

UNIVERSIDAD DE PALERMO



Facultad de Ciencias Sociales

Carrera: Psicología

Trabajo final de integración

“Caso clínico de trastorno de ansiedad con agorafobia”

Autor: José Miranda

Tutor: Lic. Gabriela Ramos Mejía

Índice:

1. Introducción	4
2. Objetivo General	4
3. Objetivos específicos	4
4. Marco teórico	6
4.1. Trastorno de Ansiedad Generalizada	6
4.1.1 Ansiedad Componente Esencial	9
4.1.2. Edad de Comienzo, Características y curso del TAG	10
4.1.3. Vulnerabilidad Biológica y Factores Psicosociales	14
4.1.4. Modelos de Tratamientos	16
4.1.5. Modelos Utilizados en Fobia Club	16
4.1.6. El Modelo de Evitación de la preocupación (MEP)	17
4.1.7. Modelo de Intolerancia a la Incertidumbre (MII)	17
4.1.8. El Modelo Metacognitivo (MMC)	19
4.1.9. Modelo de Desregulación de la Emoción.	20
4.1.10. Modelo de evitación Experimental (MEP)	21
4.1.11 Teoría de los Cuatro Factores	22
4.1.12 Eficacia de los Tratamientos	23
4.2.1. Agorafobia y Trastorno de pánico	24
5. Metodología.	28

5.1 Tipo de Estudio.	28
5.2. Participantes.	28
5.3. Procedimiento.	28
5.4. Instrumentos	28
6. Desarrollo.	29
6.1. Los resultados obtenidos en función de cada uno de los objetivos	29
6.1.1 Describir diagnóstico y tratamiento realizado a la paciente	30
6.1.2. Describir la evolución de la paciente, a través de los ejercicios de exposición	31
6.1.3 Comparar los cambios comportamentales y cognitivos obtenidos por la paciente	35
6.1.4 Describir las habilidades aprendidas y la evolución en los trabajos grupales.	45
7. Conclusión.	48
8. Bibliografía.	55

1. Introducción:

La práctica de habilitación profesional V se realizó en una fundación dedicada casi con exclusividad a casos severos de patologías como:

Trastornos de ansiedad, diferentes fobias, depresiones, trastornos de la personalidad.

Se realizaron las diferentes actividades entre ellas: horas administrativas, exposiciones con diferentes pacientes, participación de las sesiones , se recolectaron datos de los diferentes pacientes según las patologías para realizar trabajos de investigación.

Se participó en diferentes talleres, charlas, salidas, viajes, clases de yoga, en los cuales los coordinadores pacientes y profesionales se mezclaban de tal manera que no se diferenciaba cuál era cuál.

También se realizó seguimiento más estricto con una paciente asignada en particular, con lo cual se trabaja varios días de la semana.

2. Objetivo general:

Analizar los cambios obtenidos por una paciente diagnosticada con un trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de pánico con agorafobia durante su tratamiento.

3. Objetivos específicos:

- 1- Describir diagnóstico y tratamiento realizado al paciente.
- 2- Describir la evolución de la paciente, a través de los ejercicios de exposición.
- 3-Comparar los cambios comportamentales y cognitivos obtenidos por la paciente.
- 4- Describir las habilidades aprendidas y la evolución en los trabajos grupales.

4. Marco teórico

4.1. Trastorno de ansiedad generalizada:

La característica principal del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) es tener una preocupación y ansiedad excesivas (expectativa aprensiva o aprensión ansiosa), persistentes (más de la mitad de los días durante al menos 6 meses) y difíciles de controlar sobre un número de acontecimientos o actividades tales como el rendimiento laboral o escolar. Que la preocupación y ansiedad son excesivas significa que su intensidad, duración o frecuencia son desproporcionadas con relación a la probabilidad o impacto real del evento temido, criterios para el TAG según el DSM-IV.

Gómez y Marzucco (2009), afirman que el núcleo central del TAG es la preocupación, que la definen como un proceso sumamente adaptativo que se utiliza para abordar toda amenaza percibida.

Las áreas más comunes de la preocupación suelen hacer referencia a circunstancias de la vida diaria; son habituales temas como la familia, los amigos, las relaciones interpersonales en general, el dinero, el trabajo, los estudios, el manejo de la casa y la salud propia y de otros. Las preocupaciones pueden ser por cuestiones menores tales como faenas domésticas, llegar tarde a un sitio o a una cita (American Psychiatric Association, 1995; Brown, Barlow y Liebowitz, 1994). En comparación con las preocupaciones físicas o económicas, las preocupaciones sociales parecen tener más peso a la hora de predecir la tendencia general a preocuparse (Dugas y Ladouceur, 1997).

Puede definirse la preocupación como una cadena de pensamientos e imágenes cargada con afecto negativo, relativamente incontrolable y que está orientada hacia un peligro futuro que es percibido como incontrolable; o en otras palabras, pensamientos continuos sobre un peligro futuro que se experimentan como aversivos y relativamente incontrolables (Dugas & Ladouceur, 1997; Rapee, 1995; Gomez & Marzucco, 2009). El sujeto es dominado por la preocupación, ante la percepción del problema, se activan pensamientos

automáticos asociados a distorsiones cognitivas, las emociones se vuelven incapacitantes dejando al sujeto en un estado de angustia o ansiedad. (Gomez & Marzucco ,2009)

Como ha afirmado Deffenbacher (1997) las personas con TAG se preocupan por cosas que es improbable que sucedan o que si ocurren son mucho más manejables y menos dramáticas de lo que aquellas piensan. Presentan preocupaciones constantes y, por lo general, únicamente suelen ser capaces de dejar de lado un tema de preocupación ante la aparición de un nuevo tema de preocupación. Es muy posible que las preocupaciones estén muy relacionadas con la intolerancia a la incertidumbre (Dugas y Ladouceur, 1997; Dugas et al., 1998).

En general, se piensa que no hay diferencias en el contenido de las preocupaciones de las personas normales y de las personas con TAG, aunque Dugas y Ladouceur (1997) han señalado que las personas con TAG se preocupan por una mayor variedad de situaciones y ponen más el foco de atención en cuestiones menores. Por otra parte, está claro que en el caso del TAG las preocupaciones son más frecuentes, duraderas, intensas y difíciles de controlar que en sujetos normales, y a la vez desadaptativas (Gomez & Marzucco ,2009), además son excesivas, van asociadas a una hipervigilancia hacia los estímulos amenazantes y a una sensación de incontrolabilidad de los mismos. En el estudio de Dupuy, Beaudoin, Rhéaume, Ladouceur, y Gugas (2001), comparando a sujetos normales y las personas con TAG reportan que los pacientes con TAG se pasan más tiempo preocupados diariamente 310 ± 195 contra 55 ± 63 minutos informan de más rumiaciones no precipitadas por algo y son menos realistas, tienen percepciones de menor controlabilidad y más áreas de atención anticipatoria (Brown, O'-Leary & Barlow, 2001). Por otra parte, Brown, O'Leary y Barlow (2001) indica que la observación clínica revela que el foco de las preocupaciones de los pacientes con TAG cambia repetidamente, aunque hay una gran variabilidad individual en la velocidad con que se producen estos cambios.

Dugas, M., Gagnon, F., Ladouceur, R. y Freeston, M. (1998) clasificó las preocupaciones según se refieran a problemas actuales (cumplir con los plazos fijados en el trabajo, conflictos interpersonales) o a eventos futuros improbables.

Por su parte, Ladouceur et al. (2000) han distinguido dos tipos de preocupaciones: a) sobre situaciones modificables (tratables mediante resolución de problemas) y b) sobre situaciones no modificables (y que frecuentemente no existen todavía).

También se ha dividido las preocupaciones según el grado de complejidad que poseen; evaluando la cantidad y especificidad de los procesos mentales que ocurren para llegar a constituirlos. Gomez y Marzucco (2009) las denominan preocupaciones tipo flecha y preocupaciones tipo rulo o cadena.

Las preocupaciones tipo flecha funcionan como un disparador para la activación de un tipo de preocupación más compleja. La preocupación se dispara involuntariamente como una flecha ante la percepción de un estímulo interno o externo; estas son preocupaciones simples que involucran la activación de estructuras básicas del miedo. El sujeto puede elegir cortar voluntariamente estas preocupaciones, o bien convertirlas en algo más complejo; aquí aparece la preocupación de tipo II o de rulo, se trata de una preocupación voluntaria, este tipo de preocupación es muy frecuente en las personas con TAG (Gomez & Marzucco, 2009).

Biológicamente se podría afirmar que la preocupación tipo I sucede a nivel límbico y la preocupación de tipo II mas a nivel del neocortex. El cerebro límbico desconoce los fines del neocortex y se apoya en él. Todos tenemos preocupaciones tipo flecha pero no todos convertimos en rulos cada pensamiento, modalidad arraigada en pacientes TAG (Carrión & Bustamante, 2009).

Las preocupaciones generan ansiedad, la cual intenta ser controlada por los pacientes mediante determinadas conductas. Brown, O'Leary y Barlow (2001) entienden por conductas de preocupación hacer (evitación activa) o no hacer (evitación pasiva) ciertas actividades con el fin de reducir o prevenir la ansiedad y los supuestos peligros anticipados.

Gomez & Marzucco (2009) dividen estos comportamientos en dos grandes grupos: reaseguros y evitaciones. Siendo los primeros acciones y comportamientos, o bien el llevar consigo determinado objeto. La persona suele utilizarlos para evitar catástrofes, mantener el control, reducir la incertidumbre. Lo común es que su implementación genere un alivio

momentáneo pero refuerce la preocupación a largo plazo. Las evitaciones consisten en no afrontar las situaciones.

4.1.1. Ansiedad componente esencial:

El DSM IV define ansiedad como anticipación aprensiva de un peligro futuro o adversidad, acompañada por un sentimiento de disforia o síntomas somáticos de tensión. El foco del peligro anticipado puede ser externo o interno.

Carrión & Bustamante (2009) sostienen que la ansiedad es una respuesta emocional compleja potencialmente adaptativa y pluridimensional, en la que coexisten una percepción de amenaza al organismo en la que anticipamos un resultado incierto con una activación biológica orientada a reaccionar a esa percepción.

La ansiedad es una reacción emocional normal necesaria para la supervivencia de los individuos y de nuestra especie. No obstante, las reacciones de ansiedad pueden alcanzar niveles excesivamente altos o pueden ser poco adaptativas en determinadas situaciones. En este caso la reacción deja de ser normal y se considera patológica.

La ansiedad es una emoción que surge ante situaciones ambiguas o de resultado incierto, en las que anticipamos un posible resultado negativo o amenaza para nuestros intereses, preparándonos para actuar ante ellas mediante una serie de reacciones cognitivas, fisiológicas y conductuales (Cano Vindel, 2004). Esta reacción natural de preparación nos ayuda a movilizar recursos para afrontar mejor dicha amenaza percibida. Así, si la situación que provoca ansiedad es muy importante para nosotros es posible que provoque una fuerte reacción a nivel cognitivo que nos ayude a pensar más deprisa, centrar la atención en el problema, o anticipar posibles escenarios; además, puede movilizar recursos energéticos mediante una gran activación fisiológica (aumento de la tensión en los músculos, bombeo de más sangre, más oxígeno, etc.); o tal vez una conducta más inquieta, ágil y rápida.

Dicha reacción de ansiedad, nos ayudará a responder mejor ante las demandas de la situación, cumpliendo por tanto, una función de adaptación al medio. Sin embargo, en ocasiones la ansiedad no facilita una mejor adaptación (Cano Vindel, 2011b), pues con frecuencia surgen falsas alarmas ante posibles amenazas que realmente no lo son, e incluso

muchas personas se activan sin saber por qué, u otras tienden a percibir reiteradamente una serie de amenazas magnificadas que les provocan niveles excesivamente altos de ansiedad y que pueden llevar a problemas de rendimiento, o problemas de salud mental o física.

Algunas personas, cuando llevan mucho tiempo sometidas a un fuerte estrés (Cano Vindel, Dongil-Collado & Wood, 2011), pueden presentar diferentes modos de desregulación emocional:

(1) Miedo irracional o temor a algunas reacciones emocionales o a determinados aspectos de las mismas.

(2) Pueden mostrar evitaciones a situaciones emocionales, aunque no puedan permitirse evitarlas.

(3) O pueden experimentar una elevada activación fisiológica en una determinada respuesta, como el rubor, el sudor, el temblor muscular de extremidades, o el temblor de voz, porque temen que los demás observen esta respuesta en ellos, les evalúen muy negativamente por no poder controlarla y les rechacen o les despidan del trabajo.

En todos estos casos, por lo general, lo que observamos es que estas personas, además de ignorar qué es la ansiedad, qué son las emociones, para qué sirven y cómo se regulan (Amstadter, 2008), han desarrollado importantes sesgos cognitivos (Bar Haim, Lamy, Pergamin, Bakermans-Kranenburg, & van, 2007) así como un proceso de aprendizaje emocional desadaptado, lo que les conduce en la dirección opuesta a la deseada, de manera que cada vez tienen menos control sobre las reacciones emocionales que les gustaría regular, pudiendo llegar a desarrollar uno o varios desórdenes mentales, especialmente trastornos de ansiedad (Asociación Americana de Psiquiatría, 2001).

4.1.2. Edad de comienzo, características y curso del TAG

La mayoría de los pacientes con TAG dicen haber sido ansiosos o nerviosos toda la vida; de hecho, algunos autores han considerado al TAG como un trastorno de personalidad ansiosa (Rapee, 1995). La mitad de los pacientes con TAG informan que su trastorno comenzó en la infancia y adolescencia, aunque un inicio después de los 20 años no es raro. En el estudio de Brown, Hu, , Castelli-Gair Hombria,. (2001) con una muestra clínica la

edad media fue de 20,6 años (DT = 11,5) y en el de Gosselin y Laberge (2003), 25 años. Con niños y adolescentes, la edad media de comienzo ha oscilado entre los 11 y 13,5 años. Es plausible que las preocupaciones excesivas aparezcan ya en la infancia o adolescencia, pero que no alcancen la categoría de trastorno hasta el comienzo de la vida adulta coincidiendo con acontecimientos vitales tales como la acumulación de responsabilidades, nacimiento de niños, dificultades laborales y problemas de salud (Gosselin & Laberge, 2003).

El curso del trastorno es crónico, aunque con fluctuaciones dependientes de la presencia o ausencia de periodos de estrés (American Psychiatric Association, 1994/1995; Rapee, 1995)

Características : Carrión y Bustamante (2009) afirman que hay un deterioro de la ejecución de tareas (especialmente de tareas cognitivas complejas), problemas de concentración, perturbaciones del sueño, tensión muscular, fatigabilidad, irritabilidad, postergación de decisiones. Esto último puede ser favorecido por el miedo a cometer un error y por la búsqueda de mayor seguridad a la hora de decidir. Algunas de estas consecuencias negativas de las preocupaciones (p.ej., ansiedad, tensión muscular) pueden contribuir al mantenimiento de estas, al igual que el humor deprimido. Por otra parte, estos síntomas, junto con las preocupaciones, interfieren en la vida laboral, social y familiar de las personas afectadas y hacen que estas utilicen con frecuencia los servicios médicos y suelen emplear medicación (benzodiazepinas, antidepresivos, hipnóticos) para controlar sus síntomas. El deterioro es mayor si hay comorbilidad con depresión mayor.

Frecuencia: De acuerdo con un estudio epidemiológico llevado a cabo a nivel nacional en Estados Unidos con 8.098 personas por el National Comorbidity Survey, la prevalencia actual, anual y vital del TAG en la población general estadounidense fueron respectivamente 1,6%, 3,1% y 5,1% (Kessler et al., 1994; Wittchen et al., 1994); es posible que las dos últimas prevalencias sean sobrestimaciones, ya que pueden incluir a personas que no cumplieran todos los criterios del TAG. Leahy y Holland, (2000) afirman en estudios epidemiológicos que la prevalencia del TAG a lo largo de la vida varía entre el 5.8% y el 9% .Hale (1997) indica que afecta al 2,5% de la población general, pero en la práctica psiquiátrica general alcanzan casi el 30% de las consultas. Según la Encuesta Nacional de

Comorbilidad (National Comorbidity Survey) de Estados Unidos y por otro lado, la Encuesta Nacional de Australia la prevalencia de la enfermedad a lo largo de la vida es del 5%, pero varía en un rango entre el 4% y el 8%, y la prevalencia anual se calcula que es un 3,1%, variando en un rango entre 3% al 6% (Cía, 2001).

Las prevalencias son más altas (p.ej., actual: 3,1%, vital: 6,4%) si se siguen los criterios de la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades), los cuales no requieren que las preocupaciones sean excesivas y difíciles de controlar.

Alrededor del 60-70% de las personas con TAG son mujeres (Dugas & Ladouceur, 1997; Kessler et al. 1994). Leahy y Holland, (2000) sostienen que el trastorno se da con mayor predominancia en las mujeres, en adultos jóvenes y en gente de raza negra. El TAG es también más frecuente en aquellos mayores de 24 años y menores de 55, en los separados/viudos/divorciados, en los desempleados y en las amas de casa (Hunt, Issakidis & Andrews, 2002; Wittchen et al. 1994). En cambio, el nivel educativo, la religión y el entorno rural/urbano no son predictores, aunque Hunt, Issakidis y Andrews (2002) hallaron una mayor frecuencia de TAG en ausencia de estudios universitarios. Aunque el rasgo de ansiedad se da en familias, no está aún claro que el TAG sea más frecuente en familiares de pacientes con TAG que en familiares de personas control, aunque hay datos sugerentes de que sea así (Hettema, Neale & Kendler, 2001). En cambio, los trastornos de ansiedad en general sí son más frecuentes en el primer grupo.

En el tratamiento del TAG. Durham, Allan y Hackett (1997) hallaron que la probabilidad de mejores resultados fue mayor en pacientes caracterizados por ausencia de trastornos comórbidos del Eje I, estar casados o vivir en pareja, tener una relación marital no conflictiva y no tener un bajo nivel socioeconómico, estas fueron consideradas variables predictoras. Las recaídas fueron también predichas por los valores inversos de estas tres primeras variables y por puntuar alto en una escala de psicoticismo, ser varón, haber recibido tratamiento psiquiátrico previo y, en menor medida, tener bajas expectativas iniciales de mejora.

Peores resultados pueden ser también más probables en los pacientes psiquiátricos que toman medicación ansiolítica y en clientes sometidos a agentes estresantes crónicos

(Durham et al. 2004). En el estudio de Borkovec T., Newman M., Pincus A., Lytle R. (2002) la permanencia de ciertas dificultades interpersonales (ser rencoroso, entrometido y dominante en las relaciones con otros) al final de la terapia estuvo asociada con peores resultados en el postratamiento y en el seguimiento a los 6 meses.

Comorbilidad: En general, del 67% al 91% de los pacientes con TAG (sea este su diagnóstico principal o no) presentan o han presentado al menos otro problema asociado (Dugas y Ladouceur, 1997). En el National Comorbidity Survey el 90% de las personas con TAG en algún momento de su vida informaron de al menos un trastorno adicional en algún momento de su vida; y el 66% de las personas con TAG actual informaron de al menos otro trastorno en los 30 días anteriores; resultados similares fueron obtenidos en un gran estudio epidemiológico australiano (Hunt, Issakidis & Andrews, 2002). En concreto, en el National Comorbidity Survey el 39% de las personas con TAG presentaron depresión mayor, el 27% agorafobia, el 25% fobia específica, el 23% fobia social, el 23% trastorno de pánico, el 22% distimia, el 12% manía, el 11% abuso/dependencia del alcohol y el 5% abuso/dependencia de otras drogas (Wittchen et al. 1994). El Trastorno de Ansiedad Generalizada está asociada con altos rangos de comorbilidad, tanto siendo éste el diagnóstico principal como cuando es el diagnóstico adicional. Brown y Barlow (2002) encontraron que el 80% de los pacientes que tienen como diagnóstico principal el TAG, tienen al menos un diagnóstico adicional. El Estudio Nacional de Comorbilidad de los Estados Unidos (Brawman- Mintzer & Lydiard, 1996) encontró que este porcentaje era de un 90%.

Una de las comorbilidades frecuentes y preocupantes, como consecuencia de un TAG crónico es la depresión secundaria.

El modelo cognitivo explica que en las experiencias tempranas, se construyen “asertos” o esquemas acerca de ellos mismos y del mundo que los rodea. La habilidad de las personas para predecir o tomar conciencia de la propia experiencia es sin duda muy útil. Pero algunos esquemas constructivos son excesivamente rígidos resistente al cambio y verdaderamente disfuncionales, (Carrión & Bustamante, 2009).

Fraguadas durante la experiencia temprana de la vida estas erróneas afirmaciones serán activadas ante momentos críticos produciendo pensamientos negativos. Estos pensamientos negativos conducen tarde o temprano a diferentes niveles de depresión. La depresión ya producida provoca un mayor número de pensamientos negativos, entrando en un círculo vicioso. Producto de sufrir en forma crónica un trastorno de ansiedad se produce una depresión secundaria. La ansiedad es un cuadro que consume mucha energía del sistema nervioso, altera su metabolismo, disminuye la cantidad de neurotransmisores y ocasiona un cuadro de depresión.

La depresión secundaria es tan grave como la primaria, a veces difícil de diferenciar e incluso de diagnosticar, al no ser correctamente tratada, la depresión secundaria presenta un riesgo igual o mayor que la depresión primaria. En la Argentina, más del 50% de las personas que padecen trastorno de ansiedad se deprimen secundariamente, (Carrión & Bustamante, 2009).

4.1.3. Vulnerabilidad biológica y factores psicosociales:

Aunque no hay una carga genética para el TAG como tal; o, como mucho, esta no es muy grande (Hettema, Neale y Kendler, 2001), es posible que haya una hipersensibilidad neurobiológica al estrés genéticamente determinada. Esta vulnerabilidad biológica puede interactuar con una vulnerabilidad psicológica (sensación de que los eventos amenazantes son impredecibles y/o incontrolables basada en experiencias evolutivas tempranas), de modo que ante la ocurrencia de eventos estresantes o problemáticos, la persona puede responder con preocupación y ansiedad; esta respuesta estará moderada por factores como las habilidades de afrontamiento y el apoyo social (Barlow, 2002). En igual sentido afirma Ruiloba, (1998) que la ansiedad generalizada no posee base genética y parece encontrarse más ligada a hechos psicosociales. Otros autores en cambio, señalan que existe una predisposición genética que se dispara con los hechos psicosociales (Hale, 1997; Cía 2001).

Otros sostienen que el TAG tiene una heredabilidad de un 30% (Barlow, 2002) y existen evidencias en cuanto a la genética de una relación directa entre los antecedentes familiares con frecuente presencia del TAG, y la presencia de este trastorno (Cía, 2001).

Factores psicosociales: Las personas que presentan TAG pueden presentar ciertos rasgos que los hacen más propensos a que desarrollen este trastorno. Estos rasgos incluyen el nerviosismo general, la depresión, la incapacidad de tolerar la frustración y sentirse inhibidos. Los sujetos con TAG no son muy efectivos en resolver problemas de todos los días. Presentan más situaciones de estrés que las personas que no poseen este trastorno (Leahy & Holland, 2000).

Las personas con TAG suelen preocuparse más por el miedo a la evaluación social. La combinación de este miedo, sumado a la evitación y miedo de la ansiedad somática y el origen del pensamiento, el cual se encuentra mediatizado socialmente, sugiere que los que padecen preocupación crónica podrían tener una historia de eventos aversivos asociados (Gomez & Marzucco 2009)

Borkovec (1994) ha distinguido dos componentes en la vulnerabilidad psicológica: la percepción de amenaza generalizada (o la visión del mundo como peligroso) y el sentirse incapaz de afrontar los eventos amenazantes. Esta vulnerabilidad ha podido surgir a partir de la experiencia de ciertos traumas y de vivencias de rechazo por parte de los padres. Las personas con TAG presentan a menudo características de personalidad tales como perfeccionismo, dependencia y falta de asertividad (Rapee, 1995), las cuales pueden haber sido favorecidas por haber sido educado por padres sobreprotectores, muy exigentes y/o ansiosos. Junto al sesgo atencional, las personas con TAG presentan un umbral más bajo para percibir ambigüedad y tienden a interpretar la información ambigua como amenazante. De este modo, es más probable que las personas con TAG perciban peligros, ya que su atención se centra en los mismos más fácilmente y es más probable que interpreten los acontecimientos diarios de forma amenazante (Rapee, 1995).

Dugas, et al (2003) han destacado la intolerancia a la incertidumbre y a la activación emocional como fenómenos claves en los trastornos de ansiedad en general y en el TAG en particular. La intolerancia a la incertidumbre es considerada como el modo disfuncional en que la persona percibe la información en situaciones inciertas o ambiguas y responde a esta información con una serie de reacciones cognitivas, emocionales y conductuales. Más en concreto, la intolerancia a la incertidumbre es la tendencia general de una persona a

considerar inaceptable que un evento negativo pueda ocurrir, aunque la probabilidad de su ocurrencia sea pequeña (Buhr & Dugas, 2002).

Los sesgos cognitivos como la atención sesgada hacia la amenaza, interpretación de la información ambigua como amenazante, junto con otros factores tales como la intolerancia a la incertidumbre, la orientación negativa hacia los problemas y los posibles déficits en la solución de problemas dan lugar al surgimiento de las preocupaciones, las cuales implican una sobrestimación de la probabilidad y de las amenazas (Dugas & Ladouceur, 1997) . Dugas y Koerner (2005) han destacado también la creencia de que preocuparse representa un rasgo positivo de personalidad, ya que indica que la persona es bondadosa y bien intencionada. Esto puede ser reforzado cuando otros le dicen que posee estas cualidades.

4.1.4. Modelos de tratamientos:

Los grandes modelos de tratamiento de los trastornos mentales (psicobiológico, conductual, cognitivo, humanista) inevitablemente tienen en cuenta la emoción y, especialmente, la ansiedad. Sin embargo, cada uno de ellos ha tomado aspectos parciales de la misma. Así, el modelo biológico se ha centrado en la modificación del sustrato bioquímico que acontece en la ansiedad y en los trastornos de ansiedad, mediante el uso de fármacos. El modelo conductual se centró en la modificación de la conducta observable (ej., de evitación) o en la falta de habilidades sociales y asertivas, mediante la exposición o alguna forma de aprendizaje como el entrenamiento conductual reforzado, el modelado, etc.; así como en la disminución de la activación fisiológica, mediante las técnicas de relajación. Los modelos humanistas se centraron en la reflexión existencial sobre el yo, su desarrollo o involución, proponiendo como terapia una concientización progresiva del problema, pero no están apoyados por la evidencia empírica.

Los modelos cognitivos iniciales se centraron en algunos contenidos y procesos cognitivos, como las creencias irracionales de Ellis, o los pensamientos distorsionados de Beck, proponiendo una reestructuración o modificación de tales contenidos y procesos, que posteriormente se ha ido ampliando a otros procesos cognitivos más generales (como la atención) y sus sesgos (atencionales).

4.1.4. Modelos utilizados en Fobia Club:

4.1.5. El Modelo de Evitación de la Preocupación (MEP):

El Modelo de Evitación de la Preocupación y el TAG (MEP) (Borkovec, 1994; Borkovec , Alcaine , Behar ,2004) se fundamenta en la teoría del miedo en dos fases de Mowrer (1974) y también deriva del modelo de procesamiento emocional de Foa (Foa, Huppert & Cahill, 2006).

El MEP afirma que la preocupación es una actividad lingüística verbal basada en el pensamiento (Begar, Zuellig & Borkovec, 2005) que inhibe las imágenes mentales vividas y la activación somática y emocional asociadas.

Esta inhibición de la experiencia somática y emocional evita el procesamiento emocional del miedo que es teóricamente necesario para una exitosa habituación y extinción (Foa et al. 2002).

Borkovec et al. (2004) alientan a los pacientes a que durante la relajación dejen pasar las preocupaciones que detecten en vez de intentar suprimirlas activamente, ya que esto último incrementa el valor ansiógeno de estas y quizá su frecuencia. En este proceso, se pide a los pacientes que pongan en práctica una estrategia de control de estímulos: posponer las preocupaciones para un momento y lugar específico del día para que preocuparse no se asocie con las circunstancias de la vida diaria.

En cambio Barlow (2002) difiere en el tipo de exposición empleado. Se pide al paciente que imagine, de modo jerárquico, situaciones y estímulos internos (cogniciones, sensaciones) suscitadores de ansiedad y que tras experimentar esta durante unos momentos, aprenda a manejarla mediante las estrategias aprendidas (relajación y/o reestructuración). No se le dice al paciente, al menos de entrada, que intente imaginar la peor consecuencia temida ni tampoco tiene que estar 25-30 minutos imaginando antes de aplicar sus estrategias.

4.1.7. Modelo de intolerancia a la incertidumbre (MII):

Según el modelo de intolerancia a la incertidumbre (MII) los individuos con TAG encuentran las situaciones de incertidumbre o ambigüedad como estresantes y molestas (Dugas & Koerner, 2005), y experimentan preocupación crónica en respuesta a esas

situaciones. Estos individuos creen que la preocupación les servirá o para ayudarles a afrontar más eficazmente los acontecimientos temidos o para prevenir que se produzcan esos acontecimientos (Borkovec & Roemer, 1995). Esta preocupación, conjuntamente con los sentimientos de ansiedad que la acompañan conduce a una orientación negativa al problema y a evitación cognitiva, los cuales a su vez sirven ambos para mantener la preocupación. Concretamente, los individuos que experimentan un orientación negativa al problema: tienen falta de confianza en su capacidad para resolver problemas, perciben los problemas como amenazas, se frustran fácilmente cuando se enfrentan a un problema y son pesimistas acerca del resultado de los esfuerzos para resolver el problema (Koerner & Dugas, 2006).

Dugas y Ladouceur (1997) sostienen que la exposición a la preocupación sólo debería hacerse para las preocupaciones relativas a acontecimientos inmodificables o muy improbables; para el resto aconsejan algún tipo de resolución de problemas..

Dugas y Koerner, (2005) ha propuesto otro tipo de intervención para el TAG que incluye, aparte de la conceptualización del problema y justificación del tratamiento, entrenamiento en darse cuenta de las preocupaciones y de su tipo, reevaluación de la utilidad de cada preocupación específica, intervenciones específicas para la preocupación y prevención de recaídas. Dugas y Ladouceur (2000) Describen el modelo con cuatro componentes: la intolerancia a la incertidumbre, las creencias erróneas sobre la preocupación, la pobre orientación para los problemas y la evitación cognitiva.

La intolerancia a la incertidumbre es la piedra angular de este modelo. Esta característica distingue a los pacientes que presentan TAG de los que presentan otros trastornos de ansiedad. El incremento de la intolerancia a la incertidumbre, aumenta la preocupación. La intolerancia a la preocupación influye en todos los componentes. La manera en que lo hace es explicada en cada componente en particular.

Los pacientes con TAG creen que la preocupación permite encontrar soluciones y prevenir resultados negativos. Estas creencias se refuerzan cuando el suceso no acontece. Las creencias negativas sobre la preocupación se dan a partir de la metapreocupación.

La intolerancia a la incertidumbre contribuye en este sentido, ya que los pacientes con TAG luchan contra los elementos de incertidumbre o ambiguos de la situación problemática y del proceso de resolución, presentando así una pobre orientación frente al problema. (Koerner & Dugas, 2006).

Dugas y Koerner (2005) afirman que en la evitación cognitiva; la preocupación se basa primariamente en actividad semántica cognitiva, en un monólogo interno, más que en imágenes mentales. Esta actividad aumenta cuando las personas con TAG se preocupan.

La evitación de imágenes lleva a que disminuya la activación somática y en última instancia, interfiere en el procesamiento de las emociones. La evitación cognitiva, o de imágenes mentales, ocupa un papel importante en la preocupación. La intolerancia a la incertidumbre contribuye en este aspecto porque dada esta característica es más difícil tolerar las imágenes amenazantes de situaciones futuras. (Dugas & Ladouceur 2000)

4.1.8. El modelo Metacognitivo (MMC) :

El modelo metacognitivo (MMC) de TAG propuesto por Wells (1995, 1999, 2004, 2005) postula que los individuos con TAG experimentan dos tipos de preocupación.

Cuando los individuos se enfrentan inicialmente con una situación de provocación de ansiedad, se generan creencias positivas acerca de la preocupación. Este proceso es conocido como Preocupación Tipo 1, la que Wells define como una preocupación de acontecimientos no cognitivos tales como situaciones externas o síntomas físicos (Wells, 2005).

La Preocupación Tipo 1 estimula inicialmente una respuesta de ansiedad pero más tarde puede incrementar o reducir la ansiedad dependiendo si el problema que ha estimulado la preocupación se ha resuelto. Durante el curso de la Preocupación Tipo 1, se activan las creencias negativas acerca de la preocupación. Los individuos con TAG empiezan por preocuparse acerca de su Preocupación tipo 1; ellos temen que la preocupación sea incontrolable o que incluso pueda ser inherentemente peligrosa. Este preocuparse por la preocupación (es decir, metapreocupación) es llamado por Wells (2004): Preocupación Tipo 2.

Según el MMC, son las creencias negativas acerca de la preocupación y la preocupación Tipo 2 resultante las que distinguen a los individuos con TAG de los preocupados no clínicos (Wells, 2005). Se ha postulado la hipótesis de que la Preocupación Tipo 2 se asocia con un conjunto de estrategias ineficaces dirigidas a evitar la preocupación por medio de intentos de controlar comportamientos, pensamientos, y/o emociones (Wells, 1999, 2004). La participación en estas ineficaces estrategias de afrontamiento excluye la experiencia de eventos que podrían proporcionar evidencia para refutar la creencia de que la preocupación es peligrosa e incontrolable.

Como se afirmó, Wells (1999, 2004, 2005) ubica a la preocupación como la característica principal y esencial en el desarrollo y el mantenimiento del TAG.

La metapreocupación contribuye a que aumenten las respuestas de ansiedad, lo cual a su vez aumenta las creencias negativas sobre la preocupación. El sujeto, de acuerdo a este modelo, se encuentra encerrado en la paradoja entre el miedo al descontrol de la preocupación y la creencia de que ésta misma lo protege.

El intento de controlar o suprimir la preocupación lleva a una mayor dificultad del control mental y a mayores intrusiones. Por otro lado, cuando la catástrofe no ocurre (la mayoría de las veces, ya que tienen baja probabilidad de ocurrir) esto es atribuido a la preocupación y a las conductas evitativas. Las estrategias evitativas, mantienen la metapreocupación y no permiten la exposición a situaciones que podrían probar que la preocupación es inofensiva y controlable. La evitación no es sólo de las percibidas amenazas externas sino también la evitación de la necesidad de preocuparse y de los peligros de hacerlo.

Una vez que las creencias negativas y las metapreocupaciones fueron modificadas efectivamente, las intervenciones comienzan a focalizarse en las creencias positivas de la preocupación. Finalmente, se les enseña a los pacientes que practiquen distintas finalizaciones a la secuencia de preocuparse.

4.1.9. Modelo de desregulación de la emoción:

El modelo de desregulación de la emoción (MDE) se basa en la teoría de la emoción y la regulación de los estados emocionales (Ekman, 1993; Mayer, Salovey, Caruso & Sitarenios, 2003). El MDE también comparte características con la conceptualización de los déficits emocionales en el trastorno de personalidad límite de Linehan y la Terapia dialéctica comportamental (Linehan, 1993). El MDE se compone de cuatro componentes centrales (Mennin, Turk, Heimberg & Carmin, 2004).

El primer componente afirma que los individuos con TAG experimentan una hiperexcitación emocional o emociones que son más intensas que las de la mayoría de las personas. Esto compete tanto a los estados emocionales positivos como negativos, pero particularmente a los negativos (Mennin, Heimberg, Turk & Fresco 2005).

Segundo, los individuos con TAG tienen una comprensión más pobre de sus emociones que la mayoría de las personas.

Tercero, tienen actitudes más negativas acerca de las emociones (por Ej. la percepción de que las emociones son amenazantes) que los demás. Finalmente, evidencian una regulación de la emoción mal adaptativa y estrategias de manejo que les dejan potencialmente en estados emocionales que son incluso peores que aquellos que inicialmente pretendían regular (Mennin, Holaway, Fresco & Heimberg, 2007).

4.1.10. Modelo de Evitación Experiencial (MEP):

Roemer y Orsillo (2002, 2005) se han basado en el Modelo de Evitación Experiencial de Hayes (Hayes, Wilson, Fifford, Follette & Stroshal, 1996) y el MEP de Borkovec (Borkovec y col., 2004) proponiendo un modelo preliminar basado en la Aceptación del Trastorno de Ansiedad Generalizada (MBA). De acuerdo con Roemer y Orsillo (Roemer & Orsillo, 2002, 2007; Roemer, Salters, Raffa & Orsillo, 2005) el MBA implica cuatro componentes: (a) experiencias internas, (b) una relación problemática con las experiencias internas, (c) evitación experiencial y (d) restricción conductual.

Según este modelo una relación problemática con experiencias internas (pensamientos, sentimientos o sensaciones corporales) se compone de dos aspectos específicos, a saber:

1. Reacción negativa a experiencias .

La restricción conductual se desarrolla a medida que los individuos con TAG llegan a ser más experiencialmente evitadores de sus experiencias internas. A menudo generalizan esa evitación a otras actividades de sus vidas que son valiosas, tales como pasar tiempo con sus familias. Los creadores de la MBA sugieren que los individuos con TAG tienen reacciones negativas hacia sus propias experiencias internas y están motivados para intentar evitar estas experiencias, lo que hacen tanto conductual como cognitivamente ,por medio de la participación repetida en el proceso de preocupación (Roemer & Orsillo, 2005).

2) Fusión con experiencias internas.

El primer aspecto, reacción negativa a experiencias internas, implica cualquier pensamiento negativo o meta-emociones que puede surgir cuando un individuo tiene una experiencia interna. Cuando ocurre esto, los individuos experimentan dificultades de aceptación e interpretación de las emociones (Mennin et al, 2002).

El segundo problema, la fusión con experiencias internas, implica llegar a estar enredado o fundido con la reacción negativa o las experiencias interna, fusión con experiencias internas es una creencia de que estas reacciones negativas transitorias a las experiencias internas son permanentes y por tanto una característica definitoria del individuo.

3.El tercer componente de este modelo, evitación experiencial, se define como evitación activa y/o automática de las experiencias internas percibidas como amenazantes o si no como negativas.

4.El componente final de este modelo, restricción conductual, es la reducción de la implicación en acciones valoradas o en actividades que el individuo encuentra significativas .

4.1.11. Teoría de los Cuatro Factores:

En los últimos años, el enfoque cognitivo ha desplazado su interés desde los contenidos a los procesos y, más concretamente, hacia los sesgos cognitivos . La investigación

experimental ha señalado la importancia de los factores cognitivos frente a otro tipo de factores como la hiperventilación (Cano-Vindel, Miguel,Tobal, González- Ordi, & Iruarrizaga, 2007; Cano-Vindel, Miguel,Tobal, González-Ordi, & Iruarrizaga, 2009) y ha inspirado algunos modelos de intervención clínica que pueden ser utilizados en la reestructuración cognitiva de los trastornos de ansiedad.

La Teoría de los Cuatro Factores de Eysenck (Eysenck & Eysenck, 2007), toma el concepto de valoración cognitiva y defiende que la experiencia de la ansiedad depende de la valoración que hagamos (amenaza vs. no amenaza) de cuatro fuentes de información: la estimulación ambiental, la actividad fisiológica, la conducta y las cogniciones del individuo. Cada una de estas fuentes de información influyen sobre la ansiedad que experimentamos ,que es modificada por sesgos cognitivos, el más importante es el sesgo interpretativo, la tendencia a interpretar la estimulación y eventos ambiguos de forma amenazante, aunque no lo sean. A su vez, la ansiedad depende también de la atención que prestemos a la amenaza, cuanto más tiempo dediquemos a atender y procesar información amenazante, para las cuatro fuentes de información, mayor será el nivel de ansiedad.

El sesgo atencional fija fundamentalmente nuestra observación, en los estímulos amenazantes de una situación, olvidando los estímulos neutros o positivos de la misma.

4.1.12. Eficacia de los tratamientos:

La medicación psicotrópica y la terapia cognitiva conductual (TCC) parecen ser eficaces para el tratamiento del TAG (Borkovec & Ruscio, 2001). Sin embargo, las tasas de respuesta son inconstantes a lo largo de los estudios. Las evidencias actuales sugieren que la farmacoterapia puede ser eficaz para reducir los síntomas de ansiedad pero no parece tener un impacto significativo sobre la preocupación (Anderson & Palm, 2006), la característica que define el TAG.

Cuando se compara la eficacia de los tratamientos psicológicos con los tratamientos farmacológicos de los trastornos de ansiedad, se observa que con la psicoterapia los pacientes presentan un mayor nivel de funcionamiento final y una tasa menor de recaídas que con la imipramina (Clark et al., 1994), el alprazolam (Marks, Swinson, Basoglu, Duch, Noshirvani, O'Sullivan et al., 1993) y las benzodiacepinas (Gould, Otto & Pollack, 1995).

El tamaño del efecto sobre las principales medidas de resultado se muestra significativamente mayor para la intervención psicológica (TE= 0,88) que para la farmacoterapia (TE =0,47) y estos efectos son más consistentes al finalizar el tratamiento y en el seguimiento (Cox, Endler, Lee & Swinson, 1992).

Pero a pesar de que son menos eficaces que la psicoterapia y presentan importantes inconvenientes como son la dependencia, los efectos secundarios y un elevado número de recaídas, los fármacos ofrecen dos ventajas: no requieren motivación y los beneficios son rápidos (Durham, 2007; Stein, Kasper, Andersen, Nil y Lader, 2004; Fava, Ruini, Rafanelli, Finos, Salmaso, Mangelli et al., 2005). Siendo especialmente recomendables en pacientes que no pueden beneficiarse de un tratamiento psicológico, pero también en fases agudas de la enfermedad en las que niveles excesivos de ansiedad pueden dificultar el proceso psicoterapéutico.

4.2.1. Agorafobia y trastorno de pánico:

La agorafobia fue descrita por el psiquiatra alemán Westphal. Su investigación fue retomada en la segunda mitad del siglo XX, se descubrió que la agorafobia era una de las afecciones invalidantes más frecuentes y base de una innumerable cantidad de trastornos secundarios. Las investigaciones más recientes coinciden en afirmar que aproximadamente de seis a ocho mujeres de cada cien sufren agorafobia en algún momento de su vida. Es una enfermedad que no depende de las condiciones culturales climáticas y sociales; no respeta fronteras (Carrión & Bustamante, 2009).

La agorafobia, es el trastorno fóbico más frecuente visto en la clínica y el más incapacitante (Barlow, 2006), tanto o más que otros muchos trastornos psiquiátricos (Bados, 2001; Telch, Schmidt, Jaimez, Jacquin & Harrington, 1995). Se caracteriza por un deterioro importante y/o por la interferencia en todos los ámbitos de la vida a la vez que por el uso frecuente de los servicios sanitarios (Bados, 2004). Según el DSM-IV-TR (APA, 2003) la característica clínica esencial de la agorafobia es el miedo patológico, desproporcionado, irracional y fuera del control voluntario a un conjunto de situaciones diferentes como son centros comerciales, medios de transporte, cines, etc. en las que el sujeto se siente indefenso ante la posibilidad de sufrir una crisis de pánico, o alguno de los

síntomas de éstas, y no poder huir o recibir ayuda. Aunque no son estas situaciones externas las que provocan la ansiedad, sino la valoración que de ellas hace el sujeto, el pánico experimentado suele provocar conductas de evitación de las situaciones temidas. Como afirman Sassarolli y Lorenzini, (2000) por miedo a morir se renuncia a vivir y en los casos más graves el paciente puede llegar a quedar recluido en su domicilio, protegido de la ansiedad pero encerrado en una jaula asfixiante (Sassarolli & Lorenzini, 2000),(Carrión & Bustamante,2009).

El inicio del cuadro agorafóbico se sitúa entre los 18-35 años, aunque puede darse también en la segunda infancia o alrededor de los cuarenta y cinco años, y suele corresponder con la aparición de crisis de pánico espontáneas, que se dan con mayor frecuencia en las situaciones propias de la agorafobia (Carrión & Bustamante,2009).Las crisis de pánico son más frecuentes en la franja de 18-24 años, mientras que el TA es más frecuente entre los 24-34 años, lo que podría explicar que el trastorno de pánico constituye un precursor del trastorno de agorafobia. En adultos la media de edad de comienzo para el trastorno es de 26 años. También se ha observado que los pacientes que tienen más miedo a morir que a enloquecer tienen peor pronóstico (Sassarolli y Lorenzini, 2000).

La relación entre pánico y agorafobia se ha encontrado en la mayoría de trabajos, siendo la crisis de pánico o sensaciones similares el evento nuclear (Lelliot & Katerndahl, 2000; Katerndahl, 2000) que precede a las conductas de evitación (Goisman, Warshaw, Peterson y Rogers, 1994). La presencia simultánea de agorafobia y trastorno de pánico se da en el 75% de los pacientes y en muestras epidemiológicas alcanza entre un 30-50% (Eaton, Kessler, Wittchen y Magee, 1994; Wittchen, Reed y Kessler, 1998).

La aparición de la agorafobia es la segunda consecuencia de haber experimentado un ataque de pánico, pero también es común que sea preexistente al mismo. La agorafobia y las crisis de pánico están íntimamente ligadas. El 95% de las personas que sufren o han sufrido ataques de pánicos, sufren agorafobia. Sin embargo aunque raramente, hay personas que sufren de agorafobia y nunca han tenido un ataque de pánico, o no recuerdan haberlo tenido o este episodio ha sido tan leve que no lo han llegado a notar (Carrión & Bustamante, 2009).

La prevalencia mensual, anual y vital de la agorafobia en población adulta alcanza en las culturas occidentales unos valores aproximados de 2%, 3% y 6% respectivamente, aunque los datos no son del todo consistentes ya que varían en función del sexo (Bados, 2006). El trastorno de pánico-agorafobia es muy frecuente en asistencia primaria entre el 1,4 y el 8,0%. El sexo se considera un factor de riesgo asociado, el 75% de los pacientes con TA o agorafobia son mujeres (Bados, 2004).

En la mayoría de los casos se presenta de manera inmediata ante el primer ataque de pánico, en otros casos tarda meses en desarrollarse después de experimentar el individuo varias crisis y hay casos que jamás se manifiestan, sufriendo en este caso ataque de pánico sin agorafobia (Carrión & Bustamante, 2009).

Los individuos que padecen de este tipo de fobia viven en un estado de inseguridad muy acentuada y permanente. Evitan los lugares con mucha gente, sobre todo si les resulta difícil huir de ellos. Evitan los lugares desolados, donde sientan que el aislamiento les imposibilitaría buscar ayuda en caso de necesitarla. Tienen miedo de alejarse de su domicilio, salir de compras, de caminar solos por las calles, de viajar en medios de transportes, de atravesar túneles o puentes (Bados, 2006).

Aunque vayan acompañados utilizan estratagemas para asegurarse en caso que tengan que huir. Si van al cine se sientan en las últimas filas, si van a un restaurante se sientan cerca del toilette para esconderse en caso de una crisis. También los inquieta el miedo a descomponerse o caerse, lo que revela un gran temor subyacente a quedar expuesto al ridículo delante de personas extrañas. Estas son razones por las cuales la gran mayoría de los agorafóbicos pueden terminar siendo prisioneros de su padecimiento, encerrándose en sus casa, incluso en sus cuartos, teniendo miedo a salir de ellos e incluso a estar solos en su casa (Carrión & Bustamante, 2009).

En un estudio realizado en los cinco estados de mayor población de los Estados Unidos, en la década del 60 quedo demostrado que:

De cada cien pacientes; 32 eran tratados en el servicio de cardiología por presunta hipertensión arterial o problemas coronarios, 19 en servicios de gastroenterología, 19 en servicio de neumología , 8 en servicios de dermatología, 8 recibían tratamientos

psiquiátricos,(no siempre el adecuado), y los 14 restantes se dividían entre los servicios de ginecología y urología. (Carrión & Bustamante, 2009).

Las tasa de comorbilidad en el trastorno de pánico se encuentra en torno al 80% con trastornos Eje I y se ha visto que en estos casos los pacientes presentan más comorbilidad con trastornos de personalidad (Ozkan y Altindag, 2005). La somatización es frecuente en este trastorno (Starcevic, Linden, Uhlenhuth, Kolar y Latas, 2004) y la sintomatología depresiva juega un papel relevante en la gravedad del TA (Sierra et al., 2008). Por lo que el diagnóstico diferencial es recomendable con otras fobias, principalmente con las de tipo situacional, con la depresión, la hipocondría y trastornos de tipo orgánico (APA, 2003).

5. Metodología.

5.1. Tipo de estudio

Descriptivo. Caso único.

5.2. Participantes.

Se analizó a una paciente femenina de treinta y ocho años, casada con un hijo pequeño, quien ingresó a la fundación con ataques de pánico y severa ansiedad que no le permitía desarrollar una vida normal, impidiéndole salir de su casa sola durante 9 años. Diagnosticada por los profesionales: Trastorno de ansiedad generalizada y Trastorno de pánico con agorafobia.

5.3. Procedimiento:

Se realizaron 2 entrevistas: una a la terapeuta y otra al psiquiatra para obtener la mayor información posible. Se efectuaron exposiciones tres veces por semana con la paciente de una a tres horas por día.

Se trabajó en taller grupal. Se efectuaron informes a los profesionales; de los diferentes comportamientos de la paciente a las exposiciones.

5.4. Instrumentos:

* Observación a la paciente en los diferentes talleres: se observó a la paciente en los talleres , donde participaba de un grupo cerrado; y en los talleres abiertos y heterogéneos .

* Se tomaron registros escritos de las observaciones: Se utilizaron los autoregistros para analizar la evolución de la paciente; se tomaron apuntes de cada encuentro para evaluar la evolución comportamental y cognitivo.

* Se trabajó en las tareas de exposición, trabajos de exposición prolongada, desensibilización sistemática.

* Se trabajó en base a los datos de la historia clínica: historia familiar, tratamientos anteriores, admisión, ingreso, exámenes bioquímicos, test psicológicos, estudios de neuroimágenes, metodología de trabajo evolución diagnóstico.

* Entrevistas a los profesionales que llevan adelante el tratamiento. Se realizaban encuentros breves antes de cada sesión entre la terapeuta y el acompañante donde se informaba sobre la evolución de los trabajos de exposición y al finalizar el proceso se entrevistó a la terapeuta. Con respecto a la psiquiatra se realizaron una serie de preguntas vía e mail, respondiendo sobre características del tratamiento y evolución del mismo.

* Se realizó un seguimiento de la interacción familiar. Los datos que se obtuvieron de su grupo familiar fue únicamente a través de la paciente.

6. Desarrollo:

V ingresa a la fundación acompañada de su marido y su madre ya que no podía trasladarse por sus propios medios.

V es casada, tiene un hijo pequeño, tiene 38 años, presenta ataques de pánico constantes y una severa ansiedad que le impedía desarrollar una vida normal. Durante nueve años había recibido distintos tratamientos sin lograr mejoría. Fue diagnosticada en la institución con trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de pánico con agorafobia.

Ella relata que pasó gran parte de su vida con una preocupación constante, temores por su seguridad, lo que provocaba una rumiación permanente; estos pensamientos aparecían estando sola en su casa, o caminando por la calle, o viajando en el transporte público. Con el tiempo el temor se fue extendiendo a que algo le pasara a sus seres queridos. También tenía miedo al futuro, a pesar de encontrar en el trabajo un ambiente no perturbador, ella sentía inseguridad cuando sus jefes le encomendaban un trabajo, aunque siempre responder con las exigencias.

6.1. Los resultados obtenidos en función de cada uno de los objetivos fijados fueron los siguientes:

6.1.1. Describir diagnóstico y tratamiento realizado a la paciente:

Cuando V ingresó a la institución se le efectuaron estudios de rutina, mapeo cerebral , estudios bioquímicos , prueba de supresión de la dexametasona , el MMPI 2, BDI. Además se determinaron los diferentes neurotransmisores involucrados en cada uno de los trastornos de ansiedad , así como estudiar las áreas cerebrales afectadas. De lo expuesto más la entrevista psiquiátrica surge el diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada con trastorno por pánico con agorafobia.

El tratamiento seguido fue organizado en tres etapas:

Fase 1 medicación: La función básica de la medicación es la de compensar y equilibrar los trastornos metabólicos, normalizando los neurotransmisores involucrados en la ansiedad, controlando la aparición de crisis, la frecuencia y la intensidad.

La paciente en primera instancia necesita mayor estabilidad y mejorar su sintomatología incapacitante de la fase aguda. Este el propósito principal de esta fase. (Carrión & Bustamante, 2009).

Fase 2: Psicoterapia cognitivo conductual:

El tratamiento psicofarmacológico se beneficia y complementa con una gran variedad de técnicas y tratamientos psicoterapéuticos. De esta manera el paciente aprende a utilizar dichas técnicas cuando experimente situaciones de crisis.

Fase 3: Psicoterapia de problemas psicosociales.

El protocolo de tratamiento cognitivo-comportamental (TCC) utilizado, que se presenta aquí, ha sido validado por estudios clínicos anteriores (Dugas et al 2003; Dugas, Seidah, & Leblanc, 2007 ;Ladouceur et al. 2000). Este protocolo de tratamiento puede ser utilizado tanto en el contexto de una terapia individual como grupal. Los principales módulos del tratamiento son los siguientes:

- 1- psicoeducación y entrenamiento en la toma de conciencia de las preocupaciones;
- 2- reconocimiento de la baja tolerancia a la incertidumbre y exposición comportamental;

- 3- reevaluación de la utilidad de preocuparse;
- 4- entrenamiento en la resolución de problemas;
- 5-exposición;
- 6- prevención de las recaídas.

Para cada uno de los módulos de tratamiento, los objetivos principales de la intervención son reducir las preocupaciones excesivas y difíciles de controlar, como así también ayudar al paciente a tolerar y a adaptarse mejor a la incertidumbre. Los síntomas somáticos que se encuentran en el TAG nunca son directamente atacados en este protocolo, pues son percibidos como consecuencias del hecho de preocuparse de manera excesiva (Dugas & Robichaud, 2007)

6.1.2: Describir la evolución de la paciente, a través de los ejercicios de exposición:

Trabajos de exposición:

Durante cuatro meses, V tuvo dos o tres encuentros semanales con su acompañante terapéutico, en los cuales se aplicaron las técnicas de exposición. Dichos encuentros consistían en: viajes en transportes públicos, tren, subterráneo y colectivos; también paseos como, parques, Shopping, peatonales, supermercados.

Exposición directa o en vivo: esta técnica es la que posee mayor eficacia probada; se puede realizar de cuatro formas diferentes, según las características del paciente.

Exposición prolongada en vivo:

El acompañante terapéutico se halla presente acompañando al paciente. El objetivo es presentarlo ante el estímulo que le presente ansiedad temor, miedo, estímulo que se ira reemplazando con otro que ofrezca mayor dificultad. Luego el acompañante se va retirando para dejar al paciente frente al estímulo de manera progresiva. En el caso que le sobreviniese al paciente un ataque de pánico el terapeuta no habla de las sensaciones

corporales y se omite hacer referencia a cualquier síntoma, utilizando técnicas distractivas hablando de otros temas.

Practica reforzada graduada:

Esta práctica comienza con una expectativa de éxito. Cuando aparece un síntoma desagradable, se vuelve al punto de partida inicial y se evalúa positivamente el tiempo y la distancia recorrida.

Practica de autoexposición controlada más autoobservación:

Se expone al paciente durante un tiempo no mayor a noventa minutos hasta que se ponga ansioso y quiera salir de la situación. En esta técnica no está presente el terapeuta por lo tanto no hay un reforzamiento positivo.

Durante mucho tiempo los psicólogos trabajaban hablando de los miedos sin salir del consultorio o sin enfrentar al paciente con ellos. Pasaban largos periodos de tratamiento sin poder resolver ninguna situación. Hoy sabemos que el afrontamiento de lo que nos produce fobia o miedo es el mejor recurso (Gomez & Marzucco 2009).

Con el tratamiento descrito la paciente se enfrenta a sus miedos o a la situación que lo produce. Dicho trabajo contempla los pasos siguientes (Carrión & Bustamante 2009):

1- Selección de la situación a enfrentar, de una lista confeccionada conjuntamente entre terapeuta y paciente surgirá un ranking de situaciones luego se procederá a elegir una.

2- Se le presenta al paciente un estímulo adversivo que le produzca ansiedad; luego el estímulo se ira reemplazando aumentando el grado de complejidad y dificultad. Si esto se hace en presencia del terapeuta el mismo se ira retirando paulatinamente hasta finalmente dejar solo al paciente con el objeto o la situación temida.

3- A partir de este momento se evalúan los grados ansiedad que le genera el acercarse o enfrentar el evento, y si el objeto o situación es habitualmente evitado.

4- En un cronograma se vuelca la información de la situación temida a la que se expone al paciente. En nuestro caso para la agorafobia se toman en cuenta la duración, el

destino de la salida; las condiciones de la salida; la distancia a recorrer; el nivel de ansiedad que produce la salida y el recorrido logrado.

Todos estos parámetros nos ofrecen datos muy importantes para evaluar constantemente el grado de la afección y la evolución del paciente.

Desensibilización sistemática:

Se utilizó esta técnica dado que ha sido probada su eficacia en pacientes que se preocupan más por las situaciones externas, ejemplo: tomar un transporte público o ir al supermercado o ir a un recital, que por sensaciones de miedo y pánico, donde su eficacia ha sido más limitada. Con esta técnica la paciente puede aprender a enfrentarse a situaciones que le resultan amenazadoras, exponiéndose de forma real o imaginaria a los estímulos que producen una respuesta ansiógena. La técnica estimula el aprendizaje a como relajarse mientras se imaginan escenas que, progresivamente, van provocando mayor ansiedad. La repetida presentación del estímulo hace que éste pierda progresivamente su capacidad de evocar ansiedad (Carrión & Bustamante, 2009).

La exposición es una técnica terapéutica que se debe realizar siempre, cuanto más se realice mayor efecto tendrá, esto garantizara su éxito. Cualquier tipo de excusa para no afrontar lo temido será otra evitación y por lo tanto un retroceso (Carrión & Bustamante, 2009).

V en una oportunidad, puso como excusa que no quería asistir a una exposición programada porque más tarde tenía una fiesta y no quería lucir cansada. Se advirtió que V realizaba una evitación sutil, por lo que se insistió que concurriera al encuentro programado, obteniéndose ese día un excelente resultado. Casi siempre se obtienen mejores beneficios en los días malos (Carrión & Bustamante, 2009).

Carrión y Bustamante (2009) establecen los siguientes fundamentos de la exposición:

- 1-Extingue la respuesta condicionada de la ansiedad.
- 2-Existe una habituación de la activación fisiológica.

3-Se produce una disminución de noradrenalina generando un endurecimiento neuroquímico.

4- Se genera un importante procesamiento emocional.

5- Aumentan las expectativas de autoeficacia y las expectativas de mejoría.

6- Se produce una disminución de pensamientos catastróficos y de las autoverbalizaciones negativas.

Factores a tener en cuenta en la exposición:

Duración: Cada exposición debe durar una hora o más, de nada sirve dividir en dos o tres partes la actividad. Los tiempos deben irse aumentando gradualmente.

Graduación: Hacer actividades que incluyan mayores desafíos cada vez.

Ritmo: Cada cual tiene su ritmo propio, el progreso debe ser comparado con los propios logros y no con los de otra persona.

Niveles de ansiedad: Los niveles de ansiedad deberán ir disminuyendo, no se debe esperar que la ansiedad desaparezca totalmente ya que hay una ansiedad positiva indispensable para afrontar la vida.

Periodicidad: Realizar las exposiciones con la mayor frecuencia posible.

Exposición Interoceptiva: Muchas personas no le temen a las situaciones en sí mismas, sino a los síntomas físicos que padecen o han tenido en cada una de las situaciones de pánico; por lo tanto viven evitando situaciones en las que sienten de que existe posibilidad de que esto suceda.

Estas personas a partir de las primeras crisis comienzan a prestarles una atención desmedida a sus síntomas. Así pasan varias horas del día observando las señales de su cuerpo y evaluándolas constantemente (Carrión & Bustamante ,2009).

En el caso de V sentía palpitaciones y ahogos. La actividad a desarrollar fue la siguiente: se le pidió que subiera una escalera lo más rápido posible para lograr que se

agitase y se le produjeran palpitaciones. Con respecto al miedo a los ahogos el ejercicio que se realizó fue pedirle a V que inspirara aire y lo retuviera su máximo posible.

Con estos ejercicios se consiguió que abandonara la idea desproporcionada y catastrófica sobre lo que podía ocurrir a partir de experimentar los síntomas mencionados anteriormente. Sacó la idea de su cabeza que cualquier taquicardia o ahogo la podía conducir indefectiblemente a la muerte.

Para que todas estas actividades sean realmente efectivas se le indico a V que debía practicar regularmente para garantizar un mejor efecto, y aprender a tolerar mejor la ansiedad, recordándole que la ansiedad no es negativa sino que debe sentirse en su justa medida. Además se le recomendó progresar en las metas y no desilusionarse si se le presentaran eventuales recaídas.

6.1.3: Comparar los cambios comportamentales y cognitivos obtenidos por la paciente:

Para describir los cambios comportamentales y cognitivos se utilizan los encuentros que la paciente realizó con el acompañante terapéutico.

V trabajó junto con el acompañante terapéutico aproximadamente veinte veces, se enumeran a continuación los encuentros más trascendentes:

El primer acompañamiento fue unos de los sábados donde se realizaron los encuentros grupales, V se encontró con su acompañante terapéutico según lo previamente pactado, con el cual caminaron veinte minutos, ella hablo de sus problemas y sus temores, hasta que bajaron a una boca de subterráneo y comenzaron: la primera vez ella iba sentada junto con él unos diez minutos, luego se sentaron en vagones diferentes unas dos paradas, siempre en contacto vía celular por si V se descomponía.

Luego V contó que se sintió muy bien, que por momentos era una persona como las demás, que podían viajar libremente.

La terapeuta habló con el pasante que estaba realizando los acompañamientos, para concretar los encuentros, dos veces por semana realizar las exposiciones en forma progresiva.

En el segundo encuentro V y el pasante, se encontraron en un parque, subieron en un colectivo, dentro de él mismo se separaron para que ella pueda exponerse a su miedo, pero siempre sabiendo que tenía una ayuda cerca. Hicieron varios viajes con éxito. Todas las exposiciones luego eran analizadas y trabajadas en los primeros minutos con la profesional.

En otro encuentro V viajó en una formación del subterráneo y el acompañante en otro, unas siete paradas. También ella declaró que se sintió muy bien.

En otro de los encuentros V subió al colectivo y el pasante en otro de la misma línea, hicieron todo el recorrido en un horario con mucho tráfico, V se notó un poco nerviosa pero realizó las técnicas de respiración y llegó bien a destino.

En otro encuentro realizó el mismo recorrido y ella le contó a la terapeuta que fue mucho mejor que la vez anterior.

En otro encuentro V se encontró con el acompañante en un supermercado cerca de su casa e intentó hacer las compras, como lo hacía habitualmente muchos años atrás. El acompañante se quedó en la puerta del local ante una supuesta descompensación.

Uno de los últimos encuentros, llamado por V como su meta más difícil, fue un encuentro en el centro. Tomaron dos colectivos separados hasta la estación de tren. Tomaron el mismo tren hasta otro lugar pero en vagones separados, fue un viaje muy largo y con el tren muy lleno. Al llegar ella estaba muy contenta porque se sintió muy relajada y cómoda. Caminaron, también por la zona de los veleros. Al regresar todo iba bien hasta que en una parada subieron unas cuarenta personas hinchas de un club, gritando y con bombos. Llamó vía celular a su acompañante para comunicarle que no se sentía bien, él fue hasta el vagón donde ella estaba y bajaron en la siguiente parada. Ella realizó las técnicas de respiración, se tranquilizó y subieron después de veinte minutos a otra formación, pero ella le pidió viajar en el mismo vagón.

Se realizaron varios encuentros más en tren y colectivo hasta que ella empezó a viajar sola.

Ella viajaba sola a las sesiones terapéuticas, lo cual unos meses antes lo sentía como una misión imposible.

V al iniciar los encuentros se mostraba todo el tiempo alerta, alarmándose ante cualquier llamado telefónico cuando su hijo estaba en la guardería. Intentaba tener todo bajo control. Sentía contracturas, tenía síntomas físicos insomnio, problemas gastrointestinales, dolores de cabeza, desconcentración, irritabilidad la mayor parte del día lo que alteraba la tranquilidad del hogar.

La reducción paulatina de la frecuencia e intensidad de las preocupaciones, fue notoria, la paciente no presenta evitación alguna de los estímulos anteriormente asociados a la respuesta de ansiedad y ha abandonado todas las conductas de reaseguros. Es ahora mucho más asertiva.

Tiempo después V se había probado no sólo que podía estar bien sino que lo aprendido le permitía controlar por sí misma tanto el enfrentamiento a situaciones temidas en el pasado como a la eventual aparición de alguna preocupación desproporcionada. Tal es así que actualmente participa en la terapia de grupo como guía.

Ya terminados los encuentros, V dio ante cincuenta personas una charla contando su experiencia con las exposiciones y su terapia.

V después de realizar un curso breve se convirtió coordinadora de grupos, intentando ayudar como lo hicieron con ella.

Autoregistros:

Dentro de los dispositivos que se han propuesto en el presente trabajo para analizar la evolución de la paciente es la observación del auto registro.

En gran parte de las sesiones durante los primeros minutos el terapeuta evalúa y suma los aportes de los relatos del acompañante terapéutico, que estaba presente en la sesión solo los diez primeros minutos, y luego se analizó el auto registro de la paciente.

Fase I : Autoregistro de Preocupación:

Se le pide a la paciente que en el transcurso de cinco días consecutivos, cada vez que se presente en su mente una preocupación, desde un tema menor a uno más importante, vaya al autoregistro y lo anote.

La preocupación que registró fue el temor a no ser auxiliada ante un evento desagradable en un lugar público. Aquí la preocupación funciona como una hipótesis. Vemos que esta paciente teme que ocurra un accidente y se esfuerza por evitarlo, lo que hace que no se exponga a las mismas. No advierte que su propio comportamiento ansioso la remite permanentemente hacia lo temido.

La técnica de autoregistro hace que tengamos una visión más clara de dónde y cómo comienza el problema. A su vez nos muestra en la forma que se inicia la preocupación sometiendo a la paciente a un círculo vicioso a nivel comportamental y emocional. De esta manera al analizar el mecanismo podemos intervenir activamente y detenerlo a tiempo.

Escalas de unidades subjetivas de ansiedad de 0 a 100.

La escala de unidades subjetivas de ansiedad (SUDS) desarrollado por Wolpe (1982) como un organizador de las preocupaciones; un medio de comunicación entre el terapeuta y el paciente, y se refiere a la magnitud de respuesta de ansiedad del paciente ante los estímulos provocadores de miedo.

Se le pide al paciente que piense en la ansiedad mas aterradora que haya experimentado o que pueda imaginar; a este acontecimiento se le asigna el numero cien. Luego se le pide al paciente que recuerde la experiencia mas tranquila y apacible que haya disfrutado; a este acontecimiento se le asigna el numero cero. Estas experiencias representan los polos extremos de la escala.

Se observó que las preocupaciones no se reducían a una sola área o lo hacían cambiando semana a semana, dándole la sensación que su vida era un problema permanente. A su vez presenta dificultad para dejar de pensar en sus preocupaciones.

El objetivo esencial de esta etapa es que la paciente pueda analizar la preocupación como un mecanismo en sí mismo, no por sus contenidos.

Se trabajó en tres niveles: relajación física y psíquica.

Identificación de pensamiento y creencias desadaptativas.

Empezar a eliminar reaseguros y evitaciones.

Fase II .Eliminando evitaciones y reaseguros:

En el auto registros se le indica a la paciente que escriba el contenido de la preocupación, la intensidad de la preocupación, la emoción que le produce y la conducta que realice.

Ejemplo de auto registro número ocho:

Contenido de la preocupación: mi marido llevo a mi hijo al parque y han pasado tres horas y no regresan. Seguro que les paso algo.

Intensidad de la preocupación: 9 puntos.

Emociones: angustia, ansiedad, nervios, ganas de llorar, miedo.

Conductas: le comenta a su madre la situación, que llamo al teléfono móvil de su esposo varias veces y no había respuesta; su marido había ido a pasear con su hijo y ella estaba muy preocupada por no tener noticias de ellos. La madre le respondió que recordara que ellos iban a pasar antes por el supermercado, y podría no tener señal su celular. V se tranquiliza un poco y logra definitivamente calmarse cuando su marido le manda un mensaje de texto diciéndole que estaba en camino.

En muchas ocasiones cuando nos preocupamos excesiva o irracionalmente por una situación determinada, nos sucede que llevamos a cabo ciertos comportamientos con el objetivo de generar alivio, atenuando los efectos de la ansiedad provocada por las preocupaciones. Estos comportamientos se dividen en dos grandes grupos: los reaseguros y las evitaciones. (Gomez & Marzucco 2009).

Los reaseguros pueden ser comportamientos o acciones, o bien el acto de llevar consigo un determinado objeto. La persona suele utilizarlo para evitar catástrofes, mantener el control de una situación o disminuir el grado de incertidumbre (Carrión & Bustamante , 2009). Por lo general su implementación genera un alivio momentáneo, a corto plazo, pero refuerza las preocupaciones a largo plazo. De este modo la ansiedad pudo desaparecer gracias a los reaseguros y no a la evaluación lógica de sus pensamientos. Tampoco existe un pensamiento activo de combatir los pensamientos catastróficos; el alivio experimentado en esta ocasión condiciona a aprendizajes negativos. (Gomez & Marzucco 2009).

Si en cambio ella se hubiese resistido a este impulso de necesidad de controlar todo, pese a no experimentar el alivio inmediatamente, los aprendizajes realizados a largo plazo hubieran sido más productivos. Verónica debe comprender que la ansiedad disminuye de todas maneras. Que no necesita tener las cosas bajo control todo el tiempo y que puede relajarse a pesar de la incertidumbre.

Ejemplo de evitación: La invitaron a ver su grupo preferido de música y ella puso como excusa que no tenía con quien dejar a su hijo y en realidad tenía con quien.

Los comportamientos de evitación como hemos visto en el ejemplo consisten en el no afrontamiento a determinadas situaciones. El no enfrentar una situación temida genera la imposibilidad de no confrontarnos con nuestros peores fantasmas. Son trampas que cumplen un papel importantísimo en el mantenimiento de la ansiedad y las preocupaciones.

Es importante tener en cuenta que los reaseguros y las evitaciones cumplen en teoría la función de moderar la ansiedad al tratar de eliminarlo, lo que ocurrirá es un incremento de la angustia. Por lo siguiente el paciente no expresara inmediatamente su bienestar sino que por el contrario debemos prepararlo para soportar la suba de displacer y malestar (Gomez & Marzucco 2009).

Después de un determinado tiempo se le hizo releer todas las conductas detalladas en su autoregistro y se le pidió que asignara un número, de uno a cinco de acuerdo al grado de dificultad que creía que tendría que abandonar.

Una vez que se obtuvieron los puntajes se eligieron aquellas conductas puntuadas con los valores más bajos y en base a ello se propusieron las metas de trabajo.

Luego de unas semanas comenzó a ocurrir lo esperado: V comenzó a eliminar reaseguros y evitaciones siendo paulatinamente más fácil lograr esta meta. Los montos de ansiedad asociado fueron muchos menores. Finalmente logro comprobar que las consecuencias negativas tan temidas raramente ocurrían.

V entendió que la eliminación de conductas evitativas y de reaseguros es indispensable eliminarlas para lograr la recuperación total; y que además solo ella puede identificarlas porque son consecuencia de sus pensamientos automáticos negativos.

Fase III: Autoregistros de reestructuración Cognitiva:

Las preocupaciones se originan por una distorsión en el procesamiento de los estímulos internos o externos que llegan a nosotros, este fenómeno lo denomina Beck , distorsiones cognitivas.

Es importante entrenar a los pacientes en la detección y modificación de estas distorsiones cognitivas con el fin de minimizar el impacto.

Para lograr dicho objetivo es muy efectiva la técnica de auto registro.

Se le pidió a la paciente, que cada vez que emergiera una emoción displacentera, la anotara en su autoregistro y se tomara el tiempo que necesitara para analizar los pensamientos que llegaban a su mente en la última hora. Seguramente algún pensamiento automático se activó, después de identificarlo, la paciente evaluó de que distorsión cognitiva se podía tratar, colocándola en el cuadro correspondiente.

Una vez obtenidos estos datos: situación, pensamiento automático negativo , emoción , comportamiento y distorsión cognitiva, se comienza con la reestructuración cognitiva. Esta técnica se trata de un procedimiento que da lugar a la reacomodación o readaptación de los pensamientos, se trata de sustituir los pensamientos automáticos que generan comportamientos y emociones desagradables, por pensamientos más racionales y conductas más adaptativa (Gomez & Marzucco 2009).

Para lograr la reestructuración se le pide a la paciente que someta a su pensamiento automático a una autoevaluación. Es esperable que la credibilidad de su pensamiento negativo caiga por su propio peso. Detectando una mejora en sus emociones como consecuencia, ajustando así su estado de ánimo y logrando un cambio favorable en su comportamiento.

Ejemplos de autorregistro de pensamiento automático negativo (PAN).

Situación: antes de ingresar al supermercado un día que está lleno de gente.

Emoción: miedo.

PAN: Si me llega a pasar algo nadie me va a socorrer.

Distorsión cognitiva: anticipación negativa.

Situación: fue invitada a una fiesta, decide no ir.

Emoción: tristeza.

PAN: afirma tener miedo a dejar la casa sola y que le roben.

Distorsión cognitiva: catastrofización.

Fase IV: Técnicas de control de la preocupación y resolución de problemas.

Periodos del control de la preocupación:

El objetivo de esta intervención apunta a disminuir la intrusión de la preocupación y a destinar tiempos específicos para preocuparse. La implementación mejora la capacidad de concentración, la de poner la mente en blanco y agudizar la memoria a corto plazo.

La propuesta fue llevar a cabo las siguientes pautas:

1- Durante el día, cada vez que tenga una preocupación, desde la más insignificante hasta la más angustiante, y siempre que no hubiera necesidad de resolverla inmediatamente, anótarla en una lista.

2- Establecer un periodo diario destinado a las preocupaciones, será “la hora de las preocupaciones”.

3- La clave de la técnica consiste en preocuparse de modo activo y voluntario no procesar las preocupaciones hasta el momento elegido, para que el pensamiento se vuelva más efectivo que una simple rumiación del problema; preguntarse a simple vista si la preocupación es racional o irracional, en caso de ser racional, si es excesiva o adecuada, o si es a corto o largo plazo. Indagar si hay evidencias que confirmen los pensamientos amenazantes o si estos se apoyan solo en distorsiones cognitivas. Si se descubre que se trata de una preocupación racional, ajustada en cuanto al afecto que despierta y de resolución a corto y mediano plazo, se implementara la técnica de resolución de problemas.

Si en cambio la preocupación es irracional, excesiva, o a muy largo plazo, o por el contrario ya está por suceder. Puede preguntarse en que me ayudará preocuparme por esta situación.

4- Lo esperable es que la incorporación y eficacia de estas pautas aparezcan con el tiempo y la sucesiva práctica y no de un momento a otro. Debemos mencionar que esto no sería un caso de reaseguro, sino más bien una forma de minimizar la frustración del paciente y de mantener una motivación y adherencia al tratamiento.

Periodos de “No preocupación”

La siguiente técnica es una variante sencilla de la técnica anterior, es como un eslabón intermedio para desarrollar posteriormente habilidades que le permitirán contar con sus preocupaciones.

La técnica consiste en elegir un periodo fijo de tiempo, de una hora diaria en el cual se proponga activamente no desarrollar ninguna preocupación. Si las preocupaciones llegan a la mente deberá rechazarlas concentrándose en la actividad que uno está realizando en ese momento o utilizando una estrategia de distracción.

V como todas las personas que sufren TAG se pasaba el 70% del día preocupada en un asunto o en otro. Este porcentaje llevo a reducirlo a un 10%.

Ella había elegido como periodo de no preocupación el momento del almuerzo, si una idea preocupación o rumiación irrumpía en su mente ella ponía en práctica los ejercicios de respiración, y luego el ejercicio de la pasa de uva de Hayes, donde se hace hincapié en estar presente con todos los sentidos en el momento presente y lograr a través de los mismos percatarse de olores, sabores, textura, formas de la pasa de uva, como si fuera un objeto desconocido que está impresionando por primera vez a nuestros sentidos, logrando de esta manera focalizar en cada movimiento de su mandíbula en saborear en todo su esplendor los alimentos, en sentir sus respectivos aromas, en notar las diferencias entre un menú y otro y en tratar de averiguar en detalles todos los ingredientes, dicha técnica resulto muy eficaz. Obviamente esta eficacia no fue inmediata sino que fue aumentando con la práctica; el objetivo no es querer controlar los pensamientos sino poder reducir los tiempos de preocupación.

Es importante aclarar que las acciones pueden direccionar los pensamientos, pero la intención no era que V se haga adicta a actividades motoras o mentales cada vez que intentara cortar una preocupación, este es un objetivo intermedio. El propósito a largo plazo es que con las sucesivas prácticas V aprenda a conducir sus pensamientos de manera voluntaria y natural.

Técnicas de resolución de Problemas:

Esta técnica fue útil para generar cambios comportamentales en la paciente describiendo un ejemplo de una de las preocupaciones de V, se analiza el procedimiento que se utiliza para resolver un problema. Gomez y Marzucco (2009) enumeran los pasos de la técnica de la siguiente manera:

1- Definir el problema lo más concreta y específicamente posible. Ejemplo: Cada vez que no quiero salir de mi casa mi marido me reta y suele gritarme fuertemente.

2- Evaluar el significado del problema: pensamientos automáticos creencias y distorsiones cognitivas. Ejemplo: V piensa que su marido ya no la quiere y que posiblemente tenga un amante, a su vez ella piensa que si su marido la abandona ningún hombre se fijaría en ella.

3- Responder a los pensamientos automáticos. Ejemplo: V finalmente concluye respondiendo a su pensamiento automático, que su marido le grite no significa que no la quiera o que tenga un amante. Puede ser que solo tenga un mal día.

4- Brain storm: Idear la mayor parte de soluciones y alternativas posibles de acción, desde las más ridículas a las más lógicas. Ejemplo: V en el desarrollo de su tormenta de ideas dijo: Dejar a mi marido, conseguirme un amante, cambiar la manera de relacionarnos sexualmente. Pedirle que no me grite, que me comprenda más, y tener un mejor dialogo

5- Evaluar ventajas y desventajas de cada opción. Distinguir entre ventajas y desventajas realistas e imaginarias. Ejemplo: V descarto totalmente abandonar a su marido ya que en esta opción veía muchas más desventajas

6- Elegir la opción que resulte más eficaz a largo plazo. Ejemplo: ella eligió intentar un mejor dialogo para ser más comprendida y sentirse más segura y valorada.

7- Evaluar los resultados. Si no funciona recurrir a otra alternativa de las que fueron previamente descartadas. Recordar que es muy difícil encontrar una solución perfecta. Debemos actuar siempre de acuerdo a nuestros intereses y al tipo de eficacia que estamos buscando. V evalúo los resultados como positivos.

Existen tres tipos de eficacias: Objetivo, relación y autoestima.

En distintas situaciones y de acuerdo a las personas con quienes estemos relacionándonos vamos a valorar la eficacia de modo diferente. Puede que actuando de determinada manera logremos eficacia en los tres niveles; pero en lo general tendremos que optar. El desafío consiste en aprender cuales priorizar y evitar mantenernos rígidos en algún nivel.

Debemos lograr eficacia en el objetivo pero sin dañar la relación y conservando la autoestima.

Buscar siempre mantener una relación a costa de la autoestima puede significar una relación de dependencia, generando sumisión; si nosotros valoramos siempre nuestra autoestima por sobre los deseos de los demás, nos convertimos en personas rígidas, incluso

autoritarias y agresivas, como consecuencia no vamos a ser eficaces. Ejemplo: V priorizó ser eficaz en el mantenimiento de la relación y a la vez lograr el objetivo meciendo en su autoestima.

6.1.4: Describir las habilidades aprendidas y la evolución en los trabajos grupales:

El programa de tratamiento para el trastorno de ansiedad generalizado comprendió ocho sesiones. La frecuencia es semanal y la duración de los encuentros es entre dos horas y tres.

Durante la primera hora se realiza un trabajo físico destinado al aprendizaje destinado a técnicas de relajación, con el propósito de ayudar a paciente a inocular el estrés, identificar y corregir posturas erróneas, malos hábitos respiratorios, y otros factores que incrementan la ansiedad.

Durante el tiempo restante se trabaja con un formato de tratamiento semiestructurado a través del cual se dirige el tratamiento a los distintos objetivos que fueron propuestos con anterioridad.

Es sumamente importante hacer del grupo una experiencia vivencial, por lo cual todo recurso perteneciente al campo del arte o la música es muy valorado.

Evolución por sesión de V:

Primera sesión:

Presentación de los integrantes del grupo:

V rápidamente estableció una positiva conexión grupal. Mostrándose receptiva de las cuestiones de sus compañeros y pudiendo desarrollar sus dificultades en forma abierta tranquila y clara.

La segunda parte de la sesión se desarrolló la tarea de psicoeducación: explicando qué es el T.A.G. sus síntomas, diferenciar una preocupación normal de una patológica así como saber diferenciar las preocupaciones de tipo uno de tipo dos.

V sintió un gran alivio al empezar a comprender su patología y a la vez empezar a ejercitar el manejo de sus preocupaciones una vez diferenciadas.

Segunda sesión:

Planeamiento de los objetivos generales del tratamiento:

Poder discriminar entre preocupaciones irracionales o excesivas. En V abundaban las preocupaciones excesivas con respecto a la salud de su hijo, ante la presencia de una línea de fiebre irrumpía la preocupación de que podía estar desarrollando una enfermedad grave. También cuando su teléfono sonaba en los horarios que su hijo estaba en la guardería imaginaba que su hijo podía estar en problemas.

Dentro de las preocupaciones que podemos calificar como irracionales ella cuenta que no podía viajar en subterráneo comentaba que le faltaba el oxígeno e incluso se imaginaba una contaminación masiva.

En la sesión aprende a desarrollar la capacidad de cuestionar pensamientos automáticos y creencias negativas a cerca de la preocupación.

V empieza a entrenar la resolución de problemas para mejorar su capacidad resolutiva y poder tomar decisiones.

Continúa mejorando en los ejercicios de relajación y respiración.

V comienza a detectar conductas de reaseguro. Ella describe que cuando su hijo tiene un absceso de tos, dado que alguna vez fue diagnosticado con bronco espasmo le genera una enorme ansiedad, y le comenta a su marido por su preocupación por la tos de su hijo, este le responde : “no te hagas problema que el medico lo vio y dijo que no tenía nada grave”.

Tercera sesión:

Se analizó la existencias de preocupaciones, y un dialogo acerca de cuestionar este tipo de pensamientos.

V comenta que piensa en intentar ir sola al trabajo esto le genera ansiedad miedo y siente síntomas de depresión y cosquilleos en el estómago. Minutos después se entrelazó con otra preocupación con la enfermedad de su hijo.

Cuarta y quinta sesión:

Notable progreso en el auto registro. Logra clasificar las preocupaciones por áreas y jerarquizar el orden de importancia.

Explora las cogniciones catastróficas en los transportes públicos y logra definir las distorsiones cognitivas con respecto al problema.

Sexta sesión:

Reestructuración de los pensamientos automáticos disfuncionales:

V contó que fue sobreprotegida por su madre a tal punto de sentirse que no podía resolver problemas por sí misma. Surgía como pensamiento automático el hecho de sentirse una inútil. En esta sesión se les enseña a establecer periodos para poder aprender a controlar la preocupación

Séptima sesión:

Exposición a la preocupación

De una lista de cinco preocupaciones V eligió una, fue el miedo a no ser socorrida en el autobús. Luego se elaboraron todas las alternativas posibles para elegir la peor consecuencia. La idea fue exponer a la preocupación para abrir un abanico de posibles soluciones. Imaginó ella que en una esquina el micro pasa un semáforo en rojo, ve que la gente se altera por miedo a un choque, empiezan los insultos, el conductor se distrae y se estrella. El grupo reformula el relato y se estimula a producir una tormenta de ideas. V elige como alternativa posible ante la situación de encontrarse con un chofer de esas características, poner en práctica las técnicas de respiración aprendida, aguardar la próxima parada y bajarse del mismo.

Octava sesión:

Prevención de recaídas:

En esta sesión fue el objetivo darse cuenta en qué preocuparse y en qué no.

Promover la relajación por control de respiración ante las primeras señales de tensión.

Establecer tiempos concretos para preocuparse. Lograr abandonar la preocupación: poder tener la capacidad de decidir el momento de preocuparse por algo.

7. Conclusión:

Finalizó el tratamiento con tres sesiones de prevención de recaídas en las que se presentaron aspectos de repaso general de las técnicas de tratamiento, de los conceptos y modelos de la ansiedad, explicación de sus dificultades y logros y la distinción entre caídas y recaídas junto con un plan de acción en el caso de darse una de ellas. Se profundizó una vez más en el estilo atribucional del paciente, a resaltar los cambios que había conseguido y cómo mantenerlos ante posibles estresores que pudieran aparecer a lo largo del tiempo.

A continuación se presentan los resultados obtenidos en la evaluación y su comparativa con la evaluación pretratamiento.

Respecto a su nivel de preocupación, la paciente ha disminuido significativamente la intensidad, frecuencia y duración de los mismos. V afirma no tener preocupaciones en la actualidad y si en algún momento le sobrevienen, siente que dispone de herramientas para su reducción y posterior eliminación. Por ello, su calidad de vida ha mejorado notablemente.

En cuanto al nivel de depresión que presentaba en el inicio del tratamiento, se observa una disminución muy notable, el BDI, presenta una importante disminución en el nivel general de depresión.

A nivel cognitivo, no aparecen sesgos atencionales hacia la amenaza en general y se observa una reducción importante en cuanto a sus sesgos interpretativos. En un plano metacognitivo y bajo el modelo cognitivo que fundamentalmente ha guiado una buena parte del tratamiento, la paciente maneja diferentes estrategias de afrontamiento y ha eliminado sus creencias metacognitivas positivas, sus preocupaciones tipo 1, sus creencias

metacognitivas negativas de incontrolabilidad y las metapreocupaciones sobre su propio estado.

La paciente no presenta evitación alguna de los estímulos anteriormente asociados a la respuesta de ansiedad y ha abandonado todas las conductas de reaseguros. Es ahora más asertiva y se comunica mejor en el ámbito laboral presentando un buen funcionamiento global en las áreas social, personal, familiar y laboral.

En la actualidad, la paciente no presenta sintomatología ansiosa ni depresiva. Sus estrategias de afrontamiento son adecuadas y adaptadas a la situación, no muestra preocupaciones sobre aspectos cotidianos y el estado emocional negativo que presentaba en el inicio del tratamiento se ha visto reducido de forma notable.

A lo largo del presente trabajo se ha comprobado la eficacia del tratamiento para el TAG desarrollado. Una vez más se destaca la relevancia de los tratamientos bien establecidos que han sido demostrados como los más eficaces para los diferentes trastornos de ansiedad.

Uno de los aspectos más relevantes de este caso era el componente cognitivo de la respuesta de ansiedad. Como indican otros trabajos (Borkovec et al.; Wells, 2005), se le otorga un papel esencial al componente preocupación y a las variables metacognitivas que mantenían la respuesta de ansiedad excesiva y las percepciones de falta de control de la paciente. El tratamiento, además de explorar y trabajar el afrontamiento, las conductas observables y la reactividad fisiológica al estrés, se centró casi fundamentalmente en la identificación y el cambio de sus cogniciones y metacogniciones, basándose en el modelo de metacognición de Wells (1999).

Este enfoque de una nueva aproximación cognitiva para el tratamiento del TAG, que aumenta la eficacia de los mismos (Cartwright-Hatton et al., 2004), sugiere que el tratamiento se debe centrar en la modificación del contenido individual de las preocupaciones tipo 1 y tipo 2, habiendo modificado previamente las creencias sobre el control que tiene el sujeto acerca de sus propias preocupaciones (Wells, 2005).

En el caso del presente trabajo se ha conseguido el mantenimiento de los cambios terapéuticos alcanzados al finalizar la terapia durante el seguimiento. A pesar de ello, este estudio tiene las limitaciones de los trabajos de caso único, es decir, la generalización de los resultados a otros ámbitos.

La eficacia de algunas técnicas de intervención clínica se entiende que han quedado ampliamente demostradas. Nuevos estudios de casos clínicos y hallazgos en investigaciones experimentales deberán esclarecer aún más la relevancia de la evaluación clínica de los diferentes sesgos cognitivos y el tratamiento cognitivo estandarizado para los diferentes trastornos de ansiedad.

Todos los datos aportados permiten confirmar el logro de los objetivos que se habían estipulado.

Respecto a la evolución del grado de satisfacción experimentado durante la realización o participación de actividades de ocio y tiempo libre, los datos confirman que el tratamiento le permitió a Verónica sustituir los operantes iniciales (refuerzo negativo o alivio de la aversión) por operantes positivos en sus relaciones y actividades sociales.

En cuanto a los pensamientos irracionales registrados permanentemente aun durante las actividades de ocio o tiempo libre, el curso seguido por éstos pone de manifiesto el logro del objetivo relativo a la sustitución de las creencias y pensamientos automáticos desadaptativos por pensamientos racionales alternativos.

También se confirman la eliminación de la ocurrencia de respuestas de escape y evitación, mantenidas inicialmente por el refuerzo negativo.

En relación con el objetivo terapéutico, la reducción de la frecuencia e intensidad de las preocupaciones, como pudo constatarse, además de cumplirse los requisitos fijados para el inicio del seguimiento, meses después V se había probado no sólo que podía estar bien sino que lo aprendido/entrenado le permitía controlar por sí misma tanto el enfrentamiento a situaciones temidas en el pasado como a la eventual aparición de alguna preocupación desproporcionada. Tal es así que actualmente participa en la terapia de grupo como guía.

Probablemente, una parte de su motivación derivó del cuidado puesto en hacerla participar en todo aquello en lo que resultaba posible a la hora tanto de diseñar el tratamiento como hasta el propio entrenamiento. Así, se le explicó pormenorizadamente en la fase educativa el trabajo a realizar, dentro de la sesión de entrenamiento/aprendizaje.

Se permitió, e incluso se fomentó la participación del esposo y la madre de la paciente. A pesar de ello, esto claramente no pudo cumplirse, no se supo motivar e incentivar al grupo familiar a que colaborara en la proporción esperada, no pudiendo entrevistar a los miembros de la familia según lo previsto y como consecuencia no se obtuvo información sobre el progreso de las relaciones interfamiliares más allá de lo relatado por V. Como aporte personal se entiende que debió haberse hecho más hincapié en la necesidad de la participación de la familia para favorecer el progreso de su tratamiento, logrando una mejor comunicación de la fundación hacia ellos, por ejemplo: que la terapeuta a cargo insistiera más comunicándose con ellos vía mail o por teléfono.

De acuerdo a la experiencia del pasante en la institución parece importante manifestar una crítica orientada a cuestionar la necesidad de los talleres grupales de los días sábados; específicamente en lo que respecta a la estructura y formato. Son grupos abiertos y heterogéneos con un coordinador o guía que es un ex paciente.

El concepto de permeabilidad del grupo es muy controvertido. Un grupo abierto en el que los participantes van entrando y saliendo supone considerar éste como un continuo en el tiempo. Son grupos más dinámicos, en los que podría haber mayor alcance terapéutico ya que se puede ayudar a más gente y se permite una mayor diversidad de ideas. Si bien la búsqueda de la diversidad es algo importante y beneficioso, en ocasiones puede generar interferencias determinantes en la correcta marcha del grupo.

Si los grupos son muy heterogéneos y los participantes se diferencian demasiado en cuestión de edad, tipo y gravedad del problema, nivel cultural y si no se observan intervenciones sistematizadas, sumado a otro aspecto importante que es el relacionado con el nivel de motivación de los participantes, aunque cierta diversidad en los niveles de motivación puede ser beneficioso (unos pacientes tiran de otros), sin embargo si no se cuida este aspecto, surgen complicaciones decisivas, como intereses y objetivos muy disímiles,

así como el nivel de comprensión de los mismos, comprometiendo de esta manera el funcionamiento fluido del grupo y favoreciendo el contagio de un clima terapéutico grupal negativo. Todo lo anteriormente mencionado se observó en grupo de los sábados, muchos de sus integrantes manifestaban falta de interés y compromiso, a pesar de insistencia y los beneficios de participar en los grupos que reiteradamente recomendaban los diferentes profesionales a cargo.

Con el ánimo de maximizar el alcance de las intervenciones se comete el error de extender la indicación de terapia grupal a todas las personas de manera invariable. Pero todas las personas se pueden beneficiar de un tratamiento en formato grupal abierto? Se entiende que es más beneficioso el formato grupal homogéneo y cerrado con intervenciones más dirigidas y focalizadas adecuadas a cada paciente. Una propuesta a la que se adhiere es la que sostiene Yalom (2000) ,quien propone que el cambio terapéutico es un proceso enormemente complejo que sucede a través de un intrincado intercambio de experiencias humanas a las cuales se refiere como factores terapéuticos efectivos , de los once que el autor menciona los siguientes : cohesión de grupo y aprendizaje interpersonal son los dos elementos que desarrollan en la crítica.

En la fase de preparación, atendiendo principalmente a los objetivos primarios, se debería seleccionar de manera cuidadosa los pacientes que conformarán el grupo; es imprescindible plantear unos criterios de exclusión, y fundamental preparar de manera idónea a los facilitadores y coordinadores.

Yalom (2005) afirma que resulta imprescindible para que la terapia no se estanque, que el grupo conozca el proceso que se está llevando a cabo. Estudiar sus reacciones y transacciones; debe trascender la pura experiencia e integrarla; sólo de esta forma puede ser efectivo el enfoque y seguir dos pasos que son: el primero, lograr que el grupo viva en el aquí y ahora; y luego lograr que el proceso de esclarecimiento o análisis que busca que el grupo regrese sobre sí mismo, para ayudar al grupo a examinar lo que está sucediendo dentro del mismo en ese momento. Logrando un grado de compromiso y adherencia en el desarrollo del proceso. Ello se cristaliza por medio de la participación y solo es posible si se ha interiorizado la meta grupal. La interiorización de la meta en los miembros, brinda claridad sobre la optimización del tiempo y los recursos en los encuentros grupales, esta

optimización construye la pertenencia. Es la toma de conciencia de los integrantes del grupo de que ese es el espacio y el tiempo para lograr los objetivos propuestos.

Se entiende que para llevar a cabo esta propuesta se debe contar con un profesional entrenado, es cierto que un ex paciente que haya transitado el mismo camino es una motivación importante e infunde esperanza que es un factor de efectividad, siendo claramente insuficiente. Un terapeuta entrenado debe convertirse en un facilitador de estos pasos, de tal forma que el grupo se mantenga enfocado en el aquí y ahora, pero no se pierda los acontecimientos que han vivido y experimentan en cada sesión. Se entiende que la tarea de un terapeuta es poner en marcha la fase de activación desplazando al grupo al aquí y ahora, determinando qué es lo que el grupo necesita. Además facilitar el análisis del proceso, porque este debe ser observador y participante, así como definir bien la jerarquía y el papel de cada uno de los miembros del grupo, conocer los objetivos de cada persona y buscar que el pasado se convierta en una herramienta útil para el aquí y ahora. La fuente de poder del grupo es cuando este pone atención a la metacomunicación, e interpreta el contenido para ayudar a los demás miembros. El terapeuta debe entrenarse para pensar automáticamente en el aquí y ahora.

A pesar que en la institución se conceptualiza el trabajo en estos grupos como una estrategia de intervención secundaria a la terapia individual, es indispensable saber lo que se hace, por qué se hace y cómo hacerlo. Para ello, el formato grupal no puede permitirse el lujo de separarse del contexto científico y ha de asumir la responsabilidad de demostrar si sus intervenciones son útiles para el abordaje de diferentes problemas debe planificarse de manera cuidadosa el proceso terapéutico grupal. El trabajo con grupos no implica únicamente la aplicación de técnicas en un contexto grupal, requiere habilidades de manejo específicas que optimicen y promocionen el impacto de estas técnicas. De esta manera se logrará, de manera eficaz aprovechar los beneficios que el contexto terapéutico grupal ofrece de lo contrario podría perjudicar el proceso terapéutico integral.

8. Bibliografía:

- Amstadter, A. (2008). Emotion regulation and anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 211-221.
- Asociación Americana de Psiquiatría, A. P. A. (2001). D.S.M.-IV-TR. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Texto Revisado (1a. ed.). Barcelona: Masson.
- Bados, A. (2004). Agorafobia y ataques de pánico. Madrid: Pirámide.
- Bados, A. (2006). Tratando, pánico y agorafobia. Madrid: Pirámide.
- Brawman-Mintzer O. Lydiard R.B. (1996). Generalized anxiety disorder: issues in epidemiology. *Journal of Clinical Psychiatry*. Pp.57 (7), 3-8.
- Buhr, K. y Dugas, M.J. (2002). The intolerance of uncertainty scale: psychometric properties of the English version. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 931-945.
- Bar-Haim, Y., Lamy, D., Pergamin, L., Bakermans-Kranenburg, M. J., & van, I. M. H. (2007). Threat-related attentional bias in anxious and nonanxious individuals: a metaanalytic study. *Psychological Bulletin*, 133, 1-24.
- Barlow, D.H. (2002). Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic (2ªed.). Nueva York: Guilford.
- Borkovec T., Alcaine O Behar E. Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. In: Heimberg R, Mennin D, Turk C, editors. Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice. New York: Guilford; 2004. pp. 77–108.
- Borkovec, T., Newman, M., Pincus, A. y Lytle, R. (2002). A component analysis of cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder and the role of interpersonal problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* .pp. 70, 288-298.

- Borkovec, T. & Roemer, L. (1995). Perceived functions of worry among generalized anxiety disorder subjects: Distraction from more emotionally distressing topics? *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 26, 25–30
- Borkovec, T. & Ruscio, A. (2001). Psychotherapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 37-45
- Borkovec, T. (1994). The nature, functions, and origins of anxiety. En G.C.L. Davey y F. Tallis (Eds.), *Worrying: Perspectives in theory, assessment and treatment* (pp. 5-33). Nueva York: Wiley
- Brawman-Mintzer O. y Lydiard R. (1996). Generalized anxiety disorder: issues in epidemiology. *Journal of Clinical Psychiatry*. Pp. 57 (7), 3-8.
- Brown T. & Barlow D. (2002). Classification of anxiety and mood disorders. *The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed., pp. 292-327). New York: Guilford.
- Brown T., Barlow D. & Liebowitz M. (1994). The empirical basis of generalized anxiety disorder. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1272-1280.
- Brown T., O'Leary T. & Barlow D. (2001). Generalized anxiety disorder. En D.H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (3ª ed., pp. 154-208). Nueva York: Guilford.
- Buhr, K. & Dugas, M. (2002). The intolerance of uncertainty scale: psychometric properties of the English version. *Behaviour Research and Therapy*. pp. 40, 931-945.
- Cano-Vindel, A. (2011b). Los desórdenes emocionales en Atención Primaria. *Ansiedad y Estrés*, 17, 73-95.
- Cano-Vindel, A., Dongil Collado, E., & Wood, C. (2011). *El estrés*. Barcelona: Océano Ámbar.
- Cano-Vindel, A. (2004). *La ansiedad. Claves para vencerla*. Málaga: Arguval.
- Cano-Vindel, A., Miguel-Tobal, J. J., González-Ordi, H., & Iruarrizaga, I. (2007). Hiperventilación y experiencia de ansiedad. *Ansiedad y Estrés*, 13, 291-302.

- Cano-Vindel, A., Miguel-Tobal, J., González-Ordi, H., y Iruarrizaga, I. (2009). Activación versus amenaza en la inducción de la reacción de ansiedad. *Psicothema*.pp. 21,177-182.
- Cano-Vindel, A., Wood, C. M., Dongil, E., & Latorre, J. M. (2011). El trastorno de pánico en atención primaria. *Papeles del Psicólogo*, 32, 265-273.
- Carrión y Bustamante (2009). *Ataques de pánico y trastornos de fobia y ansiedad*. Galerna.
- Cartwright-Hatton, S., Roberts, C., Chitsaben, P., Fothergill, C., & Harrington, R. (2004). Systematic review of the efficacy y of cognitive behaviour therapies for childhood.
- Clark, D. , Salkovskis, P., Hackmann, A., Middleton, H., Anastasiades, P. & Gelder, M. (1994). A comparison of cognitive therapy, applied relaxation and imipramine in the treatment of panic disorder, *British Journal of Psychiatry*, 164, 759-769.
- Craske, M. , & Pontillo, D. (2001). Cognitive biases in anxiety disorders and their effect on cognitive-behavioral treatment. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 65, 55,77.
- Cox,B., Endler, N., Lee, P. & Swinson, R. (1992). A meta-analysis of treatments for panic disorder with agoraphobia: Imipramine, alprazolam, and in vivo exposure. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 23, 175-182.
- Deffenbacher, J. (1997). Entrenamiento en el manejo de la ansiedad generalizada. En V.E. Caballo (Dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (Vol. 1, pp. 241-263). Madrid: Siglo XXI.
- Dugas, M.J. y Ladouceur, R. (1997). Análisis y tratamiento del trastorno por ansiedad generalizada. En V.E. Caballo (Dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (Vol. 1, pp. 211-240). Madrid: Siglo XXI.
- Dugas MJ, Ladouceur R, Léger E, Freeston MH, Langlois F, Provencher M, et al. (2003) Group cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder: Treatment outcome and long-term follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2003;71:821–825.

- Dugas, M. J. & Robichaud, M. (2007). *Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: From science to practice*. New York: Routledge.
- Dugas, M.J., Gagnon, F., Ladouceur, R. & Freeston, M.H. (1998). Generalized anxiety disorder: A preliminary test of a conceptual model. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 215-226.
- Dugas M. J.& Ladoucer R. (2000). Treatment of gad: targeting intolerance of uncertainty in two types of worry. *Behavior Modification*. 24 (5), 635-658
- Dugas, M.J. & Koerner, N. (2005). Cognitive behavioral treatment for generalized anxiety disorder: Current status and future directions. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19, 61-81.
- Dugas, M., Seidah, A., & Leblanc, R. (2007).El tratamiento cognitivo conductual del TAG:Modelo conceptual y casos clínicos. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*.
- Dupuy, J.B. & Ladouceur, R. (2008). Cognitive processes of generalized anxiety disorder in comorbid generalized anxiety disorder and major depressive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(3), 505-514.
- Durham, R. (2007).Treatment of generalized anxiety disorder. *Psychiatry*, 6(5), 183-187.
- Durham, R.C., Allan, T. & Hackett, C.A. (1997). On predicting improvement and relapse in generalized anxiety disorder following psychotherapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 36, 101-119.
- Durham, R.C., Fisher, P.L., Dow, M.G., Sharp, D., Power, K.G., Swan, J.S. y Morton, R.V. (2004). Cognitive behaviour therapy for good and poor prognosis generalized anxiety disorder: A clinical effectiveness study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*.pp. 11, 145-157.
- Ekman, P. (1993). Facial expression of emotion. *American Psychologist*, 48, 384-392.
- Eysenck M. & Eysenck W. (2007). Four Factor Theory and the Anxiety Disorders La teoría de los Cuatro Factores y los Trastornos de Ansiedad. *Ansiedad y Estrés*,pp. 13, 283-289.

- Fava, G., Ruini, C., Rafanelli, C., Finos, L., Salmaso, L., Mangelli, L., et al. (2005). Well-Being therapy of generalized anxiety disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*.pp.74(1), 26-30.
- Foa, E., Huppert, J. D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., Hajcak, G., et al. (2002). The Obsessive–Compulsive Inventory: development and validation of a short version. *Psychological Assessment*.pp. 14, 485–496.
- Foa E. 2000, Psychosocial treatment of posttraumatic stress disorder, *J Clin Psychiatry*.pp.61(Suppl):43-48;49-51
- Freeston, M.H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M.J. & Ladouceur, R. (1994). Why do people worry? *Personality and Individual Differences*,pp. 17, 791-802.
- Gómez y Marzucco (2009). ¡No puedo dejar de preocuparme! Usted tiene TAG? Galerna.
- Gosselin, P. y Laberge, B. (2003). Les facteurs étiologiques du trouble d’anxiété généralisée: état actuel des connaissances sur les facteurs psycho-sociaux. *L’Encéphale*, XXIX, 351-361.
- Gould, R., Otto, M. & Pollack, M. (1995). A meta-analysis of treatment outcome for panic disorder. *Clinical Psychology Review*.pp. 15, 819-844.
- Hale A. (1997). ABC of mental health. *British Medical Journal*. 314 (7097), 1886-1890.
- Hayes, A., Castonguay, L.G. & Goldfried, M.(1996). The effectiveness of targeting the vulnerability factors of depression in cognitive therapy. *J Consult Clin Psychol*.pp.64, 623-627.
- Hettema, J.M., Neale, M.C. & Kendler, K.S. (2001). A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*.pp.158, 1568-1578.
- Hunt, C., Issakidis, C. y Andrews, G. (2002). DSM-IV generalized anxiety disorder in the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *Psychological Medicine*.pp. 32, 649-659.
- Katerndahl, D. (2000). Predictors of the development of phobic avoidance. *Journal of Clinical Psychiatry*.pp. 61(8), 618-623.

- Kessler, R., McGonagle, K., Zhao, S., Nelson, C., Hughes, M., Eshelman, S., Wittchen, H-U. & Kendler, K.S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*.pp. 51, 8-19.
- Koerner, N. & Dugas, M.(2006). A cognitive model of generalized anxiety disorder: The role of intolerance of uncertainty. In G. C. L. Davey & A. Wells (Eds.), *Worry and its psychological disorders: Theory, assessment and treatment*. (pp. 201–216). Chichester: Wiley.
- Koemer, N., Dug Gaudet, A., Turcotte, J. & Marchand, (2004). The ecomic burden of anxiety disorder in Canada. *Canadian Psychology*.pp. 45, 191-201.
- Ladouceur, R., Dugas, M., Freeston, M. & col. (2000). Efficacy of a Cognitive-Behavioral Treatment for Generalized Anxiety Disorder. Evaluation in a Controll Clinical Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.pp.68,(6), 957-964.
- Lelliott, P. & Katerndahl, D. (2000). Predictors of development of phobic avoidance. *Journal of Clinical Psychiatry*.pp. 61, 618-623.
- Leahy R.L.& Holland S.T. (2000). *Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders*.New York: Guilford Press.
- Linehan M. (1993). *Cognitive-behavioural treatment of borderline personality disorder*. New York: The Guilford Press.
- Marks, I., Swinson, R., Basoglu, M., Kuch, K., Noshirvani, H., O’Sullivan, G., et al. (1993). Alprazolam and exposure alone and combined in panic disorder with agoraphobia: A controlled study in London and Toronto. *British Journal of Psychiatry*.pp. 162, 776-787.
- Mayer, J., Salovey, P., Caruso, D. & Sitarenios, G. (2003). Measuring Emotional Intelligence with the MSCEIT v.2. 0. *Emotion*, 3 (1)pp. 97-105.
- Mennin, D., Heimberg, R., Turk, C. & Fresco, D. (2005). Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized.
- Mennin,D., Holaway, R., Fresco, D. & Heimberg, R. (2007). Delineating components of emotion and dysregulation in anxiety and mood psychopathology. *Behavior Therapy*.pp. 38, 284-302.

- Ozkan, M. & Altindag, A. (2005). Comorbid personality disorders in subjects with panic disorder: do personality disorders increase clinical severity? *Comprehensive Psychiatry*.pp. 46, 20-26.
- Rapee, R. (1995). Trastorno por ansiedad generalizada. En V.E. Caballo, G. Buela Casal y J.A. Carroble (Dir.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos: Vol. 1* (pp. 471-491). Madrid: Siglo XXI.
- Rapee, R., Craske, M., Brown, T. & Barlow D.(1996).Measurement of perceived control over anxietyrelated events. *Behavior Therapy*.pp. 27, 279-293.
- Roemer L. & Orsillo S. (2002). Expanding our conceptualization of and treatment for generalized anxiety disorder integrating mindfulness/acceptancebased approaches with existing cognitive-behavioral models. *Clinical Psychology Science and Practice*.pp. 9, 54-68.
- Roemer L. & Orsillo, S. (2007). An open trial o fan Acceptance-Based Behavior Therapy for Generalized Anxiety Disorder. *Behaviour Therapy*.pp. 38, 72-85.
- Roemer L., Salters, K., Raffa, S. & Orsillo, S. (2005). Fear and Avoidance of Internal Experiences in GAD: Preliminary Tests of a Conceptual Model. *Cognitive Therapy and Research*, 29(1).pp. 71-88.
- Ruiloba J. (1998). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Barcelona, España: Masson.
- Salovey, P., Stroud, L., Woolery, A. & Epel, E. (2002). Perceived emotional intelligence, stress reactivity, and symptom reports: Further explorations using the Trait Meta-Mood Scale. *Psychology and Health*.pp. 17, 611-627.
- Sassaroli, S. & Lorenzini, R. (2000). *Miedos y fobias*. Barcelona: Paidós.
- Sierra, D., Carrera, M., Herrán, A., Ayestará, A., Ramirez, M., Rodríguez, B., et al. (2008). Estudio de fases tempranas del trastorno de angustia. *Norte de Salud Mental*.pp. 30, 32-38.
- Starcevic V., Linden M., Uhlenhuth E., Kolar, D. & Latas M. (2004). Treatment of panic disorder with agoraphobia in an anxiety disorders clinic: factors influencing psychiatrists' treatment choices. *Psychiatry Research*.pp. 125, 41-52.
- Stein D., Kasper S., Andersen E., Nil R. & Lader M. (2004). Escitalopram in the Treatment of Social Anxiety Disorder: Analysis of Efficacy for Different Clinical

- Subgroups and Symptom Dimensions. *Depression and Anxiety*, 20(4).pp. 175-181.
- Telch M., Schmidt N., Jaimez T., Jacquin K. & Harrington, P. (1995). Impact of cognitive-behavioural treatment on quality of life on panic disorder patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.pp. 63, 823-830.
- Wells A. (2005). The metacognitive model of GAD: Assessment of meta-worry and relationship with DSM-IV generalized anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*.pp. 29, 107-121.
- Wells A. & Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behaviour Research and Therapy*.pp. 42, 385-396.
- Wells A. (1995). Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*,1995.pp. 301-320.
- Wells A. (1999). A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavior Modification*. 23 (4), 526-556.
- Wells A. (2005). The metacognitive model of GAD: Assessment of meta-worry and relationship with DSM-IV generalized anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*.pp. 29, 107-121.
- Wittchen, H-U & Hoyer, J. (2001). Generalized anxiety disorder: Nature and course. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62 (suppl. 11).pp.15-19.
- Wittchen, H-U, Zhao, S., Kessler, R.C. & Eaton, W. (1994). DSM-III-R generalized anxiety disorder in the National Co-TAG - 72 morbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*.pp. 51, 355-364.

Yalom <http://www.amazon.com/Theory-Practice-Group-Psychotherapy-Edition/dp/0465092845> - # ,I. & Leszcz M.(2005).The Theory and Practice of Group Psychotherapy (5th Edition)

Yalom <http://www.amazon.com/Theory-Practice-Group-Psychotherapy-Edition/dp/0465092845> - # ,I. (2000) .Psicoterapia existencial y terapia de grupo editorial : Paidos.

