



UNIVERSIDAD  
DE LA REPUBLICA  
URUGUAY



Facultad de  
Psicología  
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

# **TRABAJO FINAL DE GRADO**

## **ASOCIACIÓN ENTRE ATAQUES DE PÁNICO Y ESTRÉS**

### **Monografía**

**Melissa Aguirre Constantin**

**C.I: 4.617.755-4**

**Tutora: Asist. Mag. Valentina Paz**

**Revisora: Prof. Agda. Dra. Gabriela Fernández**

**Febrero 2025, Montevideo, Uruguay**

# Índice

• Agradecimientos .....	2
• Resumen .....	3
• Summary .....	4
• Introducción .....	5
• Marco teórico	
- Angustia y ansiedad.....	6
- Diferencia entre angustia y ansiedad.....	8
- Trastornos de ansiedad.....	9
- Ataques de pánico.....	10
- Epidemiología de los ataques de pánico .....	12
- Factores de riesgo de los ataques de pánico.....	12
- Ataques de pánico en el marco de los trastornos mentales .....	13
- Tratamientos para los ataques de pánico.....	13
- Definición de estrés.....	15
- Tipos de estrés.....	19
- Asociación entre ansiedad y estrés.....	21
- Trastorno de pánico, ataque de pánico y estrés.....	22
• Reflexiones finales .....	25
• Referencias .....	27

## **Agradecimientos:**

En primer lugar quiero dar gracias a Dios por permitirme llegar hasta acá, porque es gracias a él que he podido culminar esta etapa, que no ha sido nada fácil, años de estudios, de abandono por pérdidas importantes en mi vida y problemas de los cuales no me permitieron avanzar. Por eso agradezco a Dios por mantenerme firme y permitirme hoy en día cumplir este anhelo que está en mi corazón.

En segundo lugar quiero agradecer a mi madre que ha estado siempre firme ayudándome desde el día uno, tanto en el área económica, como en lo emocional. También agradecer a mi marido que ha sido un pilar fundamental en este último trayecto, en el cual me ha podido acompañar de la mejor manera, y darme el ánimo y creer en mí cuando ni yo lo hacía.

A mis amigas que me han ayudado en los días que he querido tirar la toalla, y también a todos los que me han apoyado en oración que no los puedo nombrar porque son muchos, pero cada uno lo sabe.

Y por último, pero no por eso menos importante a Valentina, mi tutora que ha sabido acompañar cada momento, agradezco que Dios la haya puesto ahí, porque ha sido muy empática con cada situación y de mucha ayuda para poder culminar este proceso.

GRACIAS A CADA UNO DE USTEDES HOY SE CUMPLE UN SUEÑO

## **Resumen**

La ansiedad es un mecanismo de defensa natural del organismo frente a estímulos externos e internos que el individuo percibe como amenazantes o peligrosos que se acompaña de sentimientos desagradables para quien lo vive. El trastorno de pánico se define como la aparición de crisis de pánico imprevistas recurrentes, que se acompañan habitualmente de miedos ante futuros ataques o de cambios de conducta para evitar situaciones que podrían predisponer a las crisis. El ataque de pánico se caracteriza por el miedo o malestar intenso que se da de forma brusca, en el cual se presentan cuatro o más síntomas físicos y cognitivos, como por ejemplo palpitaciones, sudoración, temblores, miedo a perder el control o volverse loco y miedo a morir. El estrés y la ansiedad son reacciones humanas esperables ante situaciones de amenaza o preocupación y son parte de la respuesta de lucha o huida que nos mantiene seguros al preparar al cuerpo para enfrentar el peligro, siempre y cuando no se prolonguen en el tiempo. Este trabajo tiene como objetivo revisar, analizar e integrar la literatura existente sobre la relación entre los ataques de pánico y el estrés. Es importante que las personas que padecen de estrés así como de ataques de pánico puedan comprender que no son los únicos que pasan por esta situación y conocer realmente qué es lo que en ellos sucede y de esta manera poder obtener un tratamiento psicoterapéutico adecuado.

**Palabras claves: Ansiedad, Ataques de pánico, Estrés.**

## **Summary**

Anxiety is a natural defense mechanism of the body against external and internal stimuli that the individual perceives as threatening or dangerous, which is accompanied by unpleasant feelings for the person experiencing it. Panic disorder is defined as the appearance of recurrent, unexpected panic attacks, which are usually accompanied by fears of future attacks or changes in behavior to avoid situations that could predispose to attacks. A panic attack is characterized by intense fear or discomfort that occurs suddenly, in which four or more physical and cognitive symptoms appear, such as palpitations, sweating, trembling, fear of losing control or going crazy, and fear of dying. Stress and anxiety are expected human reactions to situations of threat or worry and are part of the fight-or-flight response that keeps us safe by preparing the body to face danger, as long as they are not prolonged over time. This work aims to review, analyze and integrate the existing literature

on the relationship between panic attacks and stress. It is important that people who suffer from stress as well as panic attacks can understand that they are not the only ones who go through this situation and really know what happens in them and in this way be able to obtain adequate psychotherapeutic treatment.

**Keywords: Anxiety, Panic attack, Stress.**

## **Introducción**

El presente trabajo monográfico titulado “Asociación entre ataques de pánico y estrés” se enmarca en el Trabajo Final de Grado de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de la República. Este trabajo tiene como objetivo revisar, analizar e integrar la literatura existente sobre la relación entre los ataques de pánico y el estrés. Se presentarán conceptos sobre ansiedad, trastorno de pánico, ataque de pánico y estrés, basados en diversos autores.

La elección de la temática nace en base a un interés personal, debido a haber sufrido trastornos de pánico, y la falta de conocimiento que en ese momento tenía fue lo que me inquietó a querer saber más sobre este, cómo afrontarlo y lo que implica un tratamiento psicológico. Hoy en día son muchas las personas que lo padecen y conviven con éste, haciendo que esto genere malestar y dificultad en el diario vivir. También considero que a lo largo de mi trayectoria por la Facultad, ambos conceptos (ataques de pánico y estrés) fueron brevemente abordados, lo que me llevó a interesarme aún más en el tema, haciendo un estudio más profundo y de esta manera poder obtener un mayor conocimiento para adquirir herramientas que me ayuden a poder desenvolverme en lo personal y también en mi futuro como profesional. Esta temática estuvo invisibilizada durante mucho tiempo por falta de conocimiento. Hoy en día se sabe más acerca del trastorno de pánico. Una identificación temprana y oportuna mejora las posibilidades de tratamiento y sus beneficios.

## MARCO TEÓRICO

### Angustia

La palabra 'angustia' proviene del alemán 'angst', que significa estrecho o angosto, y se asocia con una sensación de malestar o incomodidad. La angustia se define como una emoción compleja y desagradable que conlleva a serias repercusiones psíquicas y orgánicas en el sujeto, que aparece cuando un individuo se ve amenazado por algo (Ayuso, 1988). La reacción del individuo ante la angustia puede ser de paralización, donde los síntomas físicos predominan (Lopez-Ibor, 1969).

Por su parte, Solvey (2010) expone que la angustia es un estado afectivo de carácter penoso que aparece como reacción ante un peligro desconocido, real o imaginario. Se puede decir que es un sentimiento que se vincula con situaciones desesperantes en donde el individuo pierde la capacidad de actuar de una manera voluntaria sobre sus actos. La angustia puede ser adaptativa o no, va a depender de la dimensión con la cual se presenta y del tipo de respuesta que se dé en ese momento (Ayuso, 1988).

Por otro lado, El Diccionario de Psicología-Psicoactiva (2021) define la angustia como “un estado de gran activación emocional que contiene un sentimiento de miedo o aprehensión”. Clínicamente se define como una reacción de miedo ante un peligro inconcreto y desconocido.

En cada cultura y en cada época, la angustia tiene una forma de expresión diferente, por lo que las causas y consecuencias de ésta dependen del contexto en que se ubique. La angustia ha sido objeto de estudio y mención por parte de grandes filósofos, teólogos, poetas, psicólogos y psiquiatras a lo largo de la historia (Ayuso, 1988).

La angustia normal no supone un problema mayor en la vida del sujeto mientras que la patología es más profunda y recurrente, podemos decir que es anacrónica (revive continuamente el pasado) y fantasmagórica (imagina y crea conflictos muchas veces inexistentes), por lo que afecta de manera significativa la vida del individuo (Ayuso, 1988).

Su sintomatología es bastante amplia, mostrando síntomas somáticos tales como taquicardia, palpitaciones, palidez, exceso de calor, sensación de ahogo, náuseas, dispepsia, pesadez, sensación de hinchazón, rigidez, temblor, hormigueo, cefalea, vértigo, mareo, sudoración y sequedad de boca, entre otros. A nivel fisiológico aparece, aumento de la frecuencia cardiaca, del flujo sanguíneo, a nivel sanguíneo se observa un aumento de

cortisol, adrenalina y noradrenalina (Ayuso, 1988). También, se destacan los síntomas subjetivos que se producen en el individuo que sufre angustia y las alteraciones de la conducta manifiesta, siendo éstas las más visibles. Como consecuencia, esto conlleva un grave y marcado deterioro del funcionamiento fisiológico, psicológico y social del individuo. En definitiva, la angustia ha acompañado y acompaña al hombre en el curso de su existencia (Ayuso, 1988).

## **Ansiedad**

En palabras de Salaberria et al. (1995) los autores plantean que:

La ansiedad se expresa a través de las emociones, las cuales desempeñan una función adaptativa y son necesarias para la supervivencia. El miedo por ejemplo sirve para poner en alerta del peligro a una persona, esta es la emoción que caracteriza a los trastornos de ansiedad. En cierto modo, la psicología clínica ha acuñado el término de ansiedad para referirse al concepto de nerviosismo, solo que de una forma más precisa y menos ambigua (p. 67).

Carrobes (1985) plantea que la ansiedad puede definirse como sentimientos subjetivos de aprensión y tensión emocional asociados a una intensa activación fisiológica, y a determinadas conductas de evitación y escape que tienen lugar en respuestas a determinados estímulos (tantos internos como externos) del medio en que se desenvuelve el sujeto. Por otra parte, Solvey (2010) considera la ansiedad “un estado que se caracteriza por un incremento de la expectativa de algo, acompañado de inquietud y agitación o ante el temor de perder unpreciado. Es un miedo cavilante acerca de un suceso futuro que pudiera ocurrir” (p. 28).

Baeza et al. (2008) plantean que la ansiedad se caracteriza por “el sentimiento de miedo, de temor, e inseguridad, como consecuencia de que el individuo siente amenazados sus intereses, tiene dificultades para emitir las conductas adecuadas, se muestra insatisfecho del éxito alcanzado, o tiene problemas para mantener dichos logros” (p. 3).

Se puede decir que existen casi tantas definiciones de ansiedad como modelos teóricos a partir de los cuales encuadrarla. A pesar de eso, todas las teorías están de

acuerdo en que es una respuesta emocional compleja y fenomenológicamente pluridimensional (Sierra et al, 2003).

La ansiedad no es patológica en sí misma, pero cuando sus síntomas se intensifican y prolongan, puede convertirse en un trastorno que genera malestar significativo (Marks, 1986). Es por eso que podemos decir que existen dos tipos de ansiedad, la “normal” y la “patológica”. La ansiedad como tal forma parte de la existencia humana, es una respuesta normal ante una amenaza o situación de estrés. Todas las personas han sentido algún grado de ansiedad a lo largo de sus vidas, ya que desempeña un papel importante en la adaptación y la supervivencia (Sierra et al., 2003).

Por otro lado, la ansiedad se considera patológica cuando es excesiva en duración o intensidad y deja de ser un mecanismo adaptativo, convirtiéndose en un temor constante a eventos futuros. Por lo tanto, la ansiedad patológica refiere a la asociación de distintas manifestaciones físicas y mentales que no son aplicables a peligros reales, sino que se manifiestan en forma de crisis, como un estado persistente y difuso, pudiendo llegar al pánico (Marks, 1986). Entre las manifestaciones mentales se encuentran los pensamientos que son irreales y hacen que la ansiedad aumente, ante peligros que muchas veces son escenarios solo creados en la mente. Las manifestaciones físicas incluyen el sentir mareos, palpitaciones, sudoración, temblor, entre otros (Salaberria et al., 1995).

### **Diferencia entre angustia y ansiedad**

Con el desarrollo de la Psicología y la aparición de distintos enfoques, el concepto de ansiedad se ha ido diferenciando del concepto de angustia. El término angustia refiere a una expresión somática en forma de constricción y opresión, es decir, vivenciada como un sufrimiento físico general. Además de dicha sensación aparece la anticipación del peligro, que también es común a la ansiedad (Sierra et al., 2003).

La angustia posee un carácter más somático que la ansiedad. Esta última se manifiesta “como más fluida y espiritual” (Cía, 2007). De igual manera, la angustia es vivida como una amenaza de muerte inminente y como la pérdida del control de uno mismo, sin saber a qué atenerse a ciencia cierta; mientras que la ansiedad, se asocia más a la idea de lo que podría o no ocurrir, el peligro no es inminente, sino una anticipación a lo que puede ser dañino para el cuerpo (Sierra et al., 2003).

A lo largo de la historia se ha mantenido que en la angustia predominan los síntomas físicos, mientras que en la ansiedad imperan los psicológicos, de manera que la primera tiene un efecto paralizante sobre el individuo, mientras que en la segunda se activa la reacción motora de sobresalto (Sierra et al., 2003).

Si bien ambos conceptos se han ido diferenciando, el término angustia también fue empleado como sinónimo de ansiedad o para referirse a la expresión más extrema de esta (Solvey 2010). Cabe destacar que en el contexto del psicoanálisis se suele utilizar usualmente el término angustia, mientras que en terapias cognitivo-conductuales el término ansiedad (Sierra, 2003).

### **Trastornos de ansiedad**

Según la OMS (2023) los trastornos de ansiedad son los trastornos mentales más comunes en el mundo. En el año 2019 se vieron afectadas 301 millones de personas. Estos trastornos tienen mayor prevalencia en las mujeres que en los hombres. Los síntomas suelen aparecer durante la infancia y la adolescencia. En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-V) (APA, 2014) se describen varios trastornos de ansiedad. Podemos decir que los trastornos de ansiedad son los que comparten características de miedo y ansiedad excesivos, así como alteraciones conductuales asociadas. A continuación se mencionan cada uno de ellos de forma breve.

El trastorno de ansiedad por separación se define como un miedo excesivo a separarse de la figura de apego que se da de una manera inadecuada para lo que es el momento del desarrollo en el que se encuentra el infante o el adolescente. Por otra parte, el mutismo selectivo se trata de miedo a hablar en ciertos contextos o ambientes determinados, aunque el niño tiene la capacidad de hacerlo, lo cual puede ocasionar problemas de interacción y adaptación con el entorno. Estos trastornos son más frecuentes en niños.

La fobia específica hace referencia a un miedo extremo a ciertos objetos o situaciones (ej. animales, altura, tormenta). Por otra parte, el trastorno de ansiedad social es el miedo o ansiedad persistente que se produce ante situaciones sociales, por lo cual se trata de evitar estas situaciones para no sentirse amenazado y avergonzado por la situación.

La agorafobia es un miedo o ansiedad intenso acerca de dos o más de las cinco situaciones siguientes: uso de transporte público (autobús, metro, tren, avión), estar en espacios abiertos (mercados, aparcamientos), estar en sitios cerrados (teatros, cines, tiendas), hacer cola o estar en medio de una multitud y/o estar fuera de casa solo. En las personas con agorafobia es común evitar estas situaciones debido a la idea de que escapar podría ser difícil o podría no disponerse de ayuda si aparecen síntomas como pánico u otros síntomas incapacitantes.

El trastorno de ansiedad generalizada es una ansiedad y preocupación excesiva. Al individuo le es difícil controlar la preocupación. Se asocian a tres o más de los siguientes síntomas durante los últimos seis meses: inquietud, sensación de estar atrapado, fácilmente fatigado, dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco e irritabilidad.

### **¿Qué es el trastorno de pánico?**

El término pánico fue acuñado por Donald Klein en los años 60 a partir de un hallazgo clínico inédito que lo condujo a considerarlo diferente del resto de los tipos de ansiedad. El autor utilizó este término para aludir a las recurrentes presentaciones agudas de angustia en forma de crisis sin motivos de eclosión aparentes (Raone et al., 2009).

El sustantivo pánico se deriva del vocablo griego “Pan”, que en esa lengua significa “todo” (Pabón Suárez de Urbina, 2010). Este término indicaba originalmente la intensidad de un miedo no justificado (individual o colectivo) atribuido en la mitología a las intervenciones del Dios Pan (Raone et al., 2009).

El trastorno de pánico se define como la aparición de crisis de pánico imprevistas recurrentes, que se acompañan habitualmente de miedos ante futuros ataques o de cambios de conducta para evitar situaciones que podrían predisponer a las crisis. Con el término recurrente se hace alusión a más de una crisis de pánico que se caracteriza por temor intenso y abrumador, malestar y sensación de perder el control. El trastorno de pánico, para ser diagnosticado, debe de cumplir una serie de criterios (American Psychological Association, 2013) y ser diferenciado de otros trastornos mentales, que también cursan con ataques de pánico (Amodeo, 2017).

La característica fundamental de un ataque de pánico es el miedo o malestar intenso que se da de una forma brusca que alcanza su máximo en cuestión de minutos, en el cual se presentan cuatro o más de un total de 13 síntomas físicos y cognitivos, los cuales 11 de ellos son síntomas físicos (por ejemplo palpitaciones, sudoración, temblores) mientras que los otros dos son cognitivos (el miedo a perder el control o volverse loco y el miedo a morir). Un ataque de pánico puede surgir tanto de un estado de calma como de un estado de ansiedad. El ataque de pánico se diferencia de la ansiedad constante por el tiempo que transcurre hasta el máximo de su intensidad, que se produce en cuestión de minutos (American Psychological Association, 2013).

Según la Teoría Biofisiosocial de Barlow (1988) el ataque de pánico es pensado como una falla de alarma ante situaciones estresantes, y como una vulnerabilidad fisiológica y psicológica. La fisiológica refiere a un sistema autonómico hipersensible y la vulnerabilidad psicológica a las creencias sobre lo peligroso, en cuanto a las sensaciones físicas y del mundo en sí.

Entonces podemos decir que el ataque de pánico son episodios o crisis que la persona tiene, cuando no existe ningún peligro real o causa aparente, hay personas que solo tienen dos ataques de pánico en su vida, pero cuando el miedo se vuelve excesivo y preocupante y las crisis son recurrentes, es entonces que podemos hablar del trastorno de pánico, volviéndose éste una patología (American Psychological Association, 2013).

Existen dos formas de aparición de los ataques de pánico, los esperados y los inesperados. Los esperados son en los que existe una señal o un desencadenante, cuando la persona se expone a una situación que le produce miedo, como podría ser un robo o un accidente, mientras que los inesperados son en la que no existe ninguna señal o desencadenante al momento que aparece como por ejemplo al dormir (al que se conoce como ataque de pánico nocturno) (American Psychological Association, 2013).

La frecuencia y la gravedad de los ataques de pánico varían ampliamente. En cuanto a la frecuencia, algunos individuos presentan las crisis con una continuidad moderada (por ejemplo de una vez a la semana). Otros describen breves crisis más frecuentes, por ejemplo cada día, separadas por semanas o meses sin padecer un solo ataque, o bien los presentan con una frecuencia considerablemente menor (por ejemplo dos cada mes) durante un período de varios años (American Psychological Association, 2013).

Por otra parte, en cuanto a la gravedad, las personas pueden tener ataques completos (cuatro o más síntomas) o limitados (menos de cuatro síntomas), y el número y el tipo de los síntomas con frecuencia se aplaza entre un ataque de pánico y el siguiente. Sin embargo, va a ser necesaria más de una crisis inesperada con síntomas completos para el diagnóstico del trastorno de pánico (American Psychological Association, 2013).

## **Epidemiología**

Según la American Psychological Association (2014) la prevalencia anual estimada en la población general del trastorno de pánico en Estados Unidos y en varios países europeos está en torno al 2-3 % tanto en los adultos como en los adolescentes. En Estados Unidos se ha informado de tasas significativamente más bajas de trastorno de pánico entre los latinos, los afroamericanos, los afroamericanos caribeños y los asiáticos americanos que en los blancos no latinos y los indios americanos, que, por el contrario, tienen tasas significativamente más altas. Se han documentado estimaciones más bajas para los países asiáticos, africanos y latinoamericanos, que van del 0,1 al 0,8 %.

La población que se ve más afectada son las mujeres, en una proporción de aproximadamente 2:1. La diferenciación entre ambos sexos se produce en la adolescencia y se puede observar antes de los 14 años. Aunque los ataques de pánico pueden aparecer en los niños, la prevalencia global de trastornos de pánico es baja antes de los 14 años de edad. Los índices del trastorno de pánico muestran un aumento gradual durante la adolescencia, como hemos mencionado particularmente en las mujeres y posiblemente a raíz de la aparición de la pubertad, y alcanzan el máximo durante la edad adulta. En cambio las tasas de prevalencia disminuyen en las personas mayores (0,7%)(American Psychological Association, 2014).

## **Factores de riesgo**

Existen varios factores de riesgo los cuales se pueden clasificar en temperamentales, ambientales, genéticos y fisiológicos. Los temperamentales son la afectividad negativa (esto es, la predisposición a experimentar emociones negativas) y la sensibilidad a la ansiedad (esto es, la disposición a creer que los síntomas de ansiedad son perjudiciales). Una historia de crisis de ansiedad (que se definen como ataques con síntomas limitados que no cumplen todos los criterios diagnósticos) pueden ser un factor de

riesgo para los ataques de pánico y el trastorno de pánico posterior (American Psychological Association, 2014).

Por otra parte los factores ambientales, incluyen al estrés (por ejemplo factores estresantes interpersonales y factores de estrés relacionados con la salud), enfermedades, pérdida de un ser querido, experiencias de abuso sexual y/o maltratos físicos (American Psychological Association, 2014). Por último, entre los factores genéticos y fisiológicos se incluyen los genes que confieren vulnerabilidad para el trastorno de pánico que se sigue estudiando. En este sentido, hay un aumento del riesgo para el trastorno de pánico entre los hijos de los padres con ansiedad, depresión y trastornos bipolares (American Psychological Association, 2014), aunque esto también puede considerarse consecuencia del ambiente (prácticas de crianza).

### **Asociación con otros trastornos**

El trastorno de pánico tiene una alta tasa de comorbilidad con otros trastornos mentales. Los ataques de pánico están asociados a una mayor probabilidad de padecer diversos trastornos, entre los que se encuentran otros trastornos de ansiedad, los trastornos depresivos, los trastornos bipolares, los trastornos del control de los impulsos y los trastornos por consumo de sustancias. La prevalencia del trastorno de pánico es elevada en las personas con otros trastornos de ansiedad, especialmente la agorafobia (American Psychological Association, 2014). Mientras que el trastorno de pánico a menudo tiene una edad de inicio anterior a la del trastorno comórbido, su aparición a veces se produce después de la comorbilidad y puede considerarse un marcador de gravedad de la enfermedad comórbida (American Psychological Association, 2014).

### **Tratamientos**

El tratamiento para el trastorno de pánico puede incluir medicamentos y psicoterapia, o una combinación de ambas. Con esto se intenta reducir la intensidad y la frecuencia de los ataques y de esta manera lograr que el paciente tenga una mejor calidad de vida (Botella, 2001).

Algunas de las terapias más eficaces para este trastorno son las terapias cognitivo-conductuales (TCC) las cuales han sido estudiadas y comprobada su eficacia, tanto

en formato grupal, como individual. Además de los efectos directos sobre el trastorno de pánico, las TCC también ofrecen mejoras en la calidad de vida y beneficios para el tratamiento de la ansiedad y depresión comórbidas (Hoffart et al, 2016).

Las TCC para el pánico se basan tanto en el condicionamiento interoceptivo como en las teorías cognitivas del pánico. Las TCC utilizan la reestructuración cognitiva y ejercicios de exposición que ayuden a los pacientes a encontrar un sentido de seguridad en cuanto a los eventos internos y externos a los cuales temen. Las reestructuraciones cognitivas sirven para ayudar a los pacientes a identificar y reestructurar las amenazas relacionadas con el pánico. El terapeuta diseña ejercicios de exposición, en donde el paciente logra producir pruebas desconfirmadoras y de esta manera lograr construir una mejor tolerancia a las situaciones incómodas, sin respuestas conductuales desadaptativas como la evitación (Otto et al., 2004).

Las dos formas principales de TCC han sido el tratamiento de control de pánico del grupo de Barlow (Barlow et al., 2002) y la terapia cognitiva del grupo de Clark para tratar dicho trastorno (Clark y Salkovskis, 1989). El tratamiento de control de pánico del grupo de Barlow se conoce como el tratamiento de control del pánico (TCP). Este programa incluye un importante componente educativo en el que se explica al paciente qué es el trastorno de pánico y cómo se produce. Luego se centra en exponer al paciente de forma sistematizada a sensaciones interoceptivas y se incluyen procedimientos de reestructuración cognitiva dirigidos a modificar las creencias erróneas del paciente acerca del pánico y de la ansiedad. Goldstein y Chambless (1978) fueron los primeros en sugerir que el miedo al miedo podría estar basado en un condicionamiento interoceptivo Pavloviano y que por ello la exposición repetida a las sensaciones temidas, conocido también como exposición interoceptiva (EI), podría llegar a ser un método eficaz para reducir el miedo a las sensaciones físicas. El modelo del condicionamiento clásico interoceptivo para la crisis de angustia, establece que los ataques de pánico se mantienen a través de un proceso de atención selectiva a determinadas señales corporales, atención que despierta y potencia la activación autonómica ante estas señales internas. También se incluye en este tratamiento un entrenamiento en respiración y/o en relajación como procedimientos que pueden ayudar al paciente a controlar el pánico (Garrica et al., 2009).

El modelo cognitivo del pánico de Clark (1986) propone que los ataques de pánico son consecuencias de interpretar de una manera catastrófica ciertas sensaciones corporales, que en la mayoría se relaciona con respuestas de ansiedad como palpitations, que pueden ser percibidas erróneamente de forma peligrosa, es decir, las palpitations

pueden ser confundidas con un ataque al corazón (Wood et al., 2009). Esta terapia se centra en trabajar las cogniciones catastróficas del paciente y reemplazarlas por otras más realistas. Existen dos técnicas principales en la terapia, la primera consiste en discutir con el terapeuta las pruebas a favor y en contra de las creencias negativas y la segunda técnica es experimentos conductuales, lo que significa que el paciente pone a prueba sus creencias cambiando sus conductas y viendo qué sucede. La diferencia entre ambos enfoques radica en que en el de Barlow se pone un gran énfasis a la exposición a las sensaciones interoceptivas, mientras que el programa de Clark se centra en el componente cognitivo (Garrica et al., 2009).

Otro tratamiento son las Terapias Cognitivas basadas en Mindfulness (TCBM). Estas terapias intentan trabajar de una manera consciente sobre las experiencias del momento presente. Este tipo de conciencia permite aprender a relacionarse de una forma directa con aquello que está ocurriendo en la vida de la persona en el aquí y el ahora (Moñivas et al., 2012). El término “Mindfulness” es el vocablo inglés que se emplea para traducir el término pali “sati” que denota conciencia, atención, recuerdo (Siegel et al., 2009). Las TCBM están mostrando su utilidad en el tratamiento de diferentes trastornos, entre ellos, el trastorno de pánico. Estas terapias intentan enfrentarse a los síntomas del pánico y conectar con la experiencia sin evitarla (Kim et al., 2009, 2010).

También hay una creciente evidencia que apoya el uso del ejercicio físico para el tratamiento del trastorno de pánico. Se ha demostrado que programas breves de dos semanas de episodios repetidos cortos, aproximadamente de 20 minutos de ejercicio, reducen el temor de la ansiedad y sensaciones relacionadas (Broman et al., 2004, 2008).

### **¿Qué es el estrés?**

Benjamín (2000) refiere que la palabra estrés viene del latín *stringere*, que significa oprimir, apretar, atar, que en francés dio origen a estrechar, rodear con el cuerpo, con los miembros, apretando con fuerza, acompañado de sentimientos opuestos; ya que es posible estrechar a alguien en su corazón sofocándolo al mismo tiempo; sofocar nos conduce a oprimir, apretar: angustia, ansiedad, sentimiento de miseria que oprime el corazón, el alma y nos lleva a la angustia.

Desde hace décadas se habla acerca del estrés. Esta palabra anglosajona se ha difundido hasta resultarnos sumamente familiar, cosa que nos ha hecho olvidar su verdadero significado, “presión”. El estrés, es esa presión sobre un ser humano en todas

sus facetas, mental, espiritual y, por supuesto, física, la cual tiene consecuencias (Joselovsky, 2016).

El estrés en la sociedad actual se hace más evidente que nunca, no porque no existiera antes, sino porque aún con todas las comodidades del presente, la vida parece ser cada vez más difícil. Son tantos los compromisos que se tienen en los trabajos y en los hogares, que no se logra encontrar tiempo para relajarse. Se vive atrapado en solucionar problemas. El uso del término estrés se ha popularizado sin que la mayoría de las personas tengan claro en qué consiste, los seres humanos viven exigiendo cada vez más hasta el punto de acelerar desmedidamente sus ritmos de vida, dejándose consumir por grandes demandas físicas, mentales y emocionales en un mundo cada vez más globalizado y sumergido en el consumismo sin darse cuenta de que esta acelerada rutina diaria trae consigo un alto precio (Ávila, 2014).

El estrés es una relación entre la persona y el ambiente, en la que el sujeto percibe en qué medida las demandas ambientales constituyen un peligro para su bienestar, si exceden o igualan sus recursos para enfrentarse a ellas (Soriano et al., 2019). Por ejemplo, cuando los individuos imaginan cómo puede ser un hecho estresante, la primera asociación que establecen es negativa, es decir, resulta más común pensar en algo que cause daño, en la muerte reciente de algún ser querido, en la pérdida de trabajo, en la enfermedad o en una mala experiencia. No obstante, una situación o hecho positivo también puede llegar a causar estrés, como por ejemplo el cambiar de casa o lugar de residencia, el ascender en el trabajo y tener más responsabilidades o enamorarse que puede llegar a provocar el mismo estrés que cuando un individuo rompe una larga relación de valor afectivo para él (Sierra et al., 2003).

Según Cannon (1915) la definición de estrés es pensada como una “reacción de alarma” la cual hace referencia a aquellas situaciones que desestabilizan el equilibrio dinámico del cuerpo, y por tanto, demandan respuestas fisiológicas y conductuales para restaurar dicho equilibrio. Otro autor describe al estrés como aquella respuesta no específica y adaptativa de los diferentes sistemas del cuerpo ante estímulos internos y externos que ponen en riesgo la homeostasis del organismo. Este término incluye tres procesos: el estresor, la respuesta del organismo al estresor, y los estados fisiológicos intermediarios entre estresor y reacción corporal (Gómez et al. 2002).

Entendemos por estresor a estímulos externos o internos ya sean físicos, químicos, psicológicos o socioculturales que se presentan de una forma aguda o crónica y que

generan una desestabilización en el equilibrio dinámico del cuerpo, ya sea de forma directa o indirecta (Barrio et al., 2006). Los estresores pueden ser varios, entre ellos el estrés que se genera a raíz de un trabajo, el estrés académico a través de pruebas o exámenes que hay que rendir, también en el área familiar, a través de un divorcio, una pérdida de un ser querido, entre otros. Podemos decir que son varios los desencadenantes del estrés (Barrio et al., 2006). El estrés puede ser generado por fuentes externas que están presentes en la vida de una persona y a través de su mundo interior, cuyos efectos están mediados por estrategias de afrontamiento, aprendido principalmente en la infancia, pero que también se puede adquirir a lo largo de la historia de la vida del ser humano (Lipp, 2005).

A partir del trabajo seminal de Hans Selye (1936), gran cantidad de evidencia reportada estableció que diferentes tipos de condiciones físicas o psicológicas que amenazan la homeostasis del organismo provocan un conjunto estereotipado de reacciones denominadas por este autor como el "síndrome de adaptación general". La más característica es la liberación de la hormona adrenocorticotrópica (ACTH) y cortisol en el torrente sanguíneo como resultado de la activación del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal (HPA). Los estímulos o contextos que desencadenan el síndrome general de adaptación se han denominado estresores y la respuesta del organismo, reacción al estrés. Las hormonas del estrés son adaptativas a corto plazo, pero se vuelven perjudiciales si son en exceso o persisten.

Generalmente, el estrés no sobreviene de manera repentina. El organismo del ser humano posee la capacidad para detectar las señales de que se está ante un evento productor de este. Desde que aparece hasta que alcanza su máximo efecto, se pasa por tres etapas: alarma, resistencia y agotamiento (Melgosa, 1995).

La primera etapa es la de alarma, también conocida como huida, es en la que el cuerpo se prepara para producir el máximo de energía para enfrentarse a alguna situación difícil. Cuando la persona es consciente de que sus recursos de afrontamiento no son suficientes, es entonces cuando se inicia esta fase y por lo tanto, el estrés hace su aparición. En esta fase se produce liberación de adrenalina, noradrenalina y cortisol hacia distintas partes del cuerpo, traduciéndose en una dilatación de los vasos sanguíneos, aumento de la frecuencia cardíaca y tensión muscular (Ávila, 2014).

La segunda fase es la de resistencia, que es cuando se mantiene la situación de alerta, sin que exista relajación. El organismo intenta retornar a su estado normal, y se vuelve a producir una nueva respuesta fisiológica, manteniendo las hormonas en situación

de alerta permanente, apareciendo así los primeros síntomas. Los síntomas pueden ser dolores de cabeza, sensación de fatiga, contracturas musculares (especialmente en el cuello, la zona lumbar y la espalda), problemas de memoria, alteraciones del sueño, irritabilidad y cambios de humor, sensación de fracaso, actitud pesimista, tendencia a comer más, estado de ansiedad, etc (Ávila, 2014).

Por último, la fase de agotamiento sucede cuando el estrés se convierte en crónico, se produce cuando el cuerpo llega al límite y se mantiene durante un período de tiempo que varía en función de cada individuo. Esta última fase es la que más problemas ocasiona, pues si la activación, la tensión, los estímulos y demandas estresantes no disminuyen, el nivel de resistencia termina por agotarse, apareciendo de nuevo la alarma y en consecuencia los problemas tanto físicos como psicológicos (Ávila, 2014).

El estrés afecta a nuestro organismo y cuando nos encontramos ante una situación estresante nuestro cuerpo activa dos tipos de respuestas, una respuesta más rápida y una respuesta más lenta. La respuesta rápida es cuando nos encontramos ante algo que nos estresa. El primero que entra en acción es nuestro sistema nervioso, al detectar un peligro nuestras neuronas activan rápidamente las glándulas suprarrenales, que se encuentran en la parte superior de nuestros riñones, al activarse estas secretan dos hormonas muy importantes en el estrés la adrenalina y la noradrenalina que en apenas unos segundos inundan nuestro cuerpo, causando una respuesta en mucho de nuestros órganos y tejidos. Por ejemplo en nuestro cerebro, estas hormonas actúan modificando nuestro comportamiento, nos hacen estar más alerta, aumenta nuestra vigilancia y capacidades cognitivas, incrementa nuestra atención y reducen nuestra capacidad de sentir dolor (Ávila, 2014). Estas hormonas actúan más allá del cerebro en el resto del cuerpo, produciendo efectos muy diversos, por ejemplo nuestros vasos sanguíneos se contraen y aumentan la presión, se incrementa la frecuencia cardiaca, comienza a llegar más sangre a nuestros músculos y al cerebro, aumenta los niveles de glucosa en sangre, se contraen nuestras vías respiratorias con lo que comenzamos a respirar más rápido o a hiperventilar, aumenta la coagulación de la sangre para evitar que perdamos sangre en caso que nos hayamos hecho una herida, y sube la temperatura corporal. Es a través de todos estos cambios que nuestro cuerpo se prepara para reaccionar ante la amenaza, esta reacción es la que se conoce como reacción de lucha o huida que anteriormente fue mencionada (Ávila, 2014).

La respuesta lenta por lo contrario comienza en el hipotálamo de nuestro cerebro, al detectar una amenaza este comienza a producir una hormona llamada hormona liberadora de corticotropina (CRH). Esta hormona viaja hasta la hipófisis, que se sitúa justo debajo del

hipotálamo en el cerebro, y la activará para que libere otra hormona al torrente sanguíneo: la hormona adrenocorticotropa y una vez liberada esta hormona viaja hasta las glándulas suprarrenales situada encima de los riñones para que secreten otra hormona muy importante para la respuesta del estrés: el cortisol. El cortisol tiene un papel muy importante en el metabolismo en asegurarse que nuestro cuerpo tenga un suministro de energía suficiente para responder ante la situación estresante (Ávila, 2014).

Según Ávila (2014), el estrés es uno de los problemas de salud más generalizado actualmente, se lo puede considerar como un fenómeno multivariable resultante de la relación entre la persona y los eventos de su medio. Por tales motivos, las personas deben dominar cada vez más las exigencias y retos que les demanda la cantidad de recursos físicos y psicológicos para enfrentar la condición que los aqueja. Todas las personas necesitan aprender a prevenir y controlar el estrés. Quien no lo hace, puede poner en peligro su salud y su tranquilidad, mientras que quien conoce y pone en práctica acciones adecuadas para prevenirlo y afrontarlo puede disfrutar de un estilo de vida más sano y más satisfactorio (Naranjo, 2009).

### **Tipos de estrés**

Para Seyle (1952) el estrés positivo (eustrés) es aquel que conduce a respuestas adaptativas, permitiendo aumentar el rendimiento del organismo, optimizar sus respuestas, estimular al individuo a mejorar y superar situaciones diarias. Este cumple una función adaptativa a los cambios del medio, produciendo un desgaste normal y ocasional para la sensación de logro y bienestar.

Por otra parte, para este autor, el estrés negativo (distrés) hace referencia a una respuesta negativa de los factores estresores ya sea en el plano biológico, físico o psicológico. Podemos considerarlo como un estrés negativo para la salud de los individuos, puesto que requiere de una demanda excesiva y continua para el organismo. El distrés se sostiene en el tiempo presentando respuestas prolongadas y disfuncionales, provoca desgaste a nivel físico y psicológico de la persona. La presencia de distrés, puede desencadenar consecuencias negativas y predisponer el desarrollo de determinadas patologías (Gómez et. al., 2004).

Además, se encuentra el estrés agudo, poco duradero en el tiempo, pero intenso, y que supone un shock emocional. Por otro lado, el estrés crónico, este es duradero en el tiempo y provoca desgaste en los recursos de quien lo padece. También se puede distinguir diferentes grados de estrés. Por un lado, el hipoestrés, siendo este escaso o demasiado bajo, mientras que el hiperestrés se lo considera una sobrecarga o exceso de este (Seyle, 1952).

Seyle (1952) puntualizó que se dan una serie de factores psicofísicos ante sucesos que van desde lo desagradable (por ejemplo, la muerte de un ser querido, una pérdida, un despido) a lo agradable (casarse, hacer un viaje, ser padres) que generan en la persona una preocupación y ansiedad. Es primordial para evaluar a la situación como estresante o no la interpretación y percepción que la persona tenga. Es decir que lo que para una persona podría ser algo terrorífico, para otras puede ser algo de poca importancia, y esto va a depender siempre de la persona.

Lazarus (1986) introdujo la importancia de la valoración o evaluación que el sujeto hace respecto a una situación o estímulo que puede ser considerado como amenazante. A través de un estudio que llevó a cabo con sus colaboradores donde evaluaban los niveles de estrés autoinformados y la activación fisiológica de un grupo de estudiantes expuestos a una serie de películas estresantes, pudo observar como los procesos de evaluación mediaban la respuesta de estrés. Este autor concluyó que el estrés es el resultado de la interacción entre las características y valoraciones de un individuo, el entorno del suceso interno o externo (factor estresante) y los recursos internos o externos de que dispone una persona.

La propuesta que Lazarus (1986) llevó adelante se trataba de la existencia de dos niveles de evaluación. Uno era el primario, el cual consiste en la percepción (negativa, positiva o neutra) que el sujeto tiene acerca de un evento considerado como estresante. La segunda se refiere a la observación que el sujeto hace sobre el acontecimiento en relación a los posibles daños por alteración de la homeostasis e impactos que pueda tener en la vida del sujeto, valorando las habilidades y recursos que tiene para tratar el estresor y examinando si son suficientes para enfrentarlo. Estas evaluaciones que poseen un carácter cognitivo, son la clave para entender lo que hoy denominamos mecanismos de afrontamiento las que incluyen los recursos físicos (salud y energía), los recursos psicológicos (las creencias positivas) y las aptitudes técnicas (para la resolución del problema y habilidades sociales) (Macias et al., 2013).

Se continúa investigando los mecanismos de actuación del estrés, se han propuesto diversos modelos explicativos que colocan el foco en los factores psicosociales, otros en los mecanismos biológicos o en la respuesta fisiológica al estrés. En general, los aportes desarrollados por los estudios de Lazarus, y su definición del estrés como transacción entre sujeto y ambiente, ha sido ampliamente difundido y se ha constituido, para muchos, como la base para el desarrollo de nuevos modelos. Existe una gran variedad de estudios sobre el estrés que otorgan importancia a los procesos cognitivos implicados, pero también consideran las demandas psicosociales, los recursos materiales, sociales y personales, las variables disposicionales de personalidad, las estrategias de afrontamiento y las respuestas del sujeto en todos los niveles (Macias et al., 2013).

### **¿Ansiedad y estrés son lo mismo?**

El estrés y la ansiedad son respuestas naturales a situaciones amenazantes, pero pueden volverse crónicas si no se resuelven adecuadamente y en tiempo (Fernández-Abascal, 1997). En las últimas décadas, el crecimiento de los trastornos relacionados con el estrés y la ansiedad han tenido un impacto negativo en la calidad de vida, la productividad laboral y las relaciones sociales, pudiendo evolucionar hacia condiciones más graves. Ambos términos se suelen confundir, o se utilizan como sinónimos, porque las respuestas físicas, emocionales y conductuales suelen ser parecidas (Biagiatti et al., 2023).

El estrés y la ansiedad son dos conceptos muy semejantes entre sí, pero bien es cierto que se diferencian. Por un lado, el estrés puede entenderse como la incapacidad por parte del sujeto para hacer frente a las demandas extrínsecas (ambiente), generado por situaciones preocupantes y pudiendo derivar en trastornos psicológicos muchas veces graves. Por otro lado, la ansiedad hace referencia al estado de agitación ante la anticipación de una situación peligrosa (una amenaza) (Soriano et al., 2019).

Algunas veces, el estrés puede convertirse en ansiedad. El estrés es la reacción del cuerpo a una amenaza, y la ansiedad es la reacción del cuerpo al estrés. Entonces podemos concluir que tanto el estrés como la ansiedad son respuestas normales en el ser humano, sin embargo es fundamental reconocer estrategias que nos permitan sobrellevar estas reacciones de la mejor manera, para que no afecte de una forma negativa nuestras vidas. Un factor importante es la alimentación, se debe tener una dieta adecuada, con comidas nutritivas, con vitaminas, minerales y otros compuestos que pueden ayudar a nuestro organismo a dominar el estrés. Cuando el estrés se da de manera prolongada hace

que las reservas de nuestro cuerpo se agote rápidamente provocando que el organismo sea más vulnerable; por eso tener una alimentación adecuada es importante, ya que si una persona no tiene un adecuado balance en la alimentación puede llegar a sentirse débil y tener una disminución en sus defensas (Sierra et al, 2003).

Otro factor que debemos tener en cuenta es la actividad física porque es una forma saludable de dejar salir la energía contenida y la tensión del organismo debido a que el ejercicio obliga al cerebro a producir endorfinas, que son potenciadores naturales del estado de ánimo, y que se generan con el movimiento del cuerpo, logrando así olvidar frustraciones y otras tensiones. Es también importante mencionar que tiene un efecto muy positivo a nivel psicológico porque ayuda a distraer nuestra mente lo cual mejora la capacidad subjetiva de afrontar el estrés (Ros, 2007). También es fundamental cuidar el ciclo del sueño, así como contar con redes de apoyo, como amistades y familia que puedan contener (Sierra et al., 2003).

### **Trastorno de pánico, ataque de pánico y estrés**

Según Goddard (2017), uno de los trastornos de ansiedad más estresantes es el trastorno de pánico. Los ataques de pánico del trastorno de pánico funcionan como importantes estresores, exponiendo al paciente a la necesidad de adaptación constante, característica de la fase de resistencia, en la cual según Lipp (2005), el individuo intenta adaptarse en busca de lograr una homeostasis interna.

Desde los estudios seminales de Hans Selye, la activación del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HPA) es emblemática del estrés. En consecuencia, la falta de respuestas del eje HPA después del indiscutible estrés psicológico de un ataque de pánico se destaca como uno de los hallazgos más intrigantes de la psiquiatría contemporánea (Schenberg et al., 2008). La teoría del estrés de Hans Selye tuvo un gran impacto en el mundo médico, en particular en los estudios clínicos y experimentales realizados en las últimas décadas que implican la respuesta al estrés en el desarrollo del pánico así como del estrés postraumático (Strohle y Holsboer, 2000).

Hay evidencia que muestra la falta de respuestas de corticotropina (ACTH), cortisol y PRL después del estrés innegable de un ataque de pánico (Liebowitz et al., 1985). . Diversos hallazgos sugieren la posibilidad de un respuesta anormal del cortisol a la CRH en pacientes con trastorno de pánico, lo cual plantea la idea de si dichos pacientes también podrían producir una respuesta anormal del cortisol al estrés.

En una revisión realizada por Goddard (2017), se destaca la vulnerabilidad genética y el estrés crónico como factores de riesgo del trastorno de pánico, ya que los acontecimientos vitales estresantes agudos se han asociado fuertemente con la aparición de episodios clínicos de episodios de pánico. En un estudio longitudinal de 3 años de duración con pacientes con episodios de pánico (n=677) se encontró que los factores estresantes crónicos y duraderos conducían a una peor evolución del trastorno. Además, en una encuesta de atención primaria a pacientes con dolor crónico (n=250), casi la mitad tenía al menos un trastorno de ansiedad comórbido, consistente con el concepto de que el estrés fisiológico crónico podría conferir riesgos de episodios de pánico. Además, el estrés crónico como consecuencia de los episodios de pánico podría conducir a una inflamación crónica y a trastornos físicos como enfermedades cardiovasculares..

En otro estudio realizado por Magalhães et al. (2005) se evaluó el nivel de estrés y la percepción de control sobre eventos ambientales en 30 pacientes con trastornos de pánico y se comparó con sujetos sin trastornos. Todos fueron evaluados individualmente utilizando el Inventario de estrés de Lipp y la Escala de estrés de Lipp. La comparación estadística mostró que el grupo con trastorno de pánico presentó más indicadores de estrés con predominio de la fase de resistencia y la percepción de estar controlado por el azar, la suerte o el destino, caracterizada por una mayor susceptibilidad al estrés y una baja confianza en la previsibilidad de los acontecimientos. Los autores plantean que se puede considerar que el trastorno de pánico con sus características impredecibles interfiere en el funcionamiento psicológico de los pacientes, provocando dificultad para lidiar con situaciones de estrés, lo que requiere aprender estrategias de afrontamiento que favorezcan la reanudación de equilibrio interno.

Todos los sujetos con episodios de pánico evaluados en los estudios ya mencionados presentaron indicadores de estrés. Estos datos están en línea con la afirmación de Lipp (2005) de que los trastornos de la ansiedad pueden asumir el papel de generador de los estados tensionales. Estos estados son desencadenantes importantes del estrés, que puede tener su origen en muchas situaciones, actividades diarias que se denominan estresores y que causan una ruptura de la homeostasis interna, que requiere cierta adaptación. Se podría pensar que las características de la imprevisibilidad del trastorno de pánico favorece la presencia de mayor susceptibilidad al estrés, ya que existe una preocupación constante por la posibilidad de nuevos ataques, que pueden actuar como factor estresante que interfiere con la capacidad de afrontamiento de nuevas situaciones (Goddard, 2017).

Lipp (2005) señala la disonancia cognitiva como fuente de tensión interna que puede interferir con la capacidad adaptativa de los sujetos, el cual puede ser una fuente de estrés porque los seres humanos ansiosos tienen una tendencia a ver el mundo de una manera amenazante. En este sentido, el trastorno de pánico puede considerarse un trastorno psicofisiológico que tiene como factor el estrés contribuyente o desencadenante.

Lipp (2005) destaca que la insuficiencia en la evaluación de los acontecimientos de la vida, así como de las expectativas ilógicas y exageradas se caracterizan como indicadores de vulnerabilidad al estrés. Desde este punto de vista, se considera que la expectativa de control, como elemento de afrontamiento de situaciones, puede ser también un indicador de capacidad de adaptación. Se puede plantear la hipótesis de que los pacientes con TP, tengan dificultad para afrontar nuevas situaciones, puede que tengan dificultades para atribuirse a sí mismos el control sobre los acontecimientos que ocurren en el entorno (Goddard, 2017).

Respecto a la percepción de control sobre los eventos ambientales, los sujetos con episodios de pánico presentan una percepción de estar controlados por el azar, la suerte o el destino. Nuevamente, este factor puede estar relacionado directamente a la característica de imprevisibilidad de ataques de pánico, que ocurren aleatoriamente independientemente de la situación, e incluso en un nivel alto de ansiedad anticipatoria e hiperreactividad a estímulos incondicionados, como se informó por Del Ben (2000).

Por otra parte los autores McNally y Lukach (1992) afirman que un ataque de pánico que se produce de forma natural puede considerarse un estresor traumático. Se asocia el estrés con la aparición de los acontecimientos vitales estresantes agudos y estos se han asociado fuertemente con la aparición de episodios clínicos de los episodios de pánico. Es concebible que las presentaciones clínicas individuales de los episodios de pánico sean el resultado de una combinación única de factores genéticos, temperamentales, neurofisiológicos y ambientales. Además, a nivel fenomenológico, el pánico subsindrómico (por ejemplo, pacientes con pánico recurrente que no cumplen todos los criterios de PD) es común y ha sido asociado con una psicopatología más grave de lo que se apreciaba anteriormente. Por el contrario, el pánico aislado que es muy común, no está asociados con psicopatología significativa de por vida. El estrés crónico está surgiendo como un factor de riesgo potencial para los episodios de pánico.

## Reflexiones finales

En virtud de lo desarrollado durante todo el trabajo, es pertinente recordar que el término ansiedad ha ido cambiando con el paso de los años, al principio se definía en base a sus síntomas sin tener en cuenta el ambiente, el contexto y la historia del paciente. A lo largo del trabajo se mencionan distintos autores que hacen referencia al concepto de ansiedad, existen varias definiciones de ansiedad, pero todas las teorías están de acuerdo en que es una respuesta emocional compleja y fenomenológicamente pluridimensional.

También considerar que la ansiedad en sí misma no es patológica, pero esta puede llegar a serlo. Es por esto que podemos decir que existen dos tipos de ansiedad, la normal y la patológica. La normal forma parte de la existencia humana ya que es una función adaptativa para la supervivencia y la patológica refiere a la ansiedad que se vuelve excesiva en su duración y/o intensidad.

Dicho lo anterior, creo fundamental remarcar que la ansiedad se diferencia de la angustia, la misma posee un carácter más somático que la ansiedad, esta es vivida como una amenaza y pérdida de control de uno mismo, se asocia más a la idea de lo que podría o no ocurrir y predominan los síntomas físicos. Clínicamente se define como una reacción de miedo ante un peligro inconcreto y desconocido. Si bien ambos conceptos se han ido diferenciando, el término angustia también se emplea como sinónimo de ansiedad o para referirse a la expresión más extrema de esta.

Por otra parte, los trastornos de ansiedad son los trastornos más prevalentes en el mundo. Existen varios trastornos de ansiedad, entre ellos el trastorno de ansiedad por separación, la fobia específica, la agorafobia, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de pánico, entre otros. En esta monografía se hizo hincapié en el trastorno de pánico el cual se define como crisis de pánico imprevistas y recurrentes, que se acompañan de miedo ante futuros ataques y cuatro o más síntomas, como pueden ser palpitaciones, temblores, sudoración, mareos, sensación de ahogo, miedo a morir o volverse loco, entre otros.

Otro tema que se desarrolló en este trabajo es el estrés. El distrés es el estrés negativo para la salud de los individuos la cual requiere de una demanda excesiva para el organismo. A diferencia del eustrés, el que es considerado como el estrés positivo, se trata de un estrés saludable que puede ser motivador y estimulante. Es fundamental que prestemos atención a nuestro cuerpo y no llegar al límite.

En cuanto a la asociación de la ansiedad con el estrés, sabemos que son respuestas naturales a situaciones amenazantes, de las cuales se pueden volver crónicas si no se resuelven a tiempo. En los últimos tiempos el crecimiento de los trastornos relacionados con el estrés y la ansiedad han venido en aumento, teniendo un impacto negativo y repercutiendo en la calidad de vida de las personas. En base a lo anterior, cabe destacar que si bien la ansiedad y el estrés son dos conceptos muy semejantes entre sí, es bien clara su diferencia.

El estrés es una respuesta física, mental y emocional que prepara al cuerpo para enfrentarse al peligro, por ejemplo cuando tenemos un choque, y en cambio la ansiedad es una reacción emocional que se percibe como amenazante o peligrosa, incluso puede aparecer cuando no hay un factor estresante evidente. El estrés suele ser temporal, sin embargo cuando las personas sienten estrés durante mucho tiempo puede convertirse en lo que se conoce como estrés crónico y este puede transformarse en ansiedad.

A modo de cierre es importante resaltar la importancia de poder concientizar y hacer visible lo qué son los trastornos de ansiedad, así también como el estrés, porque estos imposibilitan en muchas áreas al ser humano y pueden llevar a consecuencias graves. Es relevante remarcar la importancia del rol del psicólogo, que acompañe de una forma adecuada en cada proceso correspondiente. Se puede prevenir o aliviar el malestar mediante psicoterapia y otras terapias.

## Referencias

- Amodeo, S. (2017). Trastorno de pánico y su tratamiento psicológico. Revisión y actualización Panic disorder psychological treatment. *Katharsis*, (23), 166-176
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Autor.
- Ávila, J. (2014). El estrés es un problema de salud del mundo actual. *REVISTA CON-CIENCIA*, 1(1), 115-124. Recuperado de [http://www.scielo.org.bo/pdf/rcfb/v2n1/v2n1\\_a13.pdf](http://www.scielo.org.bo/pdf/rcfb/v2n1/v2n1_a13.pdf)
- Ayuso, J. L. (1988). *Trastornos de angustia*. Ediciones Martínez Roca.
- Baeza, J. C., Balaguer, G., Belchi, J. F., Coronas, T., & Guillamón, N. (2008). *Higiene y prevención de la ansiedad*. Ediciones Díaz de Santos.
- Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. Guilford Press.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders*. Guilford Press.
- Barrio, J. A., García, M. R., Ruiz, I., & Arce, A. (2006). El estrés como respuesta. *Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa*, 4(1), 37-48. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349832311003.pdf>
- Benjamin, J. (2000). *El estrés: ¿Qué es?*. Publicaciones Cruz.
- Biagianti, B., Foti, G., Di Liberto, A., Bressi, C., & Brambilla, P. (2023). CBT-informed psychological interventions for adult patients with anxiety and depression symptoms: A narrative review of digital treatment options. *Journal of Affective Disorders*, 325, 682–694. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.01.057>
- Botella Arbona, C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno de pánico. *Psicothema*, 13(3), 469-478. Recuperado de <https://www.psicothema.com/pdf/469.pdf>
- Broman-Fulks, J. J., Berman, M. E., Rabian, B. A., et al. (2004). Effects of aerobic exercise on anxiety sensitivity. *Behaviour Research and Therapy*, 42(2), 125–136.
- Broman-Fulks, J. J., & Storey, K. M. (2008). Evaluation of a brief aerobic exercise intervention for high anxiety sensitivity. *Anxiety, Stress, & Coping*, 21(2), 117–128. <https://doi.org/10.1080/10615800701762675>

- Cannon, W. B. (1915). *Bodily changes in pain, hunger, fear and rage: An account of recent researches on the function of emotional excitement*. D. Appleton and Company.
- Cano Vindel, A. (2002). *La naturaleza del estrés*. Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés (SEAS).
- Carrobbles, J. A. (1985). La ansiedad: naturaleza, incidencia y modelos explicativos. En J. A. Carrobbles (Ed.), *Análisis y modificación de conducta II* (Vol. 1). UNED.
- Chiang, M; Gomez, N; Sigoña, M. (2013). *Factores psicosociales, stress y su relación con el desempeño: comparación entre centros de salud* [ Proyecto de investigación, Universidad del Bio-Bio, Concepción Chile].  
[https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1315-01382013000200002](https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-01382013000200002)
- Cía, A. H. (2007). *La ansiedad y sus trastornos: manual diagnóstico y terapéutico*. Polemos.
- Clark, D.M (1986). Cognitive therapy for anxiety. *Behavioral Psychotherapy*, 14, 283-294.
- Clark, D. M., & Salkovskis, P. M. (1989). *Cognitive therapy for panic and hypochondriasis*. Pergamon Press.
- Del-Ben, C. M. (2000). *Resposta de pacientes com transtorno do pânico submetidos a dois modelos experimentais de ansiedade* [Tese de doutorado não publicada, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto].
- Fernández-Abascal, E. G. (1997). El estrés. En E. G. Fernández-Abascal (Coord.), *Psicología general, Motivación y emoción* (pp. 250-283). Centro de Estudios Ramón Areces.
- Garriga, A., Martín, J. C., & 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.
- Goddard, A. (2017). The neurobiology of panic: A chronic stress disorder. *Chronic Stress*, 1, 1–14.
- Goldstein, A., & Chambless, L. (1978). A reanalysis of agoraphobia. *Behavior Therapy*, 9, 47–59.
- Gómez, J., González, M., & Escobar, A. (2002). Neuroanatomía del estrés. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 3(5), 273-282.

- Graeff, F. G., Garcia-Leal, C., Del-Ben, C. M., & Guimarães, F. S. (2005). Does the panic attack activate the hypothalamic-pituitary-adrenal axis? *Anais da Academia Brasileira de Ciências*, 77(3), 477–491. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/327/32777309.pdf>
- Graeff, F. G., & Joca, S. R. L. (2010). The hypothalamic-pituitary-adrenal axis in anxiety and panic. *Psychology & Neuroscience*, 3(1), 3-8.
- Hoffart, A., Hedley, L. M., Svanøe, K., & Sexton, H. (2016). Cognitive and guided mastery therapies for panic disorder with agoraphobia. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 23(1), 1–13. <https://doi.org/10.1002/cpp.1934>
- Hollander, E., Liebowitz, M. R., Gorman, J. M., Cohen, B., Fyer, A., & Klein, D. F. (1989). Cortisol and sodium lactate-induced panic. *Archives of General Psychiatry*, 46, 135–140.
- Joselovsky, A. (2016). *El origen de la ansiedad*. Ediciones B.
- Kim, B., Lee, S. H., Kim, Y. W., Choi, T. K., Yook, K., & Suh, S. Y. (2010). Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy program as an adjunct to pharmacotherapy in patients with panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 590-595. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.03.019>
- Kim, Y. W., Lee, S. H., Choi, T. K., Suh, S. Y., Kim, B., & Kim, C. M. (2009). Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy as an adjuvant to pharmacotherapy in patients with panic disorder or generalized anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 26(7), 601–606. <https://doi.org/10.1002/da.20552>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1986). *Stress and cognitive processes*. Ediciones Martínez Roca.
- Liebowitz, M. R., Fyer, A. J., Gorman, J. M., Dillon, D., Applebaum, D., Levy, G., ... Klein, D. F. (1985). Lactate provocation of panic attacks. II. Biochemical and physiological findings. *Archives of General Psychiatry*, 42(7), 709–719.
- Lipp, M. N. (2005). *Inventário de sintomas de estresse para adultos: Manual*. Casa do Psicólogo.
- López-Ibor, J. J. (1969). *La angustia vital*. Paz Montalvo.
- Macías, M. A., Madariaga Orozco, C., Valle Amarís, M., & Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe*, 30(1), 123-145.
- Magalhães, S. H., & Loureiro, S. (2005). Transtorno do pânico: Nível de estresse e locus de controle. *Estudos de Psicologia*, 22(3), 233-240.

- Marks, I. (1986). *Tratamiento de neurosis*. Martínez Roca
- Marks, I. M., Swinson, R. P., & Basoglu, M. (1993). Alprazolam and exposure alone and combined in panic disorder with agoraphobia. *British Journal of Psychiatry*, *162*, 776-787.
- McNally, R. J., & Lukach, B. M. (1992). Are panic attacks traumatic stressors? *American Journal of Psychiatry*, *149*(6), 824–826.
- Melgosa, J. (1995). *Nuevo estilo de vida. ¡Sin estrés!* Madrid: Safeliz.
- Moñivas, A., García-Diex, G., & García-De-Silva, R. (2012). Mindfulness (atención plena): concepto y teoría mindfulness. *Redalyc*, *XII*, 83-89. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=161024437009>
- Naranjo Pereira, M. L. (2009). Una revisión teórica sobre el estrés y algunos aspectos relevantes de este ámbito educativo. *Educación*, *33*(2), 171-190.
- Organización Mundial de la Salud. (2023, 27 de septiembre). *Trastorno de ansiedad*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders>
- Otto, M. W., Smits, J. A., & Reese, H. E. (2004). Cognitive-behavioral therapy for the treatment of anxiety disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, *65*(Suppl 1 5), 34–41.
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15078117>
- Pabón Suárez de Urbina, J. M. (2010). *Diccionario Manual Griego Clásico-Español* (19ª ed.). VOX.
- Raone, M. (2009). Antecedentes y revisión crítica del denominado "Ataque de pánico". *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, *18*(3), 263-270. Recuperado de <https://www.redalyc.org/journal/4835/483551472014/>
- Ros Fuentes, J. A. (2007). *Actividad física + salud. Hacia un estilo de vida activo*. Consejería de Sanidad de la Región de Murcia.
- Salaberría, K., Fernández, J., & Echeburúa, E. (1995). Ansiedad normal, ansiedad patológica y trastorno de ansiedad [Archivo PDF]. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/234750242\\_Ansiedad\\_normal\\_ansiedad\\_patologica\\_y\\_trastornos\\_de\\_ansiedad\\_un\\_camino\\_discontinuo](https://www.researchgate.net/publication/234750242_Ansiedad_normal_ansiedad_patologica_y_trastornos_de_ansiedad_un_camino_discontinuo)
- Schenberg, L. C., Dos Reis, A. M., Ferreira Póvoa, R. M., Tufik, S., & Silva, S. R. (2008). A panic attack-like unusual stress reaction. *Hormones and Behavior*, *54*(5), 584-591.

- Selye, H. (1952). Stress. Acta, Inc.
- Selye, H. (1936). A syndrome produced by diverse nocuous agents. *Nature*, 138, 32.
- Siegel, D., Germer, C., & Olendzki, A. (2009). Mindfulness: What is it? Where did it come from? In F. Didonna (Ed.), *Clinical handbook of mindfulness* (pp. 17-37). Springer.
- Sierra, J. C., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: Tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, 3(1), 10-59.
- Solvey, P. (2010). *Psicoeducación en trastornos de ansiedad: guía práctica*. TdeA.
- Soriano, G., Pérez-Fuentes, J., Molero, M. del M., Tortosa, M., & González, B. M. (2019). Beneficios de las intervenciones psicológicas en relación al estrés y ansiedad: Revisión sistemática y metaanálisis. *European Journal of Education and Psychology*, 12(2), 191-206.
- Stones, A., Groome, D., Perry, D., Hucklebridge, F., & Evans, P. (1999). The effect of stress on salivary cortisol in panic disorder patients. *Journal of Affective Disorders*, 52(1), 197–201.
- Strohle, A., Holsboer, F., & Rupprecht, R. (2000). Increased ACTH concentrations associated with cholecystokinin tetrapeptide-induced panic attacks in patients with panic disorder. *Neuropsychopharmacology*, 22, 251–256.
- Vales, L. H. (2011). Psicobiología del estrés. En *Manual de bases biológicas del comportamiento humano*. Comisión Sectorial de Enseñanza (CSE) de la Universidad de la República. Recuperado de [https://www.researchgate.net/profile/Lisandro-Vales/publication/312288079\\_Psicobiologia\\_del\\_estres/links/58916c1e92851cda2568a84e/Psicobiologia-del-estres.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Lisandro-Vales/publication/312288079_Psicobiologia_del_estres/links/58916c1e92851cda2568a84e/Psicobiologia-del-estres.pdf)
- Wood, C., & Cano, A. (2009). La hiperventilación y el trastorno de angustia a la luz de un marco cognitivo. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41(1), 57-66. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/271/27130102.pdf>