

Universidad de Palermo – Facultad de Ciencias Sociales

Trabajo Final de Integración

SINTOMATOLOGÍA Y TRATAMIENTO EN UN CASO DE TRASTORNO DE PÁNICO CON AGORAFOBIA

Autor: Mae Elizabeth Petrocelli

Tutor: Dra. Gabriela Ramos Mejía

31/05/2016

Índice

1. Introducción	4
2. Objetivos	4
2.1. Objetivo general	4
2.2. Objetivos específicos	4
3. Marco Teórico	5
3.1. Conceptualizaciones sobre ansiedad	5
3.1.1. Trastorno de ansiedad	7
3.1.2. Trastorno de pánico	8
3.1.3. Agorafobia.....	9
3.1.4. Síntomas y causas	10
3.2 Antecedentes e inicios de la Terapia Cognitiva Conductual	12
3.2.1 Modelo cognitivo conductual	14
3.2.2 Modelo cognitivo de la ansiedad.....	17
3.2.3 Terapia Cognitiva Conductual del trastorno de pánico.	19
3.2.4 Tratamiento en Trastornos de Pánico con Agorafobia.....	21
3.2.5 Exposición en vivo.....	24
4. Método	26
4.1 Tipo de estudio	26
4.2 Participantes	26
4.3 Instrumentos	26
4.4. Procedimiento	127
5. Desarrollo.....	28
5.1 Identificación del paciente.....	28
5.2 Descripción de la sintomatología	29
5.3 Descripción del tratamiento integral aplicado.....	31

5.4 Descripción de la aplicación de técnicas de exposición en vivo	33
5.5 Descripción de la evolución de la sintomatología después de 3 meses de exposición	37
6. Conclusiones	40
7. Referencias bibliográficas	45

1. Introducción.

La práctica de habilitación profesional V se realizó en una fundación especializada en trastornos de ansiedad donde se brinda ayuda y tratamiento a personas que padecen trastornos psiquiátricos y psicológicos con un modelo de atención ambulatoria, desde un marco teórico cognitivo-conductual.

La práctica constó de 280 horas; las cuales se distribuyeron en salidas con pacientes, para realizar tareas de exposición en vivo supervisadas por la psicóloga brindada por la institución, y en la observación y participación del grupo de agorafobia dirigido por un grupo de pacientes recuperados que han sido capacitados por la fundación y que funcionan como un grupo de contención y ayuda para los nuevos pacientes.

De los pacientes asignados para realizar tareas de exposición en vivo, surgió la elección del caso que se describirá y se tratará en el Trabajo Final Integrador.

2. Objetivos

2.1. Objetivo general

Analizar el tratamiento aplicado a una joven de 19 años con agorafobia en una fundación especializada en trastornos de ansiedad desde la teoría cognitiva-conductual.

2.2. Objetivos específicos

1. Describir la sintomatología de una joven de 19 años con agorafobia tratada en una fundación especializada en trastornos de ansiedad desde la teoría cognitiva-conductual.
2. Describir el tratamiento integral aplicado a una joven de 19 años con agorafobia tratada en la fundación antes mencionada.
3. Describir la aplicación de técnicas de exposición en vivo en una joven de 19 años con agorafobia tratada en una fundación especializada en trastornos de ansiedad desde la teoría cognitiva-conductual.
4. Describir la evolución de la sintomatología de una joven de 19 años con agorafobia tratada en una fundación especializada en trastornos de ansiedad desde la teoría cognitiva-conductual, luego de 3 meses de exposiciones.

3. Marco teórico

3.1. Conceptualizaciones sobre Ansiedad

Se puede explicar la ansiedad como una emoción que permite al hombre anticipar diversas situaciones que percibe o interpreta como amenazantes, es una respuesta normal adaptativa que prepara al cuerpo para reaccionar ante una situación de emergencia, es decir, cuando se presenta una situación incierta y/o adversa se genera un cambio en el plano emocional psíquico y en el plano corporal de manera involuntaria, preparando al cuerpo para la acción tomando dos posibilidades, enfrentar la situación incierta o adversa (lucha), o alejarse de la situación incierta o adversa (huída), siendo ambas respuestas básicamente de protección. Por lo dicho, el organismo se pone en situación de emergencia al percibir la situación peligrosa, independientemente de si es psicológica o física, objetivamente real o imaginaria y produce que en el sistema nervioso simpático se genere una serie de respuestas fisiológicas que origina cambios en el campo psíquico y físico (Carrión & Bustamante, 2012).

De lo dicho se desprende que, la ansiedad, está relacionada con las respuestas de huida y ataque ante la percepción de posibles amenazas físicas y cognitivas y depende de la valoración que haga el sujeto de los estímulos tanto externos como internos (o sea de la situación en sí); y de la valoración de sus recursos personales y sociales, tanto como los económicos e institucionales, el sujeto considerará si posee o no los recursos suficientes para afrontar dichas situaciones amenazantes. En condiciones normales, mejora el rendimiento y la adaptación al mundo social, laboral y académico, ya que le permite movilizarse ante situaciones amenazantes o preocupantes, evitando, neutralizando o afrontando el riesgo adecuadamente (Bulacio, 2011).

Como resumen de lo mencionado, la ansiedad implica un sistema complejo de respuesta conductual, fisiológica, afectiva y cognitiva, que se activa al anticipar situaciones amenazantes que se perciben como incontrolables, imprevisibles, que podrían afectar los intereses vitales de la persona, donde el miedo es uno de los síntomas nucleares de la ansiedad, aunque esto no implique en sí mismo ansiedad (Bulacio, 2011). Belloch, Sandín y Ramos (1995), proponen diferenciar el término “miedo” de “ansiedad”, siendo el miedo una valoración cognitiva automática básica del peligro para la seguridad física o psíquica del individuo; donde se percibe una causa, un peligro real, consciente, externo, que está presente o que amenaza con

materializarse; en cambio la ansiedad es la sensación de un peligro amenazador en el cual la causa no está totalmente reconocida por la persona.

Por lo tanto, como fue mencionado anteriormente, a la ansiedad suele definirse como una reacción emocional que consiste en sentimientos de tensión, aprensión, nerviosismo y preocupación, así como activación y descarga del sistema autónomo. Como resultado de esto, se genera un fenómeno bastante común en la ansiedad que es su naturaleza anticipatoria, esto quiere decir que la respuesta de ansiedad posee la capacidad de anticipar o señalar un peligro o amenaza para el propio individuo. Además, implica tres sistemas de respuesta: El subjetivo-cognitivo, que es el componente de la ansiedad, que incluye la percepción y evaluación subjetiva de los estímulos y estados asociados con la ansiedad; el fisiológico-somático, que implica los cambios fisiológicos como el incremento de la actividad del sistema nervioso autónomo, que pueden reflejarse tanto en cambios externos (sudoración, temblor, dilatación pupilar, incremento de la tensión muscular, palidez facial) como internos (aceleración cardíaca, descenso de la salivación, aceleración de la respiración), algunos pertenecen a funciones corporales que pueden ser controladas voluntariamente (agitación, respiración) y otros a funciones involuntarias (palpitaciones, vómitos, temblor) y, por último, el motor-conductual, que corresponde a los componentes observables de las conductas y hace referencia sobre todo a las respuestas instrumentales de huida y evitación (Belloch et al., 1995).

Retomando el concepto de ansiedad normal, Gómez y Marzucco (2009) mencionan que la misma funciona como un mecanismo que permite resolver problemas sin llegar a la angustia. No obstante cuando el organismo se ve afectado por una hiperactivación del Sistema Nervioso Central (SNC), ya se puede hablar de ansiedad patológica o negativa. Entonces, la diferencia fundamental entre la ansiedad normal y patológica es la magnitud de la respuesta a un estímulo provocador. En otras palabras, cuando la valoración de la amenaza es irreal o distorsionada, la ansiedad normal se transforma en disfuncional o desadaptativa, considerándosela patológica. En estos casos, la ansiedad se convierte en una fuente de malestar, sufrimiento y a veces incapacitación para la persona que la sufre.

Por otro lado, Wikinski-Jufe (2013), desde la semiología psiquiátrica, conceptualiza a la ansiedad desde diferentes enfoques: como una respuesta emocional normal frente a una amenaza, un conflicto o una pérdida; como un síntoma acompañante de un trastorno psiquiátrico como la depresión y la esquizofrenia; o como el principal motivo de sufrimiento, produciendo un

conjunto sintomático que en las clasificaciones actuales se organizan bajo el título de trastornos de ansiedad. .

3.1.1. Trastornos de Ansiedad.

Recapitulando lo expuesto en el apartado anterior, la ansiedad es una respuesta adaptativa a múltiples situaciones de la vida que se puede considerar normal, siendo patológica cuando se produce ante estímulos inadecuados e inexistentes, o cuando estos existen o son adecuados pero, la intensidad y/o duración de la respuesta supera los límites adaptativos. La ansiedad patológica es el síntoma común de un conjunto de cuadros clasificados como trastornos de ansiedad (Bulacio, 2011).

En la actualidad, la asociación Americana de Psiquiatría en su quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (American Psychiatric Association, 2013), clasifica los trastornos de ansiedad del siguiente modo: En primer lugar, se propone el Trastorno de ansiedad por separación, que hace referencia a la ansiedad extrema que se produce en un individuo al separarse de las figuras de apego, siendo uno de los principales síntomas una preocupación excesiva por la posible pérdida o daño de la figura de apego. En segundo lugar, el mutismo selectivo, el cual está caracterizado por la incapacidad de un individuo a hablar en ciertos ámbitos sociales. Estos individuos comprenden el lenguaje y son capaces de hablar con normalidad en ámbitos que se sienten seguros y confortables. En tercer lugar, las fobias específicas, caracterizadas por un miedo intenso a un objeto o situación concreta que no puede producir un daño real. En cuarto lugar, se menciona el trastorno de ansiedad social (fobia social), que hace alusión a la ansiedad intensa que se siente al afrontar situaciones sociales y a la interacción con los demás. Se caracteriza por el temor a ser juzgado y evaluado negativamente por otras personas, provocando sentimientos de vergüenza, humillación y depresión. En quinto lugar, se menciona el trastorno de ansiedad generalizada, que alude a una ansiedad y preocupación excesiva sobre una amplia gama de situaciones, como la salud, el dinero, la familia o el trabajo, este trastorno significa anticipar siempre desastres y es crónico. Y, para finalizar, los dos últimos trastornos mencionados son, el trastorno de pánico que alude al individuo que experimenta sentimientos de terror que se producen de repente, sin aviso y no pueden predecir cuándo ocurrirá nuevamente, lo cuales desarrollan una ansiedad intensa entre los episodios por esta misma incertidumbre de no saber cuándo y dónde se repetirán y algunos de los síntomas que

se pueden presentar son; palpitaciones, sudoración, náuseas, sensación de mareo, entre otros; y, por último, se encuentra la agorafobia; que es el miedo y evitación a estar en lugares o situaciones de los cuales pueda ser difícil de escapar o en los cuales no pueda disponerse de ayuda en el caso de tener síntomas tipo pánico u otros síntomas incapacitantes o embarazosos. El individuo puede presentar ansiedad intensa ante algunas de las siguientes situaciones, por ejemplo, en el uso del transporte público, estar en espacios abiertos, estar en sitios cerrados, hacer cola o estar en medio de una multitud o estar fuera de casa solo.

En el presente trabajo se hará hincapié en los dos últimos trastornos de ansiedad que fueron brevemente descritos anteriormente, el trastorno de pánico y la agorafobia.

3.1.2. Trastorno de pánico.

El *trastorno de pánico* fue descrito por Freud en 1895 (Freud, 1895, 1981) con el nombre de neurosis de angustia y algunos de los síntomas descritos en su obra continúan definiendo y caracterizando al trastorno en la actualidad. Tres características principales destacó Freud en el estado de pánico: Comienzo espontáneo y brusco de intensa ansiedad, miedo a morir o a estar enfermo y presencia de síntomas físicos destacados. El sentimiento de ansiedad puede darse solo o asociado a interpretaciones plausibles como creer que le ocurrirá la muerte súbita o un ataque al corazón y las perturbaciones somáticas suelen implicar perturbaciones de la respiración, de la actividad cardíaca o de la actividad glandular (Belloch et al., 1995).

Por consiguiente al presente, se define el trastorno de pánico como la aparición súbita de miedo o malestar intensos, que se acompaña por cuatro (o más) de los siguientes síntomas: palpitaciones o aceleración de la frecuencia cardíaca, sudoración, temblor, sensación de dificultad para respirar, sensación de ahogo, náuseas o malestar abdominal, sensación de mareo, escalofríos o sensación de calor, parestesias (sensaciones de adormecimiento o cosquilleo), desrealización o despersonalización (sensación que consiste en sentir que se vive una determinada situación como vista desde afuera, como si los hechos ocurrieran en una película, es decir, padecen de una sensación de irrealidad), miedo a perder el control, miedo a morir, entre otros. Durante por lo menos un mes posterior a los ataques debe haber preocupación persistente acerca de tener más ataques (American Psychiatric Association, 2013).

Asimismo, los ataques de pánico son breves, no superan los 10 o 20 minutos, pero tienden a repetirse con frecuencia variable. La edad de inicio del trastorno se sitúa entre los 20

y 30 años de edad, hallado más frecuentemente en el género femenino. Además, el paciente con pánico teme experimentar ciertos eventos físicos o mentales propios de la respuesta de la hiperactivación; respuestas fisiológicas normales de la ansiedad como las palpitaciones, la falta de aire, el sentirse mareado, entre otras, son percibidas como peligrosas. Siendo el trastorno de angustia o trastorno de pánico, un motivo de consulta altamente frecuente en la práctica clínica, muchos atraviesan varias entrevistas con médicos clínicos y cardiólogos antes de consultar con un especialista en salud mental para comenzar un tratamiento específico. De esta manera, por ejemplo, las palpitaciones son tomadas como una señal de un infarto inminente y el mareo como una señal de desmayo. Por lo tanto, la percepción amenazante exagerada de estas manifestaciones fisiológicas, genera pensamientos que mantienen alta la ansiedad anticipatoria, facilitando una crisis de pánico. Con cada crisis, la percepción del peligro se fortalece, lo que fomenta una fuerte respuesta fóbica hacia los propios síntomas (Garriga, Martín & López Soler, 2009).

Como resultado, se generan dos procesos que hacen a la conformación del trastorno propiamente dicho: La hipervigilancia, que se refiere a la focalización en las sensaciones físicas por temor a padecer sensaciones que consideran peligrosas y, el segundo proceso involucrado, son las medidas de seguridad que el paciente implementa con el objetivo de prevenir una nueva crisis, las cuales pueden ser de tipo preventivas, evitativas o de escape (Rodríguez Biglieri & Vetere, 2011).

De lo dicho se desprende que el miedo que sufre un pánico es que sobrevenga otra crisis, sobre todo frente a otras personas, teme permanecer en lugares públicos; esto limita cada vez más a la persona ya que comienza a estar pendiente todo el tiempo de las sensaciones corporales que le pueden avisar sobre el inicio de un nuevo ataque de pánico. Es un trastorno en el cual intervienen múltiples factores: La predisposición genética, los factores desencadenantes y los condicionamientos psicosociales secundarios. Según Carrión y Bustamante (2012) un gran porcentaje de las personas que sufrieron o sufren ataques de pánico, padecen agorafobia.

1.1.3.1. Agorafobia

El DSM V (American Psychiatric Association, 2013), para la clase diagnóstica de los trastornos de ansiedad (TA), considera a la agorafobia como un diagnóstico independiente del trastorno de Pánico o Angustia, en caso de coexistencia de ambos cuadros clínicos deberán

codificarse en dos diagnósticos por separado (Tortella-Feliu, 2014).

Por consiguiente, se puede definir *agorafobia* como el miedo o ansiedad a estar en lugares o situaciones de los que puede ser difícil escapar o en los cuales puede no disponerse de ayuda en el caso de sufrir síntomas tipo pánico u otros síntomas incapacitantes o embarazosos (American Psychiatric Association, 2013). Además, el DSM V plantea que el miedo o ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantean las situaciones agorafóbicas. En consecuencia, se produce una evitación casi continua de muchas situaciones, como estar solo dentro o fuera de la casa, sitios con mucha gente, viajar en transporte público, etc. El componente evitativo causa deterioro en lo social, lo educativo y lo laboral.

Igualmente, la agorafobia y la crisis de pánico están íntimamente relacionadas, el 95% de las personas que sufren o han sufrido de ataques de pánico, sufren de agorafobia. Sumado a esto en la segunda mitad del siglo XX, se empezó a descubrir que la agorafobia era una de las afecciones invalidantes más frecuentes y que existe una importante relación (comorbilidad) entre agorafobia y otros trastornos o dificultades, entre los que se destacan: ansiedad, depresión, problemas laborales, abuso de tóxicos, fobias específicas. La Agorafobia puede llegar a ser muy incapacitante y puede afectar no solo a los propios individuos (vida laboral, afectiva), sino a las personas de alrededor (pareja, amigos, familia). La persona se vuelve muy dependiente, insegura de sí misma y desorientada (Carrión & Bustamante, 2012).

Entre los trastornos fóbicos, la agorafobia tiene una prevalencia del 67 al 80% en mujeres y es el más frecuentemente visto en la clínica y el más incapacitante (Ballesteros & Labrador, 2014). El constructo cognitivo de la agorafobia se basa en la vulnerabilidad personal impuesta por esquemas cognitivos que contienen significados personales referentes a la percepción del peligro externo e interno. Cuando el sujeto está solo, lejos de las personas que le proporcionan seguridad, siente temor o miedo intenso, lo que va generando que el sujeto se vaya transformando en prisionero de su padecimiento, encerrándose en su casa y, en los casos más graves, en su dormitorio. Por ende, la agorafobia es miedo al miedo, temor a las situaciones que puedan generar sensaciones de ansiedad, miedo a la propia activación fisiológica y a los pensamientos sobre las consecuencias de experimentarlas, como la idea de morir (Carrión & Bustamante, 2012).

1.1.4. Síntomas y causas.

Las personas con esta fobia generalmente no se sienten seguros en lugares públicos y abiertos y, a su vez, el temor se incrementa cuando el lugar está muy concurrido. Los síntomas de

la agorafobia abarcan: Permanecer confinado en el hogar por períodos prolongados, dependencia de otros, miedo a estar solo, miedo o ansiedad a estar en lugares donde el escape podría ser difícil, miedo a perder el control en un lugar público, miedo a la separación o distanciamiento de los demás, sentimientos de desesperanza, sensación de que el cuerpo es irreal, sensación de que el ambiente es irreal y temperamento o agitación inusuales. Como se mencionó anteriormente, la agorafobia va limitando gradualmente a los pacientes a sus domicilios, llegando en los casos más graves a permanecer encerrados en sus dormitorios; viven en un estado de inseguridad constante que no les permite además, de no alejarse de su domicilio, salir de compras, viajar en cualquier medio de transporte público, caminar solo por las calles, cruzar puentes. Asimismo, los pacientes con agorafobia poseen un miedo intenso a descomponerse o a caerse en lugares públicos donde puedan quedar expuestos al ridículo delante de personas extrañas. El agorafóbico va realizando conductas de evitación, que agravan el problema paulatinamente, empobreciéndose cada vez más su calidad de vida y la de su familia y, en general, recibe incompreensión de todos (Carrión & Bustamante, 2012).

Como se dijo entre los trastornos fóbicos, la agorafobia es el más incapacitante, el deterioro en el ámbito familiar, marital, social, laboral, lúdico, es bastante notable, como así también la repercusión que tiene sobre la propia personalidad del paciente. Se observan cambios de humor, tendencia hacia la depresión, abuso de sustancias (con el objeto de aliviar la ansiedad y tolerar así situaciones que son tomadas por el individuo como difíciles de manejar o temidas), consultas continuas al médico psiquiatra o no psiquiatra (Bados López, 2001).

Por otra parte, cuando se tuvo una crisis de pánico, el paciente con agorafobia va a sufrir además de todo lo expuesto anteriormente, otros temores que corresponden a aspectos internos, como: Preocupación excesiva a las respuestas somáticas (palpitaciones, taquicardia, temblores, ahogos, mareos), miedo intenso a los ataques de pánico, temor a perder el control o a volverse loco, e incluso temores relacionados con cada interacción social. Los ataques de pánico pueden surgir súbitamente en cualquier situación agorafóbica (centro comercial, estancias vacacionales, campo de fútbol, etc.), cuando el individuo se encuentra en un estado de activación y ante un stress específico (enojo, preocupación, enfermedad, etc.). Una vez experimentado el primer evento agorafóbico, la tendencia será evitar dicha situación para, posteriormente, generalizar esta evitación a otras situaciones (Carrión & Bustamante, 2012).

Desde la perspectiva psicológica se cuenta con dos tipos de intervenciones funcionales

para la agorafobia: la exposición en vivo y la *terapia cognitiva conductual* (Bados López, 2001). Las cuales serán desarrolladas en el apartado siguiente.

3.2. Antecedentes e inicios de la Terapia Cognitiva Conductual

Rodríguez Viglieri y Vetere (2011), mencionan que la Terapia Cognitiva Conductual (TCC) la cual se ocupa de diversos tipos de tratamientos en base a una variedad de problemáticas de índole biopsicosocial en el ser humano, tienen sus bases en los orígenes tanto de la filosofía occidental como oriental, más específicamente, los planteamientos desde donde se han retomado las perspectivas que conforman la TCC provienen de la filosofía estoica (350 a.C al 180 d.C). La filosofía estoica fundada por el griego Zenón consideraba indispensable a la ciencia para dirigir la vida, a través del ejercicio de la virtud. Esta última era el bien supremo, pues su práctica llevaba a la felicidad. Para alcanzar esta meta debían de gobernarse los estados emocionales extremos (las pasiones) a través del autodomínio. Epicteto, en su obra "Enchiridion" afirma que los hombres se perturban más por la visión u opinión que tienen de los acontecimientos que por estos mismos. En esta frase se pone de manifiesto uno de los preceptos básicos de la TCC, lo importante no es lo que pasó, sino la significación que se le da a eso que pasó, el sentido o la atribución de significación, en síntesis, la construcción particular de la realidad. La TCC destaca el lado subjetivo de la realidad y el papel estrecho que los pensamientos juegan en el individuo, elementos centrales que serán retomados y desarrollados para modificar los pensamientos que causen problemas en la persona y las conductas que se vean alteradas por tales motivos. Esto es retomado por separado por las entonces corrientes psicológicas imperantes como el Cognitivismo que surgió fundamentalmente como una reacción a los modelos y desarrollos conductuales (Condicionamiento Clásico; Pavlov 1849-1936 y Watson 1878-1958; Condicionamiento Operante; Skinner 1904-1990) ya que para estos últimos, la persona respondía sólo a partir de condicionamientos o aprendizajes ambientales. Para la Cognitiva, no sólo importaba el estímulo, sino, principalmente, la particular configuración que la persona haga de esos estímulos, lo que se dio en llamar el *Paradigma del Procesamiento de la Información* (Camacho, 2003).

Como se menciona anteriormente, el conductismo fue el paradigma imperante, desde principios del siglo XX hasta la década del 40', sobre todo en el campo de la psicología académica experimental mientras que el Psicoanálisis ejercía su fuerte influencia en la práctica

clínica, a raíz de esto señala Gardner (1996) en la Nueva Ciencia de la Mente, que entre las ideas estrictas de los conductistas y las conjeturas desenfundadas de los freudianos, era difícil entrar de una manera científicamente respetable en el territorio de los procesos del pensamiento humano. Sin embargo, las nuevas tecnologías así como las limitantes que se tenían de los modelos psicoanalíticos y conductistas, dieron paso a que la Psicología Cognitiva también redefiniera sus preceptos, teniendo un cambio también acerca de la concepción del ser humano y sus procesos mentales (Gardner, 1996).

Y así, surgieron ideas sobre la concepción del ser humano, ya no solo centrándose en la conducta sino también en las cogniciones, en los procesos del pensamiento, la conciencia, el razonamiento, la atención, la memoria y la inteligencia. De esta manera, a mediados de los 50's la revolución cognitiva y de otras corrientes dan a la formación de nuevas posturas, una de ellas producto de autores que logran combinar de manera más concertada y dinámica un modelo terapéutico más elaborado y con mayor rango de eficacia, el modelo Cognitivo-Conductual (Camacho, 2003).

De lo dicho se desprende que, la Psicoterapia Cognitivo-Conductual, surgió desde dos sectores: Por un lado, autores que venían del Psicoanálisis y, por otro, representantes del sector conductista, pero más allá de estas dos corrientes, se destaca George Kelly (1955), como el primer teórico cognitivo, ya que presenta un enfoque de la persona y la terapia desde un planteo claramente cognitivo, en donde los individuos se diferencian no sólo por el contenido de sus constructos, sino también por el grado en que éstos se encuentran permeables a su desconfirmación y pueden asimilar nueva información (Rodríguez Viglieri & Vetere, 2011). Sin embargo los principales exponentes de la Psicoterapia Cognitiva, originalmente venían del Psicoanálisis, entre ellos Ellis (1962) y Beck (1967), ambos se alejaron de esa escuela por considerar que la misma no aportaba evidencia empírica relevante ni resultados favorables en el trabajo clínico. Por esta razón, la Psicoterapia Cognitiva puso un acento especial en la comprobación, validación e investigación de sus teorías y, fundamentalmente, de su práctica. Uno de los hechos más importantes en la constitución de las terapias cognitivas conductuales fue la publicación del libro de Ellis (1962), titulado *Razón y emoción en psicoterapia*. Ellis desarrolló lo que se conoce como la Terapia Racional Emotiva Conductual o TREC, en donde todos los componentes eran tomados en cuenta. Lo revolucionario de su aporte fue la actitud del terapeuta que, para él, debía ser activa y directiva, sustituyendo la clásica escucha pasiva por un

diálogo con el paciente, en donde se debatía y se cuestionaban sus pensamientos distorsionados que se creía, eran los determinantes de sus síntomas. Y el otro hecho precedente al surgimiento de la terapia cognitiva fue la publicación del artículo de Beck (1963), “*Thinking and depression*” y luego su clásico libro “*Terapia Cognitiva de la Depresión*” (2006), en donde Beck desarrolló la terapia cognitiva como un tratamiento para la depresión, estructurado y breve, centrado en la problemática presente y destinado a resolver problemas, modificar el pensamiento y las conductas disfuncionales. Es así que se comienza a desarrollar lo que posteriormente se transformaría en uno de los tratamientos más eficaces de la Depresión (Camacho, 2003).

La otra línea de desarrollo que conformó los orígenes de la Terapia Cognitivo Conductual corresponde a los autores que provenían del Conductismo y, viendo las limitaciones del mismo, comenzaron a incorporar y ampliar sus concepciones, entre ellos los más destacados fueron Bandura (1969), Meichenbaum (1969) y Lazarus (1971). El aporte fundamental de estos autores fue la inclusión del determinismo bidireccional entre el individuo y el medio y en el aspecto práctico la inclusión de probadas técnicas de intervención clínica, tales como la desensibilización sistemática (Mahoney, 1998).

A pesar de existir distintas explicaciones acerca de lo que es la Terapia Cognitivo Conductual y qué tipo de técnicas y estrategias se puede incluir en su amplio espectro, hoy en día se puede considerar a la Terapia Cognitiva de Ellis y Beck, a los modelo Cognitivo-Conductuales y la perspectiva Construccionalista como intervenciones que caben dentro de este alero conceptual (Caro, 2002)

3.2.1. Modelo Cognitivo Conductual.

Se entiende a la terapia Cognitivo-Conductual como una psicoterapia estructurada, con límite de tiempo, orientada hacia el problema y dirigida a modificar las actividades defectuosas del procesamiento de la información evidentes en los trastornos psicológicos como la depresión, donde el terapeuta y el paciente colaboran en identificar cogniciones distorsionadas que se derivan de los supuestos o las creencias desadaptativas. Estas cogniciones y creencias están sujetas al análisis lógico y la comprobación empírica de hipótesis, lo que conduce a los individuos a realinear su pensamiento con la realidad y a modificar mediante técnicas sustentadas en la terapia, su conducta (Clark, 1995, citado por Caro, 2002). Así, la terapia cognitiva, dicho de otro modo, es un procedimiento que implica una serie de principios, en

primer lugar, una formulación dinámica del paciente y sus problemas planteada en términos cognitivos, en segundo lugar, requiere de una sólida alianza terapéutica y de que la terapia esté orientada hacia objetivos así como también centrada en problemas determinados, en tercer lugar, en la terapia cognitiva, inicialmente se destaca el presente y la tendencia a ser limitada en el tiempo, con sesiones estructuradas, que tienen por objeto ayudar a los pacientes a identificar y evaluar sus pensamientos y comportamientos disfuncionales y a actuar en consecuencia y, por último, la terapia cognitiva tiende a ser educativa ya que tiene por objeto enseñar al paciente a ser su propio terapeuta y pone énfasis en la prevención de recaídas (Beck, 2000).

Esta teoría se basa principalmente en que los efectos y conducta de un sujeto están determinados en gran medida por la forma de conceptualizar el mundo, estas cogniciones se basan en las actitudes o supuestos que los sujetos han experimentado o vivenciado con anterioridad y que se han internalizado en su estructura mental y, por consiguiente, reflejado en sus actos (Beck, Emery, Rush & Shaw, 2002).

El proceso por el cual las personas generan y adscriben significados es a través de los esquemas cognitivos, que serían estructuras de procesamiento de la información que permiten construir, de esta manera, una visión estable de sí mismo y del mundo. Los esquemas se desarrollan desde el nacimiento a partir de protoesquemas, respuestas innatas o reflejos que se van modificando al interactuar con el entorno, incorporando nueva información y dando lugar a estructuras de asignación de significados cada vez más complejas. Si bien no todos los esquemas son construidos en la infancia, estos son los de mayor importancia, ya que establecen los principios sobre los cuales el individuo tenderá a percibirse a sí mismo y el mundo (Rodríguez Viglieri & Vetere, 2011).

Asimismo, los esquemas pueden clasificarse según sus funciones: Los esquemas cognitivos conceptuales son los encargados de la interpretación de los hechos, la abstracción y los recuerdos; los afectivos son los implicados en la respuesta emocional; los motivacionales son los responsables de los deseos; los instrumentales preparan para la acción y el comportamiento; y los de control inhiben o dan lugar a las acciones. Como consecuencia de lo dicho, los esquemas cognitivos son sistemas interdependientes, por lo tanto, cualquier tipo de modificación en algún esquema se va a ver reflejada en el resto de los esquemas. Además, estos esquemas cognitivos están compuestos por creencias nucleares, las cuales son enunciados absolutos y globales respecto de uno mismo, las personas y el mundo. Y cuando los esquemas son disfuncionales

tienden a ser rígidos e inflexibles a las creencias nucleares y, por lo tanto, poco susceptibles a modificación (Clark, Beck & Alford, 1999). De las creencias nucleares se desprende una clase intermedia de creencias, que consisten en actitudes, reglas y presunciones, que influyen en la forma de ver una situación, y esa visión a su vez influye en el modo de pensar, sentir y comportarse (Beck, 2000). Sumado a esto de las creencias, se desprenden los pensamientos automáticos, siendo estos un tipo de pensamiento involuntario, los cuales se pueden presentar en formato verbal o en imagen, suelen ser fugaces, pasando rápidamente por la atención consciente. Este tipo de pensamientos son vividos como un fiel reflejo de la realidad, por lo que se les suele otorgar mucha credibilidad y se los considera hechos definitivos. Por estas características, los pensamientos automáticos se asocian a respuestas emocionales intensas, congruentes con el tono de interpretación. Así, por ejemplo, si el pensamiento señala peligro, entonces la activación emocional, fisiológica y conductual será proporcionada con dicha valoración. De lo expuesto se desprende la hipótesis central básica de la TCC, la cual sostiene la existencia de una interdependencia entre pensamiento, emoción y conducta (Rodríguez Viglieri & Vetere, 2011).

Por añadidura, los errores en el procesamiento de la información derivados de los esquemas cognitivos, se pueden clasificar de la siguiente manera: *lectura de mente*, implica presuponer las intenciones, emociones y/o pensamientos de los demás; *predicción del futuro*, vaticinar la ocurrencia de eventos futuros; *catastrofización*; tendencia a suponer el peor resultado o consecuencia posible de una situación; *etiquetamiento*, asignar rasgos globales negativos a una persona, conducta o situación; *generalización excesiva*, tomar casos aislados y desarrollar una regla general a partir de ellos, la cual es aplicada a diferentes tipos de situaciones; *pensamiento dicotómico*, evaluar las situaciones o personas en términos absolutos, mediante una escala polarizada de tipo blanco o negro; *sesgo de confirmación*, tendencia a buscar y seleccionar las pruebas que apoyen las creencias, teorías o hipótesis, de forma que la información confirme las suposiciones previas; *razonamiento emocional*, hacer predicciones o interpretaciones de los eventos en función de las emociones sin sopesar otros aspectos; *personalización*, relacionar consigo mismo eventos externos, atribuyéndose la causa o responsabilidad por la ocurrencia de los mismos, aun cuando no existe una clara conexión entre la acción del paciente y las situaciones en cuestión; *abstracción selectiva*, tendencia a centrarse en algunos aspectos amenazantes de una situación tomando en consideración solamente un detalle del evento y omitiendo el resto de la información; *inferencia arbitraria*; sacar una conclusión en ausencia de

evidencia suficiente que la apoye o incluso ante pruebas que la contradicen; y, por último, *maximización y minimización*, lo cual implica maximizar los aspectos de una situación que apoyan la visión del evento y minimizar los que la contradicen (Rodríguez Viglieri & Vetere, 2011).

3.2.2. Modelo cognitivo de la ansiedad

El modelo cognitivo propone que la ansiedad es un estado cognitivo-afectivo complejo, el cual consiste en procesos cognitivos, conductuales y fisiológicos que, en primera instancia, son automáticos y, posteriormente, más estratégicos (Clark & Beck 2010). Los principios básicos afirman que el modelo cognitivo de la ansiedad se caracteriza por una atención selectiva hacia la amenaza y una sobrestimación del peligro o riesgo. Esta evaluación es un proceso automático, que se produce por la activación de una serie de esquemas de amenaza inherente a todas las experiencias de ansiedad. Además, en un estado de ansiedad se experimentará una evaluación más lenta, deliberada y consciente de los recursos personales y habilidades de afrontamiento, lo cual dará por resultado una mayor sensación de indefensión debido a la sobrestimación de la propia habilidad para enfrentar la amenaza percibida, como así también los estados de ansiedad se caracterizan por una disminución del pensamiento reflexivo, lo cual dificulta el acceso a razonamientos más constructivos y realistas. El modelo cognitivo reconoce que la ansiedad es un proceso auto-perpetuante, en el cual el aumento de la auto-focalización, atención selectiva y la intolerancia a los síntomas de ansiedad intensificarán el malestar subjetivo. Finalmente el modelo afirma que el problema central en los trastornos de ansiedad es la activación de esquemas de amenaza que causará un ciclo repetido de evaluación y reevaluación del peligro y de la propia vulnerabilidad cognitiva expresada bajo la forma de creencias nucleares, lo que conllevará a una generalización del programa de ansiedad hacia un conjunto más amplio de estímulos y situaciones (Rodríguez Viglieri & Vetere, 2011).

De acuerdo con lo expuesto, los disparadores de la respuesta ansiosa se relacionan con las preocupaciones actuales y con el trastorno de ansiedad del paciente. A su vez, el conjunto de esquemas, llamado modo orientativo, brindan una evaluación inicial muy rápida, preconsciente y totalmente automática del estímulo, dicha evaluación es guiada por un tipo de procesamiento perceptual. En los trastornos de ansiedad, este modo está excesivamente orientado hacia la detección de información emocional negativa, la cual será interpretada como amenazante cada

vez que se activen los esquemas del modo de amenaza primario, los cuales persiguen el objetivo evolutivo primario de maximizar la seguridad y minimizar el peligro, siendo rígidos, inflexibles y automáticos, lo cual termina dificultando la desactivación del programa de ansiedad. Por ende, la terapia cognitiva para la ansiedad busca desactivar el modo de amenaza hipervalente mediante la inhibición o neutralización de su influencia a través de la construcción de un mejor acceso a esquemas más funcionales y adaptativos (Clark & Beck, 2010).

Según Rodríguez Viglieri y Vetere (2011), paralelamente a cuando se produce la activación de los esquemas de amenaza se producen cuatro procesos identificados como parte de la respuesta inmediata de miedo de ansiedad. En primer lugar, se produce una mayor activación autonómica, lo cual la persona lo percibe como aversivo; la segunda consecuencia es la producción de respuestas defensivas auto-protectoras, automáticas y muy rápidas, tales como pelear o escapar, congelarse, desmayarse, entre otras; la tercera consecuencia es la aparición de imágenes y pensamientos automáticos relacionados con el peligro, los cuales son involuntarios y surgen de manera intrusiva. Y por último, se producen sesgos cognitivos en el procesamiento de la información debido a que la atención queda centrada en los aspectos amenazantes de la situación, tales como la minimización, la abstracción selectiva, la maximización y el pensamiento catastrófico.

Una vez que aparece la respuesta de miedo, se dispara un proceso elaborativo secundario de reevaluación consciente, como el intento del individuo de buscarle un sentido a su miedo y respuestas adecuadas para enfrentarlo. El resultado de este proceso puede llevar al mantenimiento de los niveles excesivos de ansiedad o la inhibición del modo de amenaza y el cese del programa de ansiedad, y por esto mismo, debido al rol crítico de esta etapa en el mantenimiento de la ansiedad, la terapia cognitiva apunta a trabajar en esta etapa del procesamiento de la información. En dicha terapia se dan cinco procesos, que pueden intensificar o disminuir los síntomas de ansiedad, estos son: *evaluación de los recursos de afrontamiento*, esto implica que el sujeto ante una amenaza evalúa los propios recursos para afrontar el peligro, en los trastornos de ansiedad la activación del modo primario sesga los procesos elaborativos secundarios de forma que la valoración de los propios recursos de afrontamiento causa una mayor sensación de vulnerabilidad y ansiedad sobre la amenaza percibida. El segundo proceso involucrado es la *búsqueda de seguridad*, implica que la persona a pesar de que haya tenido repetidas experiencias de sobrevivir a situaciones que le provocaron ansiedad, igualmente la

misma emprende una búsqueda permanente de señales de seguridad y como resultado, cualquier sensación de seguridad que consiga es transitoria e incapaz de desactivar el modo hipervalente de amenaza, lo que conduce a un estado crónico de ansiedad, ya que no aplica estrategias de afrontamiento efectivas a largo plazo. Como tercer proceso, se encuentra el *pensamiento en el modo constructivo*, el cual constituye esquemas compuestos por actitudes, creencias y supuestos adquiridos a través de experiencias de vida, que generan la habilidad de crear pensamientos reflexivos, resolver problemas y reevaluar perspectivas. En los trastornos de ansiedad, el influjo del modo de amenaza primario reduce el acceso a pensamientos más reflexivos y constructivos, motivo por el cual la persona ansiosa fracasa al momento de intentar tranquilizarse. Sumado a esto, se tiene un cuarto proceso, llamado *inicio de la preocupación*, el cual es un proceso adaptativo que lleva a resolución de problemas de manera eficaz, sin embargo en los trastornos de ansiedad, la preocupación se vuelve patológica, incontrolable y auto-perpetuante enfocada en resultados imaginarios amenazantes y catastróficos, produciéndose un círculo vicioso de procesamiento elaborativo que intensifica el estado de ansiedad y confirma la evaluación inicial de amenaza del individuo. Y para finalizar, se tiene como último proceso la *reevaluación de la amenaza*, que implica la reevaluación intencional de la situación amenazante, entonces un individuo que cree que tiene los recursos de afrontamiento, que puede acceder a una interpretación más constructiva y adaptativa de la situación, que puede procesar las señales de seguridad y que adopta un estilo anticipatorio de resolución de problemas, reevaluará la situación como menos amenazante. En cambio, un individuo con trastorno de ansiedad, no tiene capacidades de afrontamiento, se preocupará por los resultados catastróficos imaginarios y la amenaza será evaluada como más probable y severa que al inicio, lo cual generara más ansiedad y vulnerabilidad (Rodríguez Viglieri & Vetere, 2011).

A continuación, se hará hincapié en la terapia cognitiva conductual aplicada al trastorno de pánico con agorafobia.

3.2.3. Terapia Cognitiva Conductual del trastorno de pánico.

Como se expresó anteriormente, el proceso terapéutico de la terapia cognitiva implica un proceso de aprendizaje activo, donde el paciente aprende a desarrollar nuevas habilidades de afrontamiento que le permiten superar sus problemas. Esto implica que ante una determinada situación o estímulo, cada persona realiza una respuesta o reacción, la cual está mediada por el

proceso de significación o evaluación, en base a los objetivos, deseos y metas de cada uno. Dichos procesos de significación o evaluación realizados, son en base a la estructura cognitiva de cada uno, los cuales se denominan esquemas, y son el resultado tanto de predisposiciones genéticas, junto a las experiencias vividas por cada persona, generando algún tipo de aprendizaje. Por este motivo, este tipo de terapias se basan en los patrones de pensamiento distorsionados que ejercen un efecto adverso sobre las emociones, vivencias, sensaciones y modos de funcionamiento en el afrontamiento en la vida cotidiana. Por lo mismo, esta terapia requiere de un trabajo en conjunto del terapeuta y el paciente; para lograr los objetivos propuestos. El paciente debe trabajar no solamente en las sesiones con el terapeuta, sino también fuera del consultorio, con diferentes tareas propuestas por el psicólogo (Carrión & Bustamante, 2012).

Existen diversos modelos de terapia cognitiva-conductual (TCC) para el trastorno por pánico y la agorafobia, más allá de las diferencias, los diversos modelos coinciden en que el principal objetivo del tratamiento consiste en que el paciente aprenda a identificar y cambiar las interpretaciones distorsionadas de sus sensaciones corporales, aprenda a sustituir la interpretación catastrófica por otra más realista, aprenda a realizar ejercicios de entrenamiento en respiración lenta, aprenda técnicas de control de la ansiedad como por ejemplo técnicas de distracción. Siendo otro componente importante de la terapia, la psicoeducación, la cual consiste en brindar a la paciente información sobre la patología que sufre para que pueda comprender el por qué de ciertos comportamientos y síntomas (Bados López, 2001).

Así, los distintos modelos cognitivos coinciden en que el paciente con trastorno de pánico teme experimentar ciertos eventos físicos o mentales propios de la hiperactivación autonómica, ya que tienen una tendencia a interpretar ciertas sensaciones corporales de manera catastrófica. Es decir que respuestas fisiológicas normales de la ansiedad, como palpitaciones, falta de aire, el sentirse mareado, entre otras, son percibidas como peligrosas y de esta manera un síntoma como palpitaciones es visto como una señal de un infarto, lo cual genera un aumento de las mismas, aumentando la ansiedad y generando la crisis de pánico. Sumado a esto, los dos procesos que intervienen en el mantenimiento de las crisis a lo largo del tiempo y el consecuente temor a padecerlas son la hipervigilancia y las medidas de seguridad que realizan las personas luego de padecer una crisis de pánico. La hipervigilancia se refiere a la focalización de las sensaciones físicas, como consecuencia de la atención constante y sistematizada, las personas con trastorno de pánico detectan con mayor frecuencia los cambios en su cuerpo y estas variaciones son

tomadas como una señal o una prueba de que algo no funciona bien, lo cual aumenta la probabilidad de que comiencen con el círculo vicioso de sensaciones físicas e interpretaciones catastróficas. Con respecto al segundo proceso, son aquellas medidas de seguridad que el paciente implementa con el objetivo de prevenir las crisis, lo cual genera que se mantengan las interpretaciones negativas de las sensaciones físicas, ya que impiden su desconfirmación y se exacerbaban los síntomas. Las medidas de seguridad a las que recurren pueden ser de tipo preventivas, por ejemplo no salir si no tienen su medicación, evitativas las cuales suelen ser no tomar el subte, no ir al cine, entre otras y, por último, de escape, que implican que ante alguna sensación de malestar, vuelve al lugar donde se siente seguro, de esta manera el individuo mantiene la creencia de que si se hubiera quedado en el lugar seguro no hubiese tenido ningún problema físico (Rodríguez Viglieri & Vetere, 2011).

De acuerdo con Beck y Clark (2010), la crisis de pánico se desarrollaría en dos fases, la primera consistiría en la reacción autonómica de miedo que produciría la hiperactivación fisiológica y la segunda sería el procesamiento elaborativo intencional para afrontar la crisis y la anticipación de la misma. Entonces, al detectar alguna sensación peligrosa, comenzaría el circuito del pánico, activándose el modo primario compuesto por esquemas de miedo, lo cual generaría la hiperactivación, que daría lugar a los síntomas físicos, que a su vez accionarían los sesgos en el procesamiento de la información que darían lugar a las interpretaciones catastróficas de los síntomas físicos o pensamientos automáticos y se activarían también las respuestas defensivas. Asimismo, en la segunda fase hay una pérdida de la capacidad de reevaluación de la información, lo que hace que se mantengan las interpretaciones catastróficas de los síntomas y, como resultado, se activan las conductas de evitación, de reaseguro, la preocupación y la sensación de pérdida de control.

Con el objeto de ampliar lo expuesto, a continuación, se aportará información sobre el tratamiento en trastornos de pánico con agorafobia.

3.2.4. Tratamiento en Trastornos de Pánico con Agorafobia.

Primeramente, una vez realizada la evaluación diagnóstica, previo al comienzo del tratamiento, se realiza la conceptualización del caso, el cual implica recabar toda la información pertinente a los ataques de pánico, donde se tiene que indagar sobre: la descripción de la última crisis, la situación, los síntomas corporales, los pensamientos, los comportamientos; otras

situaciones en las que ha tenido crisis; las creencias asociadas al trastorno, las creencias de las sensaciones físicas, de sí mismo; las situaciones o actividades evitadas por el paciente, la reacción típica ante una crisis, las situaciones en las que se retiró por temor a padecer una crisis, las medidas preventivas para no padecer las crisis, la hipervigilancia de las sensaciones físicas, la reacción de otras personas, el comienzo y curso del problema, la frecuencia e intensidad de las crisis de pánico, la posible existencia de experiencias de aprendizaje tempranas asociadas a la sintomatología actual, los tratamientos que ha recibido y la causa percibida (Rodríguez Viglieri & Vetere, 2011).

Luego, durante las primeras sesiones es importante esquematizar el círculo del pánico para que el paciente comprenda cómo funciona la fobia, que entienda el tratamiento, el rol que desempeña él y los posibles pasos que van a seguir. Para esto, los datos básicos que se tienen que obtener consisten principalmente en las cogniciones de los pacientes, fundamentalmente a partir de los pensamientos automáticos que se suelen recoger de tres fuentes principales: Informes orales del mismo paciente al expresar las cogniciones, emociones y conductas que experimenta entre las sesiones; de los pensamientos, sentimientos y conductas experimentados durante la terapia, y el material introspectivo o de auto-registro escrito por el paciente como parte de las tareas terapéuticas asignadas entre las sesiones. Resumiendo, la información que no puede faltar son las interpretaciones distorsionadas y las creencias que el paciente tiene en ese momento (Rodríguez Viglieri & Vetere, 2011). Asimismo, al comienzo del tratamiento también se le suele dar otra herramienta al paciente que es la psicoeducación, la misma consiste en brindarle al paciente información útil sobre la patología que presenta para que pueda comprender sus síntomas y conductas. Entonces, se busca que el paciente comprenda cuál es su diagnóstico, qué es la ansiedad, cuáles son sus manifestaciones, la función de los distintos síntomas y los tratamientos disponibles, ya que esto produce el aumento de la adherencia al tratamiento, factor crucial para el éxito terapéutico (Bulacio, 2011).

Continuando con el tratamiento, en las siguientes sesiones se sigue trabajando esquematizando el círculo de pánico, con el objetivo de que el paciente pueda modificar la interpretación que hace de sus sensaciones físicas, que pueda reconocer que el problema no son las sensaciones sino la interpretación que hace de ellas. Y una vez que el paciente comprendió la importancia de sus pensamientos catastróficos en el desarrollo de sus crisis, hay que centrarse en las principales creencias utilizando técnicas de reatribución verbales y conductuales. Estas tienen

por objetivo disminuir las creencias en las interpretaciones distorsionadas y la eliminación de la evitación. Una de las técnicas de reatribución consiste en cuestionar la evidencia, realizando preguntas del tipo: ¿cómo sabe que el pánico ocasionará (la catástrofe)?, ¿por qué cree que no ocurrió la catástrofe?, ¿Qué le hace pensar que por el aumento de las palpitaciones tendría un infarto? Junto con esto, también se coloca la atención en las conductas de reaseguro (la hipervigilancia y las conductas de evitación) y una de las estrategias consiste en hacer que el paciente centre la atención en una parte determinada del cuerpo y observe si comienza a identificar sensaciones que antes no percibía, lo cual mostraría el efecto de la atención selectiva en la percepción de los síntomas. A lo largo de las sesiones seguirá trabajando con las principales creencias catastróficas y se llevarán a cabo en la sesión experimentos para desafiar las mismas, utilizando técnicas de reatribución verbal como cuestionar la evidencia, revisar evidencia en contra, realizar el contraste de síntomas (entre los del pánico y la enfermedad temida), definir y operacionalizar los términos, etiquetar las distorsiones, uso de respuestas racionales, análisis de costo beneficio, entre otras (Rodríguez Viglieri & Vetere, 2011).

Además, se incorporan ejercicios de relajación, los cuales tienen por objetivo enseñar al sujeto a identificar y controlar su propio nivel de activación fisiológica, mediante técnicas de respiración profunda, las cuales generan en el sujeto una disminución de la tensión muscular, una disminución de la frecuencia e intensidad del ritmo cardíaco y de la frecuencia respiratoria (Bulacio, 2011). Asimismo, Gómez y Marzucco (2009) describen la técnica de respiración profunda como un proceso que implica inhalar por la nariz, enviar el oxígeno hacia la zona abdominal, retenerlo durante 10 segundos y exhalar suavemente por la boca; este proceso se tiene que repetir unas cinco veces, hasta sentir que la tensión fisiológica va disminuyendo.

Por otro lado, se encuentran las técnicas de imaginación, las cuales ayudan al proceso de relajación corporal a través de la realización de ejercicios cognitivos como la producción de imágenes mentales que evoquen sensaciones placenteras. Las imágenes se obtienen de fotografías de viajes, de recuerdos de sitios, símbolos u otros objetos que lo hayan tranquilizado en algún momento de su vida (Gómez & Marzucco, 2009). Igualmente, Bulacio (2011), menciona la creatividad como medio para levantar las restricciones que el sujeto se impone y tiene instaladas en sus esquemas mentales, ya que la misma consta de dos características fundamentales que se relacionan con los trastornos de ansiedad, que son la fluidez y la flexibilidad, lo cual permite al sujeto imaginar diferentes alternativas y ver las situaciones como

desafíos y no como una amenaza. Una de las técnicas que se aplican es la de los *seis sombreros para pensar*, la cual consiste en proponer el uso imaginario de los distintos sombreros con diferentes colores que implica un tipo de pensamiento, así por ejemplo el sombrero rojo representa la ira, la furia y las emociones en general. El poder jugar con el uso de los sombreros hace que el sujeto pueda flexibilizar sus esquemas rígidos e incorporar nuevas alternativas para la resolución de sus problemas.

Estas estrategias mencionadas necesitan ser reforzadas con intervenciones de exposición, la reatribución verbal puede facilitar la exposición y esta, a su vez, consolidar el cambio cognitivo, la misma se desarrolla a continuación (Rodríguez Viglieri & Vetere, 2011).

3.2.5. Exposición en vivo.

En efecto, la exposición en vivo implica que el paciente se exponga en la vida real y de un modo sistemático y progresivo a las situaciones que teme y evita. El objetivo es que el sujeto se exponga a los estímulos que le producen miedo, comprobar que sus pensamientos automáticos son falsos y familiarizarse con las sensaciones fisiológicas hasta que no produzca miedo ni ansiedad. La finalidad es que el paciente pueda aprender cómo aplicar sus habilidades de afrontamiento (técnicas de relajación) o someter a prueba determinadas predicciones (Espada, Van der Hofstadt & Galván, 2007). Para esto, primeramente se puede empezar con ejercicios de exposición interoceptiva en el consultorio y con presencia del terapeuta, ejercicios de exposición interoceptiva en “lugares seguros”, exposiciones a las situaciones temidas junto con el terapeuta, luego exposiciones sin compañía del terapeuta y finalmente, con intensificación de síntomas para desconfirmar al máximo las creencias. Por ende, con las exposiciones se busca provocar sensaciones similares a las que tiene el paciente durante las crisis y lograr el cambio cognitivo. El terapeuta debe seguir una serie de pasos, debe explorar cuáles son los temores asociados a la exposición, otorgarle un puntaje de probabilidad de que dichos temores ocurran y cuestionárselos verbalmente, luego realizar la exposición. Después de la misma, verificar cuales temores que se predijeron anteriormente ocurrieron, cuáles no y si la probabilidad de que se produzca sigue siendo la misma o disminuyó. Por último, realizar una síntesis de lo que pueda concluir el paciente, si no hubo cambios verificar si el paciente utilizó conductas de reaseguro (Rodríguez Viglieri & Vetere, 2011).

Según Botella y Ballester (1997), la hiperventilación consiste en inhalar rápido y fuerte

por la nariz y exhalar el aire por la boca durante al menos uno o dos minutos y, al finalizar, se le pide al paciente que se centre en las sensaciones que presenta y se ven las diferencias y similitudes con los efectos de la hiperventilación y las sensaciones de pánico. Esto último constituye uno de los ejercicios de exposición que permite enfrentar al paciente a las sensaciones que teme, y permite que el paciente se cuestione su visión catastrófica sobre las sensaciones.

Cabe destacar que es la técnica que posee mayor eficacia comprobada, donde el terapeuta acompaña al paciente y lo ubica ante un estímulo que le despierte ansiedad o temor, estímulo que se irá reemplazando con otro que produzca mayor dificultad. Ejemplificando, frente a un agorafóbico, el psicólogo lo acompaña a subir a un ascensor o a viajar en el subterráneo, con este ejercicio el paciente se enfrenta al miedo, a la situación que lo produce, y a partir de la exposición se evalúan los grados de ansiedad que le genera acercarse o enfrentar el evento. Se realiza un cronograma donde se vuelca la información de la situación temida a la que se expone al paciente. Para un agorafóbico se toma en cuenta, la duración, el destino de la salida, las condiciones de la misma, la distancia a recorrer, el nivel de ansiedad que produce la salida misma y el recorrido realizado (Carrión & Bustamante, 2012).

De modo similar, Botella Arbona y Benedito Monleón (1991), analizaron la aplicación del tratamiento de exposición en vivo en un caso de agorafobia con crisis de pánico, donde se establecieron los objetivos terapéuticos y se detalla la evolución en cada sesión. Señalaron que la exposición en vivo resulta muy eficaz, lográndose importantes reducciones en los niveles de evitación y temor.

Además, Bulacio (2011), menciona la importancia del recurso farmacológico junto con la terapia individual y la exposición en vivo, mencionando entre los psicofármacos más útiles para los trastornos de ansiedad, los ansiolíticos como las benzodiazepinas y los antidepresivos, particularmente los IRSS (inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina). Así dentro de los ansiolíticos los más recomendables son el clonazepam y el alprazolam, dado su seguridad y el rápido efecto que producen son muy útiles al principio del tratamiento. Y dentro de los IRSS se encuentran la sertralina, la paroxetina, el citalopram, el escitalopram y la fluoxetina.

2. Método.

2.1. Tipo de estudio.

Descriptivo. Estudio de caso.

2.2. Participante.

Se trabajó con una paciente de sexo femenino de 19 años de edad a la que se refirió en el presente trabajo como M, la cual llegó a la consulta a través de su madre, como consecuencia de que hacía 3 meses no salía de su casa.

La paciente convive con su padre, madre y dos hermanas menores que ella de 12 y 15 años. Presentaba un diagnóstico de trastorno de pánico con agorafobia, se encontraba con tratamiento psiquiátrico y psicológico brindado por una fundación especializada en trastornos de ansiedad desde la teoría cognitivo-conductual.

Al momento de la primera consulta no se encontraba trabajando ni estudiando, su nivel de escolaridad máximo alcanzado era secundario completo. Abandonó la facultad al comienzo de su carrera como maestra de enseñanza inicial a causa de la patología que presentaba.

Además se trabajó con la psicóloga de la institución a cargo de la paciente, con formación académica en el área Cognitiva-Comportamental, especialista en Trastornos de Ansiedad y Trastornos de la personalidad.

2.3. Instrumentos.

Para la realización del presente trabajo se utilizó la historia clínica de la paciente de la cual se obtuvo los protocolos de los test administrados en la primera consulta, siendo estos: Test Gestáltico Visomotor de Bender que consta de 9 tarjetas con dibujos abstractos, el cual evalúa la función visomotora que está asociada con la capacidad del lenguaje, con la percepción visual, habilidad motora manual, memoria, conceptos temporales y espaciales y capacidad de organización o representación, por lo cual permite evaluar retrasos globales de maduración, incapacidades verbales específicas, fenómenos de disociación que perturban el conjunto de la personalidad, desórdenes de la impulsión, perceptuales y confusionales. El test cuenta con estudios de confiabilidad: test – retest, y con evidencias de validez concurrente (Bender, 1955);

Persona Bajo la Lluvia, la cual es una técnica gráfica proyectiva cuya consigna inicial invita al evaluado a colocarse bajo condiciones ambientales desagradables para acceder a sus mecanismos defensivos (Hammer, 1969), y Test de la Casa, Árbol y la Persona (H-T-P), el cual evalúa la imagen interna que la examinada tiene de sí misma y de su ambiente, qué cosas considera importante, cuáles destaca y cuáles desecha (Hammer, 1969), y el diagnóstico presuntivo de la paciente que figura en la misma.

Observación participante, mediante el acompañamiento terapéutico en las exposiciones en vivo.

Entrevista semi-dirigida a la paciente sobre la evolución de la sintomatología en las diferentes exposiciones en vivo.

Entrevista semi-dirigida a la psicóloga sobre el tratamiento aplicado y evolución de la paciente.

2.4. Procedimiento.

Se realizó el análisis de la historia clínica y de los registros de la observación participante, y además se efectuó una entrevista semi-dirigida a la psicóloga de aproximadamente 45 minutos, y en cada exposición en vivo con la paciente se llevaron a cabo entrevistas semi-dirigidas semanales de 15 minutos aproximadamente durante 3 meses.

5. Desarrollo.

5.1. Identificación del paciente.

La paciente, que de ahora en adelante se llamará M, es una joven de 19 años que al finalizar el secundario se inscribió para estudiar el profesorado de maestra inicial, el cual fue abandonado al comienzo de la cursada, en su primer cuatrimestre. La relación que la paciente mantenía con su familia en general era buena, sólo manifestó tener con ellos “discusiones de convivencia”. Su familia estaba constituida por su mamá de 49 años de edad, la cual era ama de casa, su papá de 48 años de edad, el cual era despachante de aduana y sus hermanas menores de 17 y 15 años, las cuales se encontraban cursando el secundario. Generalmente sus problemas se los confesaba a su madre primero, ya que el padre no estaba en la mayor parte del día y sólo lo veía en la cena. La paciente M, manifestó en los distintos encuentros, recordar a su infancia como una etapa muy feliz de su vida.

Sus relaciones sociales eran satisfactorias, no presentaba ningún problema para entablar amistad. Sin embargo, M. al finalizar la escuela secundaria e ingresar al terciario para estudiar la carrera de maestra jardinera, se encontró en un ambiente totalmente nuevo, en donde no pudo entablar lazos sociales con sus nuevas compañeras, ya que manifestaba que eran “diferentes a ella”, porque “estaban más preocupadas en arreglarse para venir a cursar que en los trabajos de la facultad”. M contó un episodio el cual le dolió y fue uno de los disparadores que hizo que ella se sintiera mal cada vez que tenía que ir a cursar.

La paciente cuenta que su carrera implicaba realizar la mayor parte de los trabajos en grupos, y que ella se tomaba estos trabajos “en serio”, a diferencia de sus compañeras que se conformaban con realizar “trabajos comunes”, en cambio a M le gustaba “buscar el lado creativo”, por más que esto implicara realizar mayor esfuerzo, ya que consideraba que la carrera implicaba mucha creatividad, imaginación y dedicación. Cuando ella proponía estos trabajos, sus compañeras de grupo nunca aceptaban sus ideas por “ser complicadas de realizar” y se reían de ella por las propuestas que plasmaba y por “como era ella”. Esto se fue dando constantemente, lo cual le fue generando, según los dichos de la propia paciente un cierto “complejo de

inferioridad”. Como consecuencia de esto, al no sentirse bien en la facultad, comenzó a faltar y a quedar libre en las distintas materias y, por tal motivo, la paciente M conversó con su madre para manifestarle que había decidido posponer sus estudios por el momento, ya que se sentía mal y angustiada cada vez que tenía que ir a cursar y a la vuelta no podía evitar encerrarse en su habitación y llorar sin parar.

La paciente después de abandonar su carrera, fue llevada por su madre a la clínica de Cormillot “por una cuestión de salud” ya que sufría de un problema de sobrepeso, y como se pudo observar en su historia clínica, M es insulino resistente; y, además, por una cuestión estética, ya que parte de su complejo de inferioridad era por su imagen corporal. En distintas ocasiones la paciente M, mencionó que sufrió cargadas o insultos de desconocidos por su estado físico, relató sobre un episodio donde ella iba caminando “y pasó un travesti y me dijo que asco me das gorda”, a lo cual ella le respondió “¿en serio me estás diciendo? ¿Y vos te miraste?”, esto lo contó con dolor e indignada, no entendía cómo se puede ser “tan malo”.

También, al dejar sus estudios comenzó a trabajar de niñera de dos chicos, ya que a ella le gustaba pasar tiempo con los niños y, a su vez, empezó un voluntariado donde les daba clases particulares a chicos en un oratorio que dependía de la escuela donde ella terminó el secundario. Sumado a todo esto, empezó a dar buenos resultados el tratamiento para adelgazar en la clínica, dicho por ella misma, se encontraba mucho mejor y contenta cuando ocurrió su primera crisis de pánico, “un jueves santo caminando a la casa de unos amigos, a dos cuadras de mi casa me descompuse”. Después de ese primer episodio, toda su vida empezó a cambiar, ya que temía salir de su casa por miedo a sufrir nuevamente una crisis de pánico.

5.2. Descripción de la sintomatología.

M acude para su primera consulta acompañada por su madre, a la institución especializada en trastornos de ansiedad, el 19 de mayo del 2015, derivada por una psicóloga a la cual acudió apenas tuvo su primera crisis de pánico, según relata la propia paciente. Allí, donde tuvo una entrevista de admisión en la cual comentó algo de lo que le estaba pasando, y lo mismo fue plasmado en su historia clínica por el psicólogo como las siguientes observaciones: Agorafobia, angustia y trastornos alimentarios.

Los síntomas que experimentó la paciente en su primer episodio de pánico, según su

propio relato fueron, sentir que el corazón le latía cada vez más rápido, sentir como “nudos en el estómago”, mareos, sentir que se iba a desmayar, que le faltaba la respiración, se sentía sin fuerzas. En ese momento, no entendía qué le estaba sucediendo, y comenzó a pensar “que algo malo me estaba pasando”, “no podía moverme”. Y los pensamientos malos comenzaron a invadirla como el de “me voy a morir”.

Estos síntomas mencionados para el trastorno de pánico, coinciden con los que aparecen en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM V, como por ejemplo, la aparición súbita de miedo, aceleración de la frecuencia cardíaca, sudoración, temblor, sensación de dificultad para respirar, sensación de ahogo, malestar abdominal, sensación de mareo, miedo a perder el control, miedo a morir, entre otros (American Psychiatric Association, 2013).

M, desde ese momento, cuenta que empezó a evitar ciertas situaciones por miedo a experimentar nuevamente otro ataque de pánico, como viajar en transporte público, dejó de salir sola, abandonó todas las actividades que estaba realizando hasta ese momento, como el voluntariado, su trabajo como niñera, la clínica de Cormillot y sus planes de volver a estudiar. También dejó de salir con sus amigos, sólo los veía si la iban a visitar a su casa. Comenzó a evitar toda situación que la pusiera en “riesgo de que pasara algo y estuviera sola”. Por lo tanto, con esta descripción de la paciente se puede inferir que M implementó uno de los dos procesos que se dan en el trastorno de pánico que son las medidas de seguridad que se desarrollan con el objetivo de prevenir una nueva crisis, las cuales pueden ser de tipo preventivas, evitativas o de escape (Rodriguez Biglieri & Vetere, 2011).

Como resultado, de estas medidas de seguridad implementadas por M, se desarrolló en la paciente una nueva patología: agorafobia, la cual fue descrita por la psicóloga tratante y plasmada en su historia clínica. Y además, confirmado por los dichos de la propia paciente en donde manifestaba que evitaba las situaciones en público porque temía “descomponerme o desmayarme en un lugar donde no conozca a nadie y no haya nadie para ayudarme”.

Como manifiesta la paciente, agorafobia implica un miedo o ansiedad a estar en lugares o situaciones de los que puede ser difícil escapar o en los cuales puede no disponerse de ayuda en el caso de sufrir síntomas tipo pánico y, en consecuencia, se produce una evitación casi continua de muchas situaciones, como estar solo dentro o fuera de la casa, sitios con mucha gente, viajar en transporte público. Y tal como se observó en la paciente el componente evitativo causa

deterioro en lo social, lo educativo y lo laboral (American Psychiatric Association, 2013).

En consecuencia, M manifiesta que esto le trajo trastornos a su vida social ya que no podía ir a ninguna reunión de amigos, se perdía todos los cumpleaños y le causaba conflictos en su casa, ya que al estar todo el día dentro de la misma, sin hacer nada, durmiendo mucho, generaba peleas con su mamá.

Esto que relata la paciente es propio de la agorafobia ya que puede llegar a ser muy incapacitante y puede afectar no solo a los propios individuos (vida laboral, afectiva), sino a las personas de alrededor (pareja, amigos, familia). La persona se vuelve muy dependiente, insegura de sí misma, desorientada (Carrión & Bustamante, 2012).

Sumado a esto, en la agorafobia se observan cambios de humor con tendencia hacia la depresión (Bados López, 2001). Esto también se puede observar en la paciente M en su historia clínica, donde figura además de los síntomas descritos anteriormente, cambios anímicos tendientes a depresión y desorden alimenticio que se manifestaba por conductas como atracones que se daban por excesiva ansiedad.

Como consecuencia de su crisis de pánico y agorafobia, la paciente M presentaba inseguridad, sensación de indefensión, malestar emocional, dependencia de su mamá, miedo, cansancio y actitud hipervigilante tanto a nivel fisiológico como situacional mediante la autoobservación permanente de los síntomas físicos y el análisis sistemático de cada situación.

A continuación se describirá el tratamiento aplicado sobre la sintomatología mencionada.

5.3. Descripción del tratamiento integral aplicado.

A partir del análisis realizado, la psicóloga cuenta que planteó un tratamiento que incluye el establecimiento de varios objetivos, desde el marco teórico de la Terapia Cognitiva Conductual.

Las metas del tratamiento vienen determinadas por el motivo de consulta: Presencia de crisis de ansiedad, baja autoestima, tristeza, aislamiento social, dependencia de la madre y abandono de actividades.

En función de ello, la psicóloga cuenta que los objetivos que se establecieron para el tratamiento fueron los siguientes: Primeramente lograr que la paciente realice las sesiones en forma presencial y salga del encierro en el cual se encontraba al momento de la primera consulta. Para lo mismo la paciente comenzó su terapia por Skype dos veces por semana y fue derivada a una psiquiatra para agregarle medicación y estabilizarla anímicamente.

Según su historia clínica asiste a la psiquiatra dos semanas después de comenzar la terapia por Skype y le receta Clonazepam 0,5 mg, 211 dos capsulas por día (complejo vitamínico propio del centro) y Lactimal 200 mg.

Bulacio (2011), menciona la importancia del recurso farmacológico junto con la terapia individual y la exposición en vivo, mencionando entre los psicofármacos más útiles para los trastornos de ansiedad, los ansiolíticos como el clonazepam y el alprazolam, dado su seguridad y el rápido efecto que producen son muy útiles al principio del tratamiento y los IRSS, pero como la paciente M tiene sobrepeso se evitó el uso de los mismos.

Continuando con el tratamiento, se procedió a enseñar a la paciente el funcionamiento de la respuesta de ansiedad, aceptándola como una emoción normal y ayudándola a interpretar su crisis de ansiedad de forma realista.

Esto consiste en utilizar psicoeducación, lo cual implica brindarle a la paciente información sobre la patología que sufre para que pueda comprender el por qué de ciertos comportamientos y síntomas (Bados López, 2001). Para que la paciente comprenda cómo funciona la fobia, que entienda el tratamiento, el rol que desempeña ella y los posibles pasos que van a seguir (Rodríguez Viglieri & Vetere, 2011).

Otro de los objetivos, según la psicóloga, es enseñar a la paciente a detectar niveles elevados de ansiedad y aplicar el control de la activación, primero en situaciones de tranquilidad y, posteriormente, en momentos de estrés. Para lo mismo, se incorporan ejercicios de relajación, los cuales tienen por finalidad enseñar al paciente a identificar y controlar su propio nivel de activación fisiológica, mediante técnicas de respiración profunda (Bulacio, 2011).

La paciente M describió este ejercicio de relajación de la siguiente manera: “Tomar aire despacio, retenerlo contando hasta 10 y luego soltarlo despacio, y volver a repetirlo”, este ejercicio aparece narrado en el libro de Gómez y Marzucco (2009) en donde se detalla que este proceso se tiene que repetir unas cinco veces hasta sentir que la tensión fisiológica va disminuyendo. Tal cual como fue relatado por la paciente, la cual manifestó que lo aplicaba a menudo y le era muy útil.

Además de estas estrategias, la psicóloga mencionó el uso de técnicas cognitivas para la identificación y modificación de las interpretaciones catastróficas. A lo largo de las sesiones se siguió trabajando y se llevaron a cabo experimentos para desafiar las mismas, utilizando técnicas de reatribución verbal como cuestionar la evidencia, revisar evidencia en contra, realizar el

contraste de síntomas (entre los del pánico y la enfermedad temida), etiquetar las distorsiones (Rodríguez Viglieri & Vetere, 2011).

Con la paciente M, se trabajó sobre todo con el miedo a desmayarse, a identificar los síntomas, y se le enseñó lo que implica la hipervigilancia, la focalización de las sensaciones físicas y cómo esa focalización hace que detecte con mayor frecuencia los cambios en su cuerpo y estas variaciones son tomadas como una señal o una prueba de que algo no funciona bien, lo cual aumenta la probabilidad de que comiencen con el círculo vicioso de sensaciones físicas e interpretaciones catastróficas (Rodríguez Viglieri & Vetere, 2011). A partir de acá en adelante, relata la psicóloga, también “se lleva a cabo una reestructuración cognitiva de las ideas, creencias y pensamientos irracionales por medio del debate socrático” (Gómez & Marzucco, 2009), se le planteó a la paciente preguntas tales como las siguientes: “¿Qué conexión lógica hay entre ir en colectivo y que una persona se desmaye?” “¿Qué es lo peor que podría pasar?” y, se utilizó los autoregistros en los que la paciente relataba la secuencia situación-pensamiento-emoción para identificar los sesgos cognitivos junto con la psicóloga.

Y por último, se realizan ejercicios de exposición en vivo con pasantes de estudiantes de Psicología que serán descriptos en el siguiente apartado.

5.4. Descripción de la aplicación de técnicas de exposición en vivo.

Primeramente, la psicóloga, le da una explicación a la paciente M, sobre el ejercicio a realizar con la pasante. Luego realiza la paciente una entrevista con la pasante donde la paciente M le cuenta acerca de su padecimiento y se coordina con la pasante cómo van a ser los ejercicios de exposición, comenzando ese mismo día.

1ª Exposición en vivo.

Consistió, en salir a caminar después de la sesión con la psicóloga por 40 minutos, por una avenida muy concurrida y la mamá la iba a buscar hasta el punto de encuentro. Durante los 40 minutos, manifestó sentirse “bien”, “tranquila”, se mostró muy entusiasmada durante la caminata, contó que a ella no le molestaba caminar acompañada, sino que temía hacerlo sola y lo que más le causaba miedo era viajar en colectivo, ya que se mareaba y “tenía terror de desmayarse y que no haya nadie para ayudarla”.

2ª y 3ª Exposición en vivo.

Se realiza el mismo ejercicio, no presentando problemas. Cuando en la tercera

exposición, se le insinuó regresar en colectivo se negó y se puso nerviosa ante la propuesta, comenzó a tocarse la cara constantemente, a reírse y se ruborizó, ante esa actitud, no se insistió y se planteó como próximo objetivo viajar en subte al regreso de la caminata, el cual acepto.

Como se observa en las exposiciones en vivo descritas, el objetivo es que la paciente se exponga a los estímulos que le producen miedo, comprobar que sus pensamientos automáticos son falsos y familiarizarse con las sensaciones fisiológicas hasta que no produzca miedo ni ansiedad. La finalidad es que el paciente pueda aprender cómo aplicar sus habilidades de afrontamiento (técnicas de relajación) o someter a prueba determinadas predicciones (Espada, Van der Hofstadt & Galván, 2007).

4ª y 5ª Exposición en vivo.

Tal como se acordó en la exposición en vivo anterior, al regreso de la caminata, se realizó la vuelta al punto de encuentro con la madre en subte. Al principio no quiso subir al primer subte porque “estaba lleno”, por lo tanto se esperó al siguiente, el cual si fue abordado. Durante el viaje que duró menos de 10 minutos, ya que sólo fueron 3 estaciones, la paciente se mostró verborragica, y se colocó cerca de la puerta sin sacar la vista del cartel donde estaban los nombres de las estaciones. Al preguntarle cómo se sentía, manifestó que estaba bien, que “no sentía miedo, pero tampoco estaba tranquila”. Se plantea para la próxima exposición, que la pasante la pase a buscar por su casa para viajar juntas a la consulta con la psicóloga.

El día anterior a la exposición siguiente, la paciente le escribe a la pasante un mensaje donde le pregunta “¿Cómo iban a hacer?”, ante la respuesta de la pasante de pasarla a buscar e ir en colectivo a la consulta, lo duda y propone viajar en subte. Acuerdan viajar entonces en subte. Esa misma noche la paciente M le escribe a la pasante nuevamente y le dice que con el aval de la psicóloga, que ese día prefería ir con la mamá en auto, por lo cual quedan en encontrarse en el consultorio directamente. Ese día sólo pudieron hablar, sobre lo que le pasó, ya que no se podía quedar a realizar la exposición, y manifestó que tuvo miedo, que no estaba segura todavía, y que no se sentía bien el día anterior. Ante esto se planteó volver a intentarlo en la próxima exposición.

6ª Exposición en vivo.

La paciente M, le escribe a la pasante ese mismo día que “se sentía mal y no iba a ir a terapia”, por lo cual la pasante, se va a la institución y le comunica a la psicóloga lo sucedido, la misma llama a la paciente y la persuade para que venga igual a terapia acompañada por la

pasante. Por lo cual la pasante vuelve a la casa de la paciente, y la misma cuando sale, se encontraba con ánimo muy triste y desanimada, pero igualmente realiza la exposición viajando en subte hasta la institución, por lo cual tuvo que hacer combinación de subte y estuvo expuesta unos 30 minutos viajando en el mismo. No presentó conductas de ansiedad. Al finalizar la exposición tanto la psicóloga como la pasante la felicitaron y le hicieron ver que no ocurrió ninguno de los temores que ella se planteaba.

En esta exposición como se pudo observar, se buscó alentar a la paciente a enfrentar la situación fóbica a pesar de su intento de evitarla. Después de 30 minutos de exposición el malestar desapareció o disminuyó considerablemente, por lo cual se infiere, que la paciente al enfrentarse de manera exitosa y no huir de la situación que le generaba malestar, mejoró su estado de ánimo, a pesar de haber manifestado sentir angustia y ansiedad anticipatoria ante el afrontamiento de tal situación. Después de realizar estos ejercicios la psicóloga trabajó con los temores expresados por la paciente para así verificar junto con la misma cuáles miedos se predijeron anteriormente ocurrieron y cuáles no (Rodríguez Viglieri & Vetere, 2011).

7ª Exposición en vivo.

La pasante pasa a buscar a la paciente por la casa, y la misma, le menciona que no tuvo una buena semana, que prefería caminar por ahí. Le cuenta a la pasante que estuvo muy triste, encerrada en su cuarto, no fue a terapia, y también faltó al oratorio (que es la única actividad que retomó desde que comenzó el tratamiento en esta institución). Al preguntarle la pasante la razón, M expresó que “no sabía por qué”, que había discutido con su mamá pero nada grave. Cuando intentó ir al oratorio, empezó a sentir que se quedaba sin aire, “que se iba a desmayar”, por lo tanto no pudo ir y eso la puso mal. La exposición duro 30 minutos y consistió en caminar por la zona de su casa, solo presentó ánimo triste. Se la invita a la exposición que se realiza los sábados de duración larga que realiza el grupo de agorafobia de la institución, no da una respuesta definitiva, pero lo más seguro es que no asista.

8ª, 9ª y 10ª Exposición en vivo.

La paciente M, cancela la exposición por sentirse mal, “fue el cumple de mi papá ayer y comí mucho y ahora estoy mal”, “no creo que vaya a terapia mañana, me siento muy mal”.

En la exposición siguiente, se realizó exposición en subte nuevamente desde la casa de la paciente hasta la institución, subió sin problemas, se encontraba más estable anímicamente.

En la 10ª exposición al igual que en la 8ª exposición manifestó sentirse mal del estómago

y canceló la misma.

Esta dificultad, es esperable ya que a veces los avances en las exposiciones pueden resultar demasiado exigentes para los pacientes, por lo tanto es importante primeramente obtener información sobre situaciones, pensamientos automáticos negativos (PAN), emociones, comportamientos y distorsiones cognitivas, para tratar de reacomodar o readaptar los pensamientos e ideas, osea sustituir los PAN, que son los que generan los comportamientos erráticos y emociones desagradables, por pensamientos más racionales y conductas más adaptativas. En la presente paciente los PAN que se observan son: “si salgo sola de mi casa, me voy a desmayar”, “si me pasa algo en la calle, nadie me va a ayudar”, “si viajo en colectivo me mareo, me voy a descomponer y nadie me va a ayudar”. Ante estos PAN, se trabajarían realizando un juicio sobre el razonamiento de la propia paciente, en donde primero se evalúa se es un pensamiento racional o irracional, en este caso el PAN se infiere que es irracional por lo tanto se seguiría con un cuestionario que haría que la credibilidad del pensamiento automático negativo caiga por su propio peso y como consecuencia la paciente mejore sus emociones y sus conductas (Gómez & Marzucco, 2009).

11ª y 12ª Exposición en vivo.

Realizó sin problemas las exposiciones en subte, pero a la hora de intentar viajar en colectivo, se pone muy nerviosa y termina por desistir. El resto de los objetivos, como caminar en un shopping muy concurrido, bajar y subir escaleras mecánicas, caminar sola hasta 10 cuadras, los realiza sin ningún problema.

13ª y 14ª Exposición en vivo.

Se realiza exposición en subte, se cambian las líneas a las cuales estaba habituada a viajar, lo realiza sin dificultad, menciona la paciente que está contenta con todos los avances que viene realizando y que se había inscripto nuevamente en el terciario, para comenzar el año que viene nuevamente sus estudios, pero con otra carrera, “magisterio”, además cuenta que está a dos cuadras de su casa.

Si bien presenta un avance, la paciente, en cuanto a anotarse para volver a cursar, se infiere también una conducta de reaseguro, ya que se evita la posibilidad de viajar. Y sigue teniendo todo su entorno cerca de su casa, ya que el oratorio se encuentra a ocho cuadras y el terciario a dos. Rodríguez Viglieri & Vetere (2011), mencionan con respecto a este punto que se debe verificar si el paciente utiliza conductas de reaseguro y evitativas, especialmente si no se

ven avances.

15ª, 16ª, 17ª y 18ª Exposición en vivo.

La paciente M realiza exposiciones en el subte acompañada por la pasante y se le propone viajar en diferentes vagones, lo cual al principio no fue aceptado y después de realizar un viaje junto con la pasante a la vuelta la paciente M logró realizar 3 estaciones viajando en el vagón sola. Según su propio relato al principio sintió un poco de ansiedad y comenzó a aplicar el ejercicio de respiración aprendido con la psicóloga, lo cual hizo que se sintiera mejor.

En 18ª exposición en vivo, se realiza exposición nuevamente en el subte, ya que ante la propuesta de viajar en colectivo, se niega rotundamente poniéndose muy nerviosa.

M toma el subte sola y la pasante toma el subte que llega después, realizan en total seis estaciones. La paciente tiene que aguardar que llegue el subte donde viaja la paciente. La espera fue corta, menos de cinco minutos, por lo cual no le generó malestar, según los comentarios de la propia paciente.

19ª Exposición en vivo.

La última exposición que se realizaba con la paciente M, se iba a realizar un sábado en la exposición larga que se efectúa con el grupo de agorafobia de la institución. La paciente, no concurrió a la misma, le escribió a la pasante que no se animaba ya que no sabía lo que iba a hacer y eso le producía miedo. Lo habló con la psicóloga y quedaron que lo iban a intentar más adelante.

Esta técnica expuesta cabe destacar que es la que posee mayor eficacia comprobada, tal como pudo observarse en la evolución positiva de la paciente, donde la misma fue acompañada por la pasante a ubicarse ante estímulos que le despertaba ansiedad o temor, estímulos que se iban reemplazando con otros que producían mayor dificultad a medida que iba avanzando en el tratamiento (Carrión & Bustamante, 2012). Si bien como se mencionó anteriormente, la paciente fue evolucionando de manera positiva, ya que no sólo había mantenido los logros anteriores, sino que también manifestó “que estaba superando su ansiedad y que cada vez le costaba menos salir sola”, todavía tenía situaciones por enfrentar como esta última exposición, la cual no fue realizada porque “la salida era muy larga y no sabía dónde y cómo iría”. Igualmente los primeros logros conseguidos apuntan hacia la eficacia de este tipo de intervenciones (Bados, 2001).

5.5. Descripción de la evolución de la sintomatología después de 3 meses de

exposición.

En el presente caso, se pudo observar desde su ingreso a la institución a través de la historia clínica y el relato de la psicóloga, que la paciente ha ido adquiriendo progresivamente habilidades precisas para poder enfrentarse con éxito y con el menor nivel de malestar a ciertas situaciones temidas, si bien todavía no ha enfrentado con éxito todas las situaciones que le producen ansiedad, se observó un avance bastante importante, ya que las primeras sesiones las realizaba por Skype debido a que no podía salir de su casa; y en el presente no sólo concurre a la sesión de terapia, sino que lo realiza viajando en transporte público. Reduciéndose un gran porcentaje la evitación/ temor agorafóbica. Por lo tanto, se deduce que se logró la adquisición de habilidades de autocontrol de la activación fisiológica y se instauraron conductas de afrontamiento activo a ciertas situaciones fóbicas (Bulacio, 2011).

Con las exposiciones en vivo se logró que la paciente se exponga a los estímulos que le producen miedo, comprobar que sus pensamientos automáticos como: “si salgo sola de mi casa, me voy a desmayar”, “si me pasa algo en la calle, nadie me va a ayudar”, son falsos y familiarizarse con las sensaciones fisiológicas hasta que no produzca miedo ni ansiedad (Espada, Van der Hofstadt & Galván, 2007)

Con respecto al grado de creencia en las cogniciones catastróficas como “miedo a desmayarse”, disminuyó respecto al comienzo del tratamiento, según los dichos de la propia paciente y confirmado por la psicóloga. Probablemente, la razón de esto se debe a que se le enseñó a la paciente a cuestionar esos pensamientos y sumado a esto los ejercicios de respiración profunda que incidieron en forma positiva en el control de la ansiedad (Gómez & Marzucco, 2009).

Además a lo largo del tratamiento tuvo mejoras conductuales que aparecen en la historia clínica, donde se menciona que al principio del tratamiento, la paciente M dormía hasta las 13hs, y tenía todo su cuarto desordenado. Después de ocho meses de terapia se logró un cambio en los hábitos y comenzó a realizar las tareas que le brindaba la psicóloga, como ordenar el placard, y cada una de estas actividades que eran impartidas por la psicóloga se fueron cumpliendo satisfactoriamente.

Sin embargo es necesario recalcar que en un caso de agorafobia, se necesita sobre todo el apoyo de la familia, por lo cual se sugiere una mayor participación de la familia en los procesos del tratamiento, ya que muchas veces al no comprender el círculo familiar lo que está padeciendo

la paciente, los hace actuar de manera contraproducente al tratamiento, perjudicando y lentificando la evolución de la misma (Carrión & Bustamante, 2012). Esto se menciona debido a que la propia paciente, a lo largo de las exposiciones manifestó malestar por situaciones en el círculo familiar, que tenían que ver con una incompreensión de lo que le estaba sucediendo. Por lo cual repetidas veces M, mencionó “mis hermanas no me entienden, entonces no me prestan atención, se alejan”, “mi papá al no estar nunca no sabe lo que me pasa”.

Si bien la paciente a lo largo de las entrevistas no mencionaba grandes conflictos con su familia, igualmente esos “pequeños conflictos” eran el desencadenante de conductas como los “atracones” por los cuales después pasaba días encerrada sintiéndose mal porque “le dolía mucho la panza” y generaba involución en el tratamiento.

Y por último, se observó una paulatina incorporación de las actividades abandonadas con la primera crisis de pánico, entre ellas el voluntariado del oratorio y se volvió a inscribir para continuar estudiando el año próximo.

Con respecto a la consecución de las metas del tratamiento, quedan pendientes continuar reforzando la autoestima, la confianza en sí misma e independencia, mejora del estado anímico y seguir disminuyendo el aislamiento social. Y con relación a las conductas evitativas, la paciente M tiene que continuar avanzando, ya que no realiza viajes sola y aún no viaja en colectivo.

En general se puede afirmar que el tratamiento está resultando efectivo, pero aún no ha finalizado y quedan pendientes objetivos a cumplir.

6. Conclusiones.

En el presente trabajo se analizó el tratamiento aplicado a una joven de 19 años (M) con agorafobia desde la teoría cognitiva-conductual. Al momento de la primera consulta la paciente M, hacía un mes y medio que no salía de su casa desde que padeció la primera crisis de pánico.

Como resultado de esto, abandonó todas las actividades que venía realizando hasta ese momento y presentaba un estado anímico depresivo, sobrepeso, trastorno alimentario (atracones por ansiedad), baja autoestima, aislamiento social y dependencia absoluta de la madre. De esto se desprende su diagnóstico, como el resultante del miedo a padecer otra crisis de pánico, se desarrolló en la paciente agorafobia, lo cual implica un miedo o ansiedad a estar en lugares o situaciones de los que puede ser difícil escapar o en los cuales puede no disponerse de ayuda en el caso de sufrir síntomas tipo pánico y, en consecuencia, se produce una evitación casi continua de muchas situaciones, como estar solo dentro o fuera de la casa, sitios con mucha gente y viajar en transporte público. Y tal como se observó en la paciente el componente evitativo causa deterioro en lo social, lo educativo y lo laboral (American Psychiatric Association, 2013).

Se planteó en base a su sintomatología un plan de tratamiento desde la teoría cognitiva conductual, la cual es un tipo de psicoterapia estructurada, con límite de tiempo, orientada hacia el problema y dirigida a modificar las actividades defectuosas del procesamiento de la información evidentes en los trastornos psicológicos, donde el terapeuta y el paciente colaboran en identificar cogniciones distorsionadas que se derivan de los supuestos o las creencias desadaptativas. (Clark, 1995, citado por Caro, 2002). El plan consistió primeramente en aplicar psicoeducación sobre el problema que padece M, mediante lo cual se le brinda a la paciente información sobre la patología que sufre para que pueda comprender el por qué de ciertos comportamientos y síntomas (Bados López, 2001). Luego se realiza en la sesión de terapia discusiones cognitivas de los pensamientos catastróficos, lo cual implica definir el pensamiento negativo, analizar las evidencias en favor y en contra del pensamiento, buscar interpretaciones alternativas, desdramatizar, entre otras; además se enseña un entrenamiento en respiración lenta, entrenamiento en técnicas de distracción, como realizar ejercicios mentales (contar, pensar en animales, en nombres), y también se ayuda al paciente a identificar y modificar las

interpretaciones catastróficas sobre sus sensaciones corporales (Gómez & Marzucco, 2009). Por último se realizan ejercicios de exposición en vivo, en los cuales se establecen metas de acuerdo a las situaciones o estímulos evitados por la paciente (Bulacio, 2011)

Como puede apreciarse a lo largo del trabajo el tratamiento aplicado a la paciente M, resultó eficaz al conseguirse primeramente reducciones importantes en los niveles de evitación y temor que la paciente presentaba ante distintas situaciones.

Los episodios de crisis de pánico no pudieron evaluarse, ya que la paciente durante el período de evaluación, ni durante el mes y medio antes de solicitar tratamiento, ni a lo largo del mismo había presentado ningún episodio de este tipo, atribuyendo este hecho la paciente a la evitación de los lugares temidos. Por otra parte, la exposición que forzaba el tratamiento, tampoco provocó una crisis de pánico, por lo que la evaluación del tratamiento, se centró en el grado de evitación y temor de la paciente, observándose una incorporación gradual de las actividades abandonadas, como resultado de la primera crisis de pánico, y una incorporación paulatina de la utilización del transporte público, como consecuencia de las exposiciones en vivo realizadas.

Atendiendo a los resultados obtenidos, se confirma la eficacia de un tratamiento que combina la exposición en vivo con la terapia cognitiva conductual, ambos considerados como tratamientos eficaces y efectivos para los trastornos de ansiedad en general y para el trastorno de pánico con agorafobia en particular.

Para finalizar, con respecto a la consecución de las metas del tratamiento, quedan pendientes continuar reforzando la autoestima, la confianza en sí misma e independencia, mejora del estado anímico y seguir disminuyendo el aislamiento social. Y con relación a las conductas evitativas, la paciente M tiene que continuar con las exposiciones en vivo para conseguir valerse por sí misma totalmente.

Limitaciones.

Con respecto al presente trabajo hubiera sido de utilidad incorporar un nuevo objetivo en donde se plantearía la descripción del tipo de personalidad asociada a la patología descrita en el caso M., ya que particularmente la paciente presentaba rasgos de la personalidad que estaban muy asociados al tipo de patología que sufría, y hubiera sido un aporte importante relacionar estos puntos para obtener un análisis más completo del tratamiento aplicado a la paciente.

Por otro lado, hubiera sido interesante que la institución permitiera participar de una cámara gessell con el objetivo de observar la aplicación de técnicas descriptas por la psicóloga. En

donde el rol del residente, no se limite sólo a la colaboración de la parte comportamental del tratamiento, sino que permita involucrarse aún más en el caso. Y realizar un mayor trabajo en conjunto con la psicóloga, lo cual permitiría un conocimiento más completo del caso asignado, lo que a su vez beneficiaría el tratamiento del mismo. Asimismo, en las actividades de exposición y en la contención al paciente podría haber sido más metódica si se hubiera contado con un mayor entrenamiento y experiencia (que no se consiguió por cuestiones de tiempos de la práctica). Si bien se trató de poner el mayor esfuerzo posible en que las actividades se cumplieran de manera satisfactoria, en algunas ocasiones debido a la inexperiencia de la pasante los objetivos de los ejercicios se lentificaron por ser “manipulada” la pasante por la misma paciente, ya que la pasante por “miedo” a generarle un malestar la consentía en los pedidos que retrasaban su evolución en las exposiciones.

Y por último, si bien se pudo acceder a los protocolos de los test administrados a la paciente al comienzo del tratamiento, no se contó con los resultados de los mismos.

Perspectiva Crítica.

Con respecto al abordaje de la paciente M, al no conocerse profundamente las estrategias utilizadas en terapia, no se puede sugerir limitaciones del tratamiento actualmente aplicado a la paciente. Se considera que el tratamiento descrito por la psicóloga y la paciente son los más efectivos y adecuados para este tipo de patologías.

Se sugiere una mayor participación de la familia, ya que se vio una participación pequeña de la madre, siendo quien la acompaña a la paciente, pero solo se observó el rol de acompañante, y muchas veces realizado sin compromiso, por esto mismo sería interesante que los miembros del grupo familiar que pudieran participar y conozcan por ejemplo el grupo de agorafobia que se maneja en la institución, posean una orientación que les permita comprender lo que siente el paciente.

Se desconoce si se realiza actualmente lo sugerido, pero particularmente en el caso M, no se vio reflejado.

Por último, se sugiere aunque se desconoce si se utilizó con M, técnicas que involucren la creatividad, el cual es un recurso que se utiliza para levantar restricciones que el sujeto se impone y tiene instaladas en sus esquemas mentales, ya que la misma consta de dos características fundamentales que se relacionan con los trastornos de ansiedad, que son la fluidez y la flexibilidad, lo cual permite al sujeto imaginar diferentes alternativas y ver las situaciones

como desafíos y no como una amenaza (Bulacio, 2011). Por lo tanto, hubiera sido de utilidad sobre todo en el caso particular de la paciente M, la utilización de este recurso, ya que ella misma menciona refiriéndose a su carrera que le atrae mucho crear, que le gusta “jugar con la imaginación”, por lo que se deduce que es una capacidad que tiene desarrollada y que le atrae ejecutarla, por lo mismo se la traspasaría a ejercicios que estimulen el pensamiento creativo y ayude a la paciente a levantar sus restricciones. En definitiva se trataría de adaptar los ejercicios al tipo de gustos, personalidad de la paciente para que tenga mayor adherencia a los mismos.

Aporte personal.

Respecto al objetivo planteado por el presente trabajo, se observó resultados favorables en la evolución de un estudio de caso de trastorno de pánico con agorafobia, demostrándose la efectividad del tratamiento cognitivo conductual. Teniendo en cuenta el formato de terapia individual de este estudio de caso se puede concluir que las técnicas aplicadas como las de reestructuración cognitiva, psicoeducación, ejercicios de respiración y las exposiciones en vivo resultaron eficaces en el tratamiento de los síntomas propios de la patología, como la eliminación parcial de las conductas evitativas y, en consecuencia, la mejoría en la calidad de vida, disminución de los síntomas depresivos y de la ansiedad. El entrenamiento en respiración y relajación, junto con la psicoeducación acerca de los síntomas fisiológicos de la ansiedad, ayudó a la paciente a generalizar estos aprendizajes a otras situaciones ansiógenas.

Por otra parte, también se observó una eficiencia y efectividad en la terapia psicofarmacológica al comienzo del tratamiento en combinación con la terapia cognitiva conductual y con las exposiciones en vivo. De todos modos, el presente trabajo tiene como limitante ser el estudio de un solo caso y al concluirlo la paciente no había finalizado su tratamiento por lo cual hubiera sido deseable realizar un estudio de seguimiento para evaluar el mantenimiento o no de las mejorías.

Como resultado del presente trabajo se logró adquirir un mayor conocimiento sobre la patología tratada, el tratamiento aplicado desde la terapia Cognitiva Conductual y particularmente sobre el funcionamiento y manejo de las técnicas de exposición en vivo. Además, se produjo un primer acercamiento al rol del psicólogo, si bien en la práctica sólo se cumplía el rol de acompañante terapéutico, se pudo poner en práctica como lograr empatía con la paciente y de esta forma conseguir la confianza para lograr los objetivos planteados por la psicóloga de la institución.

Finalmente, se propone potenciar trabajos de investigación de influencia de la personalidad y la psicopatología de la personalidad en el trastorno de pánico con agorafobia con el fin de identificar posibles indicadores de vulnerabilidad personal u optimizar el conocimiento sobre la presente patología.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (5^a.ed.). Washington DC: Author.
- Bados López, A (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la agorafobia. *Psicothema*. 3 (13): 453-464.
- Ballesteros, F., & Labrador, F.J. (2014). Empirically supported treatments for panic disorder with agoraphobia in a Spanish psychology clinic. *Spanish Journal of psychology*, 17 (2014), doi: <http://dx.doi.org/10.1017/sjp.2014.65>.
- Beck, J. (2000). *Terapia Cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. México: Gedisa.
- Belloch, A.; Sandín, B.; Ramos, F. (1995). *Manual de Psicopatología*. Madrid: McGraw-Hill. Volumen 2.
- Bender, L. (1955). *Test Gestáltico vasomotor (B.G) Usos y aplicaciones clínicas*. Buenos Aires: Paidós.
- Biglieri Rodríguez, R. & Vetere, G. (2011). *Manual de terapia cognitiva conductual de los trastornos de ansiedad*. Buenos Aires: Polemos.
- Botella Arbona, C & Benedito Monleón, M.C. (1991). Aplicación del tratamiento en vivo en un caso de agorafobia con crisis de angustia. *Anales de psicología*. 7 (1): 75-83.
- Camacho, J. (2003). *El ABC de la Terapia Cognitiva*. Buenos Aires.
- Caro, I. (2002). *Manual de Psicoterapias Cognitivas*. España: Paidós.
- Carrión, O, & Bustamante, G. (2012). *Ataques de pánico y trastornos de fobia y ansiedad. Cómo reconocerlos. Cómo superarlos*. Buenos Aires: Galerna.
- Clark, D.A., & Beck, A.T. (2010). *Cognitive therapy for anxiety disorders: Science and practice*. New York: Guilford Publications.
- Clark, D. A., Beck, A. T. & Alford, B. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. New York: Wiley.
- Espada, J.P, Ven der Hofstadt, C.J & Galván, B (2007). Exposición en vivo y técnicas cognitivo-comportamentales en un caso de ataques de pánico con agorafobia. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 1(7): 217-232.

- Gardner, H. (1996). *La nueva ciencia de la mente*. Paidós. Buenos Aires
- Garriga, A., Martín, J.C. & López Soler, C. (2009). Tratamiento cognitivo-conductual grupal del trastorno de pánico con o sin agorafobia en un centro de salud mental público. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 14 (2), 79 – 93. Recuperado de <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:Psicopat-2009-14-2-0002/Documento.pdf>.
- Gómez, M.C. & Marzucco, V.D. (2009). *¿No puedo dejar de preocuparme! ¿Usted tiene TAG?: Estrategias para identificar y vencer al Trastorno de Ansiedad Generalizada: Libro de autoayuda y guía de tratamiento para profesionales de la salud mental*. Buenos Aires: Galerna.
- Hammer, E. (1969). *Test proyectivos gráficos*. Barcelona. Editorial Piados.
- Mahoney, J. (1998). *Cognición y Psicoterapia*. España: Paidós
- Tortella-Feliu, M. (2014). Los trastornos de ansiedad en el DSM-5. *Revista iberoamericana de psicopatología*, 110, pp. 62-69.
- Wikinski, S., & Jufe, G.S. (2013). *El tratamiento farmacológico en Psiquiatría: Indicaciones, esquemas terapéuticos y elementos para su aplicación racional*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Médica Panamericana.