

ADIPA

**Trastorno de pánico,
cuando el miedo
agobia:**

**Diagnóstico y abordaje
terapéutico**



Índice

Introducción : ¿Qué es el Trastorno de Pánico?	1
Capítulo 1: Trastorno de pánico: diagnóstico y tratamiento	2
• El trastorno de pánico y su diagnóstico clínico	3
• ¿Cuál es la diferencia entre un trastorno de pánico y una crisis de pánico?	6
• Evaluación orientada al tratamiento del paciente con trastorno de pánico	7
Capítulo 2 : Tratamiento del trastorno de pánico desde la Terapia Breve	8
• ¿Cómo se trabaja el trastorno de pánico desde la Terapia Breve?	10
• Maniobras de primera sesión desde la terapia breve	11
• Componentes del Tratamiento de Control del Pánico de David. H. Barlow	11
Capítulo 3: Psicoeducación	13
• ¿Cómo llevar a cabo la psicoeducación?	14
• Principales ideas a transmitir al sujeto	14
Conclusión	15
Referencias	16
Sobre Adipa	17

Introducción

¿Qué es el Trastorno de Pánico?

El **Trastorno de Pánico** se caracteriza por el sufrimiento de una o múltiples crisis de pánico que resultan inesperadas para el consultante, esto, porque la persona afectada sufre de manera repentina una serie de síntomas, sin saber de qué se trata y el origen de lo que está viviendo.

Debido a este último punto, es común que las personas en plena crisis relacionen lo que les está sucediendo con un infarto u otro tipo de cuadros.

Bajo este punto, es totalmente entendible que dicha relación exista. Muchos pacientes suelen describir los síntomas corporales de un infarto; como sensación de ahogo, asfixia; desrealización o despersonalización.

Los ataques de pánico también pueden provocar un miedo intenso a perder el control o morir y estos pueden ser desencadenados por ciertos estímulos, como situaciones sociales o estresantes, o como se describió con anterioridad, pueden ocurrir sin estímulos aparentes.

El objetivo de este ebook es brindarte información actualizada y concisa respecto a este trastorno. Todos los capítulos tienen la idea de compartir nociones básicas del Trastorno de Pánico, la recopilación de ideas principales a transmitir a los consultantes y cuestiones relevantes a tener en cuenta.

Información importante

Este ebook tiene como objetivo proporcionar información sobre el trastorno de pánico.

Los criterios diagnósticos utilizados en este ebook se basan en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-V).

Es importante tener en cuenta que estos criterios son solo una guía y no reemplazan la evaluación clínica individualizada por un profesional de la salud mental capacitado.

Se recomienda encarecidamente buscar la evaluación y el tratamiento adecuado para cualquier problema de salud mental.

Además, existen otros trastornos que pueden presentar síntomas similares al trastorno de pánico, por lo que siempre se deben considerar criterios diferenciales en la evaluación de cada caso clínico.

La información proporcionada en este ebook no pretende ser un sustituto de la atención médica o psicológica profesional y no debe utilizarse para diagnosticar o tratar ningún problema de salud mental sin la supervisión de un profesional de la salud mental debidamente capacitado.

¿Te gustan los Ebook?



En nuestra sección de recursos descargables de Adipa, podrás encontrar diferente tipos de ebooks con temáticas interesantes, que te pueden ser de mucha utilidad.

¡Revisa las publicaciones de la Escuela en Salud Mental Adulto!

[Aquí](#)

Capítulo 1



Trastorno de pánico: diagnóstico y tratamiento



El trastorno de pánico y su diagnóstico clínico

En primer lugar, hay que tener en cuenta que el trastorno de pánico es un **trastorno de ansiedad grave**.

Los ataques de pánico se caracterizan por una serie de síntomas físicos y emocionales que incluyen latidos cardíacos acelerados, sudoración, temblores, mareos, sensación de desvanecimiento, sensación de ahogo o ahogamiento, dolor o molestias en el pecho, náuseas, entumecimiento o hormigueo en los brazos o piernas, miedo intenso y desesperación.

El diagnóstico de trastorno de pánico se hace con base en una historia clínica completa y un examen físico, así como pruebas de laboratorio para descartar condiciones médicas que puedan estar causando los síntomas.

Además, los profesionales de la salud mental deben realizar una serie de chequeos y entrevistas para evaluar los síntomas y determinar si cumplen con los criterios del **Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V)**, y es recién ahí, cuando se puede comenzar a hablar de un diagnóstico.

La Tabla de Diagnóstico de Trastorno de Pánico del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-V) es una herramienta clave que ayuda a los profesionales de la salud mental a diagnosticar el trastorno de pánico. Esta tabla contiene los criterios necesarios para un diagnóstico preciso del trastorno de pánico según el DSM-V.

Estos criterios incluyen:

- ▶ Experiencias recurrentes de miedo intenso e impredecible (ataques de pánico) que se presentan de manera repentina y duran de algunos minutos a varias horas.
- ▶ Miedo persistente a experimentar otro ataque de pánico.
- ▶ Miedo persistente de que el ataque de pánico tenga consecuencias graves (por ejemplo, un ataque al corazón o una pérdida de control).
- ▶ Cambios significativos en el comportamiento relacionados con los ataques de pánico (por ejemplo, evitar determinadas situaciones por temor a experimentar un ataque).

Esta tabla de diagnóstico es una herramienta útil para ayudar a los profesionales de la salud mental a identificar el trastorno de pánico entre sus pacientes, también puede ayudar a identificar los síntomas específicos del trastorno de pánico que sus pacientes están experimentando para ayudarles a recibir el tratamiento adecuado.



Criterios diagnósticos del Trastorno de Pánico según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5):

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

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

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

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

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

- 1 Inquietud o preocupación continua acerca de otros ataques de pánico o de sus consecuencias (p. ej., pérdida de control, tener un ataque al corazón, "volverse loco").
- 2 Un cambio significativo de mala adaptación en el comportamiento relacionado con los ataques (p. ej., comportamientos destinados a evitar los ataques de pánico, como evitación del ejercicio o de las situaciones no familiares).

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

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

¿Sabías que el trastorno de pánico puede acompañarse o no de agorafobia?

La agorafobia según el DSM-V es un trastorno de ansiedad caracterizado por el miedo intenso o la ansiedad al estar en entornos o situaciones en los que resulte difícil abandonar el lugar o en los que el acceso a ayuda pudiera ser difícil en caso de una crisis de ansiedad.

Esto incluye situaciones como estar en una multitud, viajar en transporte público, estar fuera de casa solo, o cruzar un puente. La persona con agorafobia generalmente evita estas situaciones o solo las visita con mucha ansiedad y tensión.

Según el DSM-V la Agorafobia (DSM-V) se caracteriza por:

Miedo o ansiedad intensa acerca de **dos (o más)** de las cinco situaciones siguientes:

- 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 **multitudes**.
- 5 Estar **fuera de casa solo**.

En resumen:

- El individuo **teme o evita estas situaciones** debido a la idea de que escapar podría ser difícil o podría no disponer de ayuda si aparecen síntomas tipo pánico u otros síntomas incapacitantes o embarazosos (p. ej., miedo a caerse en las personas de edad avanzada, miedo a la incontinencia).
- El miedo o la ansiedad es **desproporcionado** al peligro real que plantean las situaciones agorafóbicas y al contexto sociocultural.
- El miedo, la ansiedad o la evitación es **continuo**, y dura típicamente **seis o más meses**.



¿Cuál es la diferencia entre un trastorno de pánico y una crisis de pánico?

Siguiendo las definiciones del DSM-V y la CIE-10, se entiende por crisis de ansiedad, crisis de angustia o ataque de pánico:

“La aparición de un episodio repentino de intenso miedo o malestar, que se inicia de forma brusca, el cual alcanza rápidamente su máxima expresión (habitualmente en 10 minutos o menos) y cesa paulatinamente.”

A menudo se acompaña de una sensación de peligro o de muerte inminente y de una urgente necesidad de escapar, y que presenta al menos 4 de los siguientes 13 síntomas somáticos o cognitivos:

- Palpitaciones
- Sudoración
- Temblores o sacudidas
- Sensación de falta de aliento o ahogo
- Sensación de atragantarse
- Opresión o malestar torácicos
- Náuseas o molestias abdominales
- Inestabilidad o mareo (aturdimiento)
- Desrealización o despersonalización
- Miedo a perder el control o «volverse loco»
- Miedo a morir
- Parestesias
- Escalofríos o sofocaciones

Las crisis de ansiedad pueden aparecer en una amplia gama de trastornos de ansiedad como el trastorno de angustia, el trastorno obsesivo compulsivo, la fobia social o específica, y los trastornos por estrés postraumático y agudo. Según su modo de inicio y la presencia o ausencia de determinados desencadenantes ambientales, pueden distinguirse 3 tipos de crisis de ansiedad:

- **Inesperadas:** el inicio de la crisis no se asocia a desencadenantes ambientales y es percibida por el paciente como espontánea, sin ningún motivo aparente.
- **Determinadas situacionalmente:** la crisis aparece de forma casi exclusiva cuando el paciente se expone o anticipa la presencia de un estímulo o desencadenante ambiental específico (ej. ver una serpiente o un perro desencadena automáticamente una crisis de ansiedad).
- **Predispuestas situacionalmente:** son crisis de ansiedad más o menos relacionadas con una situación determinada, su aparición es más probable cuando el paciente se expone a ciertos estímulos o desencadenantes ambientales, aunque no siempre existe esta asociación con el estímulo ni tampoco siempre el episodio aparece inmediatamente después de exponerse a la situación (ej., las crisis tienen más probabilidades de aparecer al conducir, pero a veces el individuo puede llevar su coche sin sufrir ninguna crisis, o bien padecerla a la media hora de estar conduciendo)

Evaluación orientada al tratamiento del paciente con trastorno de pánico

Según el DSM-V, para diagnosticar trastorno de pánico se requiere la presencia de crisis de ansiedad recidivantes e inesperadas (al menos 2), seguidas de la aparición, durante un período como mínimo de 1 mes, de preocupaciones persistentes por la posibilidad de padecer nuevas crisis de ansiedad y por sus posibles implicaciones o consecuencias, o bien de un cambio de comportamiento significativo relacionado con estas crisis.

La CIE-10 concreta que como mínimo han de producirse 4 crisis de ansiedad en un período de 4 semanas.

Desde el punto de vista clínico y terapéutico interesa chequear una serie de aspectos psicopatológicos para decidir si el paciente que atendemos presenta las características que indican que éste es el momento adecuado para aplicar el tratamiento psicológico que presentamos y que está específicamente diseñado para el paciente con trastorno de pánico con o sin agorafobia.

Antes de comenzar a planificar el tratamiento es preciso elaborar una exhaustiva historia clínica del paciente, explorando adecuadamente sus antecedentes personales y familiares, el estado mental actual y su estado de salud física, así como el consumo de sustancias psicoactivas (incluyendo aquí drogas ilegales, alcohol y también fármacos, prescritos o no), sus rasgos o estilos de personalidad y el grado de estrés a que está sometido el paciente en su vida cotidiana.

En primer lugar, debemos descartar que el paciente sufra enfermedades médicas que pueden inducir crisis de ansiedad, tales como:

- **Hipertiroidismo:** al liberarse demasiada hormona tiroidea, se produce nerviosismo, irritabilidad, aumento de la sudoración, palpitaciones, temblor de las manos, ansiedad, dificultad para dormir, adelgazamiento de la piel, cabello fino y quebradizo y debilidad muscular, especialmente en los brazos y muslos.
- **Feocromocitoma:** un tumor de la glándula suprarrenal que provoca la liberación excesiva de las hormonas adrenalina y noradrenalina, las cuales regulan la frecuencia cardíaca y la presión arterial.
- **Trastornos del sistema vestibular** (p.e. enfermedad de Ménière, un trastorno del oído interno que afecta el equilibrio y la audición, caracterizado por una sensación anormal de movimiento o vértigo, mareo, pérdida de audición en uno o ambos oídos, y ruidos o repiqueteo en el oído [tinnitus]).

- **Trastornos comiciales** (crisis epilépticas).
- **Enfermedades cardíacas** como la arritmia y la taquicardia supraventricular (una taquicardia que se presenta ocasionalmente y que comienza con episodios que tienen lugar por encima de los ventrículos).

En segundo lugar, es necesario sondear la relación del paciente con las sustancias psicoactivas en general y de modo específico con las que puedan inducir crisis de ansiedad, bien por su consumo (p.e. cocaína, anfetaminas, cafeína u otros estimulantes, o cannabis) bien por abstinencia de las mismas (p.e., alcohol, ansiolíticos).

No obstante, un paciente puede tener crisis de ansiedad inducidas por el consumo o abstinencia de sustancias y, posteriormente, tras abandonar dicho consumo y permanecer libre de síntomas de abstinencia, persistir la aparición de crisis de ansiedad inesperadas propias del trastorno de pánico.

En tercer lugar, aunque el paciente presente "crisis de ansiedad", debemos descartar que otros trastornos presentes y distintos del trastorno de pánico puedan constituir el diagnóstico principal actual. Por ejemplo, el paciente puede presentar "crisis de ansiedad" que en realidad son secundarias a sintomatología psicótica, maníaca o bien pueden ser crisis histeriformes, más que propiamente del trastorno de pánico.

En cuarto lugar, realizaremos una valoración minuciosa de la sintomatología ansiosa y de los temores que no constituyen un trastorno de pánico, a saber: hipocondría, fobia social, fobias específicas, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés postraumático y trastorno de ansiedad de separación.

¡Tenemos algo que te podría interesar!

Una noticia que resume de manera detallada este trastorno.



Capítulo 2



Tratamiento del trastorno de pánico desde la Terapia Breve



Este capítulo tiene como objetivo **presentar una aproximación** al tratamiento basada en los estudios de David. H. Barlow.

Es importante tener en cuenta que, debido al acotado espacio del ebook, **no se ha podido profundizar en cada una de las aristas de esta propuesta** de tratamiento.

Esta información se presenta como una introducción y orientación general, y no debe ser considerada como un reemplazo de la evaluación y el tratamiento individualizado por un profesional de la salud mental capacitado.

Es importante destacar que este capítulo **no es una guía de tratamiento y su contenido no debe ser considerado como la única opción para tratar el trastorno de pánico**. Existen muchos estilos de tratamientos que pueden ser efectivos para cada individuo, y es necesario tener en cuenta el contexto de cada persona y la complejidad propia de cada paciente para tomar una decisión informada sobre el tratamiento adecuado.

Se invita a los lectores a realizar una lectura crítica y reflexiva de esta propuesta de tratamiento y a profundizar más en la temática, teniendo en cuenta siempre las necesidades individuales de cada paciente y la supervisión de un profesional de la salud mental capacitado

Finalmente, se **recomienda encarecidamente buscar el asesoramiento y la orientación de un profesional de la salud mental** con amplia experiencia antes de tomar cualquier decisión sobre el tratamiento del trastorno de pánico. La información presentada en este ebook no pretende ser un sustituto de la atención médica o psicológica profesional y no debe utilizarse para diagnosticar o tratar ningún problema de salud mental sin la supervisión de un profesional de la salud mental debidamente capacitado.



¿Cómo se trabaja el trastorno de pánico desde la Terapia Breve?

Bajo este marco, es bueno tener en cuenta que la Terapia Breve se presenta como una alternativa para apoyar a las personas que se ven enfrentadas al trastorno de pánico porque es un enfoque centrado en el presente, con una duración a corto, mediano plazo.

Esto permite una mayor flexibilidad para abordar el trastorno de pánico, ya que se puede adaptar al paciente individual y a sus necesidades particulares.

La Terapia Breve para el trastorno de pánico se basa en la modificación de pensamientos distorsionados, la identificación de situaciones temidas, la desensibilización sistemática, el entrenamiento en habilidades de afrontamiento, la fisioterapia y la entrega de información sobre la enfermedad.

Se trabaja desde un enfoque cognitivo-conductual, con el objetivo de aumentar los recursos del paciente para afrontar sus temores, prevenir recaídas e implementar estrategias de afrontamiento para situaciones temidas. Se intenta que el paciente desarrolle una actitud de aceptación, habilidades de afrontamiento y recursos para manejar sus síntomas.

En resumen, para trabajar el trastorno de pánico desde este enfoque, hay que tener en cuenta, aspectos como:

- 1 Ayudar al paciente a identificar y nombrar sus pensamientos y sentimientos relacionados con el pánico.
- 2 Desarrollar un plan de acción para enfrentar los síntomas de pánico.
- 3 Desarrollar habilidades de afrontamiento para lidiar con los pensamientos y emociones negativas.
- 4 Establecer una relación de confianza entre el terapeuta y el paciente.
- 5 Explorar los patrones de pensamiento negativos subyacentes.
- 6 Desarrollar una sensación de control y seguridad para el paciente.
- 7 Establecer objetivos realistas para el paciente.
- 8 Estimular al paciente a enfrentar sus miedos.

Dos guías clínicas recientes de alta calidad (*National Institute for Clinical Excellence [NICE]*), 2004; Andrews, Oakley-Browne, Castle, Judd y Baillie, 2003), coinciden en recomendar con el grado de evidencia más alto, el tratamiento cognitivo conductual para el trastorno de pánico y otros trastornos de ansiedad. Citando textualmente la guía del NICE:

“Se ofrecerá cualquiera de las intervenciones siguientes, teniendo en cuenta lo que prefiere la persona. Las intervenciones sustentadas por pruebas de mayor duración del efecto son, en orden descendente:

- 1 Terapia psicológica (terapia cognitivo conductual: TCC)
- 2 Terapia farmacológica (ISRS)
- 3 Auto-ayuda (biblioterapia: utilización de material escrito para ayudar a las personas a comprender sus problemas psicológicos y aprender formas de superarlos cambiando su conducta – basados en principios TCC)” (p. 6)

La guía del NICE no sólo recomienda el tratamiento cognitivo conductual (TCC), sino que establece la prioridad de aplicación de este tratamiento en función de la permanencia de sus efectos.

Hace otra recomendación de tipo A que nos parece fundamental: que este tratamiento debe ser aplicado por una persona entrenada y supervisada que pueda demostrar que se adhiere a un protocolo de tratamiento con base empírica.



Seminario

¡Creemos que tienes que ver algo!

En el seminario impartido por Ps. Mg. Rodrigo Mardones, el docente expuso sobre los trastornos de ansiedad en general, por lo tanto se abordó el trastorno de pánico.



Maniobras de primera sesión desde la terapia breve

Componentes del Tratamiento de Control del Pánico de David. H. Barlow.

El tratamiento propuesto por Barlow para el trastorno por pánico se basa en cuatro componentes fundamentales: Observación y comprensión del trastorno, técnicas de control físico, reestructuración cognitiva y exposición interoceptiva (exposición a las sensaciones físicas del pánico). A esto habría que añadir un quinto componente, la exposición, que se dirige al tratamiento de la agorafobia.

- 1 Observación y comprensión del trastorno:** El objetivo de este componente es establecer las bases para la reestructuración cognitiva mediante la observación y la información objetivas. Por un lado, introduce las diferencias entre las crisis de ansiedad y la ansiedad generalizada, el estrés y el papel que desempeña cada uno en el comienzo y mantenimiento del trastorno

Por otro lado, a través de los auto-registros, introduce la observación objetiva de las sensaciones y situaciones que desencadenan las crisis. Su práctica es fundamental a la hora de evaluar las recaídas, ya que por su efecto depresivo, tienden a desvirtuar los avances realizados.

La comprensión del modelo de las crisis de ansiedad y de lo que no puede pasar como consecuencia de la ansiedad, disminuye el miedo lo suficiente como para enfrentarse a la exposición.

- 2 Las técnicas de control físico** que se utilizan en este modelo son la respiración diafragmática y el entrenamiento en relajación muscular. No se pretende que estas técnicas se utilicen para reducir o "controlar" las crisis de ansiedad, sino para disminuir el estado general de activación.

Es decir, tienen más que ver con la ansiedad generalizada y, en todo caso, detectar señales mínimas de ansiedad para poder reducir sus síntomas.

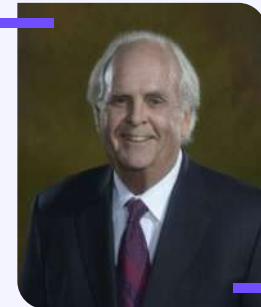
Digamos que tienen una finalidad más preventiva y que sólo surten efecto si se practican de forma regular (y no cuando se tienen crisis).

- 3 La reestructuración cognitiva** pretende identificar las distorsiones cognitivas que acompañan al trastorno de pánico y reevaluarlas para contrastar el peligro real. Una pregunta típica de esta fase puede ser: "¿Cuál es la probabilidad de que te dé un infarto?". Esta pregunta supone: haber identificado ese pensamiento, comprender lo que es un infarto y haber conseguido información sobre el tema.

- 4 La exposición interoceptiva** es quizás el componente más novedoso, ya que supone buscar las sensaciones en lugar de tratar de evitarlas o reducirlas. Se comienza provocando sensaciones de ansiedad en un ambiente controlado, mediante ejercicios diseñados específicamente como hiperventilar o girar en una silla. Después se pide al paciente que lleve a cabo estos ejercicios solo y, finalmente, que busque situaciones que provoquen sensaciones similares a las que teme. El resultado que se persigue es la extinción de la Falsa alarma (crisis de ansiedad).

- 5 La exposición**, por último, se dirige a disminuir o, si fuera posible, eliminar la agorafobia. Estrictamente hablando, no sería necesario utilizarla en el trastorno de pánico sin agorafobia. Su objetivo es impedir las conductas de escape y de evitación que mantienen o agravan el trastorno. La exposición debe ser sistemática y regular, independientemente del estado de ansiedad de un día concreto. Puede ser gradual o implosiva (intensiva).

¿Quién es David. H. Barlow y cuáles son sus aportes al tratamiento del trastorno de pánico?



David H. Barlow es un psicólogo estadounidense conocido por su trabajo en el tratamiento y la investigación del trastorno de pánico. Barlow desarrolló un enfoque de tratamiento cognitivo-conductual para el trastorno de pánico, que se conoce como Terapia de Control de Ansiedad para el Trastorno de Pánico (PAC).

El enfoque de Barlow se basa en el modelo de cuatro factores del trastorno de pánico, que incluye la sensibilización, la evitación, la ansiedad anticipatoria y los síntomas físicos.

Esta terapia ayuda a los pacientes a identificar y controlar los pensamientos y comportamientos negativos que contribuyen a la ansiedad y al pánico. La terapia de Barlow también incluye técnicas de relajación y aprendizaje para ayudar a los pacientes a manejar su ansiedad. Además, Barlow ha desarrollado una terapia para la fobia social, que se conoce como Terapia de Control de Ansiedad para la Fobia Social (SAT).

Actualiza y profundiza tus conocimientos en esta temática

En ADIPA tenemos un programa de estudios que te puede interesar, el **Curso: Técnicas de psicoterapia breve para el Trastorno de Pánico**.

Este curso busca entregar herramientas útiles, actualizadas y prácticas del ejercicio clínico con pacientes que presentan eventos de trastornos de pánico.

Este programa se encuentra dividido en dos módulos. En el primer módulo podrás aprender sobre:

- Conceptos previos.
- El uso de la metáfora.
- Búsqueda transderivacional parte 1.
- Búsqueda transderivacional parte 2.
- Crisis y trastorno de pánico parte 1.
- Crisis y trastorno de pánico parte 2.

En cambio en módulo dos se repasan temáticas como:

- Modelo de tratamiento sistémico: paciente.
- Modelo de tratamiento sistémico: familia
- Modelo de tratamiento sistémico: proceso clínico.
- Protocolo de intervención sistémica: sesión 1, parte 1.
- Protocolo de intervención sistémica: sesión 1, parte 2.
- Protocolo de intervención sistémica: sesión 1, parte 3.
- Protocolo de intervención sistémica: sesión 2, parte 1.

- Protocolo de intervención sistémica: sesión 2, parte 2.
- Protocolo de intervención sistémica: sesión 2, parte 3.
- Protocolo de intervención sistémica: sesión 3.
- Protocolo de intervención sistémica: sesión 4.
- Protocolo de intervención sistémica: sesión 5.
- Protocolo de intervención sistémica: sesión 6.
- Críticas al tratamiento.



Capítulo 3



Psicoeducación



¿Cómo llevar a cabo la psicoeducación?

Desde el modelo cognitivo conductual, se conoce como *psicoeducación* al proceso que el terapeuta aporta información al paciente con la intención de que éste entienda determinados fenómenos psicológicos.

Esta información permite al paciente comprender sus problemas, dando una explicación sobre el origen de los mismos y, sobre todo, qué hace que se mantengan en la actualidad.

En esta fase también se aporta información de cuáles van a ser los procedimientos utilizados para el tratamiento y su efectividad, así como la probabilidad de cambio esperada, y los roles y las tareas que van a llevar a cabo terapeuta y paciente.

Desde la perspectiva cognitiva este proceso se realiza aportando información, pero sobre todo a través de preguntas que ayuden al paciente a entender su situación y cómo afrontarla (método socrático).

Sería como ayudar al paciente a pensar dónde debe poner los ladrillos si quiere una casa que le guste, antes que indicarle nosotros dónde debe poner esos ladrillos.

Este enfoque no prescriptivo permite sentar las bases para una mejor reestructuración cognitiva, así como una mejor colaboración al señalar la conveniencia de practicar ejercicios de exposición.



Principales ideas a transmitir al sujeto

Tras reconocer qué síntomas son los que experimenta con mayor frecuencia, se puede preguntar cómo reacciona ante los mismos o qué repercusiones han tenido para él, comprobando de este modo las formas de evitación/escape que ha desarrollado hasta ahora y el deterioro funcional actual.

Para ello, se le puede pedir al consultante que relate su última crisis de ansiedad que vivió (o la peor que tuvo) y qué pensaba o se imaginaba que le estaba sucediendo. A partir de los síntomas relatados y de lo que estos representen para él, se puede elaborar listado de síntomas físicos y cognitivos que definen las crisis de ansiedad.

- 1 El tratamiento comienza explicando al paciente qué es una crisis de ansiedad, cuáles son sus síntomas y en qué consiste el trastorno de pánico y la agorafobia.
- 2 Es muy poco probable que se cumplan los mayores temores del paciente (p. e., asfixiarse, tener un infarto, volverse loco o desmayarse).
- 3 La necesidad de la autoobservación de los propios síntomas y la utilidad de los autorregistros en dicha tarea.
- 4 Diferencia entre la ansiedad generalizada o anticipatoria y las crisis de ansiedad, así como su interacción.
- 5 Los tres componentes de la respuesta de ansiedad (fisiológico, cognitivo y conductual), cómo interactúan entre sí, y cómo se pueden abordar con el tratamiento propuesto.
- 6 La crisis de ansiedad actúa como una falsa alarma de la respuesta de huida/lucha/paralización que se asocia a determinadas sensaciones, actividades, situaciones o lugares.

Conclusión

La terapia breve también reduce el número de sesiones necesarias para lograr resultados satisfactorios, lo que permite a los terapeutas tratar a más pacientes en un período de tiempo mucho más corto.

A lo largo de este ebook pudimos abordar el trastorno de pánico con la finalidad de entender algunos aspectos claves.

Esperamos que este material haya sido un espacio para visibilizar la importancia de tratar este trastorno y profundizar en un tipo de terapia que se presenta como una opción viable y actualizada.

Es importante tener en cuenta que esta propuesta se presenta como un texto informativo centrado en la perspectiva de la Terapia Breve, siempre teniendo en cuenta de que existen

Este ebook no pretende ser una guía de tratamiento, sino una propuesta basada en la evidencia que debe ser evaluada críticamente y balanceada con el contexto de cada persona y la complejidad propia de cada paciente.

Si bien la terapia breve puede ser una opción viable y actualizada para muchas personas, siempre es recomendable buscar el asesoramiento y la orientación de un profesional de la salud mental capacitado y con experiencia antes de tomar cualquier decisión sobre el tratamiento del trastorno de pánico.

Esperamos que este material haya sido un espacio para visibilizar la importancia de tratar este trastorno y profundizar en un tipo de terapia que se presenta como una opción eficaz y accesible para muchas personas.



Referencias

- American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™ (5th ed.). American Psychiatric Publishing, Inc.
- BARLOW, D.H. (2002). Anxiety and Its Disorders, Second Edition: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic. Nueva York: Guilford Press.
- BARLOW, D.H.; RAFFA, S.D. y COHEN, E.M. (2002). Psychosocial treatment for panic disorder, phobias and generalized anxiety disorder. En Nathan, P.E. y Gorman, J.M. (Ed.). A guide to treatments that work (Second ed.). Oxford: Oxford University Press.
- BARLOW, D.H., y CRASKE, M.G. (1989). Mastery of your anxiety and panic. Albany, NY: Graywind.
- P. MORENO y Julio C. Martín. (2007). TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DEL TRASTORNO DE PÁNICO Y LA AGORAFOBIA. Manual para terapeutas .Editorial Descleé De Brouwer, S.A., 2007 Henao, Bilbao.

Academia Digital de Psicología y Aprendizaje

Adipa es una reconocida plataforma de aprendizaje online en el área de psicología y salud mental. Estamos comprometidos a impactar positivamente la salud mental del mundo, a través de tecnología y educación.

Transformamos la experiencia de aprendizaje a través de programas de estudios **100% online**, los cuales cuentan con altos estándares de calidad enfocados en potenciar tus conocimientos y habilidades en el área de psicología y salud mental.

Queremos mejorar la accesibilidad a la educación y romper las barreras geográficas e idiomáticas.

¿Por qué estudiar en Adipa?

Cuerpo docente

Aprende de académicos reconocidos internacionalmente. Buscamos enseñar la teoría en el contexto de los desafíos del mundo real.

Metodología flexible

Nuestra experiencia de aprendizaje online, te permitirá adaptar los estudios a tus compromisos de la vida cotidiana. Ya sea que elijas sincrónico o asincrónico, encontrarás una fuente enriquecedora de conocimiento.

Beneficios

A lo largo de tus estudios, tendrás acceso a nuestros servicios de biblioteca virtual, con recursos electrónicos y numerosos libros. También, podrás acceder a seminarios gratuitos y acompañamientos técnico durante el proceso formativo.

Te invitamos a conocer nuestra Escuela en Salud Mental InfantoJuvenil



Domina las habilidades con un Aprendizaje profundo y con enfoque práctico

- Conoce y comprende las problemáticas propias del desarrollo y el crecimiento de los niños, niñas y adolescentes.
- Desarrolla habilidades para ejecutar procesos terapéuticos clínicos según las teorías psicológicas actuales.
- Aprende técnicas de diagnóstico y evaluación psicosocial que se podrán utilizar durante el trabajo clínico con niños y jóvenes.
- Identifica factores de riesgo y aplica un abordaje integral de conductas de riesgo.

[Suscríbete a la Escuela Aquí](#)