10 ___ 20 ___ 30 ___ 40 ___ 50 ___ 60 ___ 70 ___ 80 ___ 90 ___ 100

I do not believe
this thought at all

I am completely convinced
this thought is true

Finally, please rate the item below in the way you have done for the individual thoughts above; remember that the harm might include one or more of the thoughts listed above.

1) ___ In a panic attack, I will suffer serious physical or mental harm	___
---	-----

Versión modificada del Cuestionario de cogniciones agorafóbicas de Dianne Chambless (1984). [Institute of Psychiatry, Psychology & Neuroscience | Centre for Anxiety Disorders & Trauma \(CADAT\)](#).
Recuperado de: <https://www.kcl.ac.uk/ioppn/depts/psychology/research/researchgroupings/cadat/research/panic-and-agoraphobia-questionnaires>

Body Sensations Questionnaire (BSQ)

1. Below is a list of specific body sensations that may occur when you are nervous or in a feared situation. Please mark down how afraid you are of these feelings. Use a the five point scale below to rate them from “1” not worried to “5” extremely frightened.

1. Not frightened or worried by this sensation
2. Somewhat frightened by this sensation
3. Moderately frightened by this sensation
4. Very frightened by this sensation
5. Extremely frightened by this sensation

2. Circle the three sensations which you find most difficult in your life. These feelings would be the frightening feelings which occur most frequently.

- ___ 1. Heart palpitations
- ___ 2. Pressure or a heavy feeling in chest
- ___ 3. Numbness in arms or legs
- ___ 4. Tingling in the fingertips
- ___ 5. Numbness in another part of your body
- ___ 6. Feeling short or breath
- ___ 7. Dizziness
- ___ 8. Blurred or distorted vision
- ___ 9. Nausea
- ___ 10. Having “Butterflies” in your stomach
- ___ 11. Feeling a knot in your stomach
- ___ 12. Having a lump in your throat
- ___ 13. Wobbly or rubber legs
- ___ 14. Sweating
- ___ 15. A dry throat
- ___ 16. Feeling disoriented and confused
- ___ 17. Feeling disconnected from your body: Only partly present
- ___ 18. Other _____

Please describe _____

Chambless (1984). Institute of Psychiatry, Psychology & Neuroscience | Centre for Anxiety Disorders & Trauma (CADAT). Recuperado de:
<https://www.kcl.ac.uk/ioppn/depts/psychology/research/researchgroupings/cadat/research/panic-and-agoraphobia-questionnaires>

The Mobility Inventory (MI)

Please indicate the degree to which you avoid the following places or situations because of discomfort or anxiety. Rate your amount of avoidance when you are with a trusted companion and when you are alone. Do this by using the following scale.

1. Never avoid
2. Rarely avoid
3. Avoid about half the time
4. Avoid most of the time
5. Always avoid

(You may use numbers half-way between those listed when you think it is appropriate. For example, 3 ½ or 4 ½). Write your score in the blanks for each situation or place under both conditions: when accompanied, and, when alone. Leave blank those situations that do not apply to you.

Place	When accompanied	When alone
Theatres	___	___
Supermarkets	___	___
Classrooms	___	___
Department stores	___	___
Restaurants	___	___
Museums	___	___
Elevators/ Lifts	___	___
Auditoriums/ Stadiums	___	___
Car parks	___	___
High places	___	___
Tell how high....	___	___
Enclosed spaces (e.g. tunnels)...	___	___
Open spaces		
(A) Outside (e.g. fields, wide streets, courtyards)	___	___
(B) Inside (e.g. large rooms, lobbies)	___	___
RIDING IN		
Buses	___	___
Trains	___	___
Underground/ Tubes	___	___
Airplanes	___	___
Boats	___	___
Driving or riding in a car	___	___
(A) At anytime	___	___

(B) On motorways	___	___
SITUATIONS		
Standing in lines	___	___
Crossing bridges	___	___
Parties or social gatherings	___	___
Walking on the street	___	___
Staying at home alone	___	___
Being far away from home	___	___
Other (specify)	___	___

Chambless (1985). [Institute of Psychiatry, Psychology & Neuroscience | Centre for Anxiety Disorders & Trauma \(CADAT\)](https://www.kcl.ac.uk/ioppn/depts/psychology/research/researchgroupings/cadat/research/panic-and-agoraphobia-questionnaires). Recuperado de: <https://www.kcl.ac.uk/ioppn/depts/psychology/research/researchgroupings/cadat/research/panic-and-agoraphobia-questionnaires>

Weekly Panic and Acute Anxiety Log

Name: _____ Date: _____

Instructions: Please use this form to record any panic attacks, limited panic attacks or acute anxiety episodes that you experienced in the past week. Try to complete the form as close to the anxiety episode as possible in order to increase the accuracy of your remarks.

Date, Time, and Duration of Episode	Situational Triggers (Label E or UE)*	Severity/Intensity of Anxiety (0–100); (Label FPA, LPA, AA E)*	Description of the Anxious Physical or Mental Sensations	Anxious Interpretation of the Sensations	Evidence for an Alternative Interpretation of Sensations	Outcome (Coping Responses and Sense of Safety)
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						

* *E = expected to have panic in this situation; UE = panic occurred unexpectedly, completely out of the blue; FPA = full-blown panic attack; LPA = limited symptom attack; AAE = acute anxiety episode (sudden onset of anxiety but not panic)*
+ *rate sense of safety after panic ceases from 0 = don't feel at all safe from panic to 100 = feel absolutely safe from further panic*

De *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice* de David A. Clark y Aaron T. Beck (2010).