

UNIVERSIDAD DE PALERMO
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

Trabajo Final Integrador

Terapia de exposición grupal en pacientes con agorafobia

Autor: Beverina Sandra María

Tutora: Dra. Gabriela Ramos Mejía

Buenos Aires, Argentina, 19 de Octubre de 2016

Índice

1. Introducción.....	2
2. Objetivos.....	3
2.1. Objetivo General	3
2.2. Objetivos Específicos	3
3. Marco Teórico	4
3.1 Ansiedad.....	4
3.1.1 Síntomas de la Ansiedad	6
3.1.2 Trastornos de Ansiedad	7
3.1.2.1 Clasificación según DSM-5.....	8
3.1.2.1.1 Concepto de Fobia	9
3.1.2.1.2 Agorafobia.....	10
3.2 Psicología Cognitiva.....	13
3.2.1 Terapia Cognitivo-Conductual	13
3.2.1.1 Técnica de Exposición	15
3.3 Grupos Terapéuticos	16
4. Método.....	21
4.1. Tipo de estudio	21
4.2. Participantes	21
4.3. Instrumentos	22
4.4. Procedimiento.....	22
5. Desarrollo	23
5.1. Descripción de la dinámica y modalidad de trabajo del grupo terapéutico de agorafobia en las salidas grupales semanales con los coordinadores	23
5.2. Descripción de las intervenciones de los coordinadores del grupo terapéutico de agorafobia, durante las salidas grupales.....	28
5.3. Descripción de los cambios percibidos por los pacientes en sus vidas a raíz de su participación en el grupo terapéutico de agorafobia.....	32
6. Conclusiones.....	35
6.1. Resumen del desarrollo	35
6.2. Limitaciones	36
6.3. Perspectiva crítica y aporte personal	37
6.4. Nuevas líneas de investigación	37
7. Referencias bibliográficas	40

1. Introducción

El siguiente Plan del Trabajo Final Integrador, correspondiente a la Práctica y Habilitación Profesional V, se realizó en una Organización No Gubernamental dedicada a la orientación, investigación y ayuda solidaria de personas que sufren trastornos de ansiedad, donde se concurrió durante 280 horas para el cumplimiento de la misma.

Dicha institución se encuentra ubicada en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y sus actividades están dirigidas por profesionales de la salud mental: médicos, psicólogos, psiquiatras, acompañantes terapéuticos, contando además con el valioso apoyo y colaboración de coordinadores de los grupos terapéuticos semanales en su calidad de pacientes recuperados.

Así mismo se dictan charlas mensuales gratuitas abiertas a la comunidad, destinadas a brindar información sobre los trastornos de ansiedad, distintas clases de fobias, el pánico, la agorafobia, el trastorno obsesivo-compulsivo, la ansiedad generalizada y la depresión. Estos encuentros cuentan con la presencia de un equipo interdisciplinario y la asistencia de los coordinadores de grupo, quienes están entrenados para ayudar a otros a aliviar su sufrimiento.

Las modalidades de abordaje terapéutico son tanto individuales, con un tratamiento de tipo cognitivo combinado con medicación, como grupales, ya sea dentro de la institución o con las salidas mensuales que realizan los que sufren de fobia social o las semanales realizadas por los pacientes agorafóbicos acompañados por los coordinadores de grupo.

La práctica consistió en la realización de tareas administrativas dentro de la institución con observación no participante de los distintos pacientes que acudían a sus consultas semanales y de observación participante tanto en el grupo de Fobia Social como en los que sufren de Agorafobia, teniendo la posibilidad de charlar tanto con los pacientes como con los coordinadores a cargo. Con estos últimos, integrantes fundamentales de los grupos, se tuvo la posibilidad de conversar con ellos sobre los distintos casos, estrategias y técnicas aplicadas surgiendo el tema de analizar el funcionamiento de los grupos, motivo del presente TFI.

2. Objetivos

2.1 Objetivo general

- Describir el dispositivo y los cambios percibidos de un grupo terapéutico de pacientes con agorafobia en una Organización No Gubernamental en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

2.2 Objetivos específicos

- Describir la dinámica y la modalidad de trabajo del grupo terapéutico de agorafobia en las salidas grupales semanales con los coordinadores.

- Describir las intervenciones de los coordinadores del grupo terapéutico de agorafobia, en tanto pacientes recuperados, durante las salidas grupales.

- Describir los cambios percibidos por los pacientes en sus vidas a raíz de su participación en el grupo terapéutico de agorafobia.

3. Marco Teórico

3.1 Ansiedad

La agorafobia es un trastorno de ansiedad que se caracteriza por sentir miedo o ansiedad intensa y desproporcionada frente a la presencia de dos o más de las siguientes situaciones: estar en espacios abiertos como ser puentes, zonas de estacionamiento, o espacios cerrados ya sea teatros, cines o tiendas comerciales, también hallarse fuera del hogar solo o por el contrario estar en medio de una multitud, hacer cola para esperar y el uso de cualquier medio de transporte público. La persona entonces elude continuamente estas circunstancias temiendo no recibir ayuda o en su defecto poder escapar si llegase a sentir los síntomas tan invalidantes que se le presentan (American Psychiatric Association, 2014).

Antes de continuar exponiendo las características de la agorafobia resulta necesario conceptualizar que es la ansiedad ya que muchos autores refieren a este concepto. En primer término la ansiedad es una manifestación fundamentalmente humana que permite al hombre prever situaciones diversas ya sea relacionadas con su defensa como con el ataque, cumpliendo con un papel adaptativo y sirviendo a funciones esenciales vinculadas con el apareamiento, la supervivencia, la búsqueda de alimentos y la protección. En cuanto a la defensa será tanto a amenazas físicas como cognitivas, próximas como probables que podrían suceder, incluso, mucho tiempo después. Al mismo tiempo la ansiedad puede generalizarse y esto representa un riesgo ya que se vuelve disfuncional o desadaptativa y se la calificará como patológica (Bulacio, 2011).

Esta ansiedad desadaptativa, que causa un problema de salud interponiéndose en la vida cotidiana de la persona, es producto de la existencia de amenazas racionales y emocionales que generan un estado de movilización que no encuentra una descarga (Bulacio, 2011; Cía, 2007).

Así como la ansiedad normal es adaptativa para el desarrollo y la evolución del hombre y por ende debe ser considerada como una emoción normal (Miguel Tobal, 1996, citado en Bulacio, 2011), la ansiedad anormal o desadaptativa es la causante de que la persona se sienta desprotegida, desamparada, abandonada, sola, con malestar psicológico así como también con varias consecuencias físicas impidiendo el funcionamiento de esta y llevándola a mecanismos de evitación (Cía, 2007).

Otros autores refieren que, a menudo, las personas afrontan situaciones con consecuencias desconocidas que producen en ellas cambios en los planos psíquico, emocional y también corporal, siendo la ansiedad parte de esos cambios. Ellos distinguen entre la ansiedad positiva o paranoide poniendo como ejemplo el casarse, viajar a otro país o dar un examen que cuando está en las personas se dice que estas se encuentran motivadas, justamente porque es la ansiedad positiva la que mantiene la motivación. Por otro lado conceptualizan a la ansiedad adversa o depresiva, desencadenada por un duelo o una crisis de pánico, la cual produce cambios progresivos o bruscos en los estados emocionales de las personas (Carrión & Bustamante, 2012).

Se destaca también la importancia de distinguir la diferencia entre ansiedad normal y ansiedad patológica donde hay dos autoras que plantean conceptos similares. Gómez y Marzucco (2009) refieren que la primera se activa como un mecanismo para poder enfrentar, y en lo posible resolver, los conflictos que se le presentan a la persona sin alterarse ni abatirse, en cambio la segunda al activarse, tiene una reacción opuesta frente a la percepción del estímulo, es muy sensible y reacciona con desesperación.

Por su parte Carrión y Bustamante (2012) señalan que lo que distingue a una ansiedad de la otra es la dimensión de la respuesta al estímulo causante y que la ansiedad patológica se manifiesta en alguna clase de trastorno que puede estar, o no, asociado a otros desórdenes psíquicos, se conoce a este último con el nombre de comorbilidad o sea la convivencia en un individuo de más de una dolencia.

Como se puede observar existen diversas definiciones sobre constructos de ansiedad pero en común todas coinciden que es una emoción humana en la que subsiste una sensación opresiva de desasosiego, sobresalto y malestar donde las personas demuestran un estado de agitación, inquietud, temor ante un objeto o situación real o imaginaria que produce no solo manifestaciones a nivel mental sino también variados síntomas corporales (Carrión & Bustamante, 2012). Las personas se sienten ansiosas, no se pueden relajar, tienen la sensación de que algo va mal en ciertas situaciones o en la vida en general. Se sienten intranquilas, se preocupan, se encuentran invadidas por pensamientos que quieren evitar. Es en estas situaciones cuando la ansiedad deja de ser una emoción normal para convertirse en un problema en la vida de las personas (Lazarus & Lazarus, 2000).

3.1.1 Síntomas de la Ansiedad

Las manifestaciones de la ansiedad pueden darse en tres niveles por lo tanto los síntomas de la ansiedad son muy diversos y como estos se presentan va a depender de cada persona. A nivel físico puede aparecer boca seca, dificultad para respirar, sudoración, temblores, taquicardias y vómitos entre los más habituales. A nivel cognitivo se producirá sobresalto, huída, anticipar lo peor, pensar que algo malo va a suceder, sensación que el tiempo transcurre más de prisa que de costumbre. Y por último a nivel conductual las personas están hipervigilantes, tienen dificultad para hacer cosas quedándose perplejos en muchos casos (Rojas, 1999).

Otra de las manifestaciones de la ansiedad es la inquietud motora que es la exteriorización más común de esta a nivel comportamental, las personas suelen comerse las uñas, moverse en sus asientos o sonarse los nudillos. En el nivel fisiológico las contracturas por exceso de tensión muscular así como la aceleración de las palpitations son muy comunes. En cuanto a las cogniciones, pensamientos recurrentes como fallar o tener vergüenza en ciertas situaciones son habituales en las personas ansiosas. A su vez se ven afectados tanto los sistemas cardiovascular, digestivo y también respiratorio por estas manifestaciones de la ansiedad (Cía, 2007).

Por su parte Bulacio (2011) destaca que puede haber un deterioro en las habilidades sociales de los individuos ya que justamente presentan dificultad en las áreas sociales por su irritabilidad, también les cuesta expresar lo que opinan, quedándose en blanco a la hora de preguntar o de responder. Para algunos autores las expresiones de ansiedad pueden llegar a ser de tal intensidad que inmovilizan y aterrorizan a las personas que la sufren y entonces para evitarlas estas pueden llegar a suspender o posponer indefinidamente sus actividades diarias (Carrión & Bustamante, 2012).

3.1.2 Trastornos de Ansiedad

La American Psychiatric Association (2014) refiere a los trastornos de ansiedad como aquellos trastornos que comparten respuestas emocionales exageradas como el miedo y la ansiedad, siendo la primera una manifestación a una amenaza real o imaginaria y la segunda una respuesta de anticipación a un peligro futuro. Se desarrollan en la infancia y tienden a persistir sino se tratan, apareciendo más en mujeres que en varones en una proporción de 2:1.

Estas alteraciones conocidas como trastornos de ansiedad son enfermedades que tienen una prevalencia de entre el 20 y 30 % de la población total, presentándose más frecuentemente en un 60% en mujeres, con una edad promedio de comienzo de alrededor de los 20 años, aunque algunos pacientes reportan que lo padecen toda la vida, refiriendo no poder registrar claramente la edad de comienzo (Gómez & Marzucco, 2009).

Siguiendo con esta línea Kaplan y Sadock (1999) refieren que los trastornos de ansiedad componen uno de los grupos más comunes de los trastornos psiquiátricos siendo la tasa de prevalencia anual del 17,7% y presentando las mujeres (en comparación a los hombres) mayor prevalencia a lo largo de la vida. Este porcentaje de la prevalencia de los trastornos de ansiedad de 30,5% y 19,2% respectivamente se ve disminuido en las clases socioeconómicas más altas.

A su vez Carrión y Bustamante (2012) mencionan que existen varios tipos de trastornos de ansiedad y cada uno tiene sus características propias y la posibilidad que hagan eclosión está determinada por factores biológicos o sea factores genéticos hereditarios. Tres de cada 10 personas tienen una predisposición genético-biológica a sufrir crisis espontáneas de ansiedad. Se entiende como trastorno genético a la falta o falla de un gen específico donde cada gen es una enzima. La enzima es una sustancia proteica que modifica una reacción metabólica. En las personas que sufren de trastornos de ansiedad al medir la enzima mono-amino-oxidasa plasmática esta está aumentada comparada con el normal de las personas no ansiosas. Así mismo los individuos ansiosos también presentan cierta vulnerabilidad psicológica, por lo tanto situaciones traumáticas que ellos vivencien pueden desencadenar un trastorno de ansiedad (Carrión & Bustamante, 2012).

Los mismos autores refieren que en un experimento realizado en una población de monos cuando fueron inyectados con ácido láctico, 3 de cada 10 misma proporción que los humanos, desarrollaron fuertes crisis de ansiedad a los 10 minutos de haber recibido la sustancia, significando que esta predisposición también existe en los animales superiores (Carrión & Bustamante, 2012).

3.1.2.1 Clasificación de los trastornos de ansiedad según DSM 5

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM -5; APA, 2014) establece como trastornos de ansiedad a los siguientes trastornos: trastorno de ansiedad social, trastorno de ansiedad por separación, trastorno de ansiedad generalizada, mutismo selectivo, trastorno de pánico, especificador del ataque de pánico, trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos, trastorno de ansiedad debido a otra afección médica, otro trastorno de ansiedad especificado, otro trastorno de ansiedad no especificado, fobias específicas y agorafobia.

Sin embargo algunos autores no especifican todos los trastornos anteriormente mencionados y clasifican a los trastornos de ansiedad en: trastorno de ansiedad social (TAS), trastorno de pánico, con o sin agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada (TAG), trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), trastorno de estrés post traumático (TEPT) y las fobias (Gómez & Marzucco, 2009). Por su lado otros autores coinciden con la misma clasificación aclarando que el TAS antes era conocido con el nombre de fobia social, mientras que las fobias específicas se denominaban fobias simples (Carrión & Bustamante, 2012). Sin embargo hasta hace dos décadas algunos autores no mencionaban ni a la fobia social ni al trastorno de pánico clasificando solo a los trastornos de ansiedad en el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno por estrés postraumático, el trastorno de ansiedad generalizada, las fobias y el trastorno de angustia con o sin agorafobia (Kaplan & Sadock, 1999).

Dos clasificaciones de los trastornos de ansiedad a las que se hizo mención anteriormente fueron las fobias específicas, las cuales hasta el año 1994 se conocían como fobias simples (Maass, 2014) y la agorafobia. En general las fobias se asocian a ciertas clases de estímulos o situaciones como ser arañas, perros, serpientes y lagartos entre los animales, también la sangre entre los estímulos y situaciones tales como viajar en avión, estar en lugares cerrados o abiertos y hablar en público son frecuentes entre la

población. Por otro lado una silla, un árbol o una flor no suelen inducir respuestas fóbicas (Belloch, Sandín & Ramos, 2009).

3.1.2.1.1 Concepto de Fobia

Según algunos autores el miedo es un sentimiento necesario tanto para la defensa como para la supervivencia del ser humano, teniendo su origen en la angustia. Sin embargo cuando por cierto motivo, ya sea hereditario o adquirido, ese miedo se convierte en exagerado y se transforma en fobia. Por lo tanto esta última sería una reacción desproporcionada e irracional ante un objeto o una situación (Carrión & Bustamante, 2012).

Para el DSM-5 (APA, 2014) ese miedo o ansiedad irracional y extremo a esos objetos o situaciones que se mencionaban anteriormente, se encuentran restringidos, limitados, refiriéndose a estos como estímulos fóbicos. Esos miedos aparte deben ser intensos incrementándose a veces con el acercamiento o con la anticipación tanto del objeto como de la situación llegando a veces a presentarse en forma de crisis de pánico. Estas crisis de pánico o *panic attacks* se presentan como respuesta al miedo caracterizándose por la aparición repentina de síntomas de miedo con síntomas físicos y/o cognitivos y que en minutos alcanzan su nivel máximo.

En un análisis del vocablo pánico Rodríguez Biglieri y Vetere (2011) refieren que este deriva del griego *panikós* que significa terror masivo, miedo intenso, teniendo su origen en la mitología griega ya que Pan era el semidiós de los pastores y rebaños. Este tenía la apariencia de un fauno con cuernos y patas de cabra. Le gustaba dormir la siesta y si lo llegaban a despertar gritaba tanto que su grito podía enloquecer o hasta incluso matar a las personas.

Esta aparición repentina de las crisis de pánico que se mencionaba en párrafos anteriores conlleva a que los pacientes con pánico presenten una ansiedad anticipatoria de desarrollar otro ataque de pánico, la cual se conoce con el nombre de miedo al miedo (Goldstein & Chambles, 1978, citado en Bulacio, 2011). Pueden ser esperadas, como respuesta a objetos o situaciones que la persona teme, o inesperadas sin razón (American Psychiatric Association, 2014). Otros autores refieren que el pánico no tiene relación con el peligro que amenaza, siendo muchas veces sus causas insignificantes (Baumgart, 2001).

Carrión y Bustamante (2012) coinciden con los conceptos anteriores agregando que las fobias se diferencian del miedo común no solo por ser irracionales y persistentes durante muchos años, sino que incluso durante toda la vida del individuo llevando a la persona a escapar de lo que le produce ese miedo extremo aun comprendiendo que el temor que siente es irracional, pero el solo hecho de pensar en enfrentarlo le provoca ansiedad hasta incluso crisis de pánico.

Una de cada 10 personas tiene fobia, siendo su comienzo repentino en la adolescencia o en la adultez y en el 20 % de los casos desaparecen por sí solas no encontrándose explicación alguna de tal causa. Es por este motivo que muchas personas no sienten necesidad de comenzar un tratamiento a pesar de que sus miedos son intensos, extremos e irracionales. Pero muchas veces las fobias son invalidantes interfiriendo en la vida de las personas tal es el caso de la agorafobia (Bulacio, 2011).

3.1.2.1.2 Agorafobia

El término agorafobia deriva del vocablo griego *agorá* que significa la plaza donde se reunían las asambleas públicas en las ciudades de la antigua Grecia. (Diccionario Maria Moliner, 2007). Este agorá también tenía una construcción particular formando un recinto decorado con pórticos, estatuas y altares donde el pueblo, además de celebrar sus asambleas, administraba justicia (Diccionario Enciclopédico Salvat, 1962). También deriva del término *phobéomai* cuyo significado es temer. Entonces la agorafobia sería la sensación anormal de angustia ante los espacios abiertos y especialmente en calles y plazas amplias (Diccionario Maria Moliner, 2007).

Por su lado Kaplan & Sadock, (1999) señalan que el término deriva del vocablo griego *agorá* y *phobos* que significa miedo a la plaza del mercado.

Una de las primeras descripciones que se hicieron de la agorafobia fue en el año 1857 en Berlín en el Congreso de Neurología (Carrión & Bustamante, 2012), sin embargo otros autores refieren que el término fue acuñado en 1871 para describir la enfermedad de los pacientes que tenían miedo de concurrir solos a lugares públicos.

Carrión y Bustamante (2012) la definen como una reacción de ansiedad humana que se da sobretudo en mujeres, incapacitándolas para llevar a cabo sus actividades diarias ya que sienten temor a alejarse de sus casas, caminar por las calles o asistir a lugares populares.

Según refiere APA (2014) es un trastorno de ansiedad que se caracteriza por un intenso miedo o ansiedad frente a una exposición que puede ser real o como anticipo de una gran cantidad de diversas circunstancias. En este sentido varios autores señalan distintas situaciones ansiógenas que pueden producir un ataque de pánico y que la persona evita porque le provocan miedo o ansiedad, necesitando siempre la presencia de alguien que la acompañe:

- El uso del transporte público: trenes, aviones, barcos.
- Estar en espacios abiertos: puentes, ferias, playas de estacionamiento.
- Estar en lugares cerrados: teatros, cines.
- Hacer cola o encontrarse entre una multitud.
- Estar solo fuera del hogar.

Rodríguez Biglieri y Vetere (2011) señalan que esta ansiedad nombrada anteriormente es característica de la agorafobia y aparece en ocasiones en las que a las personas les resulta difícil huir, por lo tanto la persona evita continuamente lugares en los que haya mucha gente, viajar en subte, salir de compras o tomar un ascensor. Sin embargo algunos agorafóbicos pueden exponerse a estas situaciones si se encuentran acompañados o si tienen medidas protectoras tales como botellas de agua, bolsas de papel o medicación ansiolítica. Y es así como pacientes con trastorno de pánico con agorafobia pueden sentirse muy a gusto caminando por un centro comercial con estos objetos en el bolsillo, llamados reaseguros, aunque nunca los tomen y experimentar síntomas de ansiedad sin estos. Los reaseguros como ser la presencia de otra persona, terapeutas, comida o bebida alivian el malestar pero cuando no se encuentran presentes, el miedo vuelve.

Por su lado el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta versión (APA, 2014) refiere que las personas con agorafobia tienen temor o sienten ansiedad cuando se encuentran delante de dos o más situaciones como estar en lugares abiertos, tomar colectivos, hacer cola, estar en medio de una multitud o cualquier otra situación en la que se encuentren solas y lejos de sus hogares. Las personas tienen miedo de estas situaciones ya que piensan que pueden desarrollar una crisis de pánico, circunstancias de las que no podrían escapar o no recibirían ayuda alguna. A su vez estas mismas personas evitan las situaciones mencionadas anteriormente o necesitan salir acompañadas.

Bulacio (2011) refiere que la agorafobia puede suceder sin crisis de pánico. Sin embargo estas crisis de pánico pueden ocurrirle a todas las personas y los diferentes síntomas ya sea somatomorfos, hipocondríacos o depresivos que los individuos hayan experimentado pueden condicionar las conductas futuras de estos llevándolos a evitar ciertas situaciones o lugares y tener una patología como es la agorafobia.

Tal es así que los individuos sufren crisis de angustia inesperadas y ansiedad anticipatoria por la preocupación de la posibilidad de sufrir nuevas crisis de angustia lo que provoca cambios conductuales significativos en ellos desarrollando comportamientos de evitación agorafóbicos ante situaciones como los transportes públicos, grandes tiendas, aglomeraciones de gente, puesto que perciben que será difícil no solo escapar, como así también no disponer de ayuda en el caso de tener un ataque de pánico o síntomas similares (Eysenck & Derakshan, 1997).

Según Kaplan y Sadock (1999) la agorafobia interfiere en la vida de las personas y las incapacita tanto para trabajar como para desenvolverse socialmente fuera de sus casas, es por este motivo que se la puede considerar la fobia más incapacitante desarrollándose la mayoría de las veces, según investigadores de Estados Unidos, como complicación en pacientes con trastornos de angustia.

Sin embargo una agorafobia, a veces presente durante 30 años en una persona que lleva más de 10 años de tratamiento psiquiátrico y de psicoterapia, se puede curar en 15 o 20 días cuando se utiliza el medicamento específico que inhibe a la enzima mono-amino-oxidasa plasmática responsable del problema (Carrión & Bustamante, 2012).

Como se pudo observar existen tanto diversas definiciones del término agorafobia como situaciones en las que puede suceder esta, pero todas tienen en común que la persona que sufre de agorafobia tiene temor a los espacios abiertos, salir a la calle, utilizar los medios de transporte públicos o ir a espectáculos donde hay aglomeración de gente. También se puede mencionar que cuando el agorafóbico se encuentra en la situación temida puede tener, o no, ataques de pánico cuyos síntomas pueden ser mareos, náuseas, palpitaciones, sequedad en la boca, temblores, vértigo y hasta temor a volverse loco o a morir. Por lo tanto ante estas situaciones evita lo que teme lo cual hace que el trastorno sea sumamente invalidante (Espina Eisaguirre, 1995).

3.2 Psicología Cognitiva

La Psicología Cognitiva será el enfoque del presente trabajo integrador, entendiendo por cognición a todos los procesos mentales que se encuentran involucrados en el conocimiento ya sea de reconocimiento, comprensión almacenamiento, organización y recuperación de toda la información que llega desde los sentidos (De Vega, 1984).

3.2.1. Terapia Cognitivo-Conductual

La Terapia Cognitiva Conductual (TCC) comienza en los años 60 con los Dres. Aaron Beck y Albert Ellis como un tratamiento efectivo para la depresión y ansiedad. Este tratamiento se caracterizaba por ser estructurado, breve, destinado a resolver problemas actuales, a modificar el pensamiento y las conductas disfuncionales haciendo énfasis en la prevención de recaídas. El modelo cognitivo propone que todas las perturbaciones psicológicas tienen en común una distorsión del pensamiento, que influye en el estado de ánimo y en la conducta de los pacientes. Una modificación del pensamiento produce una mejoría tanto en ese estado de ánimo como en el comportamiento. Esto se logra con una participación activa del paciente y del terapeuta quien le enseña al primero a ser su propio terapeuta (Beck, 2000).

López Ortega (2009) plantea conceptos similares refiriendo que el terapeuta debe ser directivo y a menudo ser como profesor. Éste imparte métodos para modificar la conducta para que los pacientes fuera de las sesiones lo hagan puesto que la terapia conductual ofrece muchas oportunidades para aprender y practicar conductas y cogniciones. Y es que con la llegada de la terapia conductista a principios de los años 60 se hizo posible la utilización de esta en el marco de tratamiento para la reducción del estrés y el entrenamiento en habilidades sociales. Generalmente los grupos se componían de miembros con problemas similares a los cuales se les podía enseñar conductas concretas y se les podía reforzar con diferentes patrones de refuerzo dentro del propio grupo. La terapia grupal cognitivo-conductual se ha aplicado con éxito al tratamiento de una gran variedad de problemas, tales como la reducción de los efectos de la depresión, reducción de la ansiedad general, control de la agresividad en personas

violentas, desarrollo y perfeccionamiento de las habilidades relacionadas con la paternidad, resolución de problemas de adaptación en personas divorciadas y manejo del dolor entre otros.

Siguiendo con este mismo concepto otros autores también refieren que la terapia cognitiva es un proceso de colaboración entre el terapeuta y el paciente donde se enseña a este como identificar y manejar sus pensamientos negativos e ideas distorsionadas buscando al mismo tiempo formas de conocer el mundo transformando todos los sistemas de funcionamiento personal experimentando una nueva visión sobre las cosas (Carrión & Bustamante, 2012).

El objetivo de la TCC es interrumpir ese sistema de funcionamiento personal, ese circuito desadaptativo en el que los pensamientos y sensaciones fisiológicas se influyen generando ansiedad en el individuo. La TCC utiliza la psicoeducación para corregir conceptos equivocados sobre los efectos del miedo, la relajación y el reentrenamiento en respiración para interrumpir niveles de excitación demasiado altos y la exposición repetida a esas situaciones que el paciente teme para desconfirmar las expectativas del peligro. Así el paciente podrá tolerar el afecto negativo, regular las reacciones fisiológicas y enfrentar ya sea los objetos o las situaciones temidas (Rodríguez Biglieri & Vetere, 2011).

Bulacio (2011) refiere que cuando las vidas de los individuos se ven obstaculizadas por las fobias el tratamiento de la terapia cognitivo-conductual de desensibilización o terapia de exposición resulta muy efectivo ya que se enfrenta a las personas paulatinamente a aquello que le temen junto con ejercicios de respiración y relajación hasta que el miedo empieza a desaparecer.

Y es justamente el principio de la reducción y extinción del miedo el componente de exposición de la TCC. La extinción hace referencia a los continuos encuentros con el estímulo que se teme sin que aparezcan consecuencias repulsivas. En general una única sesión de exposición prolongada tiene mayor efecto que varias breves (Rodríguez Biglieri & Vetere, 2011).

3.2.1.1 Técnica de exposición

En la misma línea de pensamiento Carrión y Bustamante (2012) coinciden que la exposición *en vivo* es la técnica a la cual se le atribuyen los más elevados índices de efectividad, existiendo cuatro diferentes maneras de realizarla dependiendo de lo propio de cada paciente. La exposición prolongada en vivo, la práctica reforzada graduada, la auto exposición controlada más la auto observación y por último la práctica programada completan las distintas variantes en la que un paciente puede exponerse a lo que le teme.

En la exposición en vivo la persona es expuesta de un modo directo en la vida real a situaciones que le provocan ansiedad y que sistemáticamente esta evita. Y es la misma evitación la que continúa con los síntomas de ansiedad que la persona experimenta, es por este motivo que se hace necesario llevar a cabo la exposición de un modo sistemático para que la conducta de evitación vaya desapareciendo al exponerse reiteradamente a la situación que la persona teme (Lazarus, 1997).

Y es en este sentido que Rojas (1989) refiere que la repetición continuada y persistente de exposición al estímulo ansiógeno reduce considerablemente el miedo, pero si se deja pasar demasiado tiempo entre exposición y exposición ha sido comprobado que aumenta el índice de recaídas. Es en estas situaciones que los pacientes podrían volver a experimentar ansiedad y miedo frente a aquellas situaciones en las cuales ya se sentían cómodos no experimentando ansiedad anticipatoria. Por lo tanto aquellas pacientes que se exponen continuamente al estímulo ansiógeno aumentan la confianza en sí mismos evidenciando mayores mejorías.

Continuando con lo expresado anteriormente las técnicas de exposición son, para muchos autores, el tratamiento de elección o, al menos, un componente fundamental de cualquier paquete terapéutico eficaz para el tratamiento de la agorafobia (Echeburúa, 1993). Para Carrión y Bustamante (2012) la terapia cognitivo conductual es la más efectiva sobre todo la exposición en la que se le propone al paciente que interactúe y se exponga en un principio a situaciones no tan temidas para luego progresiva y gradualmente ir exponiéndose a situaciones más complejas. Siguiendo la misma línea de pensamiento Bados (1997) refiere que si bien la exposición en vivo es un componente básico en el tratamiento de este trastorno, no es suficiente y debe ser combinado con otras técnicas.

No se trata de que el paciente supere a través del olvido y la evitación esas situaciones complejas de las que se hablaban anteriormente sino que es a través de la confrontación de estas con la técnica de la exposición en vivo y en directo la cual le permitirá la reinterpretación de las tan temidas situaciones (Safran & Segal, 1994).

Es así que la llamada exposición en vivo, o también conocida como exposición en la vida real, puede realizarla un terapeuta quien ayuda al paciente a afrontar la situación que este teme. Con el transcurso del tiempo y a medida que se repiten las exposiciones la persona va aprendiendo distintos modos de disminuir tanto sus miedos como su ansiedad al mismo tiempo que se va desensibilizando de las situaciones que le producen angustia, inquietud e incertidumbre entre otros malestares (Bulacio, 2011).

Esta exposición en vivo, debe ser acompañada de algún tipo de técnica cognitiva. Varios estudios han revelado que entre un 90 y un 75 % de los pacientes que han recibido terapia cognitiva quedaron libres de ataques de pánico, beneficios terapéuticos que refieren estos estudios, desapareciendo el temor y/o evitación de ciertas situaciones síntomas de la agorafobia (Pérez Nieto, 2002).

Estos temores y ansiedades son los que van siendo elaborados a través de los grupos los cuales son de gran ayuda y el trabajo con estos utiliza la técnica de exposición, técnica tomada del paradigma cognitivo conductual, que al contar con la experiencia de aquellos que se han recuperado se crean vínculos de diálogo, confrontación y persuasión los cuales conllevan a efectivas estrategias para su recuperación. Esa misma experiencia de quienes lo han logrado contribuye a creer en la posibilidad de remisión y superación (Ravenna, 2004).

3.3 Grupos Terapéuticos

Continuando con lo desarrollado Carrión y Bustamante (2012) coinciden también que una de las formas de lograr que la situación fóbica se extinga es colocar al individuo en un grupo terapéutico para que logre manejar la situación temida y para ello se le enseña técnicas psicodramáticas y de relajación con las cuales aminora las reacciones de alerta. En este sentido el grupo de terapia de los agorafóbicos es un grupo de ayuda mutua cuyos integrantes tienen diagnósticos similares y donde todos juntos hacen frente a lo que la enfermedad les lleva a temer desmedidamente. En el grupo se crean lazos de amistad que han de unir a los integrantes por el resto de sus vidas.

Para Gómez y Marzucco (2009), quienes plantean conceptos similares, la terapia de grupo es muy aconsejable ya que esta reafirma los logros y brinda identidad y si además el grupo familiar se involucra en el tratamiento este será mucho más beneficioso. Estas mismas autoras coinciden en que la integración de la terapia cognitiva comportamental, la psicofarmacología y la terapia de grupo incrementarán los resultados positivos. En una institución dedicada al tratamiento de las fobias se encontró que el 92,7% de los pacientes se recupera; si se asocian la medicación adecuada, la terapia cognitiva-comportamental y el amor fraterno de sus compañeros con la contención-prevención que brinda el grupo de trabajo, el éxito está prácticamente asegurado.

Estos resultados positivos se verán reflejados en los cambios de los miembros del grupo el cual es dirigido por un terapeuta entrenado quien estimula la labor autocentrada en los mismos para que logren sus cambios. El terapeuta es responsable de la enseñanza activa y del proceder en las actividades del grupo. Se espera que los miembros sean activos y que lo aprendido lo apliquen en la vida cotidiana. Este conjunto de personas se reúnen en un lugar determinado, a una hora preestablecida de común acuerdo entre terapeuta y pacientes y comparten una serie de normas tendientes a la consecución de un objetivo común, la curación. En los grupos cognitivo-conductuales los pacientes aportan consejos, como resultado, estos desarrollan importantes habilidades de liderazgo. Ayudando a otros pacientes, generalmente, aprenden a ayudarse a sí mismos de forma más eficaz que cuando son receptores únicos de una terapia particular (López Ortega, 2009).

Y siguiendo con esta misma línea Bion (1997) refiere que todo grupo se reúne para hacer algo y cada miembro colabora, voluntariamente y de acuerdo a su habilidad, en dicha actividad. Sin embargo en los grupos de terapia los individuos plantean problemas y buscan ayuda para la solución de los mismos. Hay un compuesto de ansiedad y esperanza en la creencia que el grupo es suficiente para producir un cambio en el individuo. Es por este motivo que la amistad tiene un valor sumamente considerable dentro del grupo para las necesidades terapéuticas de cada miembro.

Por ello es de suma importancia la terapia de grupo y tanto las interacciones paciente - terapeuta como las interacciones paciente-paciente, se utilizan para efectuar cambios en la conducta de cada uno de los miembros del grupo. El grupo mismo, más allá de las técnicas específicas y la conducción de un profesional calificado, sirve como instrumento de cambio. Esto es lo que le otorga a la psicoterapia de grupo su

excepcional potencial terapéutico (Yalom & Vinogradov, 2001, citado en Napolitano, s/f).

Otros autores también enfatizan la importancia de la actuación del grupo en el intercambio de información y como el grupo facilita este. Las personas ansiosas se sienten desorientadas y confundidas pero los niveles de ansiedad disminuyen al obtener esta información adecuada ampliando su mirada y descatastrofizando su problema. Al mismo tiempo reinterpretan los síntomas transformándolos en interpretaciones no catastróficas, frases muy usadas habitualmente como ser “me estoy muriendo” pueden ser cambiadas por “esto es un ataque de pánico, pero no quiere decir que me voy a morir” (Bulacio, 2011).

Estas interacciones personales que se dan en los grupos de terapia hacen que ese mismo espacio grupal sea un instrumento no solo para revisar sino también para transformar y fortalecer las conductas prosociales y la importancia que estas tienen en el desarrollo psicológico de los individuos (Vinogradov & Yalom, 1996). Para el ingreso a estos espacios grupales se requiere del deseo de los pacientes, criterio de admisión indispensable, para participar de un trabajo compartido que requiere cierta tolerancia a la frustración y compromiso para obtener el cambio positivo buscado (Robertazzi, 2004).

Los denominadores comunes de los grupos de terapia son los llamados factores terapéuticos o factores curativos que son los que realmente ayudan en los grupos, siendo de vital importancia que los terapeutas crean en sí mismos y son estos quienes deben hacer todo lo que sea necesario para facilitar la emergencia y maduración de dichos factores. Se identifican 11 factores curativos que funcionan de modo interdependiente: el infundir esperanza, la idea de universalidad, el obtener información, tanto del terapeuta como de los otros miembros del grupo, encontrar un espacio donde ejercitar el altruismo, el aprendizaje interpersonal, la imitación y el desarrollo de técnicas de socialización, donde expresar emociones y afectos, donde enfrentarse con las preguntas existenciales y donde poder revisar los vínculos ya internalizados de los primeros años de vida, en un marco de cohesión, siendo este uno de los factores más relevantes (Yalom, 2000).

Peñarrubia (1998) también concuerda que para que un grupo se desarrolle es necesaria su cohesión donde sus miembros sean capaces de cooperar y respetar a su coordinador. Esta cohesión puede observarse tanto en la escucha atenta de sus

integrantes como en la colaboración de cada uno de ellos frente a los requerimientos de los otros lo cual promueve en los grupos la idea de que el paciente es único e irrepetible.

Sin cohesión no existe el funcionamiento grupal ya que esta es la atracción que mantiene a los integrantes de un grupo como pertenecientes al mismo y estos pueden expresar emociones y afectos teniendo la posibilidad de hacer catarsis. Y son estos mismos integrantes los que al tener la sensación de compartir padecimientos definen la idea de universalidad. En el espacio grupal ejercitan el altruismo donde la posibilidad de ayudar al otro tiene un enorme valor para la autoestima. Así mismo hay un intercambio de información acerca del funcionamiento de los grupos la cual obtienen los pacientes al mismo tiempo que comparten nociones acerca de la propia enfermedad y es en los mismos grupos que los integrantes desarrollan técnicas de socialización aprendiendo a registrar tanto conductas inapropiadas como capacidades inhibidas que estos tenían (Zukerfeld & Zukerfeld, 1999).

Continuando con un abordaje similar Yalom (2000) refiere que el infundir y mantener la esperanza, primer factor curativo al que se hizo referencia anteriormente, es de suma importancia en toda psicoterapia ya que la fe puede ser efectiva por sí misma. Con respecto a la universalidad el solo hecho de sentirse que no son un caso aislado provoca un gran alivio. Así mismo el autor comparte conceptos con los autores anteriores al hacer hincapié en la importancia del altruismo y la experiencia de descubrir que pueden ser importantes para los demás; esto estimula la autoestima ya que la gente necesita sentir que es necesaria y útil. También coincide que la imitación es una fuerza terapéutica efectiva recalcando que la conducta imitativa juega un papel muy importante cuando los grupos se inician ya que ayudan a los individuos a experimentar con una nueva conducta.

En cuanto a los grupos de terapia de los agorafóbicos todos ellos tienen una característica en común que es la patología ansiosa que es la que hace que los pacientes puedan reconocerse en otros a pesar que esta se presenta de diferentes maneras en cada individuo. Al contar sus experiencias sienten que no están solos, descubren que hay otros que tienen síntomas parecidos, empiezan a recuperar su autoconfianza y seguridad. Ayudándose entre sí no solo posibilita el descubrir sus propias habilidades y valorar sus fortalezas sino que facilita una actitud de afrontamiento en sus vidas cotidianas (Bulacio, 2011).

Por su parte Robertazzi (2004) refiere que el grupo terapéutico es un confuso intercambio de experiencias humanas pero a pesar de esto el estar en contacto con otros ayuda a mantenerse inquieto y la inquietud es una buena perspectiva para los integrantes del grupo psicoterapéutico. El espacio es sumamente valorado por cada uno de los integrantes quienes aprenden de la conveniencia de trabajar en grupo sintiéndose, al mismo tiempo, comprendidos respecto de sus propios síntomas y muchas veces visualizando patologías en otros miembros de su familia quienes comienzan su propio tratamiento. Se pueden lograr cambios sustanciales a partir de esta pertenencia al grupo dejando atrás inseguridades, pérdida de autonomía, sentimientos de inutilidad y hasta falta de deseos de vivir.

Siguiendo con la misma perspectiva Sternik (2009) enfatiza que esa falta de deseo se puede revertir ya que en los grupos las personas aprenden a que vale la pena vivir la vida intensamente, que cada uno con su pequeño aporte va tejiendo redes solidarias, construyendo no solo proyectos personales sino el sentido de pertenencia a una comunidad generando espacios donde tanto las emociones como los miedos puedan ser trabajados tornándolos visibles para estar mejor con uno mismo y con el mundo que los rodea.

Zukerfeld y Zukerfeld (1999) mencionan la llamada “inoculación de esperanza” de Yalom en la cual los grupos funcionan a través de las tres “anzas”, terminaciones de las palabras semejanza, confianza y esperanza remarcando el valor terapéutico que tiene para los pacientes el ver que otros se han recuperado pudiendo tener una vida placentera y saludable. Los mismos autores remarcan que los grupos integrados por personas que sufren de la misma enfermedad funcionan de acuerdo al principio de semejanza donde los miembros se identifican y se genera una alta cohesión la cual es un gran indicador para su proceso de recuperación. Así mismo refieren la “teoría del testimonio” donde el relato de la vivencia personal de cada paciente es generador de apoyo.

4. Método

4.1. Tipo de estudio

Estudio de caso.

4.2. Participantes

Grupo de pacientes con agorafobia que asisten a las reuniones semanales del grupo terapéutico en una pizzería cercana a la Fundación donde concurren a sus terapias individuales semanales.

La asistencia a los encuentros no es obligatoria por lo tanto los integrantes que acuden a los mismos varían cada semana. Si bien ellos saben que son necesarios para su recuperación muchas veces, por la misma característica fóbica, alguno de ellos no asisten a los mismos. La cantidad de pacientes oscila entre seis u ocho integrantes, en su mayoría del sexo femenino y su rango de edad fluctúa entre 30 y 60 años. Todos reciben medicación y concurren a sus sesiones semanales de psicoterapia con los distintos profesionales de la Fundación. Algunos comenzaron su tratamiento hace dos semanas, y otros entre seis meses y un año.

Estos grupos de pacientes se encuentran coordinados por pacientes recuperados quienes en su momento han asistido a cursos de formación y capacitación dictados por profesionales de la Fundación para poder acceder a su condición de coordinadores de grupos terapéuticos.

Los coordinadores son dos pacientes recuperados de sexo femenino de 59 y 60 años de edad que hace 10 y 3 años respectivamente que coordinan los grupos de agorafobia después de haber hecho tratamiento por un año y tomado los cursos correspondientes. Al día de la fecha continúan con tratamiento farmacológico y psicoterapia quincenalmente.

4.3. Instrumentos

Observación participante en los grupos de pacientes con agorafobia.

Observaciones participantes de algunos pacientes de los grupos con agorafobia con preguntas acerca de los cambios percibidos en sus vidas a raíz de su participación en el grupo terapéutico, su estado emocional actual, el tiempo que concurren al grupo, si es de su utilidad y todas aquellas preguntas que pudieron ser relevantes para el trabajo final.

4.4. Procedimiento

Se observó, en el transcurso de las 280 hs que duró la Práctica profesional en sus salidas grupales, a los pacientes con agorafobia y a sus respectivos coordinadores en tres instancias:

- Durante 4 horas todos los sábados.
- Durante 8 horas un sábado por mes.
- Durante todo un fin de semana en el cual se visitó una ciudad costera de la Provincia de Buenos Aires.

Debido a la característica fóbica de los pacientes, las preguntas se realizaron en forma gradual e individualmente a lo largo de las salidas.

5. Desarrollo

5.1. Descripción de la dinámica y modalidad de trabajo del grupo terapéutico de agorafobia en las salidas grupales semanales con los coordinadores.

La modalidad de trabajo del grupo terapéutico de agorafobia se centra en reuniones semanales en una pizzería ubicada en una esquina cercana a la Fundación. Los integrantes de estas son los coordinadores y pacientes agorafóbicos.

Cada sábado desde hace ocho años la coordinadora M, paciente agorafóbica recuperada desde el año 2008 espera, puntualmente desde las 9.30 hs en el primer piso del bar que los pacientes agorafóbicos se presenten para realizar todos juntos las salidas grupales semanales. Unos minutos después se presenta en el lugar, la otra coordinadora S, quien es también paciente recuperada desde el año 2013, año que cumple su objetivo de viajar al exterior tal como se lo había propuesto al ingresar a la fundación.

La coordinadora S presenta la rutina de desayunar antes que lleguen los pacientes porque sabe que, según la modalidad de trabajo del grupo terapéutico de agorafobia en las salidas grupales de los sábados, hasta que termine la exposición no les está permitido ingerir alimento alguno ni bebidas. Esta es una de las condiciones fundamentales que los pacientes deben respetar, la cual se les informa a los mismos y estos leen en unos folletos el primer día al llegar al bar.

Así mismo ninguno de los integrantes del grupo podrá comer chicles, fumar, hablar por celular, incluso sostenerlo apagado en sus manos. Son los llamados reaseguros o medidas protectoras tal como los definen Rodríguez Biglieri y Vetere (2011) que alivian el malestar en pacientes con trastorno de pánico con agorafobia pero cuando no se encuentran presentes, el miedo vuelve.

Tanto M como S se han levantado a las seis de la mañana y han viajado dos horas hasta llegar al lugar pero para ellas es fundamental, no solo seguir exponiéndose, sino como plantean Zukerfeld y Zukerfeld (1999) ejercitar el altruismo donde la posibilidad de ayudar al otro tiene un enorme valor para la autoestima.

En general el número de integrantes no supera a los 10 siendo en su mayoría del sexo femenino de la misma manera que lo señalan Carrión y Bustamante (2012) refiriéndose a la agorafobia como una reacción de ansiedad humana que se da sobretodo en mujeres. En el mismo sentido la APA (2014) señala que este trastorno de ansiedad

también se observa con más frecuencia en mujeres que en varones en una proporción de 2:1.

Las salidas son sumamente necesarias y son aconsejadas por los profesionales de la fundación con los cuales cada uno de los pacientes se atiende para su terapia semanal en algunos casos, y en otros quincenalmente aparte de la terapia psicofarmacológica, para producir un cambio en el individuo tal cual lo plantean Gómez y Marzucco (2009). Estas autoras coinciden en que complementar la terapia cognitiva comportamental, la psicofarmacología y la terapia de grupo aumentarán los resultados favorables para la extinción de la situación fobígena.

Se observa que uno a uno van llegando y toman asiento, algunos se conocen desde hace tiempo y se han ido haciendo amigos (Carrión & Bustamante, 2012). También acuden al encuentro los que lo hacen por primera vez, los demás los reciben con la misma alegría que al resto; se sienten ansiosos pero esperanzados en la creencia que el grupo es suficiente para producir un cambio en sus vidas. Es por este motivo tal como lo destaca Bion (1997) que la amistad es sumamente importante dentro del grupo para las necesidades terapéuticas de cada miembro.

Si bien ya le fueron explicadas a los nuevos pacientes, en sus sesiones de terapia, la modalidad de trabajo de las salidas grupales, se observa que la coordinadora M vuelve a explicarles una vez más con voz calma que las tareas de exposición consisten en la exposición en vivo frente a los estímulos o situaciones que son generadoras de ansiedad o temor en la persona. En este sentido Lazarus (1997) plantea que se hace necesario llevar a cabo la exposición de un modo sistemático para que la conducta de evitación vaya desapareciendo al exponerse una y otra vez a la situación que la persona teme.

Les explica que ella pasó por lo mismo y que sabe lo que están sintiendo pero que deberán soportar el malestar hasta que se logre una disminución de la ansiedad. Agrega que los resultados a lo largo de todos estos años han sido favorables, recuperándose la gran mayoría los pacientes tal como lo afirman Gómez y Marzucco, (2009) que más del 92 % de los pacientes se recupera si ellos complementan la medicación adecuada con la terapia cognitiva-comportamental y las salidas grupales semanales acompañados de los coordinadores designados a tal fin.

Cuenta que según las características de cada uno empezarán tomando un colectivo, un subterráneo o un tren por solo algunas paradas pero siempre acompañados por una de las coordinadoras y si fuera necesario no se les soltará la mano mientras ellos

lo necesitaran. Así como lo indica APA (2014) que hay ciertas situaciones que le provocan miedo o ansiedad a los pacientes agorafóbicos necesitando siempre la presencia de alguien que los acompañe.

Tal fue el caso de la paciente N de 39 años como se pudo observar el día que acudió al grupo por primera vez y a quien la coordinadora M le mantuvo sostenida las dos manos durante todo el trayecto que duró su primer viaje en colectivo. M manifestaría más tarde que la paciente “tenía las manos heladas y mojadas al mismo tiempo y apretaba mis manos con muchísima fuerza”.

N acudió al encuentro del día sábado 1 de octubre del 2016 por primera vez en compañía de su novio. La misma no salía de su casa sola desde el año 2000 a no ser que lo hiciera acompañada por su pareja. Si el trayecto era en automóvil, esta refirió que “lo tenía que hacer acostada para dormir y que el viaje se me pasara más rápido”. N sentía malestar, un estado de agitación constante, temor, inquietud no solo a nivel mental sino variados síntomas corporales cada vez que salía a la calle o el simple hecho de pensar que tenía que hacerlo le hacía sentirse ansiosa de que algo iba a salir mal (Carrión & Bustamante, 2012). Manifestó tener contracturas, se movía constantemente en su asiento haciendo sonar los nudillos de los dedos de sus manos (Cía, 2007).

Se observa que las coordinadoras les relatan a los pacientes que en la medida que vayan superando el hecho de no experimentar ansiedad al tomar los distintos medios de transporte, empezarán a tomarlos solos pero al principio solo por algunas paradas y siempre con la mirada atenta de ellas quienes viajarán en el próximo colectivo y esto sumado al saber que alguien que los entiende está viajando detrás de ellos y los va a poder ayudar en caso de experimentar malestar, les brinda una enorme seguridad. En este sentido Bulacio (2011) sostiene que con el transcurso del tiempo y a medida que se repitan las exposiciones la persona va aprendiendo distintos modos tanto de disminuir sus miedos como su ansiedad al mismo tiempo que se va desensibilizando de las situaciones que le producen angustia.

Una vez explicado esto la coordinadora M les reparte unos pequeños papeles de colores a cada paciente en donde se encuentran escritos los distintos medios de transporte que cada uno deberá tomar hasta llegar a un cierto lugar, que será la visita final donde concluirá la exposición. Ninguno conoce con anticipación el lugar ya que sino podrían experimentar lo que se conoce como ansiedad anticipatoria. De este modo, como especifica la APA (2014), la agorafobia es un trastorno de ansiedad que se identifica por un penetrante miedo o ansiedad que la persona siente frente a una

exposición que puede ser real o como adelanto de una gran cantidad de diversas situaciones: el uso del transporte público, encontrarse en zonas abiertas o lugares cerrados, hacer cola o encontrarse entre una multitud. Todas estas situaciones forman parte de las exposiciones que cada sábado son experimentadas por los pacientes para que a medida que se enfrenten a ellas vayan disminuyendo sus miedos y la ansiedad anticipatoria de desarrollar otro ataque de pánico conocida como miedo al miedo también lo haga (Goldstein & Chambles 1978, citado en Bulacio, 2011).

La modalidad de trabajo incluyen las visitas a distintos centros de interés de la ciudad de Buenos Aires en las salidas grupales de tres horas y cada tercer sábado de cada mes una salida de ocho horas donde se visita algún lugar histórico y/o de recreación de la provincia de Buenos Aires, donde se comparte el almuerzo en algún restaurante típico de la zona visitada. En este sentido Rodríguez Biglieri y Vetere (2011) coinciden en que una única sesión de exposición prolongada tiene mayor efecto que varias breves.

A los pacientes se les pide que interactúen con los choferes de colectivo expresándoles hacia donde se dirigen, y es así que para Carrión y Bustamante (2012) la terapia cognitivo conductual es la más efectiva sobre todo la exposición en la que se le propone al paciente que interactúe y se exponga en un principio a situaciones no tan temidas como hablar con un desconocido, situación en la cual el agorafóbico no presenta problema alguno, para luego progresiva y gradualmente ir exponiéndose a situaciones más complejas.

Los pacientes van contando sus experiencias de la semana mientras que los nuevos miembros escuchan con atención. Se observa que la paciente N se anima a contar que hace 16 años que no sale de su casa y otra paciente I de 65 años, quien acude a los grupos desde que se creó la fundación en el año 1996, le dice con el humor que siempre la caracteriza “Ah mijita eso no es nada, yo estuve 24 años sin salir”. En este sentido Bulacio (2011) destaca que los integrantes de los grupos de terapia de los agorafóbicos al contar sus experiencias sienten que no son los únicos que sufren el trastorno, descubriendo que hay otros que tienen síntomas parecidos empiezan a recobrar la seguridad en ellos mismos.

Alrededor de las 10.30 hs y después de que todos los integrantes, incluso la autora de este desarrollo, firman el libro de actas donde queda constancia de la asistencia de cada uno a las salidas grupales semanales, todo el grupo sale a la calle y en distintas direcciones cada uno camina hacia la parada que le fue indicada en los papeles

antes mencionados no sin antes pronunciar unos a otros, como se pudo observar, palabras de aliento y apoyo como “suerte”, “fuerza”, “vamos todavía”. Alentándose entre sí no solo posibilita el descubrir sus propias habilidades y valorar sus fortalezas sino que facilita una actitud de afrontamiento en sus vidas cotidianas (Bulacio, 2011).

La coordinadora M llega siempre primera al punto de encuentro distante entre cuatro y seis cuadras del lugar a visitar. Una hora después casi todos los integrantes del grupo han arribado al lugar señalado. Se puede observar las caras de felicidad y satisfacción por haber llegado. Algunos refieren haberse sentido ansiosos y “que el tiempo no se les pasaba más”. En tal sentido Yalom (2000) señala que uno de los factores curativos es la universalidad donde especifica que el solo hecho de sentirse que no son los únicos que tienen el trastorno les causa mucho alivio.

Todo el grupo emprende la caminata hacia el lugar elegido con anterioridad por las coordinadoras con el aval de los profesionales de la Institución. Algunos manifiestan tener la boca seca (Rojas, 1999) o hambre, el viaje en los distintos medios de transporte les ha generado síntomas de ansiedad donde el sistema digestivo, entre otros sistemas, se ve afectado por estas manifestaciones (Cía, 2007). Ellos saben que no podrán sacar sus botellas de agua o reaseguros (Rodríguez Biglieri & Vetere, 2011) hasta que se de por finalizada la salida.

Al llegar al lugar de la visita preestablecida del día, se puede observar que en su mayoría los integrantes del grupo denotan asombro. Los destinos elegidos son en general lugares que nunca antes habían visitado, incluso la autora del trabajo. La Casa Rosada, la sede de Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, el teatro Colón o el Centro Cultural Islámico Mezquita Rey Fahdlbn Abdelaziz son algunos de los lugares que cada sábado el grupo terapéutico de agorafobia tiene la oportunidad de visitar.

Los recorridos por los distintos lugares son en general llevados a cabo por un guía turístico, durante 30 o 40 minutos dependiendo del lugar, que explica la historia de cada uno. Casi siempre hay turistas que preguntan acerca de la historia del lugar. Se puede observar que a veces los integrantes del grupo también formulan alguna pregunta mientras que las coordinadoras siguen atentamente cada movimiento de los pacientes. Todas estas visitas les ayudan al mismo tiempo a fortalecer las conductas prosociales y la importancia que estas tienen en el desarrollo psicológico de los individuos (Vinogradov & Yalom, 1996).

Al promediar la hora se puede observar que muchos ya empiezan a inquietarse. La paciente R de 30 años quien ha sido madre recientemente refiere que se tiene que retirar; como cada sábado es la primera que deja el lugar no sin antes avisarle a la coordinadora su intención de dar por concluida la visita. Solo pasan unos minutos cuando los distintos guías o la misma coordinadora, dependiendo del lugar, indica que la exposición ha terminado. La mayoría se retiran por sus propios medios, sin embargo a los que recién empiezan habitualmente los esperan a la salida, información esta que la coordinadora S les hace llegar mientras se está en el lugar. Luego de despedirse se puede observar que algunos beben agua, otros comen chicles y otros encienden un cigarrillo o prenden sus celulares. Son los reaseguros los que calmarán en cierto modo esos temores y ansiedades experimentados durante la exposición de casi tres horas de duración (Rodríguez Biglieri & Vetere, 2011).

5.2. Descripción de las intervenciones de los coordinadores del grupo terapéutico de agorafobia, en tanto pacientes recuperados, durante las salidas grupales

Las coordinadoras M y S tienen casi la misma edad, y sus historias de vida transcurrían por lugares distintos hasta que una noche mientras dormían tuvieron su primer ataque de pánico.

Debido a que las coordinadoras son pacientes agorafóbicas recuperadas se hará una breve mención a sus síntomas para luego retomar con sus intervenciones.

M tuvo su primer ataque de pánico a los 38 años. Lo primero que sintió fueron palpitations, sudoración, temblor, vértigo. Ella relata que “se me venían encima las paredes y no me podía levantar, sentía que me moría”. “Al principio se presentaron una vez por semana luego dos y hasta tres veces por día”. “Dejé de tomar transporte público, dejé de cruzar primero avenidas, luego calles, dejé de trabajar”. Agrega que “no salía si no era en compañía de mi marido” pero refiere que “quería salir corriendo si estaba en la calle o cuando estaba en la casa de amigos, hasta que deje de salir”. “Los síntomas se sumaban, dormía a lo sumo 3 horas”. “No tenía relaciones íntimas”. “Le mentía a mi marido”. “Le mentí a todos a lo largo de 9 años por vergüenza”. “Dejé de ducharme, me bañaba en la bañera sentada, tenía sensación de desmayo”. “Hasta que un día dejé de comer comidas sólidas”.

Los síntomas de S son similares a los de M. Ella refiere que no podía salir de su casa si no era con su marido, que se le venía todo encima y “temblaba en cualquier lado que estaba, siempre me quería ir y volverme a mi casa”. “No podía tomar subtes, colectivos ni trenes”. “Programar viajes largos que lo había hecho siempre era imposible”. “Veía mi vida transcurrir entre 4 paredes”.

Como se pudo observar son las mismas coordinadoras, en tanto pacientes agorafóbicas recuperadas, M desde hace ocho años y S dos años y medio, las que llevan adelante la técnica de exposición, técnica tomada del paradigma cognitivo conductual, que al contar con la experiencia de aquellos que se han recuperado se crean vínculos de diálogo y su recuperación es más efectiva (Ravenna, 2004).

Ellas llevan adelante esta técnica sistemáticamente para que la conducta de evitación vaya desapareciendo al exponerse continuamente a la situación que la persona le tiene miedo (Lazarus, 1997). Y es por este motivo que una de las intervenciones de las coordinadoras, como se pudo observar, consiste en la insistencia a los pacientes en la práctica, durante la semana, de distintas exposiciones porque su sola participación los días sábados, si bien avanzan, no alcanza y el hecho de no hacer nada hasta la próxima exposición hace muy largo el tiempo necesario para cumplir los objetivos tal como lo plantea Rojas (1989). Este refiere que si se deja pasar demasiado tiempo entre exposición y exposición ha sido comprobado que aumenta el índice de recaídas ya que los pacientes podrían volver a experimentar ansiedad y miedo frente a aquellas situaciones en las cuales ya se sentían cómodos no experimentando ansiedad anticipatoria.

Ejemplo de lo citado anteriormente es la paciente V, soltera, 36 años y abogada de profesión en el sector aduanero de una importante empresa multinacional. Ella desarrolló un cuadro de agorafobia con ataques de pánico hace un año atrás realizando su rutina de gimnasia diaria en un conocido gimnasio de la ciudad de Buenos Aires, el cual la imposibilitó salir sola de su casa desde ese momento interponiéndose en la vida cotidiana de la paciente (Bulacio, 2011; Cía, 2007), hasta tener que mudarse a la casa de sus padres. V empezó a acudir a los grupos terapéuticos de agorafobia a principios del mes de septiembre del 2016 refiriendo que la no concurrencia por dos sábados consecutivos a las exposiciones provocó en ella la “anulación y la no salida al exterior por 14 días”, tal como lo refiere al preguntársele como se había sentido en los últimos días al no asistir a los encuentros semanales.

Se observa a V informar que ha experimentado algunos síntomas fisiológicos como temblores o rigidez muscular en el cuello que la incapacitan para poder llevar a cabo sus actividades diarias. Un adecuado manejo de las técnicas de relajación, que el paciente no ha alcanzado, favorecía la ausencia de los síntomas psicofisiológicos.

Es en este sentido que la coordinadora M le enseña a relajarse y le dice que va poder salir adelante que “todos los días tiene que dar un paso aunque le cueste”. Así como lo indica López Ortega (2009) que la persona entrenada es quien estimula la labor auto centrada en los pacientes para que logren sus cambios siendo activos y aplicando lo aprendido en su vida diaria.

En referencia a esto se observa que la coordinadora M les relata que su coordinador de nombre E, quien ahora debido a su antigüedad es coordinador de coordinadores, es quien entrevista a las nuevas pacientes en el mismo bar para contarles la modalidad de trabajo antes que empiecen al sábado siguiente sus salidas. E es un paciente agorafóbico recuperado de sexo masculino, de profesión ingeniero, de 65 años de edad, que hace 20 años que coordina los grupos. Este coordinador no acompaña al grupo en sus exposiciones pero es quien contiene a los nuevos integrantes cuando llegan a este.

M cuenta que E le daba tareas para el hogar que ella cumplía a “rajatabla”, anotando los logros diarios en un cuaderno y que es al día de hoy que guarda como recuerdo. “Al principio no podía tomar ascensores ni subir las escaleras porque se me movían los palliers pero yo me sostenía con mucha fuerza y subía aunque fuera un escalón, luego volvía a mi casa y anotaba. Al día siguiente repetía la actividad pero en vez de uno subía dos. Esperaba a que se fuera mi marido para salir a la calle y caminaba unos pasos y me volvía. A los 20 días de comenzado el tratamiento ya cruzaba calles angostas. A los 35 días tomé un colectivo por primera vez sola hasta el grupo, mi marido me iba a buscar pero a los 48 días decidí volver sola. Tenía solo una meta: recuperarme, y a los tres meses de iniciado el tratamiento lo logré!”.

Tanto M como S como así también E, son personas recuperadas quienes transmiten su experiencia y contienen al grupo. Son ellos mismos quienes le enseñan técnicas psicodramáticas y de relajación a los pacientes con las cuales reducen las reacciones de alerta. La figura del coordinador funciona a la vez como par, en tanto agorafóbico recuperado y como profesional y es la misma fundación quien los considera formados para llevar a cabo las actividades de exposición (Carrión & Bustamante, 2012).

Son las mismas coordinadoras las que les hablan mucho a los pacientes incentivándolos para que no falten tal como se pudo observar, aparte de las respuestas que se obtuvieron de ellas, de las intervenciones que fueron haciendo los distintos sábados como la realizada con la paciente N el primer día que llegó al grupo.

Se pudo observar que, después de presentarse, M le dijo a N: “Vos te has pasado muchos años sin poder salir, te has acostumbrado a depender de tu pareja y cada día te has ido encerrando más en vos misma armándote una coraza como un caracol, a tal punto de no poder ir al baño sola, pero de a poquito te vas a ir soltando y vas a poder retomar las riendas de tu vida y a hacer las cosas por vos misma”. “Todos llegamos igual, a todos nos tuvieron que traer, y todos pudimos salir adelante”. Y es en este sentido que la conducta imitativa juega un papel muy importante cuando los miembros en los grupos se inician ya que los ayuda a experimentar con una nueva conducta (Yalom, 2000).

A su vez agregó “pero vas a tener que colaborar con nosotras quienes te vamos a enseñar junto con tu terapeuta a manejar los pensamientos negativos” (Carrión & Bustamante, 2012) con ejercicios de respiración y relajación y de a poco vas a ir sintiendo como el miedo empieza a desaparecer”. Le explica que el tratamiento se llama terapia de exposición porque se va a exponer muy lentamente a todo lo que ella le teme y que este es muy efectivo (Bulacio, 2011). También continúa diciéndole que con la relajación y el reentrenamiento en respiración va poder interrumpir los niveles de excitación demasiados altos que venía teniendo cuando se pone ansiosa (Rodríguez Biglieri & Vetere, 2011).

En referencia a estos niveles de excitación se pudo observar a la paciente K, licenciada en arte, de 47 años, en el viaje del fin de semana del 24 de septiembre del 2016 a una playa de la costa atlántica. Ella comenzó el tratamiento en octubre del 2015 después de haber tenido reiterados ataques de pánico por primera vez durante nueve horas en un vuelo hacia una playa del Caribe donde iba a vacacionar con su marido. No había realizado nunca más un viaje largo desde aquel episodio, solo viajes breves de apenas 30 minutos de duración en colectivos o subtes siempre en compañía de alguna de las coordinadoras.

Ese día, mientras duró el viaje se la pudo observar bastante ansiosa, refería tener la boca seca y dolor de cabeza en sus manos sostenía un buzo que no soltaba. La coordinadora S le hablaba de pintura y de fotografía para que sus pensamientos estuvieran focalizados en otro lugar.

Sin embargo la coordinadora M quien lleva muchos años de experiencia en la coordinación de grupos hacía intervenciones: “K, mírame, respirá profundamente, pensá que todo va a estar bien, vos ahora estás contenida con todos nosotros, nada malo te va a suceder”. Se pudo observar el respeto de la paciente en relación a M colaborando en todo momento con esta (Peñarrubia, 1998), actitud que la llevó, con el correr de los minutos, a quedarse profundamente dormida. Tal como destaca Bulacio (2011) que los niveles de ansiedad de las personas ansiosas disminuyen al obtener información adecuada, al mismo tiempo que reinterpretan los síntomas aprendiendo que lo que tienen es un ataque de pánico y que no se van a morir aunque sientan que sí.

Se puede advertir que la coordinadora M tiene mucha confianza en sí misma y tal como ella refiere “ayudar a los demás a salir de ese infierno, ver como se recuperan sea lo que tarden es un alegría en el corazón, coordinar fue lo mejor que me pasó”. Es de vital importancia, que los terapeutas crean en sí; M encontró un espacio donde ejercer el altruismo, y tanto M, como S y E provocan esperanza en cada una de sus intervenciones (Yalom, 2000).

Ellas llevan a cabo sus intervenciones en las exposiciones de las salidas grupales infundiendo esperanza y saben el valor terapéutico que tiene para los pacientes el ver que otros se han recuperado pudiendo tener una vida placentera y saludable (Zukerfeld & Zukerfeld, 1999). Y es por este motivo que el trabajo en los grupos es fundamental, la experiencia de quienes lo han logrado (recuperar la autoestima y la confianza) ayuda a creer en la posibilidad de cambio.

5.3. Descripción de los cambios percibidos por los pacientes en sus vidas a raíz de su participación en el grupo terapéutico de agorafobia

Como resultado de las intervenciones aplicadas por los coordinadores del grupo terapéutico de agorafobia, los pacientes empiezan a percibir los cambios casi inmediatamente que entran en el grupo. Como se pudo observar la coordinadora M es la primera en contar que a los tres meses de iniciado el tratamiento había logrado recuperarse y tal como les cuenta a los pacientes “hacia mi vida normal”.

También se observa que por su lado la coordinadora S manifiesta que el tiempo que les lleva recuperarse depende de cada uno porque no todos se animan rápidamente a dejar la dependencia y ese lugar seguro que es su casa y empezar a hacer uso del transporte público, hacer cola o estar fuera del hogar (APA, 2014).

Tal es el caso de la paciente K que recién en septiembre último por primera vez, después de casi un año de comenzado el tratamiento en la fundación, tomó un ómnibus de larga distancia para pasar un fin de semana de exposición en compañía del grupo terapéutico de agorafobia, las coordinadoras y la autora del presente trabajo.

K empezó a percibir los cambios a los cuatro meses de comenzado el tratamiento. Fue en ese entonces que consiguió su primer trabajo como maestra de arte en un colegio primario. Se sentía feliz de haber dejado tal como refiere “mi zona de confort” y haber dejado de sentirse incapacitada para trabajar (Kaplan & Sadock, 1999). A los diez meses tomó su primer colectivo de 30 minutos para visitar con el grupo el Museo Beccar Varela en el bajo San Isidro. Se pudo observar que no había faltado ningún sábado pero también se observó contarle a M que en la semana no practicaba y esto no era bueno para ella ya que como refiere Lazarus (1997) el paciente necesita llevar a cabo las exposiciones cotidianamente para que la conducta de evitación vaya disminuyendo.

Una de las pacientes N quien ingresó al grupo el 1 de octubre del 2016 y que hacía 16 años que no salía de su casa, el primer día que llegó al grupo después de haber concurrido a las sesiones de psicoterapia y haber empezado a tomar la medicación, pudo percibir el gran cambio que se había producido en ella cuando logró tomar un colectivo para visitar la sede del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires en Parque Patricios. Si bien la coordinadora le sujetaba las manos con fuerza mientras que la autora del presente trabajo apoyaba su mano sobre su hombro, N no paraba de temblar mientras que M le enseñaba a relajarse y a respirar para poder interrumpir esa excitación y nerviosismo tan alto que tenía.

El viaje fue largo para ser su primera vez pero como refieren Rodríguez Biglieri y Vetere (2011) una sola exposición prolongada es más positiva que muchas de poco tiempo de duración. N pudo llegar a destino, y al llegar comenzó a llorar sobre el hombro de M, todos la felicitaban y abrazaban; estaba tan feliz de haberlo logrado; había producido una modificación en su pensamiento y este había podido hacer un cambio en su comportamiento (Beck, 2000).

El haber empezado en el grupo sumado a la intervención de las coordinadoras le sirvió como instrumento de cambio (Yalom & Vinogradov, 2001, citado en Napolitano, s/f).

La paciente A entró al grupo una semana antes que N. A tiene 38 años y es una reconocida pianista. Sus temores empezaron hace 11 años una noche que tenía que presentarse en un concierto ante una gran cantidad de gente en un conocido teatro. A pesar de tener muchos años de experiencia en enfrentar al público esa noche no lo pudo hacer ya que antes de salir a escena empezó a tener síntomas de mareos, le transpiraban las manos, tenía taquicardia y refiere que “pensaba que me moría”.

Con el correr de los días esos ataques se hacían más frecuentes, iba a llevar a sus hijos al colegio y regresaba de inmediato a su casa donde se sentía segura. “Le mentí a mi marido por mucho tiempo, poco a poco me fui encerrando en mi propia casa hasta que ni siquiera podía ir al baño sola”. “Deambulé por muchos médicos pero todos me decían que yo estaba estresada por la crianza de mis hijos”: A tiene dos pares de mellizos. La paciente empezó con sesiones de psicoterapia y al mes empezó en el grupo. Ella refiere que desde que empezó en el grupo, su vida cambio muchísimo: está de mejor humor y con ganas de hacer cosas. Su marido la ayuda en el cuidado de los hijos cuando tiene que concurrir ya sea a sus sesiones de terapia o a las salidas de los sábados. Tal lo plantean Gómez y Marzucco (2009) que los tratamientos serán más positivos en tanto y cuanto el núcleo familiar se involucre también. Por el momento A se siente muy feliz de poder tomar colectivos aunque lo haga en compañía del grupo. Le falta un tiempo para recuperarse pero como lo plantean las mismas autoras la combinación de la medicación, la terapia cognitiva y la asistencia a los grupos harán que A pueda volver a tener una vida saludable como el resto de los pacientes que se ha recuperado.

La paciente I, de 65 años, es una de ellas quien concurre hace más de 14 años a las salidas grupales de los sábados. Se pudo observar que disfruta mucho las salidas y siente orgullo de pertenecer al grupo desde el año 2002. I no podía salir a la calle ni viajar sola en subte. Cuando empezó el tratamiento ella refiere que fue lo que más le costó, sin embargo poco tiempo después notó un gran cambio en ella y ahora le es lo más fácil. En las salidas se pudo observar que disfruta aportando conocimientos sobre los distintos recorridos de las diferentes líneas. Ella cuenta que los “agorafóbicos somos animales de costumbre, viajamos siempre en la misma línea de colectivo, subte y hasta cuando salimos a la calle vamos siempre por el mismo lado”. Es por eso que ella relata que todos los días tiene que practicar no ir por el mismo lado cuando va de visita a lo de su hija y aplicar todo lo aprendido estos años en su vida diaria (López Ortega, 2009).

En junio del 2016 entró al grupo un paciente del sexo masculino de 23 años. Que al momento de su ingreso refiere que había abandonado hacía muy poco tiempo su carrera universitaria. Se tuvo que dejar de estudiar medicina porque tenía fobia a la sangre; sin embargo entró al grupo porque tenía mucho miedo a viajar y cuando lo hacía manifestaba vértigo, mareos y dolores de cabeza.

Se le enseñó a regular esas reacciones fisiológicas que él sentía y a enfrentar los temores a viajar. Su primera salida larga fue a la costa tres meses después de haber ingresado en la institución. Se pudo observar que cada tanto cerraba los ojos para hacer los ejercicios de respiración que se le habían enseñado. Al llegar manifestó sentirse un poco cansado pero agradecido por haber podido lograr viajar sin sentir vértigo y lo primero que dijo fue : “No puedo creer que lo logré”. La duración del viaje fue de seis horas, si bien fue muy prolongado el tiempo, este resultó efectivo tal lo planteado con anterioridad por Rodríguez Biglieri y Vetere, (2011) con la paciente N en referencia a los resultados positivos observados de las exposiciones de muchas horas.

6. Conclusiones

6.1 Resumen del desarrollo

Este trabajo tuvo el objetivo de describir el dispositivo y los cambios percibidos de un grupo terapéutico de pacientes con agorafobia en una Organización No Gubernamental en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

En la institución se trabaja con un grupo reducido de personas que hacen talleres y a los cuales se les enseña no solo a identificar y manejar sus pensamientos negativos, (Carrión & Bustamante, 2012) sino también a ser su propio terapeuta (Beck, 2000).

Estos talleres están coordinados por un grupo de pacientes recuperados quienes acompañan a los pacientes, llevando a cabo la técnica de exposición considerada el componente más importante en el tratamiento de los trastornos de ansiedad, realizando salidas al exterior en las cuales, hasta que termine la exposición, no les está permitido llevar objetos que funcionen de reaseguros (Rodríguez Biglieri & Vetere, 2011).

El dispositivo terapéutico consiste en exposiciones en vivo de tres horas de duración y cada tercer sábado de cada mes una salida con una exposición prolongada de

ocho horas. En las salidas se hace uso del transporte público, se visitan espacios abiertos o se está en lugares cerrados entre 30 y 40 minutos dependiendo del lugar.

Durante las exposiciones se pudo observar que los coordinadores, en tanto pacientes recuperados y que cuentan con formación realizada en la institución, favorecían la confianza de los pacientes y el estímulo para que durante la semana practicasen las exposiciones aprendidas durante las salidas grupales.

Así mismo se pudo notar la aplicación de técnicas de relajación y la eficacia de estas en la disminución de los síntomas fisiológicos por ellos percibidos concordando estas con los estudios reseñados en el marco teórico que algunos autores como Carrión y Bustamante (2012) destacan.

Finalmente transcurrida la práctica se pudo advertir la eficacia de la participación de los pacientes agorafóbicos en los grupos terapéuticos y los cambios positivos observados en estos ya que varios de los nuevos integrantes evidenciaron notables mejorías a lo largo de las salidas, reinterpretando los síntomas, transformándolos en interpretaciones no catastróficas (Bulacio, 2011) y reduciendo el miedo y/o evitación de ciertas situaciones síntomas de la agorafobia (Pérez Nieto, 2002).

6.2 Limitaciones

Con respecto a las limitaciones que tuvo el presente estudio hubiese sido interesante tener acceso a las historias clínicas, ya que solo pudo observarse a los pacientes en los grupos. También hubiese sido útil presenciar alguna entrevista de admisión. Así mismo resultó demasiado prolongado el tiempo dedicado a tareas de secretaría restándole horas de aprendizaje en otras áreas u otras posibles tareas tales como realizar estadísticas sobre algún tema que la fundación considere necesario o investigaciones acerca de cuáles son los motivos por los que un cierto nivel social de agorafóbicos no concurren a los grupos terapéuticos, así como el análisis de las razones por el cual el sexo femenino es el que concurre a ellos con mayor frecuencia.

En este sentido cabe destacar que al observar los grupos terapéuticos, según sexo, se corroboró que había más mujeres que hombres. Esto concuerda con los hallazgos de los relevamientos incluidos en el marco teórico que indican una prevalencia de 2:1 con respecto a las primeras (APA, 2014; Gómez & Marzucco, 2009; Kaplan & Sadock, 1999).

Sin embargo más allá de las dificultades encontradas, se puede considerar que el trabajo ha sido efectivo durante su transcurso ya que la autora tuvo una gran oportunidad para poder conocer, aprender y comprender el trabajo en una institución real sirviéndose del valioso apoyo y excelente predisposición a colaborar con este trabajo del personal de la Fundación que le permitió adquirir algunas herramientas y conocimientos necesarios para la futura labor como profesional de la salud mental.

6.3 Perspectiva crítica y aporte personal

Desde la perspectiva crítica es relevante mencionar en primer lugar que sería interesante fomentar el vínculo con los pacientes que ya no asisten a la Fundación realizando una llamada telefónica desde la institución y así poder evaluar si los cambios que habían logrado en el tratamiento se siguen manteniendo como parte de verificar la efectividad del mismo.

Y en segundo lugar podría pensarse como una opción la posibilidad de fomentar la concurrencia a los grupos de aquellos pacientes anteriormente mencionados que no asisten a ellos, recordándoles que cuentan con un espacio de participación semanal en estos porque en la agorafobia debe reforzarse la exposición de manera sistemática ya que también se ha mostrado en el marco teórico que a través de la asistencia a los grupos, se concluyó que los mismos son de suma importancia y según algunos autores favorecen un buen pronóstico (Bulacio, 2011; Yalom, 2010).

Finalmente en lo personal se pudo rescatar la importancia de aprender de experiencias ajenas que reflejaban, tanto los coordinadores en su calidad de pacientes recuperados como los mismos pacientes de los grupos, al exponer sus historias de vida y padecimientos y como esta enfermedad había podido cambiar sus vidas.

6.4 Nuevas líneas de investigación

En lo que respecta a las nuevas líneas de investigación, en primer lugar se podría formular una pregunta en cuanto a la permanencia de los efectos observados y si es que los cambios observados en los niveles de ansiedad de los pacientes agorafóbicos

pueden considerarse en primer lugar un efecto de los componentes psicoterapéuticos del tratamiento.

Así mismo sería interesante investigar qué aspecto tiene más peso en la mejoría de los pacientes, si el componente psicoterapéutico antes mencionado o el tratamiento psicofarmacológico. Se ha mostrado en el marco teórico que algunos autores señalan que la utilización correcta del medicamento específico, el cual inhibe a la enzima mono-amino-oxidasa plasmática responsable del problema, curaría la agorafobia en 15 o 20 días (Carrión & Bustamante, 2012).

Y por último si estos cambios observados están más directamente asociados a la combinación de la participación en el grupo terapéutico y a la cohesión que existe entre los miembros del mismo.

En segundo lugar considerando la incidencia de este trastorno en las mujeres, como lo reseñado en el marco teórico por Carrión y Bustamante (2012) que la agorafobia es 6 a 8 veces más frecuente en estas últimas que en los hombres, surge la necesidad de profundizar en el por qué de esta prevalencia.

Y a modo de conclusión es importante destacar que sería útil seguir investigando y trabajando en la difusión de este trastorno que, como se ha podido observar, es tan invalidante para muchas personas. En cuanto a este tema se ha mencionado en el marco teórico que algunos autores como Bulacio (2011) sostienen esta característica de la agorafobia, llegando a interponerse esta en la vida de las personas y que por desconocimiento no pueden llevar adelante una vida placentera y saludable como los otros pacientes que se han recuperado.

En la práctica se observó que hay pacientes que no han salido de sus casas por muchos años, incluso de sus cuartos con una total dependencia de un familiar. Esto da cuenta de una desinformación tanto de los pacientes y sus familiares como así también de los profesionales que los han estado atendiendo durante el transcurso de todos estos años que estuvieron en sus hogares.

Muchos de estos casos han sido tratados por hipertensión, trastornos digestivos o psicológicos siendo derivados a grupos de autoayuda donde por desconocimiento el trastorno ha sido manejado inadecuadamente agravando la situación.

Sin embargo cuando los pacientes llegan a la institución en la que se ha realizado la Práctica profesional, estos, en el 92,7% de los casos se recuperan.

Si se asocian la medicación adecuada, la terapia cognitiva - comportamental y la contención-prevención que brinda el grupo de trabajo, el éxito está prácticamente asegurado (Gómez & Marzucco, 2009).

7. Referencias bibliográficas

- Asociación Americana de Psiquiatría, (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos mentales (DSM-5)*, 5ª Ed. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría, 2014.
- Bados, A. (1997). Técnicas de intervención en agorafobia. *Ansiedad y Estrés*, 3 (2-3), 339-358.
- Baumgart, A. (2001). *Ataque de Pánico y Subjetividad. Estudio Clínico-Psicoanalítico*. Buenos Aires: Eudeba.
- Beck, J. (2000). *Terapia Cognitiva: Conceptos básicos y profundización*. México: Gedisa.
- Belloch, A. Sandín, B. & Ramos, F. (2009). *Manual de Psicopatología II*. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana.
- Bion, W. R. (1997). *Experiencias en grupos*. Buenos Aires: Paidós.
- Bulacio, J. M. (2011). *Ansiedad, Estrés y Práctica Clínica*. 2da. Ed. Buenos Aires: Akadia Editorial.
- Espina Eisaguirre, A. (1995). Algunos aspectos relacionales en la agorafobia. *Revista de Psicoterapia*, 6 (21), 57-70.
- Carrión, O. & Bustamante, G. (2012). *Ataques de Pánico y trastornos de fobia y ansiedad*. Buenos Aires: Galerna.
- Cía, A. H. (2007). *La ansiedad y sus trastornos: Manual diagnóstico terapéutico*. 2da ed. Buenos Aires: Polemos.

- De Vega, M. (1984). *Psicología Cognitiva y Procesamiento de la Información*. Madrid: Alianza.
- Diccionario Enciclopédico Salvat (1962). 10ma ed. Barcelona: Salvat Editores.
- Echeburúa, E. (1993). *Fobia social*. Barcelona: Martínez Roca.
- Eysenck, M.W. & Derakshan, N. (1997). *Un marco teórico cognitivo para los trastornos de ansiedad. Ansiedad y Estrés*, 3, 121-134.
- Gómez, M. C. & Marzucco, V. D. (2009). *¿No puedo dejar de preocuparme! ¿usted tiene TAG? Estrategias para identificar y vencer el Trastorno de Ansiedad Generalizada*. Buenos Aires: Galerna.
- Kaplan, H. & Sadock, B. (1999). *Sinopsis de Psiquiatría*. Madrid: Panamericana, 8ª edición.
- Lazarus, A. A. (1997). *El enfoque multimodal en psicoterapia*. Bilbao: DDB.
- Lazarus, R. & Lazarus, B. (2000). *Pasión y razón: La comprensión de nuestras emociones*. España: Paidós.
- Lopez Ortega, M. A. (2009): Modelos para el trabajo con grupos. *Revista psicología.com*, 13 (1).
- Maass, J. (2014): Los Trastornos Ansiosos en el DSM-5. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 52 (1), 50-54.
- Moliner, M. (2007). *Diccionario de uso del español a-i*. 1ª ed. Madrid: Gredos.
- Napolitano, A. (2011). *Diagnosticar en Psicoterapia. ¿Qué, Cómo, Para qué ?*. Ficha Buenos Aires.

- Pérez Nieto, M. A. (2002). Intervención Cognitivo-Conductual en un caso de Fobia Social y Trastorno de Angustia con Agorafobia. *EduPsykhé. Revista de Psicología y Psicopedagogía*, 1(1), 115-138.
- Peñarrubia, F. (1998). *La vía del vacío fértil*. Madrid: Alianza.
- Ravenna, M. (2004). *Una delgada línea: entre el exceso y la medida*. Buenos Aires: Galerna.
- Robertazzi, M. (2004). La Psicoterapia de grupos en la crisis vital de la edad avanzada. *Revista Psicodebate, Psicología, Cultura y Sociedad*, 5, 131-146.
- Rodriguez Biglieri, R. & Vetere, G. (2011). *Manual de Terapia Cognitiva Conductual de los trastornos de ansiedad*. Buenos Aires: Polemos.
- Rojas, E. (1999). *La ansiedad: Cómo diagnosticar y superar el estrés, las fobias y las obsesiones*. Buenos Aires: Planeta.
- Safran, J. & Segal, Z. (1994). *“El proceso interpersonal en la terapia cognitiva”*. Barcelona: Paidós.
- Sternik, M. (2009). Una mirada cotidiana desde la Psicología Positiva en un grupo de adultos mayores: relato de una experiencia. *Revista Psicodebate, Psicología, Cultura y Sociedad*, 10, 153-171.
- Vinogradov, S. & Yalom, I. (1995). *Guía Breve de Psicoterapia de Grupo*. Barcelona: Paidós.
- Yalom, I. (2000/2010). *Psicoterapia existencial y terapia de grupo*. 1ª ed. Madrid: Paidós.
- Zukerfeld, R. & Zukerfeld, R. Z. (1999). *Psicoanálisis Tercera tópica y Vulnerabilidad somática*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

