



FUNDACIÓN H. A.
BARCELÓ
FACULTAD DE MEDICINA



TRABAJO INTEGRADOR FINAL CARRERA: LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

DIRECTOR/A DE LA CARRERA:

Dra. Gala Filippis

NOMBRE Y APELLIDO DEL AUTOR:

Mercedes Ahibe

TÍTULO DEL TRABAJO:

Ansiedad y ataques de pánico en población adulta: un estudio desde la Terapia Cognitivo-Conductual

SEDE:

Buenos Aires

DIRECTOR/A DE TIF:

Lic. Romina De Los Santos

FECHA DE PRESENTACIÓN:

Agosto 2026

Sede Buenos Aires
Av. Las Heras 1907
Tel./Fax: (011) 4800 0200
☎ (011) 1565193479

Sede La Rioja
Benjamín Matienzo 3177
Tel./Fax: (0380) 4422090 / 4438698
☎ (0380) 154811437

Sede Santo Tomé
Centeno 710
Tel./Fax: (03756) 421622
☎ (03756) 15401364

Agradecimientos

Quiero expresar mis agradecimientos a todas aquellas personas e instituciones que hicieron posible la realización de este Trabajo Integrador Final en el marco de la Licenciatura en Psicología del Instituto Universitario de Ciencias de la Salud Fundación H.A. Barceló.

En primer lugar, a mi familia -mi mamá, mi papá, mi hermano y mi abuela- por su apoyo constante y por acompañarme en cada etapa de este camino, brindándome la fuerza necesaria para alcanzar este logro. Gracias por su paciencia, por comprender los tiempos y exigencias de este proceso, y por estar presente incluso en los momentos de mayor dificultad. Su confianza en mí, sus palabras de aliento y el sostén emocional que me brindaron fueron fundamentales para continuar avanzando. A ustedes les debo gran parte de este logro, no solo por acompañarme, sino también por enseñarme el valor del esfuerzo, la perseverancia y el compromiso.

A los directivos y al cuerpo docente del Instituto Universitario de Ciencias de la Salud Fundación H.A. Barceló, por su compromiso con la formación académica y profesional, y por generar un espacio de aprendizaje que hizo posible este recorrido.

Asimismo, a mis compañeros de cursada, por el acompañamiento, el intercambio de conocimientos y el sostén mutuo a lo largo de la carrera, que enriquecieron tanto mi formación académica como personal.

Un especial agradecimiento a la Lic. Romina De Los Santos, directora de este Trabajo Integrador Final, por su guía, dedicación y acompañamiento a lo largo de todo el proceso, así como por sus valiosos aportes para el desarrollo de este estudio sobre ansiedad y ataques de pánico en población adulta desde la terapia cognitivo-conductual.

Finalmente, agradezco a la Institución Fernando Ulloa, donde realicé mis prácticas intensivas finales, por abrirme sus puertas y brindarme la oportunidad de adquirir experiencia profesional, enriqueciendo así mi formación profesional en el campo de la psicología.

Asimismo, a los profesionales que allí se desempeñan, por su generosidad al compartir sus conocimientos y por contribuir a mi desarrollo profesional.

A todos ellos, muchas gracias.

Resumen

La ansiedad y los ataques de pánico representan trastornos de alta prevalencia en la población adulta, generando un deterioro significativo en el funcionamiento de las áreas familiar, social y laboral. El presente Trabajo Integrador Final analiza la relación bidireccional entre ambos fenómenos desde el enfoque cognitivo-conductual tradicional y los aportes de la Terapia de Aceptación y Compromiso. Se define la ansiedad según sus componentes fisiológicos, cognitivos y conductuales y se describe el modelo cognitivo de Clark (1986), centrado en las interpretaciones catastróficas de las sensaciones corporales benignas como mecanismo clave en el desarrollo del pánico. Se examinan los procesos de mantenimiento compartidos, como la ansiedad anticipatoria, la hipervigilancia interoceptiva y las conductas de evitación y seguridad. La metodología se enmarca en un estudio de caso único de alcance descriptivo-analítico con enfoque cualitativo. Los datos clínicos se obtuvieron mediante la observación directa de entrevistas de admisión a adultos de 20 a 50 años en la Institución Fernando Ulloa, complementados con herramientas de Inteligencia Artificial para la revisión bibliográfica. A través del análisis funcional y la formulación clínica del caso J., un hombre de 27 años con padecimiento de ataques de pánico cronificados desde hace cuatro años, se ilustra como la rumiación nocturna, el miedo persistente y la evitación experiencial -manifestadas en el consumo ilegal de psicofármacos- perpetúan el malestar ante las exigencias de la adultez. Los hallazgos destacan la eficacia de articular técnicas clásicas (psicoeducación y exposición interoceptiva) con procesos de flexibilidad psicológica orientados a valores, fundamentales para interrumpir el círculo vicioso del pánico y restaurar la autonomía vital del adulto.

Palabras clave: ansiedad, ataques de pánico, población adulta, terapia cognitivo-conductual, terapia de aceptación y compromiso

Abstract

Anxiety and panic attacks are highly prevalent disorders among adults, causing significant impairment in family, social, and occupational functioning. This Final Integrative Project analyzes the bidirectional relationship between these two phenomena from the perspective of traditional cognitive-behavioral therapy and the contributions of Acceptance and Commitment Therapy. Anxiety is defined in terms of its physiological, cognitive, and behavioral components, and Clark's (1986) cognitive model is described, focusing on catastrophic interpretations of benign bodily sensations as a key mechanism in the development of panic. Shared maintenance processes, such as anticipatory anxiety, interoceptive hypervigilance, and avoidance and safety behaviors, are examined. The methodology is based on a single-case study with a descriptive-analytical scope and a qualitative approach. Clinical data were obtained through direct observation of intake interviews with adults aged 20 to 50 at the Fernando Ulloa Institution, supplemented by artificial intelligence tools for the literature review. Through the functional analysis and clinical formulation of Case J. a 27 year old man who has suffered from chronic panic attacks for four years, illustrates how nighttime rumination, persistent fear, and experiential avoidance -manifested in the illegal use of psychotropic drugs- perpetuate his distress in the face of the demands of adulthood. The findings highlight the effectiveness of combining traditional techniques (psychoeducation and interoceptive exposure) with values oriented psychological flexibility processes, which are essential for breaking the vicious cycle of panic and restoring the adult's autonomy in daily life.

Keywords: anxiety, panic attacks, adult population, cognitive-behavioral therapy, acceptance and commitment therapy

ÍNDICE

Agradecimientos.....	2
Resumen.....	3
Introducción.....	6
Justificación.....	8
Objetivos generales.....	10
Objetivos específicos.....	10
Capítulo 1: Estado del arte.....	11
1.1 Innovaciones en clasificaciones y detección mediante la implementación de tecnología.....	11
1.2 Evolución de las intervenciones terapéuticas y su eficacia.....	12
1.3 Perspectivas integrales y contexto social, cultural y económico argentino.....	14
Capítulo 2: Marco teórico.....	16
2.1 La ansiedad desde el enfoque cognitivo-conductual.....	16
2.2 El modelo cognitivo de los ataques de pánico.....	22
2.3 Mecanismos de mantenimiento compartidos.....	25
2.4 Implicaciones clínicas del enfoque cognitivo-conductual.....	26
2.5 Consideraciones complementarias: aportes de la tercera generación.....	28
2.6 Marco conceptual.....	34
Capítulo 3: Metodología.....	35
Capítulo 4: Desarrollo.....	37
4.1 Análisis complementario desde las terapias de tercera generación: aportes de la Terapia de Aceptación y Compromiso al caso J.....	46
Capítulo 5: Conclusión.....	52
Bibliografía.....	54
Anexo.....	57

Introducción

La Organización Mundial de la Salud establece que la edad adulta abarca el ciclo vital que comienza alrededor de los 18 años, tras la adolescencia, y se extiende hasta los 60 años. Este período se define por la madurez biológica, el desarrollo psicosocial autónomo y la asunción de roles sociales de una vida independiente.

La OMS subdivide esta etapa en cinco fases: 1- Adulto joven (20 a 44 años), 2- Adulto medio (45 a 59 años), 3- Adulto mayor (60 a 75 años), 4- Anciano (75 a 90 años) y 5- Anciano longevo (a partir de los 90 años) (Organización Mundial de la Salud, 2025).

La ansiedad actúa como una respuesta emocional normal y adaptativa que permite al individuo anticiparse y enfrentar situaciones potencialmente amenazantes. Sin embargo, cuando esta reacción se acentúa y se vuelve persistente o desproporcionada, deriva en manifestaciones que afectan el bienestar de la persona.

Los ataques de pánico son la manifestación más destacada, caracterizándose por la repentina aparición de un miedo intenso acompañado de síntomas físicos y cognitivos (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

En este sentido, los ataques de pánico no solo implican la aparición de síntomas intensos, sino también la generación de un temor persistente a su repetición, pudiendo dar lugar a conductas de evitación y a una preocupación constante por las sensaciones corporales. Esta dinámica contribuye al mantenimiento del trastorno, afectando significativamente el funcionamiento cotidiano del individuo.

Bajo este enfoque, resulta fundamental comprender los procesos fisiológicos, cognitivos y conductuales asociados a la ansiedad y los ataques de pánico, pues dicho conocimiento es indispensable para desarrollar intervenciones eficaces. Mientras que el modelo cognitivo de Clark (1986) resalta el papel de las interpretaciones catastróficas de las sensaciones corporales de los ataques de pánico, Beck y Clark (1997) subrayan el rol de los esquemas cognitivos disfuncionales en la permanencia de los trastornos de ansiedad.

Desde esta perspectiva, resulta relevante abordar los ataques de pánico considerando la interacción entre factores fisiológicos, cognitivos y conductuales, ya que su comprensión integral permite no solo explicar su aparición, sino también orientar estrategias de intervención más eficaces dentro del ámbito clínico.

La estructura de este estudio contempla inicialmente la identificación de los componentes de la ansiedad, para dar luego paso a la descripción de los modelos del pánico. Posteriormente, se examinarán los mecanismos de mantenimiento compartidos, concluyendo con el análisis de un caso único.

Justificación

Analizar el vínculo entre ansiedad y ataques de pánico en la adultez posee una alta relevancia clínica, tanto por su alta prevalencia como por el impacto significativo de estos cuadros en la vida diaria de quienes los padecen (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014; Barlow, 2002).

La OMS (2025) estima que 359 millones de personas, el 4,4% de la población mundial, padecen trastornos de ansiedad. Resulta relevante destacar que la OMS, en sus reportes internacionales, agrupa los ataques de pánico dentro de estos trastornos al considerarlos partes de su espectro sintomático y no una entidad diagnóstica independiente.

Epidemiológicamente, existe una marcada desigualdad de género; en los trastornos de pánico, se evidencia una prevalencia global del 3,8% en mujeres frente al 1,6% en hombres (Organización Mundial de la Salud, 2025).

En Argentina, el estudio de Stagnaro et al. (2019) confirma esta tendencia en la población adulta: los trastornos de ansiedad afectan al 16,4%, con una incidencia del 20,9% en mujeres frente al 11,5% en hombres.

Desde la Terapia Cognitivo-Conductual la ansiedad se comprende como un fenómeno que integra componentes fisiológicos, cognitivos y conductuales (Beck & Clark, 1997). En este marco, los ataques de pánico se explican a través de los modelos cognitivos que destacan las interpretaciones catastróficas de las sensaciones corporales normales; procesos cognitivos que, junto con las respuestas fisiológicas y las conductas de evitación, sostienen ambos fenómenos.

En este sentido, profundizar la comprensión de los mecanismos vinculantes entre la ansiedad con los ataques de pánico resulta fundamental para favorecer abordajes más precisos, especialmente en población adulta, donde estos cuadros tienden a generar un alto grado de interferencia en la vida cotidiana y en el funcionamiento psicosocial.

En el presente estudio se propone analizar el vínculo entre la ansiedad y los ataques de pánico en población adulta, centrándose en el enfoque de la Terapia Cognitivo-Conductual, con el objetivo de aportar a la comprensión de esta problemática desde un marco teórico que permita

articular los distintos componentes implicados, contribuyendo tanto al ámbito académico como al clínico.

Objetivo general

Analizar la relación entre ansiedad y ataques de pánico en población adulta desde el modelo cognitivo-conductual, considerando los procesos fisiológicos, cognitivos y conductuales implicados en su desarrollo y mantenimiento, mediante el análisis de un caso único.

Objetivos específicos

- Definir la ansiedad desde el enfoque cognitivo-conductual, identificando sus componentes fisiológicos, cognitivos y conductuales.
- Describir el modelo cognitivo de los ataques de pánico identificando el papel de las interpretaciones catastróficas de las sensaciones corporales.
- Examinar los mecanismos de mantenimiento compartidos entre ansiedad y ataques de pánico.
- Analizar las implicaciones clínicas del enfoque cognitivo-conductual y los aportes de la tercera generación para la comprensión e intervención en adulto.

Capítulo 1: Estado del arte

En los últimos años, se han producido avances de significativa relevancia en la comprensión y abordaje de los trastornos de ansiedad y del trastorno de pánico. Estos desarrollos abarcan desde nuevas clasificaciones hasta intervenciones innovadoras y enfoques preventivos. La literatura científica actual destaca la importancia de integrar hallazgos de otras disciplinas para ofrecer tratamientos que no solo reduzcan los síntomas, sino que también atiendan a la complejidad biológica y contextual del individuo.

1.1 Innovaciones en clasificaciones y detección mediante la implementación de tecnología

Ohi et al. (2025) propusieron una clasificación de los trastornos de ansiedad dividiéndolos en tres grandes grupos funcionales según la predominancia de miedo, ansiedad o evitación. Su propuesta es el resultado de una revisión exhaustiva que integra evidencias neurobiológicas, neuropsicológicas y genéticas. El grupo de predominancia de miedo incluye las fobias específicas y la agorafobia; el de predominancia de ansiedad agrupa los ataques de pánico y la ansiedad social; y el de predominancia de evitación se reserva para los trastornos de ansiedad generalizada (TAG).

Este aporte permite superar el diagnóstico descriptivo tradicional para diseñar intervenciones cognitivo-conductuales personalizadas y precisas, priorizando técnicas como la exposición interoceptiva ante el predominio de manifestaciones físicas, o la reestructuración cognitiva cuando prevalecen las distorsiones del pensamiento. Al identificar el perfil biológico subyacente, el terapeuta puede dirigir el tratamiento con mayor precisión hacia los mecanismos específicos que disparan las crisis en la población adulta. En este grupo etario, donde los roles familiares, sociales y laborales son de alta demanda, esta clasificación ayuda a identificar cómo la predominancia de ansiedad o evitación tienen impacto en el mantenimiento de los síntomas y orienta la selección de estrategias terapéuticas más efectivas y adaptadas al contexto vital del paciente.

McGinnis et al. (2024) exploraron el uso de tecnologías digitales y sensores wearables (como el Apple Watch) y datos de redes sociales (Twitter) para predecir la ocurrencia de crisis agudas. Sus resultados indican que es posible anticipar un ataque de pánico con hasta un día de antelación mediante el monitoreo de variables críticas como el estado de ánimo subjetivo, la frecuencia cardíaca en estado de reposo y el nivel de ruido ambiental. Desde la perspectiva

cognitivo-conductual, estos hallazgos resultan de gran interés clínico, ya que facilitan la aplicación de estrategias de prevención antes de que se consolide el círculo vicioso del pánico. Al anticipar la crisis, es posible intervenir sobre la ansiedad anticipatoria y el “miedo al miedo”, permitiendo que el individuo emplee técnicas de regulación interoceptiva antes de alcanzar niveles críticos de activación fisiológica.

Al permitir una detección temprana de las sensaciones corporales y del estado de ansiedad anticipatoria, posibilitando intervenciones preventivas que interrumpen el círculo vicioso descrito por Beck y Clark (1997). En la población adulta, donde las demandas diarias son elevadas enfrentando altos niveles de estrés cotidiano y el tiempo para las intervenciones tradicionales es limitado, estas herramientas potencian la psicoeducación, fortalecen la capacidad de identificar e interrumpir de forma temprana las sensaciones corporales, disminuyendo las interpretaciones catastróficas y la frecuencia de los ataques mejorando la adherencia al tratamiento y los resultados terapéuticos.

1.2 Evolución de las intervenciones terapéuticas y su eficacia

En la implementación de tratamientos breves, Hansen et al. (2026) examinaron en un estudio piloto el programa Bergen Repeated One-Session Treatment (BrOST). Este modelo consiste en una intervención cognitivo-conductual intensiva de solo cuatro sesiones que se va a centrar exclusivamente en técnicas de exposición. Este estudio piloto demostró reducciones clínicamente significativas en la gravedad de los ataques de pánico, reconociendo la importancia de la exposición dirigida. Este programa se posiciona como una opción eficiente y de alto impacto clínico. Resulta especialmente valioso en contextos de recursos limitados o para adultos que necesitan una recuperación ágil que les permita reintegrarse a sus responsabilidades cotidianas. La investigación refuerza la premisa de que la exposición es el componente central para desconfirmar las interpretaciones catastróficas de las sensaciones somáticas.

Los resultados fortalecen la eficacia de las técnicas de exposición propuestas por Clark (1986), demostrando que formatos concentrados pueden producir reducciones significativas en la severidad de los ataques de pánico. Este tipo de intervenciones resulta importante en la población adulta de la sociedad, al adaptarse a limitaciones de tiempo y promover cambios rápidos en los mecanismos de mantenimiento como el miedo al miedo y las conductas de seguridad, mejorando su funcionamiento global e interfiriendo en la cronificación del trastorno.

Desde un enfoque cognitivo-sistémico, Ceberio (2025) analizó los factores de mantenimiento del pánico y la agorafobia, destacando el rol central de las distorsiones cognitivas y los pensamientos automáticos negativos. El autor propone que el trastorno se perpetúa a través de ciclos de retroalimentación donde la interpretación errónea de la realidad genera una respuesta defensiva que, a su vez, confirma el peligro percibido. Para interrumpir estos circuitos, Ceberio sugiere el uso de prescripciones paradójicas y técnicas de desvío. Las prescripciones paradójicas consisten en indicarle al paciente que intencionalmente realice o intensifique el síntoma temido, por ejemplo: programar momentos para preocuparse deliberadamente, con el fin de romper el patrón automático y generar una nueva perspectiva. Las técnicas de desvío, por su parte, lo que buscan es redirigir la atención o modificar el curso habitual del pensamiento y la conducta para que el síntoma pierda fuerza, por ejemplo: en vez de concentrarse en “voy a perder el control” o monitorear su corazón, se le pide que realice una tarea mental compleja, describa de forma detallada objetos del entorno. Ambas estrategias están orientadas a facilitar la reestructuración cognitiva y romper las profecías autocumplidas.

Estas propuestas amplían el Modelo ABC de Ellis (1984) y los modelos de Beck y Clark (1997), interviniendo sobre el síntoma y la lógica interna que sostiene el malestar en el adulto.

Dentro del marco de las intervenciones grupales de orientación cognitivo-conductual Cano-Vindel et al. (2022) lograron validar, a través del programa Proyecto PsicAP, la eficacia de una terapia transdiagnóstica breve diseñada para el tratamiento de trastornos emocionales, entre los que destacan la ansiedad y los ataques de pánico. Este programa se estructura en siete sesiones de noventa minutos de duración; en ellas, se ponen en práctica herramientas fundamentales del modelo -como la psicoeducación, la reestructuración cognitiva, la exposición interoceptiva y la prevención de recaídas- con grupos de entre 8 y 12 integrantes.

Los hallazgos derivados del ensayo clínico aleatorizado son contundentes: integrar esta modalidad de Terapia Cognitivo-Conductual grupal al tratamiento convencional no solo produce mejoras significativas, sino que estas se mantienen en el tiempo, específicamente a los 3, 6 y 12 meses de seguimiento. Además de reportar una mayor tasa de recuperación frente a los síntomas de ansiedad y depresión, la intervención destaca por su relación costo-efectividad. Por otra parte, existen evidencias sólidas sobre la terapia grupal específica para el trastorno de pánico, se presente con o sin agorafobia; dichas investigaciones han confirmado una notable

reducción en la frecuencia e intensidad de las crisis, así como una disminución de las conductas de evitación y el miedo anticipatorio.

Al implementar el formato grupal, estas intervenciones optimizan el aprendizaje social y la normalización de las experiencias del paciente. Este abordaje refuerza la teoría de Clark (1986) y Beck y Clark (1997) al actuar directamente sobre las interpretaciones catastróficas y los mecanismos compartidos, resultando útil en la adultez y en contextos con recursos limitados.

La investigación comparativa de León-Quismondo et al. (2025) identificó predictores y moderadores cruciales para la elección del tratamiento, observando que la Terapia Cognitivo-Conductual tradicional presenta mayor efectividad en hombres, personas de mayor edad y en casos de menor duración del trastorno. En contraposición, la Terapia de Aceptación y Compromiso ofrece mejores resultados en mujeres, jóvenes y en cuadros de larga duración con alta evitación experiencial. Estos resultados resaltan la urgente necesidad de ajustar la intervención según variables individuales como el género y la cronicidad, reconociendo que la flexibilidad psicológica buscada por la Terapia de Aceptación y Compromiso es una herramienta eficaz en casos donde la lucha contra el síntoma se ha vuelto el principal problema.

Sus hallazgos validan la efectividad de la Terapia Cognitivo-Conductual según variables como edad, género y duración del trastorno, enriqueciendo la aplicación clínica del enfoque cognitivo-conductual tradicional en adultos, donde los trastornos se presentan con mayor complejidad a raíz de las responsabilidades diarias, esta evidencia apoya el tratamiento cognitivo-conductual personalizado.

1.3 Perspectivas integrales y contexto social, cultural y económico argentino

Cano García et al. (2024) confirmaron la relación inversa entre la práctica regular de actividad física (especialmente aeróbica regular) y los niveles de ansiedad y estrés. Los autores proponen que la actividad física no debe considerarse meramente un hábito saludable, sino que también un complemento terapéutico efectivo que reduce el estrés y mejora la regulación emocional. Este hallazgo promueve el uso de enfoques integrales que combinen las estrategias cognitivas con cambios en el estilo de vida, fortaleciendo los resultados del tratamiento en adultos que enfrentan altas demandas cotidianas.

Esta evidencia respalda la integración de hábitos saludables para complementar las técnicas cognitivo-conductuales, especialmente la exposición interoceptiva de Clark (1986), ya que la actividad física provoca sensaciones corporales controladas que ayudan a enfrentar las interpretaciones catastróficas y reducir el miedo al miedo.

Finalmente, en el ámbito local, Elizarraga (2025) plantea una visión crítica sobre la ansiedad en la sociedad argentina, argumentando que el abordaje debe ir más allá de la medicalización farmacológica. El estudio pone en relevancia la importancia de los determinantes socioeconómicos y culturales como factores que influyen tanto en el surgimiento como en el mantenimiento de la ansiedad. La investigación promueve el desarrollo de intervenciones que sean accesibles, multidisciplinarias y culturalmente pertinentes, reconociendo que el logro del tratamiento depende de su capacidad para integrarse en la realidad que vive el paciente en el contexto local.

Esta perspectiva contextualiza los modelos teóricos de Beck y Clark (1997) y Ellis (1984), que destacan lo importante que es adaptar las intervenciones cognitivo-conductuales a la realidad de la población adulta, que se encuentra expuesta a presiones sociales, laborales y económicas que pueden ser un agravante de los cuadros de ansiedad y pánico, dificultando la adherencia al tratamiento.

Las investigaciones científicas, de los últimos 5-6 años utilizadas en el estado del arte dan muestra que los modelos teóricos tradicionales del enfoque cognitivo-conductual (Clark, 1986; Beck y Clark, 1997; Ellis, 1984) continúan vigentes y evolucionando al integrar avances tecnológicos, tratamientos breves, consideraciones individuales y factores contextuales de la población adulta.

Capítulo 2: Marco teórico

A continuación, se abordarán los cuatro objetivos específicos planteados, desarrollando los fundamentos teóricos que permiten articular la relación entre ansiedad y ataques de pánico bajo la mirada de la Terapia Cognitivo-Conductual.

2.1 La ansiedad desde el enfoque cognitivo-conductual

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), define los cuadros de ansiedad por la presencia de miedo o preocupación excesiva y persistentes relacionados con unos o más objetos o situaciones, que causan un malestar clínico significativo o deterioro en el funcionamiento familiar, social, laboral u otras áreas importantes de la vida (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

La ansiedad es considerada una respuesta emocional normal y adaptativa que ha cumplido una función esencial en la supervivencia humana, pero cuando se vuelve desproporcionada y persistente, se considera patológica. Barlow (2002) la define como “una emoción humana universal que sirve para prepararnos ante posibles peligros”.

La ansiedad puede comprenderse como un fenómeno que involucra la interacción de procesos fisiológicos, cognitivos y emocionales, cuya desregulación da lugar a diversas manifestaciones sintomáticas. Este concepto permite trascender una mirada reduccionista, integrando múltiples dimensiones en la comprensión del malestar ansioso.

Es de importancia destacar que, para comprender esta problemática, la psicología cognitivo-conductual establece distinciones teóricas, cronológicas y funcionales entre la ansiedad, el miedo y el pánico, conceptos que en el lenguaje cotidiano suelen homologarse erróneamente. En su obra *Ansiedad y sus trastornos: Naturaleza y tratamiento de la ansiedad y el pánico*, Barlow (2002) define al miedo como una alarma primitiva, biológica y adaptativa ante un peligro real, concreto e inminente.

Cronológicamente, el miedo está anclado en el presente inmediato y su función principal es garantizar la supervivencia del organismo mediante la activación de conductas de lucha o huida.

Fisiológicamente, ante la presencia de una amenaza real, el organismo procesa la información de forma rápida, saltándose el procesamiento lento y desencadenando una respuesta emocional

y conductual automática de supervivencia. Una vez que la amenaza externa desaparece, el sistema parasimpático restablece la homeostasis, delimitando un episodio con un inicio y un fin claros, sin rumiación intrínseca.

A diferencia de esta reacción aguda, la ansiedad es conceptualizada por Barlow (2002) como un esquema cognitivo-afectivo de aprensión orientado hacia el futuro.

Mientras que el miedo reacciona a la situación presente, la ansiedad se encuentra regida por la anticipación de escenarios hipotéticos y la pregunta implícita sobre el porvenir. Su temporalidad es de mediano a largo plazo, caracterizándose por una naturaleza crónica, difusa y prolongada.

En el plano cognitivo, se compone de un estado de hipervigilancia, rumiación y un sentimiento de imprevisibilidad e indefensión, donde el individuo percibe que los eventos futuros serán catastróficos y carece de recursos de afrontamiento (Barlow, 2002). Fisiológicamente, no produce la descarga explosiva del miedo, sino un estado de tensión muscular crónica y activación moderada pero sostenida.

Funcionalmente, en niveles moderados la ansiedad es adaptativa porque permite la planificación; sin embargo, cuando los sesgos cognitivos distorsionan la probabilidad de la amenaza, se transforma en una patología que paraliza la conducta.

Por último, el pánico representa un fenómeno diferente, aunque ligado a los anteriores.

Barlow (2002) lo define como una respuesta de miedo que ocurre en un momento inapropiado, es decir, en ausencia de un peligro externo real o una amenaza física inminente, configurándose como una “falsa alarma”. El organismo experimenta la misma respuesta física de alarma que sufriría ante un peligro de muerte real, pero al no existir un estímulo externo que la justifique, el procesamiento cognitivo entra en cortocircuito.

Su temporalidad comparte la inmediatez del miedo, pero su desencadenante es interno: son las propias sensaciones corporales benignas del individuo las que se confunden con la amenaza.

Al no haber un peligro del cual escapar en el entorno, el individuo concluye catastróficamente que la amenaza proviene de su propio cuerpo o mente, consolidando interpretaciones ligadas a la muerte inminente, el infarto, la locura o pérdida de control.

Lo central no radica en la activación fisiológica, sino en la interpretación que el individuo realiza de dichas sensaciones. De esta forma, el pánico se configura como un fenómeno donde

los procesos cognitivos desempeñan un papel relevante en la generación y amplificación de la respuesta emocional.

Esta diferencia de conceptos resulta de gran importancia para la práctica clínica ya que permite visibilizar cómo la ansiedad -en forma de rumiación prolongada y anticipación aprensiva- actúa como un factor predisponente que sensibiliza al organismo. Esta tensión sostenida reduce el umbral de la respuesta de alarma, propiciando que cambios somáticos comunes y corrientes terminen siendo interpretados de forma catastrófica, desencadenando así la falsa alarma de pánico propiamente dicha. Por este motivo, el análisis de los ataques de pánico requiere examinar con detenimiento los modelos que explican este procesamiento cognitivo, tal como se desarrollará a continuación.

Desde el enfoque cognitivo-conductual, la ansiedad es concebida como un fenómeno multidimensional que involucra sistemas de respuestas interrelacionadas (Barlow, 2002; Beck & Clark, 1997).

Respuestas interrelacionadas

- Componentes fisiológicos: manifestados a través de la activación del Sistema Nervioso Autónomo, incluyendo palpitaciones, taquicardia, sudoración, temblor, opresión torácica, dificultad respiratoria, mareos.
- Componentes cognitivos: caracterizados por pensamientos automáticos catastróficos, anticipación de peligro, hipervigilancia e interpretación amenazante, y atención selectiva a las sensaciones corporales.
- Componentes conductuales: expresados mediante la tendencia a conductas de evitación, escape o realización de conductas de seguridad.

La interrelación entre estos componentes permite comprender la ansiedad como un fenómeno multidimensional, en el cual cada dimensión influye y es influenciada por los demás, configurando un proceso de retroalimentación que contribuye a la persistencia del malestar.

El trastorno de pánico representa uno de los principales trastornos de ansiedad debido a su prevalencia, cronificación y gravedad. Distintos estudios epidemiológicos señalan que el 3% de la población ha padecido algún trastorno de pánico en el último año (Sandín et al., 2006).

Resulta fundamental considerar los modelos cognitivos que explican la activación y el mantenimiento de las respuestas ansiosas, particularmente en relación con el procesamiento de la información y la interpretación de los estímulos.

Beck y Clark (1997) explican que en los trastornos de ansiedad se activa el “modo primal de amenaza”, donde los esquemas cognitivos disfuncionales se disparan de forma automática, generando interpretaciones amenazantes ante estímulos ambiguos o benignos. Esta estructura funciona como una red integrada de esquemas orientados filogenéticamente a la supervivencia que secuestra los recursos cognitivos del sujeto.

Este modelo pone de relieve la importancia de los esquemas cognitivos en la organización de la experiencia emocional, ya que estos influyen en la manera en que el individuo interpreta y procesa la información que proviene del entorno. Cuando estos esquemas se activan ante una percepción de amenaza, pueden favorecer una interpretación sesgada de la realidad, elevando la atención sobre aspectos relacionados con el peligro y reforzando pensamientos y recuerdos congruentes con la amenaza.

Esta matriz filogenética opera disparando de forma sincrónica y coordinada cuatro tipos de estructuras cognitivas interdependientes: en primer lugar, un esquema cognitivo que se encarga de realizar la evaluación automática de la situación como peligro inminente; en segundo lugar, un esquema afectivo, que vivencia la emoción subjetiva del miedo, en tercer lugar, un esquema fisiológico, que se encarga de activar las respuestas neurovegetativas del sistema simpático, para preparar físicamente al organismo, y por último, un esquema conductual-motor, que se encarga de direccionar las acciones de lucha, huida o congelamiento. En los trastornos de ansiedad, este sistema coordinado se hiperactiva frente a estímulos benignos, perpetuándose mediante esquemas nucleares de indefensión y vulnerabilidad, donde el individuo se percibe incapaz de controlar el entorno hostil.

Esa estructura se retroalimenta secuencialmente por dos distorsiones: un sesgo atencional, que opera como un radar hipervigilante focalizado en señales de peligro inminente mientras elimina claves de seguridad, y un sesgo de memoria, que recupera selectivamente experiencias previas de vulnerabilidad consolidando el círculo vicioso.

Burns (2006), en su libro *Adiós, ansiedad* complementa esta visión al destacar el carácter autogenerado de la ansiedad, la mayoría de la ansiedad y malestar emocional no es provocada directamente por los eventos externos, sino que es autogenerada por nuestra propia forma de pensar e interpretar esos eventos, o sea por distorsiones cognitivas (errores de pensamiento o pensamientos distorsionados). Constituyéndose como interpretaciones irracionales y exageradas de la realidad, generando ansiedad, depresión y ataques de pánico.

“Usted se siente tal como piensa. Cuando está angustiado, se está engañando a sí mismo. La ansiedad es consecuencia de pensamientos distorsionados, ilógicos. Es una estafa mental” (Burns, 2006, p. 16).

Diez pensamientos distorsionados más habituales

1. Pensamiento todo o nada: ver las cosas en categorías extremas. Ejemplo: “Si no hago todo perfecto en el trabajo, soy un fracaso”.
2. Sobregeneralización: extraer una conclusión negativa a partir de un solo evento. Ejemplo: “Me dio un ataque de pánico en el supermercado, nunca más voy a poder salir de casa”.
3. Filtro mental: enfocarse de forma exclusiva en lo negativo ignorando lo positivo. Ejemplo: Recordar los momentos de ansiedad, olvidando aquellos en que se sintió bien.
4. Descalificar lo positivo: rechazar las experiencias o momentos positivos con el argumento de que “no cuentan”. Ejemplo: “Sí, logré salir, pero fue por suerte, no por mí”.
5. Saltar a conclusiones: esta distorsión consiste en alcanzar una interpretación negativa sin evidencia y se manifiesta mediante:
Lectura de pensamiento: asumir que los demás piensan mal de uno. Ejemplo: “Seguro todos se dan cuenta que estoy ansioso y piensan que estoy loco”.
Adivinación: predecir que algo malo va a suceder. Ejemplo: “Seguro me va a dar un ataque en la reunión”.
6. Magnificación y minimización: exagerar lo negativo y minimizar lo positivo. Ejemplo: “Sentir ansiedad es horrible” vs. “Lograr controlar la ansiedad no es importante”.
7. Razonamiento emocional: tener la creencia de que, porque uno siente algo, eso debe ser verdad. Ejemplo: “Siento que me voy a desmayar, entonces me voy a desmayar”.
8. Afirmación de “debería”: usar “debería”, “tengo que”, “no puedo” de forma rígida. Ejemplo: “No debería sentir ansiedad”, “Debo controlarlo todo”.

9. Etiquetado: definirse a uno mismo con etiquetas negativas. Ejemplo: “Soy un inútil o inservible”.
10. Personalización: asumir una responsabilidad excesiva por eventos negativos.
Ejemplo: “Si a mi familia o amigos les pasa algo, es por mi culpa”.

Estas distorsiones cognitivas constituyen patrones recurrentes de procesamiento de la información que tienden a sesgar la percepción de la realidad, favoreciendo interpretaciones negativas y rígidas.

Su presencia sostenida contribuye al desarrollo y mantenimiento de los trastornos emocionales.

Burns (2006) pone énfasis en que estas distorsiones son el motor nuclear de la ansiedad autogenerada. Poder identificarlas y reemplazarlas por pensamientos más reales y equilibrados es una de las técnicas fundamentales de la terapia cognitivo-conductual.

Dentro de este enfoque, Ellis desarrolló la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) y propuso el Modelo ABC, uno de los aportes más influyentes para la comprensión de cómo se genera y mantiene la ansiedad. Como propone Ellis (1984): “No es el evento externo (A) lo que produce la alteración emocional (C), sino las creencias o interpretaciones (B) que tenemos de ese evento”.

Estructuración del Modelo ABC

- Evento activador (A): situación o estímulo interno y externo. Ejemplo: estar en un lugar cerrado, sentir palpitaciones.
- Creencias (B): creencias, sesgos e interpretaciones que realizamos sobre el evento (A), Ellis distingue entre creencias racionales (flexibles y preferenciales) y creencias irracionales (absolutistas, catastróficas y demandantes -que son sobre uno mismo, sobre los otros y sobre el mundo-). Ejemplo de creencia irracional: “Debo sentirme seguro”, “Tengo que ser el mejor”.
- Consecuencias (C): son las respuestas emocionales, fisiológicas, conductuales y sociales que resultan de las creencias.

El Modelo ABC ofrece un marco conceptual para comprender la mediación cognitiva en las respuestas emocionales, destacando el papel activo de las creencias en la construcción de la experiencia subjetiva.

Ellis (1984) sostiene que:

“A no causa directamente C, sino que es B lo que determina en gran medida C” (p. 45).

Este modelo es altamente funcional en adultos, ya que muchas creencias irracionales se relacionan con exigencias de rendimiento, control y responsabilidad familiar, social y laboral, lo que puede agravar el impacto funcional del trastorno.

2.2 El modelo cognitivo de los ataques de pánico

El DSM-5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014) define el ataque de pánico como:

“Un aumento abrupto de miedo o malestar intenso que alcanza un pico en pocos minutos, durante los cuales ocurren cuatro o más de los siguientes síntomas: palpitaciones, sudoración, temblor, sensación de ahogo, opresión en el pecho, náuseas, mareos, escalofríos o sofocaciones, parestesias, desrealización, despersonalización, miedo a perder el control o a volverse loco, y miedo a morir” (p. 214).

El DSM-5 va a requerir que por lo menos cuatro de los síntomas estén presentes para que sea considerado ataque de pánico completo, en caso de manifestarse menos síntomas se lo va a considerar ataque de pánico limitado (Maero, 2013). Al mismo tiempo, el DSM-5 plantea una importante y clara diferencia entre ataque de pánico (episodio aislado) y trastorno de pánico (presencia recurrente de ataques inesperados más una persistente preocupación o cambios de conducta).

Esta diferenciación es determinante, debido a que no todas las personas que transitan por la experiencia de padecer un ataque de pánico pueden evolucionar a un trastorno de pánico.

La agorafobia se caracteriza por ser una serie de temores los lugares o espacios públicos, en especial en aquellos momentos en los que la persona se encuentra sola ante situaciones como salir a la calle, usar el transporte público o frecuentar lugares concurridos. Se asocia su origen a experiencias traumáticas, distorsiones cognitivas, eventos estresantes, falta de cariño en una edad temprana, sobreprotección o separación (Bados López, 2000; Sandín et al. 2006).

Los trastornos de pánico y agorafobia están caracterizados por la aparición de recurrentes e inesperados ataques de pánico, con una posterior preocupación permanente por el padecimiento de nuevos ataques, miedo a sus consecuencias catastróficas o a un importante cambio en el comportamiento (Calero Elvira & Bados López, 2010).

Un ataque de pánico implica un período intenso de miedo o malestar que alcanza su pico en 10 minutos y está acompañado de por lo menos cuatro síntomas físicos y cognitivos. La agorafobia es considerada una especificación del trastorno de pánico, según el DSM-5, esto significa que puede o no estar acompañado de agorafobia.

La agorafobia se caracteriza por que ciertos lugares o situaciones se convierten en disparadores de ansiedad, en donde el sujeto agorafóbico puede sufrir un ataque de pánico y la posibilidad de huir o pedir ayuda se ve limitada (Maero, 2013).

Clark (1986) desarrolló uno de los modelos cognitivos más relevantes y empíricamente validados para explicar la aparición y mantenimiento de los ataques de pánico, sosteniendo que el eje del trastorno radica en la interpretación catastrófica de las sensaciones corporales benignas o normales. Estas sensaciones mal interpretadas forman parte de la respuesta normal de la ansiedad (palpitaciones, dificultad para respirar, mareos, opresión en el pecho, sudoración). La interpretación catastrófica va a consistir en percibir estas sensaciones como más peligrosas de lo que son (“me estoy muriendo”, “voy a sufrir un infarto”, “voy a enloquecer”, “voy a perder el control” o “voy a asfixiarme”).

Clark (1986) plantea que:

“Los ataques de pánico se mantienen por la interpretación catastrófica de sensaciones corporales que son producidas por la ansiedad” (p. 462).

Ciclo de mantenimiento

- Aparición de sensaciones corporales normales o benignas.
- Interpretación catastrófica inmediata de las sensaciones.
- Aumento intenso de la ansiedad y activación fisiológica.
- Intensificación de las manifestaciones somáticas, confirmando la interpretación catastrófica inicial.
- Finalización en un ataque de pánico.

Este modelo enfatiza que son las interpretaciones negativas y catastróficas de las manifestaciones fisiológicas -y no las sensaciones en sí- el elemento central que desencadena y mantiene el trastorno.

La creencia de que las sensaciones corporales son peligrosas genera un estado de hipervigilancia interoceptiva que propicia la aparición de nuevos episodios, resultando así que se perpetúe el problema.

Los trastornos de pánico y agorafobia se encuentran entre los más prevalentes en la práctica clínica, representando entre el 50% y 60% de los casos de fobia que se atienden. Tienen mayor incidencia en mujeres y la edad media de inicio oscila entre los 24 y 28 años. Si no se cuenta con un tratamiento adecuado suelen volverse crónicos con remisiones (períodos de mejora) parciales y recaídas frecuentes (Calero Elvira & Bados López, 2010).

Uno de los abordajes terapéuticos es el tratamiento farmacológico, distintas investigaciones han corroborado que es igualmente eficaz a la terapia psicológica con la diferencia que los resultados de ésta última se mantienen una vez terminado el tratamiento y en los 6 a 12 meses siguientes, mientras que el tratamiento con medicación comienza a sufrir una disminución de sus efectos al retirar la misma.

En Argentina, el uso de benzodiazepinas para tratar los trastornos de ansiedad es altamente difundido. Es importante aclarar que este tipo de medicación produce efectos secundarios, especialmente habituación y dependencia, pero fundamentalmente genera un impacto adverso en los procesos cognitivos de aprendizaje implicados en la psicoterapia.

Desde la perspectiva de la Terapia Cognitivo-Conductual tradicional (Bados López, 2000; Caballo, 1997), el principal obstáculo que presentan estos ansiolíticos radica en su interferencia directa con los mecanismos de habituación y desconfirmación de experiencias catastróficas.

Cuando un individuo experimenta un ataque de pánico, la intensidad de las sensaciones somáticas lo lleva a predecir un desenlace fatal inminente. Si ante esta situación, se recurre de forma inmediata al uso de clonazepam para detener el malestar, la remisión de los síntomas físicos se atribuye a la acción de la medicación y no a la propia capacidad reguladora del organismo, impidiendo el procesamiento emocional de la información amenazante (Bados López, 2000; Clark, 1986).

Diferentes estudios han demostrado que las benzodiazepinas contrarrestan los efectos a largo plazo de otro tipo de intervenciones, en particular de las terapias cognitivo-conductuales de tipo expositivo y de aceptación.

Este tipo de fármacos son implementados como medida de seguridad y con esto se refuerza la idea de que la ansiedad es peligrosa y debe estar bajo control (Maero, 2013).

Desde el enfoque cognitivo-conductual tradicional el consumo no prescrito de este psicofármaco se consolida como una conducta de seguridad.

Al mitigar de forma artificial la sintomatología somática, el fármaco impide que el individuo experimente la habituación natural de sus manifestaciones físicas y bloquea la desconfirmación conductual de sus pensamientos automáticos. Como consecuencia, este mecanismo refuerza los sesgos cognitivos y perpetúa la creencia catastrófica de que las sensaciones corporales normales de la ansiedad representan un peligro inminente e intolerable, subestimando la propia capacidad de afrontamiento del individuo.

2.3 Mecanismos de mantenimiento compartidos

Tras la aparición del primer ataque de pánico o la consolidación de un patrón de ansiedad elevada, se activan diversos procesos que operan de manera interconectada para mantener y cronificar el cuadro. Estos mecanismos no actúan de forma aislada, sino que generan un círculo vicioso que refuerza la sintomatología a través del tiempo (Beck & Clark, 1997; Clark, 1986).

Mecanismos de mantenimiento

- Miedo al miedo (ansiedad anticipatoria): mecanismo más importante y característico. Tras experimentar un ataque de pánico, la persona desarrolla un temor intenso y persistente a su repetición. Este miedo anticipatorio genera un estado de alerta constante que aumenta la probabilidad de nuevas crisis.
- Hipervigilancia interoceptiva: la persona dirige una atención excesiva y selectiva hacia las sensaciones corporales más mínimas (palpitaciones, problemas para respirar, mareos). Esta hipervigilancia hace que se perciba a las sensaciones fisiológicas normales como señales de peligro inminente activando reiteradamente el círculo vicioso (Beck & Clark, 1997).
- Interpretaciones catastróficas persistentes: las creencias erróneas sobre el significado de las sensaciones corporales se mantienen activas. Algunos de los ejemplos más

comunes son: “Si siento palpitaciones es porque me voy a morir”, “Si me mareo me voy a desmayar”, Clark (1986) considera que estas interpretaciones constituyen el eje central del mantenimiento del trastorno de pánico.

- Evitación y conductas de seguridad: para prevenir el malestar esperado, la persona comienza a evitar situaciones (lugares o espacios cerrados, transporte público, multitudes) o realiza conductas de seguridad (salir acompañado, llevar medicamentos, buscar salidas de emergencia, monitorear constantemente el pulso). Aunque estas conductas pueden brindar alivio a corto plazo, a largo plazo terminan por reforzar la creencia de que “sin estas medidas algo terrible ocurrirá”, impidiendo la desconfirmación de las interpretaciones catastróficas y reforzando el miedo.
- Aislamiento social y deterioro funcional: la evitación progresiva conduce a un retraimiento familiar, social y laboral. Generando así más ansiedad, depresión secundaria y pérdida de reforzadores positivos, lo que cierra aún más el círculo vicioso con el riesgo de desarrollar agorafobia.
- Profecías autocumplidas: la anticipación ansiosa genera activación fisiológica real (aumento de la frecuencia cardíaca, hiperventilación), que a su vez es interpretada catastróficamente, confirmando la creencia inicial de peligro. De esta forma, el propio miedo genera las condiciones que temía.

Este enfoque explica los ataques precedidos de ansiedad anticipatoria como también aquellos que parecen surgir “de la nada” lo que se conoce como ataques espontáneos.

Como coinciden diversos autores (Beck & Emery, 1985/2005; Caballo, 1997), los mecanismos de mantenimiento no operan de forma aislada, sino que se retroalimentan para transformar un episodio de pánico inicial en un trastorno crónico e incapacitante. En esta dinámica, la interrelación entre los componentes fisiológicos, cognitivos y conductuales crea un proceso de mantenimiento circular dificultando la habituación natural del organismo. Desde una perspectiva analítico-funcional, Calero Elvira y Bados López (2010) subrayan que este ciclo se consolida mediante la preocupación permanente por padecer nuevos ataques y el uso de conductas de seguridad; estas últimas, al reducir temporalmente la ansiedad, son reforzadas negativamente, lo que impide que el sujeto desconfirmar sus atribuciones de amenaza inminente.

2.4 Implicaciones clínicas del enfoque cognitivo-conductual

El abordaje de la ansiedad y los ataques de pánico en la etapa adulta reviste una importancia fundamental debido al impacto profundamente disruptivo que estos cuadros generan en el funcionamiento global del individuo. Según destaca Barlow (2002), estos trastornos suelen emerger o intensificarse en un período vital caracterizado por responsabilidades familiares, la asunción de roles sociales y las altas exigencias laborales, lo que deriva en un deterioro de la calidad de vida y de los proyectos personales.

Como señalan Ruíz Fernández, Díaz García y Villalobos Crespo (2012), la intervención busca una restauración integral del funcionamiento en las áreas familiar, social y laboral. Para lograrlo, la Terapia Cognitivo-Conductual integra de forma sistemática un conjunto de técnicas diseñadas para modificar simultáneamente los componentes fisiológicos, cognitivos y conductuales que mantienen el problema. De este modo, el objetivo clínico trasciende la remisión sintomática, orientándose a que el adulto recupere su autonomía y eficacia en los diversos roles que desempeña en su vida cotidiana.

Procedimientos de estructuración del tratamiento

- Psicoeducación: brindar información precisa y desmitificadora sobre la naturaleza de la ansiedad y los ataques de pánico y de esta forma reducir el miedo al miedo (Clark y Beck, 2018). En adultos es de gran relevancia, ya que interpretan las sensaciones corporales como signos de una enfermedad orgánica grave (infarto, accidente cerebrovascular), intensificando el miedo y la conducta evitativa.
- Reestructuración cognitiva: identificar, evaluar y modificar los pensamientos automáticos catastróficos y las creencias disfuncionales. En población adulta estos pensamientos suelen estar relacionados con consecuencias reales o temidas en el ámbito familiar (“no voy a poder cuidar de mis hijos”), social (“voy hacer el ridículo y perderé el respeto de los demás) y laboral (“si me da un ataque en una reunión me van a despedir”).
- Exposición interoceptiva: provocar de forma deliberada y controlada las sensaciones corporales temidas (hiperventilación, aguantar la respiración). Esta técnica es de gran impacto terapéutico ya que les permite experimentar de forma directa, que las sensaciones corporales, aunque desagradables, no son peligrosas ni conducen a las consecuencias catastróficas temidas.
- Exposición en vivo graduada: enfrentarse progresiva y sistemáticamente a las situaciones que la persona ha estado evitando. En adultos es fundamental trabajar

evitaciones relacionadas con el trabajo, transporte público, espacios cerrados, reuniones sociales, adaptando la jerarquía de exposición a su contexto real.

- Albert Ellis - Disputa de creencias irracionales: mediante la Terapia Racional Emotiva Conductual se cuestionan las creencias absolutistas y perfeccionistas tan frecuentes en la adultez (“debo ser siempre competente y estar en control”, “no puedo soportar la incertidumbre”). El objetivo es reemplazarlas por creencias racionales y flexibles, promoviendo la autoaceptación.
- Aportes de las terapias de tercera generación: la Terapia de Aceptación y Compromiso resulta útil en población adulta. En lugar de intentar eliminar la ansiedad, se trabaja en aceptarla mientras se dirige la vida hacia valores personales significativos (familiar, carrera profesional, proyectos personales, bienestar emocional), favoreciendo la acción comprometida a pesar de la presencia de síntomas (Fernández-Álvarez, 2011; Pérez Álvarez, 2006).

El enfoque cognitivo-conductual no solo busca reducir síntomas, sino también mejorar la calidad de vida y el funcionamiento global del adulto.

La intervención temprana y bien estructurada es fundamental como prevención de la cronificación del trastorno, el desarrollo de agorafobia y el deterioro significativo en los diferentes roles que la persona adulta desempeña en su vida cotidiana.

El *Manual práctico para la ansiedad y las preocupaciones* (Clark & Beck, 2018), enfatiza implementar el uso de tareas estructuradas para transformar la “mente ansiosa”, otorgándole beneficios a la práctica entre sesiones y a permitirse desarrollar una mayor tolerancia a la incertidumbre.

2.5 Consideraciones complementarias: aportes de la tercera generación

En la trayectoria evolutiva del enfoque cognitivo-conductual, emerge la denominada tercera generación de terapias de conducta, cuyo desarrollo principal es la Terapias de Aceptación y Compromiso, creada por Steve Hayes y sus colaboradores.

Esta propuesta, fundamentada en la Teoría de los Marcos Relacionales (RFT), no invalida la Terapia Cognitivo-Conductual tradicional, sino que la expande mediante un enfoque contextual y funcional. Como sostienen Pérez Álvarez (2006) y García Higuera (2006), este avance representa un cambio de paradigma: se deja de priorizar la lucha por controlar o eliminar los síntomas para centrarse en el fomento de la flexibilidad psicológica ante el malestar.

Desde esta perspectiva, el intento persistente por suprimir sensaciones o pensamientos displacenteros es, paradójicamente, un motor central en el mantenimiento del pánico. Por ello, el objetivo clínico propuesto por Hayes y los autores de la tercera generación no es la modificación del contenido de la ansiedad, sino la aceptación de las experiencias internas y la orientación de la conducta hacia valores personales significativos, permitiendo que el individuo recupere su capacidad de acción.

Procesos de la Terapia de Aceptación y Compromiso para aumentar la flexibilidad psicológica

La ACT, va a proponer un modelo de funcionamiento psicológico que tiene como base la flexibilidad psicológica, representado a través del hexaflex, que incluye seis procesos interrelacionados. Buscando modificar la relación del individuo con su experiencia interna (pensamientos y emociones), los cuales pueden manifestarse tanto en formas flexibles como rígidas, dependiendo del grado de adaptación psicológica del individuo.

- Aceptación: implica la disposición a experimentar pensamientos, emociones y sensaciones internas sin intentar evitarlas o suprimirlas. En el caso de la ansiedad y los ataques de pánico, este proceso es fundamental, ya que la evitación experiencia suele intensificar el malestar. El objetivo es que el individuo permita la presencia de la ansiedad sin luchar contra ella, reduciendo así el círculo vicioso del miedo al miedo.
- Difusión cognitiva: consiste en tomar distancia de los pensamientos, percibiéndolos como meros eventos mentales y no como verdades absolutas. Esto resulta clave en pacientes con pánico, donde las interpretaciones catastróficas, como: “me voy a morir”, son vividas como reales.
- Contacto con el momento presente: refiere a la capacidad de estar en el aquí y ahora, en contacto con la experiencia presente de manera consciente. En los casos de ansiedad, es frecuente la anticipación catastrófica o la rumiación. La finalidad es que el individuo permanezca en el presente, reduciendo el dominio que tienen los pensamientos anticipatorios sobre él.
- Yo como contexto: enseña a distinguir entre el “Yo pensante” y el “Yo observador”, que es el espacio donde ocurren las vivencias. Su objetivo es reducir la identificación con etiquetas como “soy una persona ansiosa”, permitiendo que el individuo se vea como el contenedor de sus pensamientos y emociones sin que estos

definan su identidad. Se busca comprender que la ansiedad es una experiencia que ocurre en el individuo, pero no es el individuo como tal.

- Valores personales: los valores representan direcciones vitales y de gran importancia para el adulto que orientan la conducta: familia, proyectos personales, relaciones sociales y trabajo. En situaciones de ansiedad estos valores de la vida del individuo suelen quedar restringidas por la evitación experiencial. Lo que se quiere lograr es que el individuo se reconecte con aquello que es importante para él, incluso en presencia de malestar.
- Acción comprometida: implica realizar conductas concretas y orientadas con los valores personales, aun cuando la ansiedad esté presente (willingness). En individuos que padecen de pánico, esto significa exponerse de forma gradual a situaciones evitadas. Esto contrarresta las conductas de evitación y de seguridad. La diferencia está en que la acción no depende de eliminar la ansiedad, sino de actuar con ella.

Flexibilidad psicológica vs rigidez psicológica en el modelo del hexaflex

La representación del hexaflex no solo permite comprender los procesos que promueven la flexibilidad psicológica, sino también sus contrapartes disfuncionales. En la práctica clínica, ambos polos -flexible y rígido- coexisten y son objeto de intervención simultánea.

Cada uno de los procesos del hexaflex presenta una versión funcional (flexible) y una versión disfuncional (rígida):

- Aceptación vs. evitación experiencial: mientras que la aceptación implica disposición a experimentar eventos internos, la evitación experiencial refiere a los intentos persistentes de suprimir o controlar dichas experiencias.
- Defusión cognitiva vs. fusión cognitiva: en la defusión, los pensamientos son observados como eventos mentales; en la fusión, son tomados como verdades literales, por ejemplo: “me voy a morir”.
- Contacto con el momento presente vs. dominancia del pasado/futuro: la rigidez se expresa en la rumiación o anticipación catastrófica, característica en la ansiedad.
- Yo como contexto vs. Yo como contenido: en el polo rígido, la persona se identifica con etiquetas, por ejemplo: “soy ansioso”, limitando su repertorio conductual.
- Valores vs. desconexión de valores: la evitación lleva al alejamiento de lo significativo en la vida del individuo.

- Acción comprometida vs. inacción o evitación conductual: en la rigidez predominan la evitación y las conductas de seguridad.

En conjunto, estos procesos no operan de manera aislada, sino que configuran formas más amplias de funcionamiento psicológico. El modelo del hexaflex permite comprender la experiencia en términos de dos grandes patrones: la flexibilidad psicológica y la rigidez psicológica.

La flexibilidad psicológica se define como la capacidad de contactar con el momento presente de manera abierta y consciente, aceptando la experiencia interna tal como se presenta, y modificando la conducta en función de los valores personales. Este patrón implica la disposición a experimentar pensamientos, emociones y sensaciones sin intentar evitarlos o controlarlos de forma rígida, favoreciendo así una acción comprometida y coherente con aquello que resulta significativo para la persona.

La rigidez psicológica se caracteriza por la predominancia de estrategias de evitación experiencial, fusión cognitiva y desconexión del momento presente, que restringen el repertorio conductual del individuo. En este caso, la conducta se encuentra guiada por el intento de reducir o eliminar el malestar interno, aun cuando esto implique un alejamiento de los valores personales y una limitación en la vida cotidiana. Así, los procesos del hexaflex, cuando operan de manera rígida, contribuyen al mantenimiento del malestar psicológico.

En este sentido, la predominancia de patrones rígidos de funcionamiento permite comprender la persistencia del malestar psicológico, mientras que el desarrollo de la flexibilidad psicológica implica la posibilidad de ampliar el repertorio conductual, que es el objetivo central de la Terapia de Aceptación y Compromiso. Así, el análisis de estos procesos resulta fundamental para comprender el funcionamiento psicológico y orientar la intervención clínica.

En este marco, los procesos descritos adquieren especial relevancia en la comprensión de diversas problemáticas clínicas, en tanto permiten analizar cómo la rigidez psicológica contribuye al mantenimiento del malestar. En el trastorno de pánico, la Terapia de Aceptación y Compromiso no busca eliminar las sensaciones corporales ni las interpretaciones catastróficas, sino cambiar la relación del paciente con ellas; interrumpiendo el círculo vicioso del “miedo al miedo”.

Desde la perspectiva de Wilson y Luciano (2002), el concepto de Trastorno de Evitación Experiencial (TEE) constituye una dimensión funcional central en los trastornos de ansiedad y los ataques de pánico. Se caracteriza por los intentos persistentes y paradójicos de controlar, suprimir o evitar experiencias internas desagradables (sensaciones corporales, pensamientos catastróficos, emociones), aun cuando estos intentos generan un mayor sufrimiento limitando la vida del individuo. En los ataques de pánico, este control experiencial verbalmente regulado (lucha por no sentir o eliminar las sensaciones) amplifica el “miedo al miedo” y mantiene el círculo vicioso (vínculo bidireccional entre ansiedad y los ataques de pánico) más allá de las interpretaciones catastróficas aisladas descritas por Clark.

Este comportamiento, cuando se vuelve crónico, limita de manera significativa la capacidad del individuo para actuar en dirección de sus valores y alcanzar una vida satisfactoria y significativa. Frente a este circuito de rigidez conductual, la perspectiva analítico-conductual destaca que este esfuerzo de supresión opera como una dimensión transdiagnóstica que, paradójicamente, aumenta la reactividad fisiológica y la accesibilidad cognitiva del miedo, alimentando de forma crónica el circuito del pánico. Con lo que se propone a la aceptación como alternativa funcional: no debe entenderse como una resignación pasiva, sino como una postura activa, abierta y voluntaria de adoptar el malestar y las sensaciones tal como surgen en el momento. Al interrumpir la agenda de control, el sujeto logra descentrarse del sufrimiento para redirigir sus acciones y recuperar un funcionamiento vital orientado hacia los valores personales.

El lenguaje y los marcos relacionales juegan un rol importante: fomentan la fusión cognitiva (tomar los pensamientos como literales y absolutos) y convierten sensaciones corporales normales en señales de peligro inminente. La Terapia de Aceptación y Compromiso no busca modificar directamente el contenido de estos eventos privados (como hace la reestructuración cognitiva clásica), sino cambiar el contexto y la relación que el paciente establece con ellos. De esta forma, se pasa de una agenda de control del malestar a una agenda de flexibilidad psicológica y acción comprometida con valores personales.

Esta amplificación contextual-funcional enriquece el modelo cognitivo-conductual tradicional al ofrecer una explicación más integral de los mecanismos de mantenimiento y herramientas complementarias para la población adulta, donde las altas demandas de roles familiares,

sociales y laborales hace especialmente valioso recuperar el funcionamiento vital pese a la presencia de ansiedad o sensaciones displacenteras.

La Terapia de Aceptación y Compromiso no se opone a las técnicas clásicas de la Terapia Cognitivo-Conductual (psicoeducación, reestructuración cognitiva, exposición interoceptiva y en vivo), sino que las enriquece (Pérez Álvarez, 2006; García Higuera, 2006).

Dentro de las herramientas principales de la Terapia de Aceptación y Compromiso, se encuentra el mindfulness o conciencia plena, con el cual se busca trabajar el contacto con el momento presente. Esta herramienta implica observar intencionalmente y sin juicios las sensaciones, pensamientos y emociones tal como se presentan en el aquí y ahora (García Higuera, 2006). En cuadros de ansiedad y ataques de pánico, el mindfulness resulta de gran utilidad porque contrarresta dos mecanismos de mantenimiento clave: la hipervigilancia interoceptiva y la ansiedad anticipatoria.

En la Terapia de Aceptación y Compromiso, el mindfulness se emplea pragmática y brevemente orientando a aumentar la flexibilidad psicológica.

Permitiendo al individuo descentrarse de los pensamientos catastróficos y aceptar las sensaciones somáticas sin luchar contra ellas, favoreciendo la acción comprometida con sus valores.

Numerosos estudios han demostrado que incorporar componentes del mindfulness en intervenciones cognitivo-conductuales mejora los resultados en trastornos de ansiedad, al reducir la evitación experiencial, promoviendo una relación adaptativa con las experiencias internas (Pérez Álvarez, 2006).

La Terapia de Aceptación y Compromiso se presenta como una ampliación del enfoque cognitivo-conductual para el tratamiento de la ansiedad y los ataques de pánico en adultos, integrando lo que Pérez Álvarez (2006) describe como un replanteamiento contextual propio de las terapias de tercera generación.

Este modelo complementa el esquema clásico al otorgar privilegio al abandono de la lucha contra los síntomas, permitiendo pasar del objetivo de “controlar la ansiedad” al de “vivir una vida valiosa a pesar de ella”. Al interrumpir la evitación experiencial -entendido como el

persistente intento por suprimir sensaciones internas, que paradójicamente, terminan por amplificarlas- y reorientar la vida hacia valores y acciones significativas, se promueve una mayor autonomía, se reduce la dependencia a conductas de seguridad y al uso de medicamentos, y se favorece la prevención de recaídas, mejorando la calidad de vida y del funcionamiento global de la persona adulta, incluso en presencia de sensaciones ansiosas o miedo.

2.6 Marco conceptual

Ellis (1984) con el Modelo ABC aporta una base sólida al señalar que no es el evento activador (A) -una sensación corporal- lo que genera la consecuencia emocional (C), sino que son las creencias irracionales (B) que el individuo sostiene sobre ese evento. Estas creencias absolutistas y de control actúan como sustrato que predispone a las interpretaciones catastróficas.

A partir de esta base, el Modelo Cognitivo de Clark (1986) sostiene que los ataques de pánico se originan y mantienen por la interpretación catastrófica de sensaciones corporales benignas o normales. Estas interpretaciones erróneas activan lo que se conoce como “miedo al miedo” que incrementa la actividad fisiológica, configurando el círculo vicioso característico del trastorno.

Esta integración teórica permite comprender que la ansiedad y los ataques de pánico mantienen un vínculo estrecho y bidireccional: la ansiedad, en su forma anticipatoria, genera un estado de hiperactivación que facilita la aparición de ataques de pánico; a su vez la experiencia del ataque intensifica el miedo al miedo, la hipervigilancia interoceptiva y las conductas de evitación, alimentando y cronificando la ansiedad.

Tras el primer ataque o la consolidación de ansiedad elevada, se activan diversos mecanismos de mantenimiento compartidos (miedo al miedo, hipervigilancia interoceptiva, interpretaciones catastróficas persistentes, conductas de seguridad). Estos mecanismos operan interconectadamente, generando un proceso que prolonga el trastorno (Beck y Clark, 1997; Clark, 1986).

Esta visión se amplía con los aportes de las terapias de tercera generación. Como indican Pérez Álvarez (2006) y García Higuera (2006), la Terapia de Aceptación y Compromiso, propone un

cambio de paradigma: pasar de la lucha por controlar o eliminar los síntomas hacia la aceptación de las experiencias internas y la orientación de la conducta hacia valores personales significativos. De esta forma, se irrumpe el ciclo de evitación experiencial y se promueve la flexibilidad psicológica.

La propuesta de este marco conceptual reside en la integración de los modelos cognitivos clásicos con los desarrollos de la tercera generación de terapias, ofreciendo una comprensión integral de los procesos que sostienen la ansiedad y los ataques de pánico en adultos.

Capítulo 3: Metodología

La Práctica Intensiva Supervisada Final correspondiente al Trabajo Integrador Final de la carrera Licenciatura en Psicología, se desarrolló en la Institución Fernando Ulloa. El primer día de asistencia a la institución, se llevó a cabo la firma del consentimiento informado de confidencialidad por parte de la estudiante, en el marco de la presentación institucional y del conocimiento del funcionamiento del dispositivo de entrevistas de admisión. Si bien el presente trabajo se realizó en el marco de las prácticas intensivas finales de la Licenciatura en Psicología, el análisis y redacción se completaron una vez finalizada la cursada.

Se obtuvo además el consentimiento informado de las personas que asistieron a las entrevistas de admisión, mediante el cual autorizaron su observación y registro en vivo a través de cámara Gesell. La identidad de las personas fue preservada mediante la modificación de sus datos personales durante el desarrollo del caso, garantizando el anonimato en la presentación del trabajo.

El mecanismo de recabación de datos, para la investigación cualitativa, fue mediante la observación de entrevistas de admisión a personas adultas con un rango etario de 20 a 60 años por cámara Gesell los días jueves en el horario de 9:30 hs. a 12:00 hs. Posteriormente se cursaba el ateneo clínico de 12:00 hs. a 14:00 hs., en donde se analizaban y trabajaban las entrevistas observadas.

Dentro del enfoque cualitativo adoptado, la presente investigación incorpora el análisis de un caso único, correspondiente a un paciente que presenta episodios de ansiedad y de ataques de pánico.

La elección de este tipo de abordaje se fundamenta en que, tal como señalan los desarrollos sobre investigación cualitativa (Vasilachis de Gialdino, 2017), el estudio de caso único permite un conocimiento profundo y detallado de un fenómeno en su particularidad, priorizando la comprensión de los procesos por sobre la generalización de los resultados.

En este marco, el estudio de caso único no tiene como objetivo la generalización, sino el análisis detallado de un caso particular. En este sentido, el caso se constituye como una herramienta metodológica que permite examinar el malestar psicológico y los procesos fisiológicos, cognitivos, conductuales, así como comprender de qué manera estos se vinculan con el problema por el cual el individuo consulta. Las características del caso permiten observar con precisión cómo se presenta el trastorno, así como identificar los componentes fisiológicos, cognitivos y conductuales intervinientes en su aparición y mantenimiento.

Siguiendo el enfoque cualitativo, el caso será abordado desde una perspectiva cognitivo-conductual mediante un análisis funcional y formulación clínica del caso. En el relato de J. se identificarán las sensaciones corporales gatilladoras, las interpretaciones catastróficas, las conductas de seguridad y de evitación, así como los mecanismos de mantenimiento centrales, tales como el miedo al miedo y la hipervigilancia interoceptiva. Con el fin de resguardar la identidad del paciente, se utiliza una inicial ficticia, preservando la confidencialidad de la información clínica.

El análisis se centrará en las entrevistas de admisión observadas a través de cámara Gesell, en las que el paciente expresa su motivo de consulta bajo la forma de ataques de pánico. Se buscará indagar de qué manera estos episodios son inicialmente nombrados, cómo se inscriben en su discurso y cómo, en el transcurso de la entrevista, pueden adquirir distintos niveles de elaboración.

En lo referente al empleo de la Inteligencia Artificial, se integraron herramientas tecnológicas como las apps Grok, NotebookLM y buscadores académicos como Google Académico con el propósito de optimizar la gestión bibliográfica y localizar investigaciones científicas publicadas en los últimos 5-6 años, fundamentales para el desarrollo de Capítulo 1: Estado del arte. Estas tecnologías también se utilizaron para la traducción, del inglés al español, de las investigaciones científicas. Así como también para el riguroso empleo de las Normas APA (7ª edición).

Asimismo, se recurrió al traductor online DeepL Translate para una correcta traducción del resumen y las palabras claves al idioma inglés.

Para la revisión final del trabajo, se emplearon herramientas de asistencia tecnológica (Grok y NotebookLM), orientadas a optimizar la precisión ortográfica y la fluidez narrativa. Estas herramientas combinadas con una revisión manual detallada, contribuyeron a garantizar la calidad académica del Trabajo Integrador Final, asegurando una presentación clara, rigurosa y coherente de los hallazgos derivados de la observación en las prácticas intensivas finales y del análisis del caso.

Capítulo 4: Desarrollo

En el siguiente capítulo se realizará el desarrollo correspondiente al caso J., un hombre de 27 años que se enmarca en la etapa adulto joven según la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (20 a 44 años). Esta etapa se caracteriza por la madurez biológica, el desarrollo psicosocial autónomo y la asunción de roles sociales de una vida independiente, con altas demandas en los ámbitos familiar, social y laboral (Organización Mundial de la Salud, 2025). J. acude a la entrevista de admisión en la Institución Fernando Ulloa debido a que padece ataques de pánico desde hace unos cuatro años, que comenzaron como un cuadro de ansiedad.

La construcción de este análisis tiene como base el marco teórico expuesto en el Capítulo 2, en donde se integran articulada y coherentemente los principales conceptos de la Terapia Cognitivo-Conductual: la conceptualización multidimensional de ansiedad (Barlow, 2002; Beck & Clark, 1997), el modelo cognitivo de los ataques de pánico propuestos por Clark (1986), el Modelo ABC de Ellis (1984), las distorsiones cognitivas descritas por Burns (2006), los mecanismos de mantenimiento compartidos (Beck & Clark, 1997; Clark, 1986) y los aportes complementarios de la Terapia de Aceptación y Compromiso como parte de las terapias de tercera generación (Pérez Álvarez, 2006; Wilson & Luciano, 2002; García Higuera, 2006). Todo ello se examina en el contexto de la población adulta, donde las demandas laborales, la reubicación geográfica, las responsabilidades sociales y las historias familiares complejas - como se evidencian en el caso de J.- intensifican el impacto funcional y el mantenimiento del trastorno.

Desde el enfoque de la Terapia Cognitivo-Conductual, la ansiedad es concebida como un fenómeno multidimensional en donde se ven involucrados sistemas de respuestas interrelacionados: componentes fisiológicos, cognitivos y conductuales (Barlow, 2002; Beck & Clark, 1997).

El componente fisiológico se puede evidenciar en la activación del Sistema Nervioso Autónomo descrito por el consultante: opresión en el pecho con dificultad respiratoria, sensación de ahogo, sudoración en las manos y problemas de movilidad. Estos síntomas aparecen abrupta e inesperadamente, incluso en momentos en los que realiza sus tareas laborales en la barbería, cumpliendo con los criterios del DSM-5 para un ataque de pánico completo (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). Estas manifestaciones no son peligrosas en sí mismas, pero en el caso de J. adquieren una intensidad disruptiva en su funcionamiento diario generando un significativo deterioro en su rol laboral.

Es significativo el “miedo persistente cuyo origen no logra identificar” que expresa J. en su discurso. Este miedo se vincula estrechamente con las sensaciones corporales que él mismo describe. Aunque experimenta de forma concreta opresión en el pecho, sensación de ahogo, sudoración y problemas de movilidad, no las identifica como el detonante real de sus ataques, tal como plantea Clark (1986). Sin embargo, las vive como señales imprevisibles y amenazantes, lo que genera la sensación de que los episodios pueden surgir “en cualquier momento” sin que pueda anticiparlos ni controlarlos. Esta dificultad para reconocer el origen de las crisis en sus propias sensaciones corporales normales potencia el miedo anticipatorio y activa las interpretaciones catastróficas.

El segundo componente, el cognitivo, está dominado por pensamientos automáticos catastróficos, anticipación de peligro, hipervigilancia interoceptiva e interpretaciones amenazantes de las sensaciones corporales. J. rumia de manera constante durante la noche, sin poder conciliar un sueño reparador, pensando en “cuando va a volver a sufrir un ataque de pánico” y temiendo “no poder hacer nada en el caso de que suceda y se muera”.

Especialmente importante es el miedo persistente cuyo origen no logra identificar, esta dificultad genera una sensación de imprevisibilidad y descontrol potenciando las interpretaciones catastróficas y activando el “modo primal de amenaza” descrito por Beck y Clark (1997), donde se activan esquemas cognitivos disfuncionales de vulnerabilidad e

indefensión. Se observan múltiples distorsiones cognitivas identificadas por Burns (2006) en *Adiós, ansiedad: Cómo superar la timidez, los miedos, las fobias y las situaciones de pánico*:

Catastrofización o magnificación

Estos sesgos se manifiestan cuando J. interpreta las sensaciones corporales benignas como signos de una muerte inminente o pérdida absoluta de control. J. magnifica la gravedad de la sintomatología somática normal derivados de la ansiedad, ignorando explicaciones alternativas y asumiendo automáticamente el peor de los escenarios posibles: un colapso físico irreversible.

Razonamiento emocional

J. opera bajo la creencia de que, si experimenta una emoción de forma intensa, esta está reflejando una realidad concreta, llevándolo a dictaminar que por estar sintiendo algo así, eso tiene que ser verdad. Esto se evidencia cuando expresa: “siento opresión en el pecho y me ahogo, entonces me voy a morir”. J. utiliza su estado de alarma y su miedo como prueba definitiva de que se encuentra en peligro, lo que invalida cualquier parámetro racional de seguridad.

Etiquetado negativo

J. tiene la tendencia de asignarse a sí mismo calificaciones globales, rígidas y despectivas, en lugar de evaluar conductas o situaciones de manera objetiva. J. se define a través de palabras negativas, pesimistas y absolutistas tales como: “me encuentro estancado” o “soy un fracaso”. Este tipo de etiquetas operan como ataques directos a su autoestima y se encuentran ligadas a la frustración por sus proyectos de vida inconclusos, cronificando el malestar al percibirse como alguien incapaz de cambiar su realidad actual.

Filtro mental y descalificación de lo positivo

J. a través de esta distorsión asimila y procesa exclusivamente los aspectos negativos de su realidad, mientras descarta o minimiza aquellos elementos más favorables de su vida cotidiana. Este sesgo se presenta cuando J. se compara socialmente de forma desfavorable o negativa con respecto a otras personas, haciendo foco únicamente en el “éxito de terceros”. Al filtrar su realidad de este modo, J. invisibiliza sus propios logros o habilidades, como sostener su trabajo de barbero a pesar del malestar o reconocer que necesita ayuda y tomar la decisión de acercarse a la institución en busca de la misma, reforzando un esquema de inferioridad y vulnerabilidad interpersonal.

La incapacidad de identificar el verdadero origen de las crisis convierte sensaciones corporales normales en señales de peligro imprevisible y catastrófico, como postula el modelo cognitivo de Clark (1986).

Por último, el componente conductual se ve expresado a través de conductas evitativas y de seguridad. J. ha cancelado turnos en la barbería, con la consecuente pérdida de clientes. Consume clonazepam de forma ilegal como medida de seguridad cuando “no se siente bien”, reforzando la creencia de que la ansiedad es peligrosa y debe ser controlada de forma externa (Maero, 2013). En la práctica clínica, esta modalidad de automedicación sistemática cronifica el malestar del paciente mediante dos mecanismos postulados por la teoría cognitivo-conductual:

Activación del esquema cognitivo de vulnerabilidad

En los momentos en los que J. experimenta de forma abrupta la opresión en el pecho o la dificultad para respirar, recurriendo inmediatamente al consumo del psicofármaco, sin prescripción, consolida lo que Beck y Clark definen como el esquema nuclear de vulnerabilidad. Este mecanismo se encarga de reforzar la creencia distorsionada en la fragilidad de su organismo e incapaz de tolerar las demandas de la actividad fisiológica, asumiendo que requiere de un agente externo para evitar un colapso.

Bloqueo de la desconfirmación conductual

J. al realizar una intervención anticipada con el fármaco ante la primera señal de alarma, anula la oportunidad de someter a prueba sus pensamientos automáticos catastróficos. Siguiendo el modelo de pánico de Clark y Barlow, esta medida de seguridad impide que acontezca la habituación natural y posteriormente la desconfirmación empírica del peligro, permitiendo que la medicación se adjudique el logro de la remisión de los síntomas y perpetuando el círculo vicioso del miedo al miedo.

Presenta aislamiento social, sus vínculos familiares son limitados: su padre vive en la provincia de Misiones, pero mantienen una comunicación estable, con su madre no mantienen ningún tipo de contacto o vínculo. Es con su hermana mayor, con quien mantiene un vínculo y contacto más estable (quien lo apoya e incentiva en la búsqueda de ayuda profesional), mantiene una

relación justa y necesaria con su tío y por último expresa que solo tiene conocidos y no amigos. Además, manifiesta resistencia a la terapia por prejuicios (“ir al psicólogo es para personas que están locas”) y temor a ser juzgado, lo que termina constituyendo otra evitación social. Estos patrones de conducta generan un deterioro en los roles propios de la adultez: laboral (vive el trabajo de barbero como un “Plan B” no deseado, recordatorio diario de su fracaso por no haber ingresado en las Fuerzas Armadas), social y personal.

Los componentes anteriormente desarrollados no actúan aisladamente, sino que se retroalimentan de forma constante, creando un círculo vicioso que perpetúa y cronifica el problema: las sensaciones fisiológicas activan interpretaciones catastróficas cognitivas - potenciadas por el miedo persistente de origen desconocido-, las cuales aumentan la activación fisiológica desencadenando conductas evitativas y de seguridad, impidiendo la habituación natural del organismo.

El modelo cognitivo de los ataques de pánico de Clark (1986) explica con precisión la dinámica que se observa en J. Los ataques no son provocados de manera directa por las sensaciones corporales benignas, sino por la interpretación catastrófica inmediata que el sujeto realiza sobre ellas (“me estoy muriendo”, “voy a perder el control”). En J., sensaciones como opresión en el pecho o sudoración son interpretadas como amenazas inminentes a su vida. La dificultad de J. para la identificación del origen de los ataques (sus sensaciones corporales) agrava la percepción de imprevisibilidad.

Esta valoración errónea en combinación con el miedo persistente de origen desconocido, activa el miedo al miedo (ansiedad anticipatoria), lo que termina generando mayor activación fisiológica, intensificando los síntomas, confirmando la interpretación inicial y cerrando el círculo vicioso. En el caso de J., este proceso se manifiesta de la siguiente manera:

Ciclo de mantenimiento en J.

1° Aparición de sensaciones benignas o normales

J. experimenta síntomas fisiológicos comunes como opresión en el pecho, dificultad respiratoria, sudoración en las manos y problemas de movilidad. Estos síntomas forman parte de la respuesta normal de activación del Sistema Nervioso Autónomo, pudiendo surgir en contextos cotidianos, como su jornada laboral en la barbería.

2° Interpretación catastrófica inmediata, potenciada por la incertidumbre de su origen

Ante estas sensaciones, J. realiza interpretaciones erróneas y amenazantes (“me estoy muriendo”, “voy a perder el control” o “algo malo me va a pasar”). La dificultad de J. para identificar el origen real de las sensaciones genera una mayor incertidumbre, lo que intensifica las interpretaciones catastróficas.

3° Aumento intenso de la ansiedad y activación fisiológica

Las interpretaciones catastróficas generan que se eleve la ansiedad anticipatoria que produce una activación del sistema simpático. Esto se traduce en opresión en el pecho, dificultad para respirar, dificultades de movilidad y sudoración. Intensificando las sensaciones corporales iniciales.

4° Intensificación de las manifestaciones somáticas

El aumento intenso de la ansiedad produce una mayor activación fisiológica, lo que confirma las interpretaciones catastróficas iniciales de J. Esta confirmación genera un feedback positivo que amplifica el malestar y cierra el círculo vicioso. De esta forma, las sensaciones que inicialmente eran benignas se vuelven más intensas y alarmantes, reforzando la creencia de peligro inminente.

5° Finalización en un ataque de pánico completo, seguido de preocupación y rumiación

El episodio culmina en un ataque de pánico completo, dejando a J. con un elevado nivel de miedo, preocupación y rumiación nocturna (“¿cuándo volverá a ocurrir” ?, “¿qué pasará si no puedo controlarlo?”).

Esta hipervigilancia interoceptiva (atención selectiva excesiva a sensaciones corporales mínimas) y el miedo anticipatorio nocturno fortalecidos por la imposibilidad de identificar el origen de los ataques, mantiene el trastorno durante cuatro años.

Beck y Emery (2005) complementan esta visión al destacar la vulnerabilidad cognitiva subyacente: J. percibe las sensaciones como una amenaza que supera los recursos que tiene para afrontarla, teniendo en cuenta el estrés acumulado debido a distintas situaciones que ocurrieron en su vida: mudanza de Misiones a Buenos Aires, fracaso en el ingreso a las Fuerzas

Armadas, separación de los padres e insatisfacción laboral. La ausencia de un origen claro intensifica esta percepción de imprevisibilidad e indefensión.

El Modelo ABC de Ellis (1984), dentro de la Terapia Racional Emotiva Conductual, desglosa el proceso estructurado y funcionalmente.

Aplicación en J.

El evento activador (A)

Abarca estímulos internos, sensaciones corporales: opresión en el pecho, dificultad para respirar y sudoración en las manos, durante la jornada laboral o en momentos de rumiación por la noche.

Y estímulos externos: situación laboral en la barbería, recuerdos del fracaso personal o comparación social, incluyendo la incertidumbre sobre el origen de los ataques.

Las creencias (B)

Son predominantemente irracionales, absolutistas, catastróficas y demandantes: “Debo controlar todo”, “Siento estas sensaciones que no sé de dónde vienen, me voy a morir”, “Soy un fracaso estancado porque no logre ingresar en las Fuerzas Armadas”. Estas creencias, vinculadas a exigencias de rendimiento, control y responsabilidad de la adultez, determinan las consecuencias.

Las consecuencias (C)

Consecuencias emocionales (miedo intenso, angustia y frustración), fisiológicas (síntomas de pánico), conductuales (evitación laboral, consumo de medicación ilegal, aislamiento) y funcionales (pérdida de clientes, insatisfacción vital y problemas para conciliar el sueño).

Como sostiene Ellis, no es el evento activador (A) lo que causa directamente el malestar (C), sino las creencias o interpretaciones (B) que realizamos sobre él. En J. este modelo explica cómo las exigencias de control y perfeccionismo propias de la vida adulta agravan el trastorno.

Los mecanismos de mantenimiento compartidos entre ansiedad y ataques de pánico operan interconectados y retroalimentadamente en el caso de J. (Beck & Clark, 1997; Clark, 1986;

Calero Elvira y Bados López, 2010), transformando episodios iniciales en un trastorno crónico e incapacitante. El miedo persistente de origen desconocido intensifica:

Miedo al miedo (ansiedad anticipatoria)

Mecanismo central y más característico. J. desarrolla un temor persistente a la repetición de los ataques, en especial durante la noche, agravado por no poder identificar su origen. Esta respuesta anticipatoria se agudiza durante la noche, momento en el cual la rumiación nocturna se intensifica. Al no poder identificar un origen o detonante de las crisis, este estado de alerta constante eleva la vulnerabilidad de J.

Hipervigilancia interoceptiva

Atención excesiva y selectiva hacia las sensaciones corporales más mínimas. J. opera como un “radar” de sus propias respuestas, con lo que controla de forma constante cualquier tipo de señal corporal. A raíz de este sesgo atencional, los cambios corporales benignos o normales son detectados de forma inmediata y los procesa de forma errónea como señales de peligro inminente, dando inicio al círculo vicioso.

Interpretaciones catastróficas persistentes

Constituyen el núcleo o eje de mantenimiento del trastorno en J., la catastrofización física (miedo al miedo), consiste en la opresión en el pecho y la dificultad para respirar, que son interpretadas como señales de que va a sufrir un infarto, activando un circuito de retroalimentación donde la convicción de sufrir un infarto incrementa la respuesta e intensifica los síntomas.

La catastrofización psicológica (miedo a perder el control), los problemas de movilidad son interpretados como la antesala de una parálisis permanente.

Y, por último, la catastrofización social (temor al juicio negativo por parte de otros), al irrumpir, los ataques de pánico o la crisis de angustia, en la barbería cuando está trabajando; interpreta que los clientes notarán su temblor o sudoración en las manos y esto derive en una humillación pública, pérdida de su trabajo y la confirmación de una “debilidad” que confronta con sus expectativas frustradas de ingresar en las Fuerzas Armadas.

Conductas de evitación y seguridad

Son las estrategias o conductas puestas en marcha por J., para prevenir o reducir el malestar. La más destacada de estas estrategias, se encuentra el consumo ilegal de clonazepam,

cancelación de turnos y posible evitación de situaciones desencadenantes. Estas acciones le ofrecen a J. un alivio en el momento, pero a largo plazo cronifican el cuadro al impedir la desconfirmación de sus temores.

Aislamiento social y deterioro funcional

Retraimiento familiar y social, sumando el hecho de que J. no tiene amigos, sino conocidos y mantiene una relación familiar muy restringida, esto lleva a que no tenga acceso a reforzadores positivos de su entorno. Esto también termina afectando en su trabajo, donde la insatisfacción y la pérdida de clientes limitan su autonomía vital.

Profecías autocumplidas

La anticipación ansiosa y la rumiación nocturna respecto a cuándo ocurrirá la próxima crisis genera activación fisiológica que confirma los temores iniciales (“me voy a morir” o “voy a perder el control”), lo que desencadena efectivamente en el ataque de pánico que tanto intentaba evitar.

Desde las implicaciones clínicas del enfoque cognitivo-conductual, se busca restaurar integralmente el funcionamiento en las áreas familiar, social y laboral del adulto (Ruíz Fernández et al., 2012, Barlow, 2002). En el caso de J., las intervenciones indicadas incluyen:

Psicoeducación

Se le proveerá a J., la información necesaria y clara sobre el mecanismo de la ansiedad para desmitificar los síntomas experimentados. Así como explicarle que la opresión en pecho, la dificultad para respirar y sudoración forman parte de una respuesta normal de alarma (lucha o huida) y no señales de peligro inminente. Esto con el objetivo reducir su “miedo al miedo” y predecir esas crisis nocturnas cuyo origen no puede identificar.

Reestructuración cognitiva

Se trabajará en identificar, evaluar y modificar los pensamientos automáticos catastróficos y las creencias irracionales de J. Con estos se busca que J. pueda flexibilizar sus interpretaciones y generar pensamientos alternativos basados en la realidad de que las crisis finalizan sin ningún tipo de colapso.

Exposición interoceptiva

Se provocaría de forma controlada y deliberada las sensaciones somáticas, que tanto teme sufrir, mediante ejercicios de hiperventilación voluntaria o retención de la respiración, buscando replicar de forma artificial la opresión en el pecho y la dificultad respiratoria. Al exponer a J. a estos estímulos sin permitirle que busque solución en las conductas de seguridad, logrará habituarse al malestar físico y romper la asociación automática entre el síntoma y la idea de muerte.

Exposición en vivo y graduada

Se le propondrá trabajar en el diseño de una serie de pasos progresivos para que pueda incorporarse de forma plena en las actividades que ha estado evitando. Por ejemplo, se creará un cronograma con las actividades que deberá hacer en la barbería, desde que comienza su jornada laboral: organizar sus herramientas, atender turnos cortos y así sucesivamente hasta que logre sostener una jornada laboral completa sin que tenga que recurrir a la cancelación de turnos, permitiéndole recuperar de a poco su autonomía en Buenos Aires.

Disputa de creencias irracionales

Se realizará un abordaje directo de las autoexigencias y los esquemas de perfeccionismo de J. También se cuestionará la idea rígida de que experimentar ansiedad lo hace ser una persona “débil” o un “fracasado”. Con este tipo de intervención se procesará la frustración ligada a su fallido ingreso a las Fuerzas Armadas, ayudándolo a desligar su identidad actual del control sobre sus respuestas corporales.

4.1 Análisis complementario desde las terapias de tercera generación: aportes de la Terapia de Aceptación y Compromiso al caso J.

Complementariamente, la Terapia de Aceptación y Compromiso enriquece de manera significativa la Terapia Cognitivo-Conductual tradicional, especialmente en caso como el de J., que se caracteriza por una alta evitación experiencial y lucha prolongada contra los síntomas (Pérez Álvarez, 2006). A diferencia de la Terapia Cognitivo-Conductual clásica que busca modificar directamente el contenido de los pensamientos catastróficos, la Terapia de Aceptación y Compromiso propone cambiar la relación que el paciente establece con sus experiencias internas. En J., esto resulta valioso porque su miedo persistente de origen desconocido y su rumiación nocturna reflejan una fuerte fusión cognitiva y un intento fallido de control que paradójicamente amplifica el malestar.

A continuación, se presenta una reformulación del caso J. desde el modelo de la Terapia de Aceptación y Compromiso, desarrollando cada uno de los procesos del hexaflex, en su versión rígida (inflexibilidad psicológica que mantiene el malestar) y su versión flexible (objetivo terapéutico para promover la flexibilidad psicológica) con la finalidad de ampliar la comprensión del problema más allá de los aportes de la Terapia Cognitivo-Conductual. Esta perspectiva permite analizar el modo en que la relación del individuo con sus experiencias internas y sus intentos persistentes de control contribuyen al mantenimiento de los síntomas de la ansiedad.

El hexaflex nos permite comprender que el Trastorno de Evitación Experiencial en el caso de J., no se limita a la presencia de síntomas de ansiedad, sino que se centra en la estrategia de control ineficaz que el paciente pone en funcionamiento frente a sus experiencias internas. Al analizar cómo sus intentos por eliminar el malestar mantienen su sufrimiento, podemos emplear los procesos de hexaflex para intervenir sobre la evitación y la fusión cognitiva, con el fin de aumentar su flexibilidad psicológica.

En este sentido, para comprender el malestar de J. de forma completa, resulta fundamental analizar su situación vital, ya que su rigidez psicológica se vincula directamente con los cambios y frustraciones que ha experimentado en los últimos años. Tal como plantean Wilson y Luciano (2002), la rigidez psicológica se caracteriza por una elevada evitación experiencial y fusión cognitiva, procesos que reducen la flexibilidad psicológica y mantienen el malestar. En el caso de J., esta rigidez se manifiesta en su intento persistente de controlar o eliminar las sensaciones de ansiedad y la rumiación nocturna, estrategias que, paradójicamente intensifican el malestar.

Estos patrones inflexibles se ven particularmente reforzados en la etapa adulta por las demandas vitales de autonomía, responsabilidades laborales y sociales que J. enfrenta con un repertorio conductual limitado y una fuerte tendencia al control experiencial (Pérez Álvarez, 2006). De esta manera, la rigidez psicológica no sólo explica la cronificación de sus ataques de pánico, sino que revela cómo su relación con las experiencias internas está mediatizada por los cambios y frustraciones recientes, impidiendo una acción comprometida con sus valores.

En este marco, el desarraigo aparece como un factor de mantenimiento clave. La mudanza de J. desde la provincia de Misiones a Buenos Aires hace cuatro años coincide con el inicio de sus

ataques de pánico, lo que indica que este cambio de entorno fue un estresor que sobrepasó sus recursos de afrontamiento.

Este traslado no fue sólo geográfico, sino que implicó alejarse de sus valores y proyectos, especialmente al no haber podido concretar su ingreso a las Fuerzas Armadas. Al percibir su trabajo actual en la barbería como un “Plan B” que le recuerda diariamente este fracaso, J. se ha identificado rígidamente con etiquetas negativas sobre sí mismo, lo que perpetúa su malestar y rumiación. Además, la falta de una red de apoyo sólida en Buenos Aires -donde manifiesta tener conocidos, pero no amigos- favorece que recurra a la evitación y conductas de seguridad, como el consumo ilegal de clonazepam como una herramienta de control artificial. Este fármaco podría funcionar como un intento precario de manejar la incertidumbre de un entorno que percibe como ajeno y hostil, reforzando la creencia de que su organismo es frágil y que requiere de un agente externo para sobrevivir en una ciudad donde se siente desamparado.

Este escenario de rigidez genera un impacto disruptivo en el funcionamiento global de J., afectando sus áreas familiar, social, laboral y, fundamentalmente, su proyecto de vida personal. Por esta razón, se utilizarán los procesos de hexaflex para analizar cómo intervenir en estas áreas y restaurar su flexibilidad psicológica. A continuación, se desglosan los seis procesos de la Terapia de Aceptación y Compromiso aplicados al caso J.:

Aceptación vs. Evitación experiencial

Se podría interpretar el intento de suprimir o controlar las sensaciones corporales (opresión en el pecho, problemas para respirar, sudoración), los pensamientos catastróficos mediante el consumo ilegal de clonazepam y la evitación de situaciones o lugares que podrían desencadenar malestar, como un indicador de evitación experiencial. Esta lucha constante contra la ansiedad podría estar contribuyendo a sostener el problema.

Se podría trabajar la aceptación de estas experiencias internas como la ansiedad, promoviendo que J. pueda permitir la presencia del malestar sin intentar eliminarla o controlarla, lo que disminuye el círculo vicioso del miedo al síntoma y de esta manera modifica su relación con el malestar.

Defusión cognitiva vs. Fusión cognitiva

Se puede observar en J., una fusión cognitiva con pensamientos asociados a la incertidumbre y al miedo (“algo malo me va a pasar” o “no voy a poder controlarlo”), los cuales pueden ser vivenciados como hechos reales y no como eventos mentales.

Podríamos trabajar la defusión cognitiva para que J. observe los pensamientos como eventos mentales pasajeros y tome distancia de los mismos reconociéndolos como producto de su mente y no como verdades absolutas.

Contacto con el momento presente vs. Dominancia del pasado/futuro

Se puede inferir que J. vive bajo la dominancia de la anticipación ansiosa (“¿cuándo volverá a ocurrir?”) y la rumiación nocturna ante la preocupación constante de una posibilidad de nuevos ataques de pánico. Esto lo aleja del contacto con el presente.

El entrenamiento en habilidades de atención plena le podría permitir a J. que permanezca en el aquí y ahora, reduciendo la influencia de los pensamientos anticipatorios. Se pone énfasis en el desarrollo del mindfulness como herramienta para disminuir la reactividad ante experiencia interna.

Yo como contexto vs. Yo como contenido

En J. se observa una marcada tendencia a identificarse con sus experiencias internas dolorosas. Se define a sí mismo a través de etiquetas rígidas negativas como, por ejemplo: “soy un fracasado” o “estoy estancado”, esto se podría vincular con el no haber ingresado a las Fuerzas Armadas y no conseguir satisfacción con su trabajo actual en la barbería.

El proceso terapéutico que se propone, presenta una perspectiva diferente en donde se podría colaborar con que J. adopte la postura del “Yo observador”, para que pueda observar sus pensamientos y emociones sin identificarse con ellas, y reconocerse a él mismo como: “Soy el espacio en el que ocurren los pensamientos y sensaciones de ansiedad, pero no soy el fracasado o la ansiedad”.

De esta manera las etiquetas negativas, pierden esta fuerza de definirlo a J. y que pueda relacionarse con sus experiencias internas desde otro lugar con mayor flexibilidad psicológica, sin que estas etiquetas determinen su identidad y tampoco limiten sus capacidades de acción.

Valores personales vs. Desconexión de valores

En J., podríamos suponer, que la evitación lo ha llevado a una restricción significativa de su vida, viéndose afectado sus vínculos sociales, su autonomía y su sentido de identidad personal (como se puede observar, por ejemplo, en la dificultad para sostener actividades cotidianas como asistir a la barbería o interactuar socialmente).

El trabajo con los valores personales y vitales (familia, independencia, realización personal) podría permitir que J. identifique qué aspectos de su vida son realmente significativos, orientando la intervención hacia la recuperación de estos espacios y retomar roles sociales y laborales.

Acción comprometida vs. Inacción o evitación conductual

Se podría deducir que en J. hay una predominancia a la inacción (cancelación de turnos), evitación social y conductas de seguridad (consumo de clonazepam). Estas estrategias a corto plazo generan alivio, pero cronifican el trastorno y deterioran su funcionamiento global.

En el trabajo terapéutico se promueven acciones concretas y graduales alineadas con sus valores personales, por ejemplo: sostener turnos completos en la barbería, retomar contactos sociales o explorar nuevos proyectos, incluso en presencia de ansiedad.

El caso de J. ejemplifica de forma paradigmática la relación bidireccional y circular entre la ansiedad y los ataques de pánico, así como la cronificación del trastorno en adultos. En este contexto, la Terapia de Aceptación y Compromiso permite interrumpir el trastorno de evitación experiencial (Wilson & Luciano, 2002) al abordar este proceso como un motor transdiagnóstico que complementa las técnicas clásicas. A través de la articulación del hexaflex, J. lograría abandonar la agenda de control sintomático -orientada a suprimir la ansiedad y la incertidumbre- para adoptar una agenda de flexibilidad psicológica y vida significativa. Este cambio, posible incluso ante la presencia de síntomas, reduce la dependencia de psicofármacos y promueve su autonomía vital frente a las exigencias de la vida adulta.

Los procesos cognitivos descritos en el Capítulo 2: Marco teórico se manifiestan nítidamente en su historia personal, en particular a través del miedo persistente cuyo origen no logra identificar, al no vincular los ataques con las sensaciones benignas, amplifica la incertidumbre, la vulnerabilidad cognitiva y el círculo vicioso.

Este elemento, sumado al contexto de estrés vital (reubicación geográfica, fracaso laboral, historia familiar disruptiva) y creencias disfuncionales, perpetúa el trastorno. La Terapia Cognitivo-Conductual (que actúa sobre las interpretaciones catastróficas y la hipervigilancia interoceptiva), integrada con los aportes de la Terapia de Aceptación y Compromiso (que modifica la relación con la experiencia interna y promueve flexibilidad psicológica), ofrece herramientas complementarias para interrumpir el círculo vicioso, promover la autonomía del paciente, reducir la cronificación y recuperar el funcionamiento global en los roles significativos de su vida.

Capítulo 5: Conclusión

A lo largo de este Trabajo Integrador Final se ha profundizado en el vínculo entre la ansiedad y los ataques de pánico en la población adulta, desde una mirada conductual que integra tanto los aportes clásicos como las perspectivas más contemporáneas.

Queda claro que la ansiedad y los ataques de pánico no son simples respuestas aisladas, sino un círculo vicioso alimentado por el miedo al miedo, la hipervigilancia interoceptiva, las interpretaciones catastróficas y las conductas de evitación y seguridad.

En J. observamos cómo estas dinámicas afectan sus roles personales, sociales y laborales: el aislamiento, el consumo de medicación sin prescripción, el trabajo en la barbería vivido como un “Plan B”. Su caso me permitió dar cuenta de forma concreta cómo las demandas propias de la adultez -responsabilidades, expectativas y cambios vitales- pueden intensificar y cronificar el malestar.

No solo comprendí en profundidad la dinámica del trastorno del pánico en adultos, sino que también me mostró la importancia de abordar la ansiedad desde modelos que integren tanto la modificación de los contenidos cognitivos como la relación que establece la persona con su experiencia interna, reforzando la relevancia de intervenciones que promuevan la flexibilidad psicológica como eje central del cambio terapéutico.

Uno de los mayores aprendizajes de este trabajo ha sido el valor de integrar la Terapia Cognitivo-Conductual tradicional con los aportes de la Terapia de Aceptación y Compromiso. No se trata de reducir síntomas, sino de ayudar a la persona a aceptar las sensaciones y pensamientos difíciles mientras se compromete con lo que realmente le importa: sus valores, sus relaciones y sus proyectos.

Esta combinación de enfoques me parece significativa para adultos como J., cuya vida se ha ido limitando progresivamente por el trastorno.

Este análisis de caso único me ha brindado una comprensión profunda de los procesos teóricos estudiados, permitiéndome cumplir con los objetivos planteados en este Trabajo Integrador Final.

Las intervenciones tempranas, integradoras y contextualizadas son fundamentales, actuar a tiempo puede marcar la diferencia entre una vida marcada por el miedo y una vida recuperada, plena y significativa, incluso en presencia de ansiedad ocasional.

En pocas palabras, este Trabajo Integrador Final no solo me ha permitido consolidar conocimientos teóricos y clínicos, sino que también me ha permitido vivenciar que trabajar con la ansiedad y los ataques de pánico es, ante todo, acompañar a las personas a recuperar el control de su propia vida y volver a vivir con una mayor autonomía y bienestar.

Bibliografía

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5^a ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Bados López, A. (2000). *Agorafobia y ataques de pánico*. Pirámide.
- Barlow, D.H. (2002). *Ansiedad y sus trastornos: Naturaleza y tratamiento de la ansiedad y el pánico* (2^a ed.). Desclée de Brouwer.
- Beck, A. T., & Clark, D. A. (1997). Un modelo de procesamiento de la información en la ansiedad: Procesos automáticos y estratégicos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2(1), 21-35.
- Burns, D.D. (2006). Adiós, ansiedad: Cómo superar la timidez, los miedos, las fobias y las situaciones de pánico. Paidós.
- Caballo, V.E. (Dir.). (1997). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (Vol. 1). Siglo XXI de España Editores.
- Calero Elvira, A., & Bados López, A. (2010). *Protocolo de tratamiento del pánico y la agorafobia*. Universidad Autónoma de Madrid.
- Clark, D. M. (1986). Un enfoque cognitivo del pánico. *Behaviour Research and Therapy*, 24(4), 461–470.
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2018). *Manual práctico para la ansiedad y las preocupaciones: La solución cognitivo-conductual* (2^a ed.). Desclée de Brouwer.
- Cano García, M., Romero, L. E., Álvarez, M., Saavedra, P. A., & Gaspar Cartagena, D. (2024). Impacto de la actividad física en la salud mental en personas con trastornos de ansiedad y estrés. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*, 19(1), 60-69.
- Cano-Vindel, A., Muñoz-Navarro, R., Moriana, J.A., Ruiz-Rodríguez, P., Medrano, L. A., González-Blanch, C. (2022). Transdiagnostic group cognitive behavioural therapy for emotional disorders in primary care: The results of the PsicAP randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 52(15), 3336-3348.
<https://doi.org/10.1017/S0033291720005498>
- Ceberio, M.R. (2025). Trastornos de pánico y agorafobia. Reducción de distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos. *Revista de Investigación del Departamento de Humanidades y Ciencias Sociales*, (28), 13-39.
<https://doi.org/10.54789/rihumso.25.14.28.2>

- Elizarraga, G.N. (2025). Ansiedad en la sociedad moderna Argentina: Un desafío para la psiquiatría contemporánea. *Más Vita*, 7(3), 162-168.
<https://doi.org/10.47606/ACVEN/MV0290>
- Ellis, A. (1984). *Cómo controlar la ansiedad antes de que le controle a usted*. Paidós.
- Fernández-Álvarez, H. (2011). *Paisajes de la psicoterapia: Modelos, aplicaciones y procedimientos / compilado por Héctor Fernández-Álvarez*. 1a ed. Polemos, 2011.
- García Higuera, J. A. (2006). La terapia de aceptación compromiso (ACT) como desarrollo de la terapia cognitivo-conductual. *EduPsykhé*, 5(2), 287-304.
- Hansen, B., Hjelle, K.M., Bjorgvinsson, T., Erland, O., & Hagen, K. (2026). Brief treatments for panic disorder: A pilot study of the Bergen Repeated One-Session Treatment (BrOST) format. *BMC Psychiatry*, 26, Article 20.
<https://doi.org/10.1186/s12888-025-07499-4>
- León-Quismondo, L., Fernández-Liria, A., López-Ríos, F., Saiz-Ruiz, J., García-Montes, J. M., Ibáñez, Á., Stiles B. J., & Lahera, G. (2025). Predictores y moderadores de trastornos de pánico: Terapia Cognitivo-Conductual vs. Terapia de Aceptación y Compromiso. *Psicothema*, 37(1), 32-41.
<https://doi.org/10.70478/psicothema.2025.37.04>
- Maero, F. (2013). Trastorno de pánico: una guía para profesionales. *Psyciencia*.
<https://pavlov.psyciencia.com/2013/04/ataques-de-panico-una-guia-para-profesionales-1.pdf>
- McGinnis, E.W., et al. (2024). Expecting the unexpected: Predicting panic attacks from mood, Twitter, and Apple Watch data. *IEEE Open Journal of Engineering in Medicine and Biology*. <https://doi.org/10.1109/OJEMB.2024.3354208>
- Ruíz Fernández, M. Á., Díaz García, M.I., & Villalobos Crespo, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Desclée de Brouwer.
- Sandín, B., Rodero, B. Santed, M. A., & García-Campayo, J. (2006). Sucesos vitales estresantes y trastorno de pánico: Relación con el inicio del trastorno, la gravedad clínica y la agorafobia. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11(3), 179-190.
- Stagnaro, J.C., Cía, A., Vázquez, N., Vommaro, H., Nemirovsky, M., Serfaty, E., Sustas, S. E., Medina Mora, M.E., Benjet, C., Aguilar-Gaxiola, S., & Kessler, R. (2019). Estudio epidemiológico de salud mental en población general de la República

Argentina. Vertex Revista Argentina de Psiquiatría, 29(142), 275-299.
<https://revistavertex.com.ar/ojs/index.php/vertex/article/view/256>.

- Ohi, K., Fujikane, D., Takai, K., Kuramitsu, A., Muto, Y., Sugiyama, S., & Shiori, T. (2025). Clinical features and genetic mechanisms of anxiety, fear, and avoidance: A comprehensive review of five anxiety disorders. *Molecular Psychiatry*, 30(10), 4928-4936. <https://doi.org/10.1038/s41380-025-03155-1>
- Organización Mundial de la Salud. (2025). Mental disorders. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Pérez Álvarez, M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *EduPsykhé. Revista de Psicología y Psicopedagogía*, 5(2), 159-172.
- Wilson, K. G., & Luciano, M. C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a valores*. Ediciones Pirámide.
- Vasilachis de Gialdino, I. (2017). *Estrategias de investigación cualitativa*. Gedisa.

Anexo

Observación de una entrevista de admisión por cámara Gesell en la Institución Fernando Ulloa

Caso único - Caso J.:

J., un hombre joven de 27 años asiste a la entrevista de admisión debido a que padece ataques de pánico desde hace cuatro años, que en su momento comenzaron como manifestaciones de ansiedad.

El sujeto describe estos episodios como momentos de opresión en el pecho que le dificultan la respiración, sensación de ahogo, sudoración en las manos y problemas de movilidad. Estos ataques ocurren en cualquier momento del día, incluso cuando se encuentra cumpliendo con sus tareas laborales en la barbería. Esto ocasiona la cancelación de turnos y la pérdida de clientes, lo que afecta significativamente su vida cotidiana y genera un miedo persistente cuyo origen no logra identificar. Expresa estar cansado de padecer estos ataques de pánico.

También refiere tener problemas para conciliar el sueño y tener un descanso reparador, ya que durante la noche su cabeza no para de pensar en cuándo va a volver a sufrir un ataque de pánico, temiendo que no pueda hacer nada en el caso de que suceda y se muera.

En cuanto a si consume algún tipo de medicación, expresa que sí. Consume clonazepam (medicamento perteneciente al grupo de las benzodiazepinas) que consigue de forma ilegal, y destaca que solamente hace uso de este medicamento cuando “no se siente bien” según sus palabras. Nunca estuvo internado por problemas de salud mental.

J. es originario de la provincia de Misiones, pero desde hace cuatro años reside en Buenos Aires a donde se mudó por cuestiones laborales. Al llegar a Buenos Aires, tuvo intenciones de ingresar en las Fuerzas Armadas, sin embargo, no logró este objetivo, provocando una profunda angustia y sentimiento de fracaso y vergüenza personal, especialmente al compararse con el éxito de terceros, mientras que él, según sus palabras, “se encuentra estancado”. Actualmente trabaja como barbero, si bien el trabajo no le desagrada, tampoco le genera satisfacción ni realización personal. Lo vive como un “Plan B” que nunca quiso y que le recuerda diariamente que no logró su meta principal.

En cuanto a su historia familiar, sus padres se separaron cuando él tenía 18 años, de acuerdo al relato del paciente, ha expresado que fue debido a una infidelidad por parte de su madre. Su madre, con quien no mantiene contacto ni vínculo alguno, reside actualmente en Buenos Aires. Su padre sigue viviendo en la provincia de Misiones, con quien mantiene una comunicación estable. Con su hermana mayor, en cambio, tiene un contacto más frecuente: ella constituye su vínculo más estable y su principal red de apoyo, es la única persona que conoce sus intenciones de buscar ayuda y quien lo incentiva a hacer terapia.

Vive con un tío con quien mantiene una relación que en sus propias palabras considera “justa y necesaria”. En el ámbito social, expresa no tener amigos, sino únicamente conocidos.

Hacia el final de la entrevista, admitió haber tenido resistencia a buscar ayuda profesional, manifestando prejuicios hacia la salud mental, ya que, bajo su perspectiva, “ir al psicólogo es para personas que están locas”, y expresando temor a ser juzgado por sus conocidos si se enteran de que realiza terapia. A pesar de estas resistencias, decidió acercarse a la entrevista de admisión impulsado por la necesidad de hablar y ser escuchado.