

Trastorno de pánico y su tratamiento psicológico. Revisión y actualización

Psychological treatment for panic disorder. Review and update

Transtorno do pânico e tratamento psicológico. Revisão e atualização

*Susana Amodeo Escribano*¹

Recibido: 20.01.2017 - Arbitrado: 28.02.2017 - Aprobado: 03.03.2017

Resumen

El trastorno de pánico, para ser diagnosticado, ha de cumplir una serie de criterios y debe ser diferenciado de otros trastornos mentales u orgánicos, que también cursan con ataques de pánico. El trastorno de pánico conlleva una alta tasa de comorbilidad y su curso tiende a ser crónico. La terapia cognitivo-conductual está ampliamente respaldada por la investigación y se muestra como un tratamiento eficaz. Otros tratamientos derivados de este tipo de terapia es el entrenamiento en respiración, el ejercicio físico como forma de exposición interoceptiva, la terapia cognitiva basada en *mindfulness*, la autoayuda y la realidad virtual, así como otras técnicas, como el EMDR (Eye Movement Desensibilization and Reprocessing) o las derivadas del psicoanálisis. Se revisa el estado de la investigación acerca de la eficacia de las diferentes modalidades terapéuticas.

-----**Palabras clave:** trastorno de pánico, terapia cognitivo-conductual, otros tratamientos psicológicos.

Abstract

For a panic disorder diagnosis, professionals need to meet certain criteria and to differentiate it from other mental or organic disorders that also occur with panic attacks. Panic disorder is associated with high morbidity and its course tends to be chronic. Cognitive behavioral therapy is widely supported by research

1 Psicóloga Clínica, Especialista en Trastornos de Ansiedad. Adjunta de Psicología Clínica del Departamento de Psiquiatría del Hospital Fundación Jiménez Díaz (Madrid). Profesora asociada de la Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid. Autora, entre otros, del *Manual de Control de la Ansiedad* (Hospital 12 de Octubre, Comunidad de Madrid). samodeo@ono.com.

and it is evidenced as an effective treatment. In addition training in breathing, physical exercise as a form of interoceptive exposure, cognitive therapy based on mindfulness, self-help and virtual reality as well as other techniques such as EMDR (Eye Movement Desensibilization and Reprocessing) are other procedures resulting of this therapy, as well as the ones derived from psychoanalysis. The state of research on the effectiveness of different treatment modalities is reviewed.

-----**Keywords:** Panic disorder, cognitive behavioral therapy, other psychological treatments.

Resumo

O transtorno do pânico de ser diagnosticada, deve atender a certos critérios e deve ser diferenciada de outros transtornos mentais ou orgânica também ocorrem com ataques de pânico. O transtorno do pânico envolve um alto índice de comorbidade eo curso tende a ser crônico. A terapia comportamental cognitiva é amplamente apoiada pela investigação e mostrado como um tratamento eficaz. Outros tratamentos derivados deste tipo de terapia é a formação em respirar, exercício físico como uma forma de exposição interoceptiva, a terapia cognitiva baseada na atenção plena, auto-ajuda e de realidade virtual, bem como outras técnicas, como EMDR (Eye Movement dessensibilização e reprocessamento) ou derivados de psicanálise. O estado da investigação sobre a eficácia das diferentes modalidades de tratamento são revistos.

-----**Palavras-chave:** transtorno do pânico, terapia cognitivo-comportamental, outros tratamentos psicológicos.

Caracterización del trastorno de pánico

El trastorno de pánico se define como ataques de pánico, inesperados y recurrentes. Al menos uno de ellos, va seguido de un mínimo de un mes de inquietud o preocupación persistente por la aparición de nuevas crisis o sus consecuencias, y/o por un cambio significativo y desadaptativo en el comportamiento que se relacione con los ataques de pánico (American Psychiatric Association, 2013).

El ataque de pánico se describe como la aparición súbita de miedo y/o malestar intensos, que alcanza su máxima expresión en minutos y ha de presentarse al menos cuatro de los 13 síntomas descritos: palpitaciones, sacudidas del corazón o ritmo cardíaco acelerado, sudoración, temblor o sacudidas musculares, sensación de respiración dificultosa o miedo a atragantarse, dolor o molestias en el tórax, náuseas o malestar abdominal, sensación de vértigo, inestabilidad, mareo o desmayo, desrealización o despersonaliza-

ción, miedo a perder el control o a volverse loco, miedo a morir, parestesias y escalofríos o sofocaciones.

La CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992) incluye, además, el síntoma de sequedad de boca y exige que, por lo menos, uno de los síntomas del ataque corresponda a palpitaciones, sudoración, temblores o boca seca.

En el DSM-V, como novedoso se propone la adición de los ataques de pánico como especificadores en cualquier diagnóstico. Existe evidencia de que esta adición predice una mayor gravedad de los síntomas y una peor respuesta al tratamiento para muchos trastornos mentales, siendo un marcador de gravedad (Ulas *et al.*, 2007).

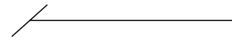
Se estima que la prevalencia anual para este trastorno se sitúa en torno al 2-3% en los adultos y adolescentes, con una edad media de inicio entre los 20 y los 24 años, y su curso tiende a ser crónico con oscilaciones. Las tasas de prevalencia disminuyen con la edad (0.7%) en las personas mayores y se diagnostica con más frecuencia en las mujeres respecto a los varones, con una proporción aproximada de 2:1. Como factores de riesgo se han identificado la afectividad negativa y sensibilidad a la ansiedad (APA, 2013).

Diagnóstico diferencial del trastorno de pánico

Para poder establecer un diagnóstico de trastorno de pánico, el paciente debe haber tenido ataques de pánico inesperados recurrentes, seguidos por, al menos, un mes de preocupación persistente por la posibilidad de sufrir nuevos ataques, o por sus implicaciones o consecuencias, o un cambio significativo del comportamiento en relación con los ataques (APA, 2013).

No debe efectuarse el diagnóstico de trastorno de pánico si las crisis de pánico se consideran secundarias a los efectos fisiológicos de una enfermedad médica, como puede ser el hipertiroidismo, el hiperparatiroidismo, el feocromocitoma, los trastornos del sistema vestibular, los trastornos comiciales y las enfermedades cardíacas (APA, 2013). Tampoco debe efectuarse el diagnóstico de trastorno de pánico si los ataques de pánico están asociados con la intoxicación o abstinencia de drogas de abuso, medicamentos como los descongestionantes, estimulantes o inhaladores agonistas beta-adrenérgicos, o la cafeína (APA, 2013).

El trastorno de pánico debe diferenciarse de otros trastornos mentales que también pueden asociarse a crisis de angustia. Los ataques de pánico se producen con frecuencia en otros trastornos psiquiátricos; en este caso, las crisis tienen un carácter más situacional o más o menos relacionadas con una si-



tuación determinada, por ejemplo, fobia específica, fobia social, trastorno de estrés postraumático, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de ansiedad por separación y en el contexto de un trastorno psicótico (APA, 2013).

Comorbilidad del trastorno de pánico

Los pacientes con trastorno de pánico, o aquellos que sufren ataques de pánico, aumentan significativamente la probabilidad de presentar otros trastornos psiquiátricos comórbidos, como trastornos del estado de ánimo, otros trastornos de ansiedad, trastornos del control de impulsos, trastornos por uso de sustancias, trastornos de la alimentación, trastornos psicóticos y trastornos de la personalidad (Mathew, Norton, Zvolensky, Buckner y Smits, 2011; Kjernisted y McIntosh, 2007).

El trastorno de pánico es más frecuente en pacientes con patologías médicas, incluyendo enfermedades de tiroides, cáncer, dolor crónico, patologías cardíacas, el síndrome del intestino irritable, migraña, así como las enfermedades alérgicas y respiratorias, en comparación con la población general (Korczak, Goldstein y Levitt, 2007; Yamada, Moriwaki, Oiso e Ishigooka, 2011; Senaratne, Van Ameringen, Mancini, Patterson y Bennett, 2010; Marshall, Zvolensky, Sachs-Ericsson, Schmidt y Bernstein, 2008). La presencia de comorbilidad médica se asocia con una mayor severidad en los síntomas del trastorno de pánico y la discapacidad (Senaratne *et al.*, 2010; Marshall *et al.*, 2008).

Tratamiento psicológico del trastorno de pánico

La terapia cognitivo-conductual del trastorno de pánico (TP)

La terapia cognitivo-conductual (TCC) ha sido ampliamente estudiada y es un tratamiento psicológico eficaz para el trastorno de pánico (Hoffart, Hedley, Svanøe y Sexton, 2016; Kaczurkin y Foa, 2015; Porter y Chambless, 2015; Sánchez-Meca, Rosa-Alcázar, Marín-Martínez y Gómez-Conesa, 2010).

La TCC es una modalidad particularmente rentable, en parte debido al fuerte mantenimiento de los logros del tratamiento a largo plazo (White *et al.*, 2013; Aaronson *et al.*, 2008; Marchand, Roberge, Primiano y Germain, 2009; Bandelow *et al.*, 2015). Tiene además eficacia demostrada para el tratamiento del trastorno de pánico tanto en formato grupal, como en formato individual (Marchand *et al.*, 2009; Roberge, Marchand, Reinhartz y Savard,

2008). Además de los efectos directos sobre el trastorno de pánico, la TCC también ofrece mejoras en la calidad de vida y beneficios para el tratamiento de la ansiedad y depresión comórbidas (Hoffart *et al.*, 2016; Kaczkurkin y Foa, 2015; Tsao, Mystkowski, Zucker y Craske, 2002).

La TCC para el pánico se basa tanto en el condicionamiento interoceptivo, como en las teorías cognitivas del pánico. Las dos formas principales de TCC desarrolladas para el trastorno de pánico han sido el tratamiento de control de pánico del grupo de Barlow (Barlow y Cerny, 1998; Barlow y Craske, 2000) y la terapia cognitiva del grupo de Clark (Clark y Salkovskis, 1989). Ambos tratamientos destacan los componentes de psicoeducación sobre el pánico, reestructuración cognitiva, la exposición a las sensaciones corporales interoceptivas temidas (por ejemplo, taquicardia, disnea, parestesia, temblor) y exposición en vivo a situaciones generadoras de ansiedad.

La TCC es un enfoque basado en el aprendizaje que se dirige al reaprendizaje de seguridad, en relación con los temores y evitación característicos de pánico. Los modelos cognitivo-conductuales del trastorno de pánico enfatizan el papel del miedo a los síntomas de ansiedad en el mantenimiento del trastorno (Smits, Julian, Rosenfield y Powers, 2012; Smits, Powers, Cho y Telch, 2004; McNally, 2002; Bouton, Mineka y Barlow, 2001). La TCC utiliza una combinación de reestructuración cognitiva y ejercicios de exposición, para ayudar a los pacientes a establecer un sentido de seguridad en el contexto de los eventos internos y externos temidos (Otto, Smits y Reese, 2004). Las reestructuraciones cognitivas están diseñadas para ayudar a los pacientes a identificar y reestructurar las evaluaciones de amenaza relacionadas con el pánico. Para facilitar la reestructuración, el terapeuta diseña ejercicios de exposición, para que el paciente pueda producir pruebas desconfirmatorias y construir una mayor tolerancia a las sensaciones incómodas, sin respuestas conductuales desadaptativas (por ejemplo, de evitación).

Las estrategias que incluyen la exposición interoceptiva son las más efectivas para la reducción del pánico, según algunas posiciones (por ejemplo, Siev y Chambless, 2007). La forma en la que se aplica la exposición varía sustancialmente entre los estudios y los terapeutas y, a pesar de la popularidad del uso de estrategias cognitivas y de control de la ansiedad (respiración diafragmática), junto con la exposición, el grado en que estas estrategias aumentan los beneficios de la exposición no está claro (Powers, Smits, Leyro y Otto, 2007).

Las posiciones que abogan por una mayor consideración de estrategias cognitivas y de control de la ansiedad, para hacer frente al pánico, están en la línea del modelo integrado del trastorno de pánico desarrollado por Casey (Casey, Oei y Newcombe, 2004, 2005; Casey, Oei, Newcombe y Kenardy,

2004; Hofmann et al., 2007; Arch, Wolitzky-Taylor, Eifert y Craske, 2012; Bouchard et al., 2007; Meuret, Rosenfield, Seidel, Bhaskara y Hofmann, 2010; Meuret, Seidel, Rosenfield, Hofmann y Rosenfield, 2012; Smits et al., 2012; Fentz, Arendt, O'Toole, Hoffart y Hougaard, 2014). Los hallazgos de estos últimos años apuntan a trayectorias individuales de cambio terapéutico, donde la percepción de autoeficacia del pánico y/o la reestructuración de creencias catastróficas juegan un importante papel en la superación del pánico (Fentz et al., 2014).

Otros enfoques de tratamiento psicológico derivados de la terapia cognitivo-conductual

Entrenamiento respiratorio

Los tratamientos alternativos que se dirigen a la desregulación respiratoria, en el trastorno de pánico, han recibido apoyo reciente (Meuret, Wilhelm, Ritz y Roth, 2008). En un ECA (Epidemiological Catchment Area study), el entrenamiento respiratorio con capnometría asistida fue tan eficaz como el entrenamiento cognitivo en la reducción de la severidad de los síntomas de pánico, y aumentó significativamente la percepción de control (Meuret *et al.*, 2010).

Ejercicio físico

También hay una creciente evidencia que apoya el uso de ejercicio para el tratamiento del trastorno de pánico. Varios estudios han demostrado que los programas breves (dos semanas) de episodios repetidos cortos (20 minutos) de ejercicio, de intensidad de moderada a vigorosa, producen grandes reducciones en el temor de la ansiedad y sus sensaciones relacionadas (Broman-Fulks y Storey, 2008; Smits *et al.*, 2008; Broman-Fulks, Berman, Rabian y Webster, 2004).

Terapias Cognitivas Basadas en Mindfulness (TCBM)

Las TCBM también están mostrando su utilidad en el tratamiento de diferentes trastornos, entre ellos, el trastorno de pánico (Kim et al., 2009, 2010). Este tipo de terapias proponen como forma alternativa de enfrentarse a los síntomas del pánico, atender plenamente a la experiencia del pánico, sin escapar o evitarla (Kim *et al.*, 2009; Schmidt, Zvolensky y Maner, 2006; Bishop *et al.*, 2004).

Autoayuda, tratamientos on-line y realidad virtual

Algunos de los principales factores que limitan la participación del paciente en tratamiento incluyen el costo y la accesibilidad al tratamiento. Los tratamientos de autoayuda por medio de biblioterapia son un medio para proporcionar, a bajo coste, tratamiento a un número mucho mayor de personas (Lewis, Pearce y Bisson, 2012; Lucock *et al.*, 2008).

Los tratamientos interactivos basados en los programas informáticos son más atractivos que la biblioterapia. Los estudios que han evaluado los tratamientos on-line para el trastorno de pánico indican mejoras significativas en los pacientes, en comparación a un grupo control de lista de espera, y los resultados fueron comparables a la terapia presencial (Ebenfeld *et al.*, 2014; Kok, van Straten, Beekman y Cuijpers, 2014; Van Ballegooijen *et al.*, 2013). También se está estudiando la utilidad de la realidad virtual para ayudar con el componente de exposición de la TCC, para los pacientes con trastorno de pánico (Pérez-Ara *et al.*, 2010; Meyerbröker y Emmelkamp, 2010; Malbos, Rapee y Kavakli, 2013). Las simulaciones con realidad virtual tienen la ventaja de producir rápidamente un número de diferentes escenarios y la capacidad para controlar parámetros relevantes (por ejemplo, número de personas en la situación), y la capacidad de producir situaciones que serían difíciles o costosas (por ejemplo, dentro de un avión). Sin embargo, la mayoría de los informes que se centraron en el uso de la realidad virtual para el trastorno de pánico son, por el momento, estudios de casos clínicos o ensayos clínicos pequeños (Malbos *et al.*, 2013; Botella *et al.*, 2007). Algunos estudios, incluso, concluyen que la realidad virtual no proporciona un valor añadido a la terapia de exposición (Meyerbroeker, Morina, Kerkhof y Emmelkamp, 2013).

Otros tratamientos psicológicos

Otros tratamientos, utilizados a menudo para el trastorno de pánico, no están bien apoyados por estudios empíricos rigurosos e incluyen terapias orientadas al *insight*, entrenamiento de relajación sin exposición, control del estrés, hipnosis y desensibilización y reprocesamiento a través de movimientos oculares rápidos (EMDR) (Roy-Byrne, Craske y Stein, 2006; Goldstein, de Beurs, Chambless y Wilson, 2000).

Enfoques derivados de la psicoterapia psicoanalítica: psicoterapia psicoanalítica manualizada

En una puesta a prueba de una psicoterapia psicoanalítica manualizada, mostró un 73% de tasa de respuesta (Milrod *et al.*, 2007). Esta tasa de respuesta es prometedora, pero se logró a través de 24 sesiones de tratamiento,

aproximadamente el doble del número ofrecido en muchos protocolos de TCC. Además, no está claro qué elementos del tratamiento fueron de importancia en la terapia psicodinámica manualizada. Comparte una serie de elementos con los enfoques centrados en la emoción, incluyendo la exploración de los sentimientos que rodean la aparición de pánico y los significados de los síntomas de pánico. Elementos adicionales del tratamiento se centraron en el análisis de la transferencia y en el de los conflictos recurrentes. Según un análisis exploratorio, la respuesta en este ensayo parecía estar moderada por la presencia de síntomas de trastornos de la personalidad del Cluster C (Milrod, Leon, Barber, Markowitz y Graf, 2007). Se necesita investigación adicional para aclarar la fiabilidad y la fuerza de estos efectos.

Referencias

- Aaronson, C., Shear, M., Goetz, R., Allen, L., Barlow, D., White, K.,... Gorman, J. (2008). Predictors and Time Course of Response among Panic Disorder Patients Treated with Cognitive-Behavioral Therapy. *Journal Clinical Psychiatry*, 69(3), 418-424. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18278989>
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (5th ed.). Washington D.C., EE.UU: American Psychiatric Association.
- Arch, J., Wolitzky-Taylor, K., Eifert, G. y Craske, M. (2012). Longitudinal Treatment Mediation of Cognitive Behavioral Therapy and Acceptance and Commitment Therapy for Anxiety Disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 50(7-8), 469-478. doi: 10.1016/j.brat.2012.04.007
- Bandelow, B., Reitt, M., Röver, C., Michaelis, S., Görlich, Y. y Wedekind, D. (2015). Efficacy of Treatments for Anxiety Disorders: a Meta-Analysis. *International Clinical Psychopharmacology*, 30(4), 183-192. doi: 10.1097/YIC.000000000000078.
- Barlow, D. y Craske, M. (2000). *Mastery Your Anxiety and Panic: Client Workbook for Anxiety and Panic*. San Antonio, TX, EE.UU: Graywind Psychological Corporation.
- Bishop, S., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N., Carmody, J.,... Devins, G. (2004). Mindfulness: A Proposed Operational Definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 230-241. doi: 10.1002/jclp.203226.
- Botella, C., García-Palacios, A., Villa, H., Baños, R., Quero, S., Alcañiz, M. y Riva, G. (2007). Virtual Reality Exposure in the treatment of Panic Disorder and Agoraphobia: A Controlled Study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 14, 164-175. doi: 10.1002/cpp.524
- Bouchard, S., Gauthier, J., Nouwen, A., Ivers, H., Vallières, A., Simard, S. y Fournier, T. (2007). Temporal Relationship between Dysfunctional Beliefs, Self-Efficacy and Panic Apprehension in the Treatment of Panic Disorder with Agoraphobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38(3), 275-292. doi: 10.1016/j.jbtep.2006.08.002
- Bouton, M., Mineka, S. y Barlow, D. (2001). A Modern Learning Theory Perspective on the Etiology of Panic Disorder. *Psychological Review*, 108(1), 4-32. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1037/0033-295X.108.1.4>

- Broman-Fulks, J., Berman, M., Rabian, B. y Webster, M. (2004). Effects of Aerobic Exercise on Anxiety Sensitivity. *Behaviour Research and Therapy*, 42(2), 125-136. doi: 10.1016/S0005-7967(03)00103-7
- Broman-Fulks, J. y Storey, K. (2008). Evaluation of a Brief Aerobic Exercise Intervention for High Anxiety Sensitivity. *Anxiety Stress Coping*, 21(2), 117-128. doi: 10.1080/10615800701762675
- Casey, L., Oei, T. y Newcombe, P. (2004). An Integrated Cognitive Model of Panic Disorder: the Role of Positive and Negative Cognitions. *Clinical Psychology Review*, 24(9), 529-555. doi: 10.1016/j.cpr.2004.01.005
- _____. (2005). Looking Beyond the Negatives: A Time Period Analysis of Positive Cognitions, Negative Cognitions, and Working Alliance in Cognitive-Behavior Therapy for Panic Disorder. *Psychotherapy Research*, 15(1-2), 55-68. doi: 10.1080/10503300512331327038
- Casey, L., Oei, T., Newcombe, P. y Kenardy, J. (2004). The Role of Catastrophic Misinterpretation of Bodily Sensations and Panic Self-Efficacy in Predicting Panic Severity. *Journal of Anxiety Disorders*, 18(3), 325-340. doi: 10.1016/S0887-6185(02)00257-8
- Clark, D. y Salkovskis, P. (1989). *Cognitive Therapy for Panic and Hipocondriasis*. Oxford, England: Pergamon.
- Ebenfeld, L., Kleine Stegemann, S., Lehr, D., Ebert, D., Jazaieri, H., Van Ballegooijen, W.,... Berking, M. (2014). Efficacy of a Hybrid Online Training for Panic Symptoms and Agoraphobia: Study Protocol for a Randomized Controlled Trial. *Trials*, 15, 427. doi: 10.1186/1745-6215-15-427
- Fentz, H., Arendt, M., O'Toole, M., Hoffart, A. y Hougaard, E. (2014). The Mediational Role of Panic Self-Efficacy in Cognitive Behavioral Therapy for Panic Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 60, 23-33. doi: 10.1016/j.brat.2014.66.003
- Goldstein, A., de Beurs, E., Chambless, D. y Wilson, K. (2000). EMDR for Panic Disorder with Agoraphobia: Comparison with Waiting List and Credible Attention-Placebo Control Conditions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(6), 947-956. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.68.6.947>
- Hoffart A., Hedley, L., Svanøe, K. y Sexton H. (2016). Cognitive and Guided Mastery Therapies for Panic Disorder with Agoraphobia: 18-Year Long-Term Outcome and Predictors of Long-Term Change. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 23(1), 1-13. doi: 10.1002/cpp.1934.
- Hofmann, S., Meuret, A., Rosenfield, D., Suvak, M., Barlow, D., Gorman, J.,... Woods, S. (2007). Preliminary Evidence for Cognitive Mediation During Cognitive-Behavioral Therapy of Panic Disorder. *Journal Consulting and Clinical Psychology*, 75(3), 374-379. doi: 10.1037/0022-006x.75.374
- Kaczurkin, A. y Foa, E. (2015). Cognitive-Behavioral Therapy for Anxiety Disorders: An Update on the Empirical Evidence. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(3), 337-346. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18363421>
- Kim, B., Lee, S., Kim, Y., Choi, T., Yook, K., Suh, S.,... Yook, K. (2010). Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy Program as an Adjunct to Pharmacotherapy in Patients with Panic Disorder. *Journal Anxiety and Disorders*, 24(6), 590-595. doi: 10.1016/j.janxdis.2010.03.019
- Kim, Y., Lee, S., Choi, T., Suh, S., Kim, B., Kim, C.,... Yook, K. (2009). Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy as an Adjuvant to Pharmacotherapy in Patients

- with Panic Disorder or Generalized Anxiety Disorder. *Depress Anxiety*, 26(7), 601-606. doi: 10.1002/da.20552.
- Kjernsted, K. y McIntosh, D. (2007). Venlafaxine Extended Release (XR) in the Treatment of Panic Disorder. *Therapy and Clinical Risk Management*, 3(1), 59-69. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18360616>
- Kok, R., van Straten, A., Beekman, A. y Cuijpers, P. (2014). Short-Term Effectiveness of Web-Based Guided Self-Help for Phobic Outpatients: Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 16(9): e226. doi: 10.2196/jmir.3429
- Korczak, D., Goldstein, B. y Levitt, A. (2007). Panic Disorder, Cardiac Diagnosis and Emergency Department Utilization in an Epidemiologic Community Sample. *General Hospital Psychiatry*, 29(4), 335-339. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2007.03.006
- Lewis, C., Pearce, J. y Bisson, J. (2012). Efficacy, Cost-Effectiveness and Acceptability of Self-Help Interventions for Anxiety Disorders: Systematic Review. *British Journal of Psychiatry*, 200(1), 15-21. doi: 10.1192/bjp.bp.110.084756
- Lucock, M., Padgett, K., Noble, R., Westley, A., Atha, C., Horsefield, C.,... Leach, C. (2008). Controlled Clinical Trial of a Self-Help for Anxiety Intervention for Patients Waiting for Psychological Therapy. *Behavioral Cognitive Psychotherapy*, 36, 541-551. doi: <https://doi.org/10.1017/S1352465808004591>
- Malbos, E., Rapee, R. y Kavakli, M. (2013). A Controlled Study of Agoraphobia and the Independent Effect of Virtual Reality Exposure Therapy. *Journal of Psychiatry*, 47(2), 160-168. doi: 10.1177/0004867412453626
- Marchand, A., Roberge, P., Primiano, S. y Germain, V. (2009). A Randomized, Controlled Clinical Trial of Standard, Group and Brief Cognitive-Behavioral Therapy for Panic Disorder with Agoraphobia: A Two-Year Follow-Up. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(8), 1139-1147. doi: 10.1016/j.janxdis.2009.07.019
- Marshall, E., Zvolensky, M., Sachs-Ericsson, N., Schmidt, N. y Bernstein, A. (2008). Panic Attacks and Physical Health Problems in a Representative Sample: Singular and Interactive Associations with Psychological Problems, and Interpersonal and Physical Disability. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(1), 78-87. doi: 10.1016/j.janxdis.2006.10.016
- Mathew, A., Norton, P., Zvolensky, M., Buckner, J. y Smits, J. (2011). Smoking Behavior and Alcohol Consumption in Individuals with Panic Attacks. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 25(1), 61-70. doi: 10.1891/0889-8391.25.1.61
- McNally, R. (2002). Anxiety Sensitivity and Panic Disorder. *Biological Psychiatry*, 52(10), 938-946. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12437935>
- Meuret, A., Rosenfield, D., Seidel, A., Bhaskara, L. y Hofmann, S. (2010). Respiratory and Cognitive Mediators of Treatment Change in Panic Disorder: Evidence for Intervention Specificity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(5), 691-704. doi: 10.1037/a0019552
- Meuret, A., Seidel, A., Rosenfield, B., Hofmann, S. y Rosenfield, D. (2012). Does Fear Reactivity During Exposure Predict Panic Symptom Reduction? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(5), 773-785. doi: 10.1037/a0028032
- Meuret, A., Wilhelm, F., Ritz, T. y Roth, W. (2008). Feedback of End-Tidal pCO₂ as a Therapeutic Approach for Panic Disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 42(7), 560-568. doi: 10.1016/j.jpsychires.2007.06.005

- Meyerbröker, K. y Emmelkamp, P. (2010). Virtual Reality Exposure Therapy in Anxiety Disorders: A Systematic Review of Process-And-Outcome Studies. *Depression and Anxiety*, 27(10), 933-944. doi: 10.1002/da.20734
- Meyerbroeker, K., Morina, N., Kerkhof, G. y Emmelkamp, P. (2013). Virtual Reality Exposure Therapy Does Not Provide Any Additional Value in Agoraphobic Patients: A Randomized Controlled Trial. *Psychotherapy and Psychosomatic*, 82(3), 170-176. doi: 10.1159/000342715
- Milrod, B., Leon, A., Barber, J., Markowitz, J. y Graf, E. (2007). Do Comorbid Personality Disorders Moderate Panic-Focused Psychotherapy? An Exploratory Examination of the American Psychiatric Association Practice Guideline. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68(6), 885-891. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17592913>
- Milrod, B., Leon, A., Busch, F., Rudden, M., Schwalberg, M., Clarkin, J.,... Shear, M. (2007). A Randomized Controlled Trial of Psychoanalytic Psychotherapy for Panic Disorder. *American Journal Psychiatry*, 164(2), 265-272. doi: 10.1176/ajp.2007.164.2.265
- Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE-10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid, España: Meditor.
- Otto, M., Smits, J. y Reese, H. (2004). Cognitive-Behavioral Therapy for the Treatment of Anxiety Disorders. *Journal Clinical of Psychiatry*, 65(Suppl 5), 34-41. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15078117>
- Pérez-Ara, M., Quero, S., Botella, C., Baños, R., Andreu-Mateu, S., García-Palacios, A. y Bretón-López, J. (2010). Virtual Reality Interoceptive Exposure for the Treatment of Panic Disorder and Agoraphobia. *Studies in Health Technology and Informatics*, 154, 77-81. doi:10.3233/978-1-60750-561-7-77
- Porter, E. y Chambless, D. (2015). A Systematic Review of Predictors and Moderators of Improvement in Cognitive-Behavioral Therapy for Panic Disorder and Agoraphobia. *Clinical Psychology Review*, 42,179-192. doi: 10.1016/j.cpr.2015.09.004
- Powers, M., Smits, J., Leyro, T. y Otto, M. (2007). Translational Research Perspectives on Maximizing the Effectiveness of Exposure Therapy. In D. C. S. Richard and D. Lauterbach (Eds.), *Handbook of the exposure therapies* (pp. 109-126). New York, EE.UU: Elsevier.
- Roberge, P., Marchand, A., Reinharz, D. y Savard, P. (2008). Cognitive-Behavioral Treatment for Panic Disorder with Agoraphobia: A Randomized, Controlled Trial and Cost-Effectiveness Analysis. *Behavioral Modification*, 32(3), 333-351. doi: 10.1177/0145445507309025
- Roy-Byrne, P., Craske, M. y Stein, M. (2006). Panic Disorder. *The Lancet*, 368 (9540):1023-1032. Recuperado de: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69418-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69418-X)
- Sánchez-Meca, J., Rosa-Alcázar, A., Marín-Martínez, F. y Gómez-Conesa, A. (2010). Psychological Treatment of Panic Disorder with or without Agoraphobia: A Meta-Analysis. *Clinical Psychology Review*, 30(1), 37-50. doi: 10.1016/j.cpr.2009.08.011
- Schmidt, N., Zvolensky, M. y Maner, J. (2006). Anxiety Sensitivity: Pro-Spective Prediction of Panic Attacks and Axis I Pathology. *Journal of Psychiatric Research*, 40(8), 691-699. doi: 10.1016/j.jpsychires.2006.07.009
- Senaratne, R., Van Ameringen, M., Mancini, C., Patterson, B. y Bennett, M. (2010). The Prevalence of Migraine Headaches in an Anxiety Disorders Clinic Sample. *CNS Neuroscience Therapy*, 16(2), 76-82. doi: 10.1111/j.1755-5949.2009.00103.x

- Siev, J. y Chambless, D. (2007). Specificity of Treatment Effects: Cognitive Therapy and Relaxation for Generalized Anxiety and Panic Disorders. *Journal Consultant Clinical Psychology*, 75(4), 513-522. doi: 10.1037/0022-006X.75.4.513
- Smits, J., Powers, M., Cho, Y. y Telch, M. (2004). Mechanism of Change in Cognitive-Behavioral Treatment of Panic Disorder: Evidence for the Fear of Fear Mediational Hypothesis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(4), 646-652. doi: 10.1037/0022-006X.72.4.646
- Smits, J., Berry, A., Rosenfield, D., Powers, M., Behar, E. y Otto, M. (2008). Reducing Anxiety Sensitivity with Exercise. *Depression and Anxiety*, 25(8), 689-699. doi: 10.1002/da.20411.
- Smits, J., Julian, K., Rosenfield, D. y Powers, M. (2012). Threat Reappraisal as a Mediator of Symptom Change in Cognitive-Behavioral Treatment of Anxiety Disorders: A Systematic Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(4), 624-635. doi: 10.1037/a0028957
- Tsao, J., Mystkowski, J., Zucker, B. y Craske, M. (2002). Effects of Cognitive-Behavioral Therapy for Panic Disorder on Comorbid Conditions: Replication and Extension. *Behavioral Therapy*, 33, 493-509. Recuperado de: [http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894\(02\)80013-](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894(02)80013-)
- Ulas, H., Alptekin, K., Akdede, B., Tumuklu, M., Akvardar, Y., Kitis, A. y Polat, S. (2007). Panic Symptoms in Schizophrenia: Comorbidity and Clinical Correlates. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 61, 678-680. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.1111/j.1440-1819.2007.01724.x>
- Van Ballegooijen, W., Riper, H., Klein, B., Ebert, D., Kramer, J., Meulenbeek, P. y Cuijpers, P. (2013). An Internet-Based Guided Self-Help Intervention for Panic Symptoms: Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 15(7): e154. doi: 10.2196/jmir.2362
- White, K., Payne, L., Gorman, J., Shear, M., Woods, S., Saksa, J. y Barlow, D. (2013). Does Maintenance CBT Contribute to Long-Term Treatment Response of Panic Disorder with or without Agoraphobia? A Randomized Controlled Clinical Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(1), 47-57. doi: 10.1037/a0030666
- Yamada, K., Moriwaki, K., Oiso, H. e Ishigooka, J. (2011). High Prevalence of Comorbidity of Migraine in Outpatients with Panic Disorder and Effectiveness of Psychopharmacotherapy for Both Disorders: A Retrospective Open Label Study. *Psychiatry Research*, 185, 145-148. doi: 10.1016/j.psychres.2009.08.004

