



TRASTORNO DE PÁNICO:
UNA GUÍA PARA PROFESIONALES

FABIÁN MAERO

PSYCIENCIA

Trastorno de pánico: Una guía para profesionales

Por: Fabián Maero

Psyciencia.com

Licencia Creative Commons:

Atribución – No Comercial (by-nc): Se permite la generación de obras derivadas siempre que no se haga con fines comerciales. Tampoco se puede utilizar la obra original con fines comerciales. Esta licencia no es una licencia libre.

CRÉDITOS

Sobre el autor:

Fabián Maero es psicólogo especializado en el conductismo y terapias contextuales. Es miembro de la *Association for Contextual Behavioral Sciences* y coautor del libro: *Tratamiento breve de Activación Conductual para la Depresión*, Ed. Akadia, 2015. Fabián actualmente atiende pacientes y entrea a terapeutas en la Terapia de Aceptación y Compromiso, y es profesor invitado en los cursos de Terapia Cognitivo Conductual de la Universidad de Buenos Aires.

Sobre Psyciencia

Psyciencia es una publicación online especializada a la difusión de la psicología basada en la evidencia, incluyendo terapéuticos y neurocientíficos.

Editor General: David Aparicio

Editora Asociada: Alejandra Alonso

Editora de Contenidos: Maria Fernanda Alonso

Síguenos en: [Facebook](#) y [Twitter](#) o contáctanos a través de un email: escribenos@psyciencia.com

Imagen de portada: Unsplash.com

Agradecimientos especiales: Carolina Principi, María Inés Mathot y Rebolé, y Victoria Soler.

CAPÍTULO 1

EL TRASTORNO PÁNICO

El dios griego Pan era de baja estatura, feo, y su aspecto podía considerarse humano sólo si se hacía omisión de sus orejas, cuernos, patas y barba de cabra (Papakostas, Eftychiadis, Papakostas, & Christodoulou, 2003). Refiere Robert Graves que “era en general tranquilo y perezoso, nada le agradaba más que la siesta y se vengaba de quienes le perturbaban lanzando un fuerte y súbito grito desde un bosque o una gruta, que les erizaba el cabello.” (Graves, 2005). Su aspecto, y en particular este grito, infundían terror y hacían huir a quienes se encontraran cerca de él: humanos, ninfas e incluso dioses. A pesar de que el dios Pan fue oficialmente declarado muerto por Plutarco hace siglos ya, la denominación de “terror pánico”(o simplemente “pánico”), es decir, el terror infundido por Pan, ha sobrevivido hasta nuestros días.

El grito de Pan era súbito, inesperado, aterrorizaba a los seres vivos, que invariablemente intentaban escapar de su influjo, y sin embargo, fuera de su espeluznante grito, Pan no tenía armas ni causaba daño alguno.

Estas características enumeradas por la mitología son similares a las que presenta el Trastorno de Pánico [TP]. El primer criterio para el diagnóstico de TP según el DSM-IV (APA 1994), es la repetición de ataques de pánico inmotivados, inesperados, no desencadenados por la exposición a una determinada situación o estímulo. Sin embargo, a medida que se consolida la patología, esta condición azarosa suele disminuir y los ataques tienden a producirse cada vez con mayor frecuencia en determinadas situaciones y no en otras.

Además de la presencia de ataques de pánico, otros criterios necesarios para el diagnóstico de este trastorno son:

- La aprensión respecto a sufrir un nuevo ataque de pánico.
- La preocupación persistente respecto a las consecuencias que tendría un nuevo ataque de pánico (perder el control, volverse loco, exponerse a una situación embarazosa, etc).

- Un cambio significativo de comportamiento a causa de los ataques (vg. mayor número de chequeos médicos, faltar al trabajo, alejarse de ciertos lugares, etc.).

Para el diagnóstico diferencial se debe descartar que los ataques sean debido a sustancias o a enfermedades médicas (vg. bebidas estimulantes, enfermedades cardíacas), y también se debe descartar cualquier otro cuadro psicológico que explique mejor los síntomas (por ejemplo: Trastorno de Ansiedad Social, Trastorno de Ansiedad Generalizada, Trastorno Obsesivo Compulsivo, Trastorno por Estrés Postraumático, Trastorno por Ansiedad de Separación)

Este cuadro presenta un fuerte componente de activación somática y una constante preocupación de cuándo sucederá el siguiente ataque de pánico.

CAPÍTULO 2

ETIOLOGÍA

Si bien el TP se considera un trastorno adquirido (miedo aprendido), existen algunas vulnerabilidades asociadas y predictoras. El modelo de “triple vulnerabilidad” utilizado por Barlow (Allen, McHugh, & Barlow, 2008), conceptualiza los trastornos de ansiedad como proviniendo de tres vertientes: una vulnerabilidad general biológico-genética a desarrollar ansiedad; una vulnerabilidad psicológica general; una vulnerabilidad psicológica específica.

La primera categoría es la vulnerabilidad biológica-genética. En este particular, se ha encontrado evidencia de la existencia de una vulnerabilidad biológica para el desarrollo del TP, con un riesgo de transmisión familiar entre el 3.4% y el 17%. En estudios recientes, clasificando a los pacientes según su respuesta al Dióxido de Carbono (CO₂) o en la edad de inicio, se observó una variabilidad significativa en el riesgo de contraer TP en los familiares en primer grado.

Dentro de la segunda categoría se incluye la “sensibilidad a la ansiedad”, concepto que refiere a la creencia en que las emociones y sensaciones corporales relacionadas con la ansiedad son dañinas y potencialmente peligrosas (Zvolensky & Schmidt, 2007). La sensibilidad a la ansiedad es un factor componente de la ansiedad como rasgo, pero sin embargo, su valor predictivo del desarrollo de TP parece ser independiente de aquél (Li & Zinbarg, 2007).

Esto es consistente con el creciente consenso que se ha desarrollado en los últimos años respecto al rol que juega en los trastornos psicológicos la evitación de experiencias internas (emociones, recuerdos, pensamientos, etc.; véase Hayes et al, 1996), que son consideradas “indeseables”, generando así un intento de supresión de la experiencia, lo cual, por regla general, tiene como resultado el incremento de las emociones negativas (si bien la mayor parte de los experimentos se han realizado con supresión de pensamientos la evidencia sugiere un proceso similar con el resto de las experiencias internas; para un meta-análisis véase Abramowitz, Tolin, & Street, 2001).

Sobre esta base, la tercer categoría de vulnerabilidad, la vulnerabilidad psicológica específica, hace referencia a episodios de aprendizaje concretos, que vinculan la sensibilidad a la ansiedad a experiencias internas o externas específicas, ligando las predisposiciones biológicas y psicológicas generales a condiciones psicológicas específicas, y determinando así la especificidad del trastorno. Esto es, la predisposición ansiosa se objetiva en un trastorno particular, según qué parte de la experiencia ansiosa sea considerada peligrosa: en el TOC lo amenazante serán los pensamientos intrusivos, en TEPT los recordatorios del evento; en el TP, finalmente, lo amenazante estará asociado a las sensaciones físicas de la ansiedad.

CAPÍTULO 3

EPIDEMIOLOGÍA

La mayoría de los estudios muestran una prevalencia del TP más alta en mujeres que en varones, siendo de 2 a 1 para los AP y de 1,5 a 1 en el caso de TP. La edad promedio de inicio del trastorno es alrededor de los 20 años (Wittchen and Essau, 1993).

El TP puede ser una enfermedad muy discapacitante con alto impacto en el desarrollo de la vida diaria, social y laboral del paciente, afectando profundamente su calidad de vida. Tanto el TP como la agorafobia parecen tener una evolución crónica con una fluctuación donde aumentan o se minimizan los síntomas pero sin remisión completa. En un estudio longitudinal en el que se realizó un seguimiento, al cabo de 3 años solo el 10% estaba exento de sintomatología (Noyes, 1990), mientras que en otro se observó que sólo el 12% remitió completamente luego de 5 años (véase Faravelli, 1995).

La presencia de agorafobia en el TP es muy común, rondando entre el 30% y el 58% según los estudios. También hay una alta comorbilidad entre el TP y otros Trastornos de Ansiedad, como el 20-75% en el caso del TAS, (Pelissolo and Lepine, 1998), 20% con TAG, 14% con TOC y 6% en el TEPT (Goisman, 1994).

Respecto a los trastornos del humor, El Trastorno Depresivo Mayor [TDM] es la comorbilidad más frecuente para el TP, yendo del 30 al 60% (Merikangas, 1996), si bien hay discusión acerca del orden de inicio, esto es, si es el TP lo que desencadena el TDM o si es a la inversa.

Finalmente, el abuso de sustancias es otra comorbilidad común al Pánico, alrededor del 36%. En su mayoría los abusos de sustancias parecen ser secundarios al TP y puede interpretarse como una auto-medicación, en un intento del paciente de regular la ansiedad con alcohol o drogas que inhiban el sistema nervioso. (Marshall, 1997; Swendsen, 1998; Merikangas, 1998).

CAPÍTULO 4

PRESENTACIÓN CLÍNICA

A continuación revisaremos los distintos componentes del TP; en la práctica clínica la importancia relativa de los componentes varía en cada caso particular, y por esto es necesario en la evaluación tener en cuenta todas estas características, incluso aquellas que sólo estén presentes secundariamente.

Ataque de pánico

El ataque de pánico[AP] se describe como un episodio de miedo o terror intenso que usualmente se dispara y llega a su pico máximo en no más de 10 minutos. Según su disparador podemos identificar tres tipos de AP:

- Inesperado: sin un motivo o estímulo identificable
- Situacional: generados siempre luego de la exposición a un estímulo concreto.
- Relacionado con una situación: la exposición a una situación determinada aumenta la probabilidad, pero no desencadena siempre el AP.

Durante un AP se pueden presentar los siguientes síntomas:

- Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca.
- Sudoración
- Temblores o sacudidas.
- Sensación de ahogo o falta de aliento.
- Sensación de atragantarse.

- Opresión o malestar torácico.
- Náuseas o molestias abdominales.
- Inestabilidad, mareos o desmayos.
- Parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo)
- Escalofríos o sofocaciones.
- Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo).
- Miedo a perder el control o volverse loco.
- Miedo a morir.

El DSM IV requiere que se presenten al menos 4 de estos síntomas para considerarlo un AP completo; con menos de 4 síntomas se considera ataque de pánico limitado.

Un AP debe contener el elemento emocional-cognitivo del miedo a morir, volverse loco o sólo la experiencia de terror, pero también debe estar presente el elemento fisiológico de la actividad autonómica elevada (vg. las palpitaciones). Un episodio que reúna algunas características de un AP, pero sin la activación autonómica podría estar indicando ansiedad anticipatoria antes que pánico propiamente dicho (Barlow, 2004).

Otra característica es el carácter agudo del episodio: los síntomas deben comenzar de manera abrupta y alcanzar su pico máximo en un lapso de alrededor de 10 minutos; si entre el inicio y el punto álgido transcurre un tiempo significativamente más prolongado se debe considerar otro trastorno.

Como ya mencionamos, los AP son picos de ansiedad que pueden presentarse en diversos trastornos, según el disparador involucrado. Por este motivo, es necesario diferenciar en qué cuadro se presenta, ya que la distinción diagnóstica es lo que permitirá un abordaje de tratamiento más eficaz y preciso.

El AP es un síntoma, una crisis, y en sí mismo no constituye un diagnóstico, ni tampoco es suficiente para diagnosticar TP, ya que se puede presentar en diferentes trastornos (TP, Fobia específica, Trastorno de Ansiedad Social[TAS], Trastorno por Estrés Postraumático[TEPT], e incluso en trastornos depresivos), por lo cual es necesario dis-

tinguir cuáles son los disparadores del ataque de pánico. Por ejemplo, los ataques dentro del TAS se producen al exponerse a situaciones sociales de evaluación; en el caso del TEPT, se producen en presencia de recordatorios del evento traumático; en la fobia se dan en presencia del objeto temido, etc. Lo central y característico en el caso del TP es que los AP parecen no tener disparador externo alguno.

La frecuencia de los AP en el TP es variable según el individuo: puede sufrirse uno por día o uno por año. Como hemos señalado, a medida que pasa el tiempo y el trastorno se consolida, las estrategias de evitación del paciente pueden disminuir la cantidad de ataques de pánico. Barlow (Barlow, 2004), señala que en ocasiones, con el paso del tiempo disminuye el contenido cognitivo de pánico durante las crisis, y permanece en mayor medida la sintomatología física.

Agorafobia

La agorafobia es una especificación del TP según el DSM-IV. El TP puede estar acompañado o no de agorafobia -si bien en casi todos los casos la encontramos al menos en grado leve.

La agorafobia consiste en que ciertos lugares o situaciones se vuelven disparadores de ansiedad, lugares en los cuales la persona agorafóbica considera que podría sufrir un AP o síntomas relacionados al pánico, con las posibilidades de huida y disponibilidad de ayuda reducidas. Por este motivo, esas situaciones son progresivamente evitadas. La agorafobia en sí misma es un componente distinguible del TP, e incluso es posible que se desarrolle agorafobia sin que el individuo llegue jamás a cumplir criterio para TP. La agorafobia sin trastorno de pánico es relativamente infrecuente en la población clínica, pero los estudios en la población general han mostrado que es más frecuente de lo que cabría suponer, e incluso algunos hallazgos señalan que en la población general la prevalencia de la agorafobia sin trastorno de pánico es más alta que la de TP (Hayward & Wilson, 2007). Ha habido un fuerte debate respecto de si las crisis de pánico generan la agorafobia, si es la predisposición agorafóbica la que genera eventualmente las crisis de pánico o si se trata de mecanismos distintos (para una revisión véase Hayward & Wilson, 2007; Faravelli & Paionni, 2001).

En la evaluación clínica es necesario distinguir la agorafobia de las evitaciones específicas que caracterizan a otros trastornos de ansiedad. Por ejemplo, evitar concurrir a un

teatro por miedo a los gérmenes es un comportamiento más característico de un Trastorno Obsesivo-Compulsivo; no concurrir a una fiesta porque hablar con otras personas genera malestar es característico de un Trastorno de Ansiedad Social. En cambio, si bien una persona con agorafobia puede evitar ir a un teatro o concurrir a una fiesta, esto es debido al temor a sufrir un AP, o a experimentar reacciones asociadas al pánico (desmayo, diarrea), estando alejada del ámbito en el cual se siente segura.

Las respuestas frente a la situación que genera agorafobia son básicamente tres (lo cual da cuenta de la reducción del repertorio comportamental que implica):

- Tolerar la situación o lugar soportando altos niveles de malestar.
- Tolerar la situación o lugar solamente si se está acompañado por un conocido o medida de seguridad.
- Evitar lisa y llanamente la situación o el lugar.

De acuerdo a su severidad, la agorafobia puede ir desde un malestar moderado que no impide las actividades cotidianas, hasta los casos más severos, en los que la persona se ve limitada a un radio reducido en torno a su hogar, o es completamente incapaz de alejarse del mismo. La agorafobia severa se asocia con un peor pronóstico y con resultados de tratamiento más pobres (Bitran, Morissette, Spiegel, & Barlow, 2008).

Para la evaluación clínica, utilizar una escala de perturbación de cada una de estas evitaciones (esto es, cuánto malestar generaría exponerse a la situación o señal evitada) permite crear una secuencia de trabajo.

Ansiedad anticipatoria

La aprensión respecto a sufrir un nuevo AP en ocasiones puede ser la característica dominante en el TP (incluso a expensas de los propios ataques de pánico, véase la nota 1), y a la vez, es esta expectación ansiosa la que dispara tanto la agorafobia como las medidas de seguridad.

Medidas de seguridad

Las medidas de seguridad son acciones de evitación que el sujeto realiza para sentirse más seguro (acompañarse de una persona, llevar un amuleto, una píldora de la medicación o el nro. de celular del terapeuta). Es necesario que el terapeuta esté atento a las medidas de seguridad (que pueden ser tan sutiles o inocuas como llevar un blíster vacío de medicación), al evaluar la exposición terapéutica, y no dar por terminado el tratamiento si aún persiste alguna de ellas, por más que no sea notable ni molesta, ya que su eventual presencia o ausencia puede desencadenar una crisis de ansiedad, y con ella la sensación de pérdida de control por parte del paciente y la recaída.

Evitación interoceptiva

Los pacientes con este trastorno se vuelven extremadamente reactivos a sus estados fisiológicos (Barlow, 2004): si pensamos que se trata de un episodio imprevisible e inexplicable (baste considerar que al menos un cuarto de los ataques de pánico tiene lugar mientras el individuo está durmiendo), para el individuo, un episodio en el que vivencia un pánico intenso acompañado de palpitaciones, sudoración, mareos, etc., podemos comprender que una sola de estas experiencias baste para generar el conocido y característico miedo al miedo o miedo al pánico, expresión que alude al temor a volver a sentir las sensaciones psicológicas y corporales asociadas al AP. Faravelli y Paionni (Faravelli & Paionni, 2001), hablan de “hipocondriasis” para referirse a la ansiedad e hipervigilancia respecto a las sensaciones físicas que se vuelve habitual para los individuos con TP. En general las investigaciones muestran que las personas con TP son más propensas a interpretar sensaciones corporales de modo catastrófico y prestar más atención a palabras que representan amenaza física o catástrofes. (Craske & Barlow, 2008).

Por este motivo pueden aparecer además de las evitaciones de lugares, conductas evitativas respecto a sustancias o actividades que provoquen sensaciones físicas similares a las producidas por los síntomas de pánico (por ejemplo, aumento de la frecuencia cardíaca o sudoración). Esto sucede cuando el individuo realiza una atribución causal entre la actividad y el AP. Algunas sustancias o actividades que entonces pueden ser evitadas son, por ejemplo: la ingesta de café o alcohol, ejercicio físico, relaciones sexuales, discusiones, bailes, etc. Debido a los intentos constantes de evitar la situación temida, el círculo vital del paciente se va restringiendo progresivamente, a medida que

más y más lugares y actividades se convierten en potenciales disparadores de las crisis.

Desmoralización

La sintomatología del TP puede ser tan incapacitante para el paciente, que hasta en un 30% de los casos se desarrollan sentimientos de tristeza, culpa o anhedonia (Faravelli & Paionni, 2001). Estos síntomas generalmente se originan de manera reactiva a los síntomas del TP, sin embargo, debido a la alta comorbilidad de los trastornos de ansiedad, siempre se debe descartar la posible presencia de un trastorno depresivo independiente del TP.

CAPÍTULO 5

PLANEAMIENTO DEL CASO

Una vez confirmado el diagnóstico de TP, puede ser útil organizar el cuadro para un paciente en particular de acuerdo a la mayor o menor importancia de sus componentes principales: cognitivos, comportamentales y somáticos/fisiológicos, para determinar la relación entre el pánico, la evitación y los patrones comportamentales, ya sea respecto a señales externas o internas. Esto permite identificar las estrategias y especificidades de cada paciente, como así también planificar los pasos que seguirá el tratamiento.

Componentes cognitivos

- Pensamientos y creencias acerca de cuál es la causa del ataque y cuáles pueden ser sus consecuencias.

Componentes conductuales

- Medidas de seguridad: todas ellas, incluyendo las que parezcan inocuas.
- Evitación agorafóbica: todos los lugares o situaciones.
- Evitación interoceptiva: sensaciones físicas similares al pánico (varían en cada paciente).
- Distracción: evitación sutil y persistente para evitar los ataques.

Componentes fisiológicos

- Manifestaciones físicas en el caso particular. Dado que pueden ser disparadores de las crisis, es preciso identificar qué señales internas generan ansiedad respecto a sufrir una nueva crisis.

Tratamiento

La utilización de teorías y protocolos de tratamiento con base empírica permite intervenciones eficaces, y en este contexto, el análisis de los componentes activos es la guía que permite adaptar el tratamiento a las particularidades de cada caso.

Existen diversos protocolos y modelos explicativos para los trastornos de pánico con o sin agorafobia, pero ciertos elementos son compartidos por los tratamientos mejor reconocidos y validados.

Psicoeducación

Como en todos los trastornos, el componente psicoeducativo es importante en el TP. Principalmente la psicoeducación deberá orientarse hacia normalizar los síntomas del paciente y proporcionar información adecuada respecto a qué puede esperar del tratamiento.

Exposición

La exposición es un componente fundamental en todos los protocolos de tratamiento para el pánico. De acuerdo a las características y pericia del terapeuta puede elegirse una exposición gradual o por el contrario, recurrir a exposiciones intensas, de manera continua o más espaciada (una opción respecto al espaciado de las exposiciones es comenzar con exposiciones masivas para ir espaciándolas a medida que progresa el tratamiento (esta modalidad se ha probado para fobias específicas, pero aún no para pánico). En cualquiera de sus formas, el paciente se debe exponer a las situaciones evitadas, como puede ser ir al cine, estar solo en una plaza, ir a un shopping, etc. Pero también dentro de la lista de exposición se debe incluir la exposición interoceptiva, esto es, la exposición a las sensaciones físicas que el paciente asocia al pánico.

Es necesario que al diseñar la exposición el terapeuta permanezca atento al uso de medidas de seguridad de toda índole, tanto externas (“talismanes”), como internas (medidas de distracción como contar, rezar, etc.), ya que el éxito de la exposición se obten-

drá sólo si el paciente se expone completamente, sin reservas ni subterfugios para disminuir su ansiedad. Una sugerencia es identificar y listar todas las medidas de seguridad utilizadas habitualmente por el paciente (cuidando no omitir aquellas tan incorporadas por la rutina que resultan casi imperceptibles para él mismo).

Asimismo, se debe tener en cuenta la utilización de recursos terapéuticos para controlar la ansiedad. Tanto la medicación como los recursos tales como técnicas de relajación, respiratorias o de stop al pensamiento pueden convertirse en medidas de seguridad y de este modo interferir con la exposición. Nuevamente, insistimos en el punto anterior, la exposición no puede realizarse a medias: puede graduarse a qué situación exponerse, pero una vez en la situación, el paciente debe tolerar la ansiedad sin utilizar ningún recurso (podríamos decir que exponerse es como saltar: no existe tal cosa como un medio salto, se está en el aire o no).

Evitación experiencial y estrategias de aceptación en el tratamiento

Algunos desarrollos actuales en el tratamiento de TP están vinculados a las terapias conductuales de tercera generación (ACT, DBT, FAP), y al uso de componentes ligados a la aceptación y el cambio orientado según valores personales.

Siguiendo a Hayes et al. (Hayes, Wilson, Gifford, Follete, & Stroschal, 1996), se considera el concepto de evitación experiencial como una dimensión fundamental en la conceptualización de los trastornos psicológicos (para una revisión véase Neharika & Ostafin, 2007). La evitación experiencial se compone básicamente del rechazo a experimentar experiencias internas aversivas (pensamientos, emociones, sensaciones físicas, etc.), y de las acciones llevadas a cabo para alterar o alejar las situaciones o eventos que las generan.

Dentro de esta línea, el uso de estrategias basadas en Aceptación y Mindfulness, toma como blanco los numerosos (y generalmente contraproducentes) intentos del paciente de alterar la frecuencia o la forma de las experiencias internas desagradables, ya sea mediante estrategias externas (agorafobia, evitaciones), o internas (distracción, supresión, pérdida de contacto con el momento presente). La línea general de acción, a diferencia de la TCC tradicional, consistirá entonces en el énfasis otorgado al contacto con el presente y la aceptación de los contenidos internos en tanto tales, al tiempo que se llevan a cabo acciones guiadas por los valores personales.

Psicofármacos

Respecto a la medicación, las investigaciones han mostrado que es similarmente efectiva a la terapia psicológica, pero los resultados de esta última se mantienen una vez terminado el tratamiento y en los follow-up a 6 y 12 meses, mientras que los efectos del tratamiento con medicación empiezan a decaer al retirar la misma.

Particularmente en nuestro país, el uso de benzodiacepinas está altamente extendido para los trastornos de ansiedad. Además de los efectos secundarios conocidos (particularmente los fenómenos de habituación y dependencia), los estudios muestran que el uso de benzodiacepinas interfiere con los efectos a largo plazo de la exposición. Esto está asociado al uso de las benzodiacepinas como medida de seguridad, y con el reforzamiento de la idea de que la ansiedad es peligrosa y debe ser controlada (lo cual viene a confirmar la vulnerabilidad previa).

CAPÍTULO 6

GUÍA PARA LA EVALUACIÓN DEL AP

Questionario

1. ¿Cuándo fue la última ocasión en que experimentó esos síntomas?

2. ¿Cuándo fue el primer episodio (o el más antiguo que recuerde)?

3. ¿Qué síntomas de los siguientes refiere haber padecido el paciente?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Náuseas, molestias abdominales | <input type="checkbox"/> Temblores | <input type="checkbox"/> Miedo a volverse loco |
| <input type="checkbox"/> Mareos, desmayos | <input type="checkbox"/> Sudoración | <input type="checkbox"/> Miedo a morir |
| <input type="checkbox"/> Escalofríos, sofocación | <input type="checkbox"/> Sensación de ahogo | <input type="checkbox"/> Desrealización |
| <input type="checkbox"/> Entumecimiento u hormigueo | <input type="checkbox"/> Sens. de atragantarse | <input type="checkbox"/> Despersonalización |
| <input type="checkbox"/> Palpitaciones, taquicardia | <input type="checkbox"/> Opresión en el pecho | <input type="checkbox"/> Otros: |

Tiempo transcurrido desde el inicio de la crisis hasta alcanzar el pico:

4. ¿Qué piensa de sí mismo como consecuencia de los ataques? (ej. se siente débil, fuera de control, cobarde, etc.)

Diferencial

5. La crisis es atribuible a:

- | | |
|--|--------------------------|
| a) Café o bebidas estimulantes | <input type="checkbox"/> |
| b) Sustancias | <input type="checkbox"/> |
| c) Medicación (prescrita o de venta libre) | <input type="checkbox"/> |
| d) Enfermedades orgánicas | <input type="checkbox"/> |

6. La crisis es atribuible a:

- | | |
|---|--------------------------|
| a) La exposición a una situación severamente estresante (que puso en riesgo su vida o de un ser querido) | <input type="checkbox"/> |
| b) Un objeto o situación claramente identificable pero no peligroso (vg. un animal inofensivo, estar en un lugar elevado o cerrado, etc.) | <input type="checkbox"/> |
| c) Una situación en la que se ha sentido evaluado socialmente | <input type="checkbox"/> |
| d) No hay una causa identificable | <input type="checkbox"/> |

7. ¿Ha estado constantemente preocupado por la posibilidad de sufrir una nueva crisis?

8. ¿Qué ha hecho o evitado a fin de no sufrir una nueva crisis?

- | | |
|---------------------------------------|--------------------------|
| a) Evitación de lugares o situaciones | <input type="checkbox"/> |
| b) Distracciones | <input type="checkbox"/> |
| c) Evitación de sensaciones físicas | <input type="checkbox"/> |
| d) Medidas de seguridad | <input type="checkbox"/> |

9. ¿Evita o soporta con temor situaciones en las que le sería difícil huir o conseguir ayuda si sufriera un AP o síntomas embarazosos?(agorafobia)

- | | |
|----------------|--------------------------|
| a) No presenta | <input type="checkbox"/> |
| b) Leve | <input type="checkbox"/> |
| c) Moderada | <input type="checkbox"/> |
| d) Severa | <input type="checkbox"/> |

Otras consideraciones

10. De haberla, ¿qué condición externa o interna disminuye la preocupación?

11. ¿Cómo ha sido su estado de ánimo general desde que empezaron las crisis?

12. ¿Qué consecuencias familiares, sociales, laborales, etc., han tenido las crisis?

Guía para el cuestionario

- Puntos 1 y 2: es necesario conocer no sólo el último episodio, sino también el primero. En ocasiones los pacientes no recuerdan cual fue el primero; en ese caso, se debe indagar por el más antiguo que pueda recordar y evaluar si los ataques han cambiado desde entonces (respecto a síntomas, disparadores, agorafobia, etc).
- Punto 3: un AP requiere 4 de estos síntomas. Si hay menos, se debe considerar un AP limitado o bien otro trastorno.
- Punto 4: evaluar qué tan peligrosos son considerados los ataques, y la valoración de sus propios recursos en relación a éstos.
- Punto 5: Ciertas sustancias o enfermedades pueden producir síntomas similares a un AP, esto descarta el diagnóstico de TP. En este punto se evalúa Trastorno de Ansiedad inducido por sustancias o Trastorno de Ansiedad debido a Enfermedad Médica (DSM IV).
- Punto 6: Se evalúa el desencadenante situacional. El punto a) es equivalente al criterio de Trastorno por Estrés Postraumático. Los puntos b) y c) son para identificar una Fobia Específica. El punto d) es característico del Trastorno de Ansiedad Social.
- Punto 7: evalúa la ansiedad anticipatoria respecto a los AP. En el caso de un TP podría haberse presentado una sola crisis en un período de un año, pero con una preocupación constante e invasiva acerca de volver a sufrirla.
- Punto 8: evalúa la modificación comportamental a consecuencia de la crisis. La evitación de lugares o situaciones se refiere a la evitación agorafóbica; distracciones se refiere a la evitación sutil y persistente para evitar los ataques; la evitación de sensaciones físicas (o interoceptiva) se refiere a las similares al pánico (por ejemplo, no hacer ejercicio porque ello aumenta el ritmo cardíaco, no tomar café, etc.); finalmente, las medidas de seguridad son acciones para sentirse más seguro (acompañarse de una persona, llevar un amuleto, un comprimido de clonazepam o el nro. de celular del terapeuta). Incluso los comportamientos evitativos más pequeños deben resolverse antes de finalizar el tratamiento, caso contrario se corre el riesgo de una reactivación sintomática, por lo cual es conveniente ser exhaustivo en la interrogación.

Punto 9: evaluación de la presencia de agorafobia asociada. Leve significa que el paciente realiza sus actividades habituales pero con malestar, y sólo evita lo que no le resulta indispensable; moderada es cuando necesita acompañamiento para ciertas actividades, y su movilidad está restringida a un radio de su hogar; agorafobia severa es la que mantiene a la persona sin poder salir de su casa.

Puntos 10: verificar por posibles mecanismos de afrontamiento o evitativos ocultos.

Puntos 11 y 12: evaluar el impacto del trastorno sobre su humor, entorno y su vida en general.

Resumen

El pánico es un trastorno con alta presencia en la población general, ya sea bajo la forma de AP o de TP. Una buena evaluación, junto con tratamientos basados en exposición permiten terapias eficaces y una recuperación de la funcionalidad de la persona con un alto grado de eficacia.

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders* (4 ed.). Washington.
- Barlow, D. H. (2004). *Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic*. New York: The Guilford Press.
- Campbell-Sills, L., & Barlow, D. H. (2007). Incorporating Emotion Regulation into Conceptualizations and Treatments of Anxiety and Mood Disorders. In J. J. Gross. (Ed.), *Handbook of emotion regulation*. Guilford Press.
- Craske, M. G., & Barlow, D. H. (2008). Panic Disorder and Agoraphobia. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders A step-by-step treatment manual* (4 ed.). Guilford Press.
- (2001). Panic Disorder: Clinical Course, Morbidity and Comorbidity. In C. Faravelli, A. Paionni, E. Griez, C. Faravelli, D. Nutt, & D. Zohar (Eds.), *Anxiety Disorders*. John Wiley & Sons Ltd.
- Hayes, S. C., Wilson, K., Gifford, E. V., Follete, V., & Stroshal, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* (64), 1152-1168.
- Hayward, C., & Wilson, K. (2007). Anxiety sensitivity: a missing piece to the agoraphobia without panic puzzle. *Behavior modification* , 162-173.
- Levitt, J., & Karekla, M. (2005). Integrating acceptance and mindfulness with cognitive behavioral treatment for panic disorder. In S. Orsillo, & L. Roemer, *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety: Conceptualization and treatment*. Springer.
- Neharika, C., & Ostafin, B. (2007). Experiential Avoidance as a Functional Dimensional: An empirical Review. *Journal of clinical psychology* , 63, 871–890.
- Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: Guilford Press