

UNIVERSIDAD DE PALERMO

**FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA**

Trabajo final integrador
Psicoeducación para el Trastorno de Pánico

Autor: López, Araceli Anahí
Docente tutor: Gabriela Ramos Mejía

ÍNDICE

1.INTRODUCCIÓN.....	3
2.OBJETIVOS.....	4
2.1 Objetivo general.....	4
2.2 Objetivos específicos.....	4
3. MARCO TEÓRICO.....	5
3.1 El modelo cognitivo-comportamental.....	5
3.1.1 Características del modelo cognitivo-comportamental.....	5
3.1.2 Aportes teóricos al modelo cognitivo-comportamental.....	6
3.1.3 Conceptualización cognitiva.....	7
3.1.4 Estructura de sesión.....	8
3.1.5 Técnicas.....	9
3.2 Trastorno de pánico.....	12
3.2.1 Características diagnósticas del trastorno de pánico.....	12
3.2.3 Etiología del trastorno de pánico.....	13
3.2.4 Tratamiento del trastorno de pánico.....	14
3.3 Psicoeducación.....	17
3.3.1 Definición.....	17
3.3.2 Psicoeducación en el tratamiento del trastorno de pánico.....	19
3.3.3 Eficacia de las intervenciones psicoeducativas en el trastorno de pánico.....	21
4. METODOLOGÍA.....	24
4.1 Tipo de estudio.....	24
4.2 Participantes.....	24
4.3 Instrumentos.....	24
4.4 Procedimiento.....	25
5. DESARROLLO.....	26
5.1 Características de la psicoeducación y su utilización en el tratamiento del trastorno de pánico.....	26
5.1.1 Las charlas informativas	26
5.1.2 El tratamiento.....	27
5.1.2.1 <i>La terapia individual.....</i>	27
5.1.2.2 <i>El grupo de agorafóbicos catastróficos.....</i>	29
5.1.2.3 <i>El taller de familia.....</i>	29

<i>5.1.2.4 Los grupos de agorafobia.....</i>	<i>30</i>
5.2 Importancia de la psicoeducación para los participantes de los grupos de agorafobia.....	30
5.3 Importancia de la psicoeducación para los coordinadores de los grupos de agorafobia.....	34
5.4 Importancia de la psicoeducación para los profesionales.....	37
6. CONCLUSIONES.....	38
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	41

1. INTRODUCCIÓN

La Práctica Profesional se realizó en una institución privada dedicada al tratamiento de los trastornos de ansiedad, la cual se caracteriza por su especialización y trabajo interdisciplinario entre psicólogos y psiquiatras, quienes se han formado en el modelo cognitivo-comportamental.

Los tratamientos individuales psicológicos y psiquiátricos se realizan en los consultorios de la institución. Además, se realiza terapia grupal, para los pacientes con Trastornos de Ansiedad Social, en la cual se trabaja las cuestiones ligadas a lo conductual. Por otra parte, los pacientes diagnosticados con Trastorno de Pánico (TP) realizan salidas grupales - exposiciones- organizadas por los coordinadores, quienes son pacientes recuperados. Estas salidas tienen dos modalidades: cortas o largas. Las salidas cortas son las que se realizan dentro de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Mientras que las salidas largas implican viajes a localidades cercanas, como La Plata, Luján, Campana, entre otras.

Al asistir a los grupos, tanto de ansiedad social como de agorafobia, uno de los temas que resultó llamativo fue el vocabulario técnico de los pacientes. Los mismos relataban lo que les ocurría utilizando términos propios del modelo cognitivo. Así mismo, contaban que al llegar a la institución pudieron entender que su malestar tenía un nombre, un diagnóstico y un tratamiento.

Es por esto que este Trabajo Final Integrador se focaliza en la psicoeducación (PE) para el TP, centrándose en los grupos de Agorafobia.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo general

Describir y analizar la importancia que le dan los participantes de dos grupos de Agorafobia, los coordinadores y los profesionales, a la psicoeducación en el tratamiento de los Trastornos de Pánico, desde el modelo cognitivo-comportamental, en una institución especializada en Trastornos de Ansiedad.

2.2 Objetivos específicos

1. Describir qué características tiene la psicoeducación y cómo se la utiliza dentro del tratamiento de los trastornos de pánico en una institución especializada en Trastornos de Ansiedad.
2. Describir y analizar la importancia que le dan los participantes de dos grupos de Agorafobia a la psicoeducación en el tratamiento de los trastornos de pánico.
3. Describir y analizar la importancia que le dan los coordinadores a la psicoeducación en el tratamiento de los trastornos de pánico.
4. Describir y analizar la importancia que le dan los profesionales a la psicoeducación en el tratamiento de los trastornos de pánico.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 El modelo cognitivo-comportamental

3.1.1 Características del modelo cognitivo-comportamental

El modelo cognitivo-comportamental (MCC) es un tipo de psicoterapia, desarrollado por Aaron Beck, que se caracteriza por ser activo, estructurado, limitado en el tiempo y centrado en el presente del paciente. Se fundamenta en la hipótesis de que el hombre procesa información y se forma representaciones mentales de sí mismo y del ambiente, para su adaptación y supervivencia (Beck, 2000; Beck, Rush, Shaw & Emery, 1983; Clark & Beck, 1997).

El MCC explica la psicopatología basándose en el modelo cognitivo de la depresión de Beck, en el cual se proponen tres conceptos: la tríada cognitiva, los esquemas y los errores cognitivos. La tríada cognitiva se refiere a la manera que tiene el paciente de pensarse a sí mismo, y comprender su experiencia y su futuro. Esto significa que la visión negativa acerca de sí hace que se culpabilice de los acontecimientos no deseables en su vida, en consecuencia, se produce una retroalimentación debido a la interpretación negativa de la experiencia. Dada la mirada negativa acerca de su vida, el paciente se siente frustrado con respecto al futuro, ya que anticipa un fracaso en sus metas (Beck et al., 1983).

El segundo componente hace referencia a los esquemas, que son un conjunto de representaciones, relativamente estables, acerca de diversas situaciones. Son funcionales, permiten buscar, organizar, codificar, almacenar y recuperar información. Por tanto, según este modelo, lo importante es la interpretación que el sujeto hace de su experiencia, ya que estos esquemas guían sus pensamientos, sentimientos y conductas (Beck et al., 1983; Clark & Beck, 1997).

El último concepto es el de los errores en el procesamiento de la información. Como se infiere de lo expresado anteriormente, la percepción negativa del paciente no es realista, está sesgada por sus esquemas. Incluso ante la evidencia, el paciente suele incurrir en los siguientes errores cognitivos: inferencia arbitraria, abstracción selectiva, generalización excesiva, maximización y minimización, personalización, y pensamiento absolutista dicotómico (Beck et al., 1983). La inferencia arbitraria se refiere a arribar a una conclusión ante la falta de pruebas que la sustente, o cuando son contradictorias con la conclusión. La abstracción selectiva es la valoración y conceptualización de una situación en base a un detalle extraído fuera de su contexto, eliminando otros datos relevantes a la circunstancia. La generalización excesiva se trata de un proceso en el cual se elabora una regla general a partir de algunos hechos y aplicarla a situaciones relacionadas, o no, a esos hechos. La magnificación y minimización son aquellos errores relacionados a la significación que se le da a un evento, amplificando o disminuyendo su importancia. La personalización es la tendencia del sujeto a atribuirse a sí mismo como causa de sus experiencias. El pensamiento absolutista dicotómico es la clasificación de los eventos de acuerdo a categorías opuestas, por ejemplo, bueno o malo (Beck et al., 1983; Labrador Encinas, Cruzado Rodríguez & Muñoz López, 2001).

Por otra parte, el MCC se fundamenta en los siguientes supuestos, que se desarrollarán en los sub-apartados posteriores: una conceptualización cognitiva del paciente, colaboración activa y alianza terapéutica, PE del paciente, sesiones estructuradas, orientación a objetivos, identificación y evaluación de pensamientos y conductas disfuncionales, técnicas para modificar las emociones, conductas y cogniciones (Beck, 2000; Beck et al., 1983).

En suma, lo que el MCC propone es que con el adecuado entrenamiento, motivación y atención, los sujetos puedan ser conscientes del contenido y procesos de su pensamiento. Pues, es la manera en la que los individuos piensan, lo que influencia sus respuestas

emocionales y conductuales. De esta manera, el objetivo terapéutico es modificar la adaptación del paciente para producir una mejoría clínica (Beck & Dozois, 2011).

3.1.2 Aportes teóricos al modelo cognitivo-comportamental

Es importante entender los fundamentos teóricos del MCC para dimensionar la dialéctica entre lo cognitivo y lo comportamental, así como su implicancia en la terapia. Los antecedentes teóricos del MCC pueden comprenderse si se analizan las contribuciones de la terapia cognitiva y de la terapia comportamental. La terapia comportamental tiene sus orígenes en el conductismo, con autores como Pavlov (condicionamiento clásico), Skinner (condicionamiento operante) y Watson (inducción de fobias). Algunas de las primeras aplicaciones de los principios del conductismo al ámbito clínico fueron la extinción de fobias, relajación progresiva, entrenamiento en asertividad, desensibilización sistemática, exposición y entrenamiento en habilidades sociales (Thoma, Pilecki & McKay, 2015).

Además, el abordaje científico adoptado por las terapias conductuales contribuyó con diversos procedimientos y estrategias terapéuticas, como una estructura de sesión estándar, una mayor actividad por parte del terapeuta, el establecimiento de objetivos de tratamiento, la formulación y evaluación de hipótesis, la obtención de feedback, y la medición de las variables intervinientes en la terapia (Knapp & Beck, 2008).

En cuanto a las contribuciones de la terapia cognitiva, según Knapp y Beck (2008), los hallazgos de Bandura sobre el modelo de procesamiento de información y el aprendizaje vicario, suscitaron críticas al modelo comportamental tradicional, apuntando a las limitaciones de un abordaje no mediado para explicar el comportamiento humano. Algunos de los autores que se interesaron por este modelo fueron Ellis y Beck. Ellis, en su terapia racional emotiva comportamental, propuso que cualquier experiencia o evento activa creencias individuales, que, a su vez, genera consecuencias emocionales, comportamentales y fisiológicas. El objetivo de esta terapia es que el paciente identifique sus creencias irracionales, así como de las consecuencias de sus emociones desadaptativas, y a través del cuestionamiento lógico-empírico, modificarlas (Beck et al., 1983; Knapp & Beck, 2008).

Por último, es de destacar la fuerte influencia del psicoanálisis en los precursores del MCC, sobre todo de las escuelas que enfatizaban la importancia de entender y tratar las experiencias conscientes de los pacientes, así como trabajar sobre los significados que estos atribuyen a los eventos que suceden en sus vidas (Beck et al., 1983; Knapp & Beck, 2008).

3.1.3 Conceptualización cognitiva

Para abordar el problema del paciente, el terapeuta se basa en la conceptualización cognitiva. Beck (2000) postula que la conceptualización cognitiva es el marco que permite al terapeuta comprender al paciente, desde el inicio del tratamiento hasta su finalización. Provee hipótesis de trabajo, a partir de la identificación del problema que trae al cliente a la consulta. Los componentes son: el diagnóstico del paciente, situación que llevó al paciente a desarrollar el problema, creencias y pensamientos disfuncionales, y reacciones ante tales disfunciones.

El MCC sugiere que los trastornos psicológicos están caracterizados por la activación de un sistema de creencias disfuncionales, a la vez que operan junto con la emoción, la motivación, la conducta y las respuestas fisiológicas. Cuando estos esquemas se vuelven negativos, desadaptativos, rígidos y autoperpetuantes, contribuirían a la psicopatología. Estos esquemas o modelos cognitivos se expresan a través de los llamados pensamientos automáticos, los cuales son ideas que surgen en la mente del sujeto de modo inintencionado, acompañados de una emoción y una conducta determinada, y generalmente no suelen someterse a juicio crítico, sino que se asumen como verdades (Beck, 2000; Beck & Dozois, 2011; Clark & Beck, 1997; Semerari, 2002).

A pesar de que los pensamientos automáticos operan de manera veloz, con cierto entrenamiento es posible detectarlos y modificarlos con el fin de mejorar los síntomas. Al comenzar el tratamiento, el terapeuta hace mayor hincapié en el registro de los pensamientos automáticos, a través de técnicas cognitivas y conductuales. Luego, se incorpora el trabajo sobre las creencias intermedias, que son actitudes, reglas y presunciones sobre una situación específica, y sobre las creencias centrales, que son las ideas que tiene el sujeto acerca de sí mismo, y son más globales y generalizadas (Beck, 2000).

Asimismo, el objetivo terapéutico consiste en reestructurar y corregir esos pensamientos distorsionados y, colaborativamente, terapeuta y paciente, desarrollar soluciones prácticas para producir un cambio y mejorar los trastornos mentales (Knapp & Beck, 2008).

3.1.4 Estructura de sesión

A diferencia de otro tipo de terapias, el MCC propone sesiones terapéuticas estructuradas, en donde el terapeuta tiene un rol activo y planifica, junto con el paciente, cada sesión y las tareas a realizar. Una sesión de terapia cognitiva estándar incluye una breve actualización, una conexión con la sesión anterior, la formulación de un plan, revisión de las tareas para el hogar, el abordaje de uno o varios problemas, una síntesis y retroalimentación por parte del paciente (Beck, 2000; Knapp & Beck, 2008).

Beck (2000) explica que en la primera sesión se analizan los resultados de las evaluaciones diagnósticas y se comienza a delinear la conceptualización cognitiva, interrogando sobre los problemas planteados por el cliente, su situación actual, sus síntomas y su historia. También señala que es importante lograr en la primera sesión un ámbito de confianza y buen rapport. Posteriormente, se procede a la elaboración del plan para la sesión. El psicoterapeuta indica, de manera precisa, cuáles son los temas que le interesa ahondar en la sesión, con el fin de conocer mejor al paciente y su problemática. Dado que es el primer acercamiento del consultante con el terapeuta, este último debe mostrarse empático y con deseos de entender cómo se siente el paciente, ya que desea ayudarlo. Así, el psicólogo recurre a la retroalimentación por parte del paciente, esto permite que se esclarezcan las percepciones del paciente sobre el terapeuta y sobre el proceso terapéutico, así como corregir aquellas mal interpretaciones que pudieran surgir (Beck, 2000).

Una vez establecido el plan, se procede al control del estado de ánimo. Esta evaluación permite que el terapeuta tome noción de otros aspectos que pueden no haber surgido anteriormente. El control del estado de ánimo puede realizarse por medio de tests o estableciendo un puntaje, por ejemplo, se pregunta al paciente cómo se ha sentido durante la última semana y que otorgue un puntaje del 0 al 10 a la intensidad de la emoción que estuvo experimentando. Ya terminada la evaluación, se establecen los objetivos de tratamiento. El terapeuta ayuda al cliente, por medio de técnicas (que se ampliarán en el siguiente apartado), a identificar cuáles son los cambios que espera alcanzar con el tratamiento, describiendo objetivos específicos y globales (Beck, 2000).

Al finalizar la sesión, se asignan las tareas para el hogar, la síntesis de la sesión y la retroalimentación. Las tareas para el hogar son una oportunidad para practicar las habilidades aprendidas en la sesión semanal al aplicarlas fuera de la misma, y mejorar los resultados del tratamiento. La síntesis de la sesión refuerza los puntos clave tratados durante la misma, al principio la realiza el terapeuta, y, poco a poco, se lo insta al paciente a que él mismo relate el resumen de la sesión. La retroalimentación, como se mencionó anteriormente, favorece el rapport al dar la oportunidad al paciente para que exprese su opinión sobre el proceso terapéutico. Además, es una instancia para que el terapeuta

revalide las interpretaciones del consultante, pues las mismas pueden ser idiosincrásicas (Beck, 2000; Beck & Dozois, 2011).

En este apartado no se desarrollará la cuestión de la PE, dado que se explicará con mayor detalle en el apartado 3.3 Psicoeducación.

3.1.5 Técnicas

El MCC se vale de técnicas tanto cognitivas como comportamentales para ayudar al consultante en el proceso terapéutico. Las técnicas se basan en tres principios básicos: empirismo colaborativo, diálogo socrático y descubrimiento guiado. El empirismo colaborativo se obtiene al exponer el componente racional de este tipo de terapia, acordando metas de tratamiento y esclareciendo el sentido de las tareas para el hogar. Paciente y terapeuta trabajan en equipo para conseguir los objetivos terapéuticos. Si el paciente no se compromete con el tratamiento y no confía en los resultados del mismo, será poco probable que las técnicas que emplee el terapeuta sean efectivas. Por ello es fundamental una buena alianza terapéutica, la cual comprende un acuerdo entre terapeuta y paciente en relación a los objetivos, tareas, y una relación basada en sentimientos positivos (Knapp & Beck, 2008; Semerari, 2002).

El segundo elemento, el diálogo socrático, es conceptualizado por Semerari (2002) como una forma de comunicación basada en interrogantes que el psicólogo utiliza para identificar los pensamientos automáticos y descubrir las creencias subyacentes, establecer una distancia crítica y evaluar diferentes alternativas. Lo positivo del diálogo socrático es su fácil comprensión, ya que se utiliza el lenguaje del paciente y preguntas claras. Además, al tratarse de formulaciones hipotéticas, facilita la concientización sobre los esquemas desadaptativos.

En cuanto al descubrimiento guiado, se puede decir que a lo largo de toda la terapia, el psicólogo guía al paciente en la identificación de los pensamientos automáticos y sus creencias. Para esto, se invita a tomar registros de autoobservación de las emociones generadas por la situación o situaciones problemáticas. El registro de estas emociones y su ubicación en la situación concreta, posibilita la valoración de las mismas y determinar los pensamientos automáticos que van aparejadas a dichas emociones (Knapp & Beck, 2008; Semerari, 2002).

Actualmente el MCC utiliza diferentes técnicas conductuales y cognitivas, con la finalidad de alterar las creencias distorsionadas, modificar los programas de reforzamientos de los pacientes, e identificar y validar las cogniciones (Beck & Dozois, 2011).

Debido a que en este TFI se focalizará en el trastorno de pánico (TP), las técnicas conductuales, que a continuación se detallan, son las utilizadas para el tratamiento del mencionado trastorno. Emmelkamp (2013) menciona que las técnicas empleadas usualmente son: exposición (en vivo, imaginaria e interoceptiva), el entrenamiento en respiración y relajación, y la reestructuración cognitiva. Además, se ha estudiado que las técnicas que demostraron mayor eficacia para el TP, son la exposición interoceptiva y la relajación (Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer & Fang, 2012).

La exposición es un proceso en el cual el sujeto se confronta al estímulo temido, que provoca una respuesta indeseada, con el objetivo de reducir la fuerza de dicha respuesta. La exposición puede ser imaginaria, en la cual los pacientes se exponen a la situación temida por medio de la imaginación, en vivo, los pacientes son expuestos al estímulo real, y la realidad virtual, en donde el paciente se enfrenta a un ambiente recreado. Esta técnica se sustenta en la hipótesis de que la ansiedad decrece al permanecer en la situación temida, a este proceso se lo denomina extinción del miedo o habituación. Mediante la exposición en vivo, es posible poner a prueba las cogniciones catastróficas. En cuanto a la exposición

interoceptiva, la misma consiste en inducir al paciente a las sensaciones fisiológicas temidas asociadas con los ataques de pánico, a través de diversos ejercicios (Emmelkamp, 2013).

Labrador Encinas et al. (2001) exponen que las técnicas de relajación y respiración son procedimientos que ayudan a la persona a controlar sus propios niveles de activación fisiológica. La teoría subyacente indica que la activación o tensión puede producirse por diferentes factores, entre ellos, los pensamientos, comportamientos y el ambiente; y es mediante la relajación que se producen efectos contrarios, tales como: disminución de tensión muscular, disminución en la frecuencia cardiaca y la respiración, disminución de secreción de adrenalina y noradrenalina, y disminución en el consumo de oxígeno.

Se considera relajación a un estado psicofisiológico de hipoactivación, el cual es posible alcanzar mediante el uso de técnicas específicas. Una de las técnicas de relajación más empleadas es la relajación progresiva o diferencial, desarrollada por Jacobson, en la cual se enseña al paciente a relajarse por medio de ejercicios de tensión y relajación de los diferentes músculos, de manera alternada (Labrador Encinas et al., 2001).

Respecto a las técnicas de control de la respiración, las mismas consideran que los estilos de vida actuales, sobre todo las situaciones estresantes, no permiten una correcta oxigenación del cuerpo, ya que la respiración se caracteriza por un ritmo acelerado y de poca frecuencia. Esto se traduce en menor oxigenación y mayor esfuerzo del corazón, lo que promueve el surgimiento de cuadros de ansiedad. Principalmente, el procedimiento del control de la respiración consiste en dirigir la respiración hacia la parte baja del tórax, con la finalidad de que el diafragma se expanda, a través de inspiraciones y exhalaciones profundas (Labrador Encinas et al., 2001).

Por otra parte, Labrador Encinas et al. (2001) describen que las técnicas cognitivas que se suelen utilizar para el tratamiento del TP, son aquellas destinadas a la reestructuración cognitiva, es decir, la identificación y transformación de las cogniciones del consultante, y así, entender su experiencia de un modo alternativo. Para esto uno de los ejercicios que el terapeuta enseña es el de autoobservación y registro de cogniciones. Allí el paciente toma nota de pensamientos automáticos, emociones y conductas, así como de las situaciones que impulsaron los mismos. Luego, en la sesión el psicólogo ayuda a identificar los pensamientos negativos y analizarlos objetivamente. Esta separación crítica facilita el cambio en la atribución causal, esto quiere decir que el sujeto aprende a no culpabilizarse por los acontecimientos considerados negativos. Finalmente, se buscan diversas soluciones o interpretaciones alternativas a los problemas del paciente, y se discute acerca de su posibilidad de ponerlas en práctica fuera de la consulta.

Teniendo en cuenta los elementos mencionados anteriormente, el MCC concibe la modificación de la conducta más como un medio que como un fin, ya que la finalidad última de este tipo de tratamiento psicoterapéutico es la corrección de los esquemas distorsionados. Esto se debe a que el MCC se basa en el supuesto de que la conducta está mediada por las cogniciones y la terapia ayudaría a este proceso de cambio comportamental (Labrador Encinas et al., 2001; Semerari, 2002).

3.2 Trastorno de pánico

3.2.1 Características diagnósticas del trastorno de pánico

El TP se caracteriza por ataques de pánico imprevistos recurrentes, aparecen de manera súbita y producen un intenso malestar, alcanzando su máxima expresión en minutos. Durante ese tiempo se originan una serie de síntomas físicos y psicológicos, tales como palpitaciones, sudoración, temblor, sensación de dificultad para respirar, sensación de

ahogo, dolor en el tórax, malestar abdominal, sensación de mareo, escalofríos o sensación de calor, parestesias, desrealización o despersonalización, miedo a perder el control, y miedo a morir. Además, luego de estos episodios, se acompaña el temor o preocupación a que estos vuelvan a ocurrir. Como consecuencia del malestar provocado por la sintomatología, la persona puede incluso cambiar sus hábitos, por ejemplo, evitar determinadas situaciones y lugares. Por otra parte, este síndrome no puede atribuirse a los efectos fisiológicos de una sustancia, ni otra condición médica; ni explicarse mejor por otro trastorno mental (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

De acuerdo a Barlow (2002) los pacientes que experimentan un ataque de pánico reportan un miedo y temor extremos, pensamientos de muerte y necesidad de escapar. Esta urgencia por escapar es considerada irracional y contraproducente. Muchas veces, esta evitación se ve bloqueada por ciertas situaciones sociales en las que no habría posibilidad de huir, pues llamaría la atención de los demás y resultaría vergonzoso para el paciente.

Algunas personas padecen de ataques de pánico nocturnos, los cuales se definen como un despertar del sueño en un estado de pánico, similar a un ataque de pánico diurno, sin una causa definida. No se refieren a ataques de pánico producidos tiempo después de haber despertado, ni se deben a terrores nocturnos o estímulos ambientales. Los ataques de pánico nocturnos son comunes en pacientes diagnosticados con TP, quienes a menudo evitan dormir por temor a experimentar los síntomas (Craske & Barlow, 2008).

En la última versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, la agorafobia es considerada un trastorno en sí mismo, que puede ocurrir independientemente de los ataques de pánico. Aunque en la mayoría de los casos, los ataques de pánico suelen ir acompañados de agorafobia. Además se incluye el especificador de ataques de pánico, lo que significa que los mismos pueden aparecer en otros trastornos (APA, 2014; Barlow, Conklin & Bentley, 2015). Por este motivo, se describirá en el siguiente sub-apartado la agorafobia.

3.2.2 Características diagnósticas de la agorafobia

Esta condición se representa por una extremada ansiedad ante la exposición real o anticipatoria a ciertas situaciones, como por ejemplo, utilizar medios de transporte, estar en espacios abiertos o cerrados, encontrarse en una multitud o haciendo fila, o estar fuera del hogar solo. El miedo es producto de la creencia de que algo terrible puede suceder y que no podrá escapar ni pedir ayuda (APA, 2014).

Según White y Barlow (2002) la agorafobia puede implicar una restricción en el estilo de vida, en casos severos, la persona puede llegar a quedar confinada en su casa. Es muy común que este tipo de pacientes definan una “zona segura” cerca de sus casas y sentirse incapaces de salir fuera de ese perímetro. Además de evitar situaciones como se mencionó arriba, el sujeto puede evitar sustancias concretas o actividades físicas que producen determinados síntomas asociados al pánico. También, las personas que padecen esta condición, suelen tener conductas de reaseguro, como por ejemplo, llevar una botella de agua, medicación, para sentirse protegidos ante un posible ataque de pánico.

Craske y Barlow (2008) clasifican distintos grados de severidad de agorafobia. La agorafobia leve se puede ejemplificar como aquellas personas que pueden realizar sus actividades cotidianas, con ciertas reservas, por ejemplo, en un cine prefieren sentarse cerca de la salida. La agorafobia moderada se caracteriza por un mayor nivel de evitación de circunstancias, prefiriendo ir acompañado. En la agorafobia severa, la movilidad del sujeto se ve mucho más limitada, incluso sin poder llegar a salir de la casa.

3.2.3 Etiología del trastorno de pánico

Se cree que la predisposición genética y psicológica aumenta la probabilidad de desarrollar un TP. Esta manera de organizar dicha vulnerabilidad etiológica se conceptualiza en la teoría de la triple vulnerabilidad. En primer lugar, las contribuciones genéticas al desarrollo de afectividad ansiosa y negativa constituyen una vulnerabilidad biológica heredable. En segundo lugar, hay evidencia que apoya una vulnerabilidad psicológica a experimentar ansiedad y estados de afectividad negativos, caracterizados por un sentido de control disminuido, que surge de las experiencias tempranas del desarrollo. En tercer lugar, existiría un aprendizaje, en etapas tempranas de desarrollo, en las que ciertas sensaciones somáticas se asociarían a un fuerte sentido de peligro. Esto contribuye a una sensibilidad a la ansiedad, o “miedo al miedo”, que implica el temor a padecer un nuevo ataque, debido a las consecuencias físicas, psicológicas y sociales del mismo. Por otra parte, el miedo condicionado, la evitación y los sesgos en el procesamiento de la información perpetuarían dicho trastorno (Craske & Barlow, 2008).

Dentro de los factores genéticos y temperamentales se incluye el neuroticismo, que es la tendencia a experimentar emociones negativas como respuesta al estrés. Un concepto similar es el de afectividad negativa, que se define como la tendencia a experimentar emociones negativas ante diversas situaciones, incluso sin la presencia de un estresor (APA, 2014; Craske & Barlow, 2008).

También se puede encontrar un historial de enfermedades médicas y abuso en pacientes con TP. Enfermedades respiratorias, como asma, tanto en los pacientes como en sus familiares de primer grado, constituyen un factor de riesgo a padecer TP. Asimismo, las historias de abuso sexual y violencia familiar tienen mayor probabilidad de conducir al desarrollo del mencionado trastorno, mucho más que de otros trastornos de ansiedad.

Por otra parte, los pacientes con TP tienen mayor conciencia para detectar sensaciones corporales, por ejemplo, para percibir los latidos del corazón. Si bien esta habilidad no es perjudicial en sí misma, puede ser considerada un factor de riesgo (Craske & Barlow, 2008).

3.2.4 Tratamiento del trastorno de pánico

El MCC es considerado el tratamiento de primera elección para los trastornos de ansiedad, incluido el TP (Hollon & Beck, 2013).

Craske y Barlow (2008) definen que el tratamiento del TP puede realizarse en consultorios externos, en ambientes naturales y con pacientes internos, tanto de manera individual como grupal. El tratamiento en consultorios externos es adecuado para implementar la PE, la reestructuración cognitiva, la asignación y retroalimentación de tareas, y dramatización. También pueden llevarse a cabo exposiciones interoceptivas. Sin embargo, que el paciente aprenda a tener menos miedo en presencia del terapeuta, o cerca de un centro médico, no significa que necesariamente esto se generalice a otras condiciones sin la presencia del terapeuta, o la percepción de lugares donde el sujeto se sienta seguro. Es por esto que es necesario que el paciente practique las tareas que le son asignadas.

En el caso de los ambientes naturales, se pueden aplicar la reestructuración cognitiva y otras habilidades de manejo de la ansiedad. Así como los pacientes se exponen a las situaciones que temen, esto es la exposición en vivo, la cual puede realizarse con el psicólogo o solo. La exposición junto con el profesional es recomendada para aquellos pacientes que no poseen redes sociales, y en casos de agorafobia severa. Este tipo de exposición en vivo también tiene la ventaja de que el terapeuta da retroalimentación en la medida en que el consultante se expone a las experiencias ansiógenas. La exposición también promueve la independencia y generalización de las habilidades aprendidas durante el tratamiento (Craske & Barlow, 2008).

El tratamiento de TP en pacientes internos es más conveniente cuando es necesario realizar una terapia intensiva o para tratar personas con TP muy severo. La desventaja de esto es la poca generalización de las estrategias, la cual puede ser solventada con la práctica entre sesiones, cuando el paciente accede a tratamiento ambulatorio (Craske & Barlow, 2008).

Para el tratamiento del TP existen diversos abordajes: una tradición, representada por Lum y Ley, considera que los ataques de pánico son consecuencia de los efectos de la hiperventilación; por lo tanto, el tratamiento se centra en controlar la respiración. Una segunda corriente, encabezada por Beck, sostiene que los ataques de pánico se producen por la interpretación catastrófica de las sensaciones físicas que el paciente experimenta; es por esto que en la terapia se trata de identificar y modificar esas interpretaciones. La última, representada por Barlow, se orienta hacia la exposición a las sensaciones somáticas que percibe el sujeto, ya que considera que el condicionamiento interoceptivo tiene un papel importante en los ataques de pánico, esto se denomina tratamiento de control del pánico (Botella Arbona & Ballester Arnal, 1997).

De esta manera, se pueden definir tratamientos que enfatizan más los aspectos conductuales y otros los aspectos más bien cognitivos (Hollon & Beck, 2013). Como describe Arntz (2002), los procedimientos terapéuticos cognitivos tienen por objetivo modificar las interpretaciones catastróficas acerca de las sensaciones corporales, principalmente a través de la corrección de los pensamientos automáticos que subyacen a estas malinterpretaciones. Por otra parte, los procedimientos de exposición permiten que el paciente se habitúe al miedo evocado por la experimentación de dichas percepciones corporales.

Como se mencionó en el apartado 3.1.5 Técnicas, Botella Arbona y Ballester Arnal (1997) manifiestan que los programas de tratamiento cognitivo-comportamental incluyen: reestructuración cognitiva y entrenamiento para reducir la susceptibilidad a la ansiedad y prevenir la respuesta de miedo ante la activación fisiológica; técnicas para el manejo de la respiración y la relajación; exposición a las sensaciones temidas; y recreación de experiencias conductuales para refutar las creencias catastróficas. Esto coincide con los hallazgos de Wolf y Goldfried (2014), quienes investigaron el uso efectivo de la terapia cognitivo-comportamental para reducir la sintomatología del TP. Se interrogó a terapeutas sobre los componentes más usados en el tratamiento de este trastorno desde el MCC, entre los más usados se puede mencionar la PE como parte del tratamiento, la reestructuración cognitiva y la exposición. Además, más de la mitad de los participantes utilizó entrenamiento en relajación, como por ejemplo, técnicas de respiración.

El tratamiento para el TP que ha demostrado mayor eficacia es, dentro de los tratamientos del MCC, aquel que combina reestructuración cognitiva con exposición interoceptiva (Butler, Chapman, Forman & Beck, 2006). En una investigación realizada por Oei, Llamas y Devilly (1999 como se citó en Butler et al., 2006) se encontró que al finalizar el tratamiento, se redujeron los síntomas de pacientes con TP a niveles cercanos a aquellos presentes en población no clínica. Asimismo, Hollon y Beck (2013) afirman que las intervenciones focalizadas en las interpretaciones catastróficas, tuvieron mayor éxito.

Además, se estudiaron los tratamientos combinados con fármacos. Algunos de los más investigados son la eficacia de los antidepresivos, las benzodiazepinas y los potenciadores cognitivos. De los mencionados, para el tratamiento del TP se recomiendan los antidepresivos, ya que mostraron ser efectivos para mejorar la ansiedad anticipatoria y las conductas evitativas (Emmelkamp, 2013).

Además de las técnicas específicas mencionadas para el tratamiento del TP, en este modelo terapéutico es importante que el proceso sea comprensible tanto para el terapeuta como para el paciente. Esto se facilita con el uso de una estructura de sesión estándar, ya que los pacientes se sienten más confortables cuando tienen conocimiento de las características de

la sesión, y cuando tienen claras expectativas acerca del tratamiento. Cuando el terapeuta explica esto, y logra llevarlo a cabo en la sesión, se acrecienta la comprensión del paciente (Beck, 2000). Este énfasis en el conocimiento y la comprensión es uno de los elementos básicos del MCC, esto es, la PE.

3.3 Psicoeducación

3.3.1 Definición

Bulacio, Vieyra, Alvarez Daneri y Benatuil (2004) definen la PE como un proceso que posibilita que los pacientes desarrollen capacidades para afrontar las situaciones de manera adecuada. Para ello, es fundamental detectar el problema y definir soluciones alternativas. El objetivo último es mejorar la calidad de vida de la persona.

La PE admite diversos abordajes individuales, de pareja, grupales y familiares. Así como no solo los psicólogos pueden impartir PE, sino también los diferentes profesionales del ámbito de la salud (Bulacio, 2006; Bulacio et al., 2004).

Por una parte, puede realizarse PE orientada a la psicopatología o a la población en general. Cuando se imparte PE en los tratamientos individuales, los contenidos son tanto conocimientos teóricos como prácticos sobre el diagnóstico, el tratamiento y su fundamento, soporte sobre la psicoterapia recomendada, la importancia de la PE, la importancia de la creatividad, y la definición de los objetivos (Bulacio et al., 2004).

Esta información se brinda desde la primera sesión y de manera gradual, de acuerdo a cada caso, según los tiempos determinados, el interés por parte del consultante y las etapas del tratamiento. Por otra parte, este contenido debe adecuarse al nivel sociocultural del paciente, así como su personalidad, condición e información precedente (Bulacio et al., 2004). Es recomendable que esta información sea proporcionada manteniendo el rapport logrado al inicio de la sesión, con un lenguaje sencillo y práctico, asegurándose de que el paciente entienda el diagnóstico (Beck, 2000).

También es necesario educar sobre posibles recaídas, ya que las mismas pueden ser desalentadoras y conducir a pensamientos catastróficos. De esta manera los pacientes pueden volver a consultar sobre el curso de la enfermedad y el tratamiento psicofarmacológico (Taylor, 2006).

De acuerdo a Bulacio (2006) produce alivio para el paciente entender y sentirse comprendido por parte del terapeuta, quien debe adoptar una postura flexible y emplear creatividad, así como hacer buen uso del timing. Estas actitudes empleadas permiten sortear los obstáculos de la rutina, generando un vínculo empático.

En este sentido, según el paradigma de procesamiento de información -en el cual toda información ingresada en el sistema genera un monto de incertidumbre, cuyo procesamiento corresponde con su resolución- la PE puede ser comprendida en términos de información nueva que, una vez ingresada en el sistema del paciente, crea una nueva categorización del sufrimiento del consultante, denominándolo TP o agorafobia, según el caso (Fernández Álvarez, 1992).

Para entender cómo opera la PE según este paradigma, es necesario remitirse a la secuencia de procesamiento de información.

En primer lugar, la información ingresa a través de las vías de entrada, que son los receptores sensoriales para captar los datos provenientes del entorno. En segundo lugar, comienzan a operar los llamados mecanismos de clasificación, los cuales ordenan y diferencian la información que acaba de ingresar con la ya disponible en la memoria. Dicha clasificación se ordena en varias categorías existentes, o bien se modifican. Dado el carácter flexible de las categorías, es posible que varíen de acuerdo a las necesidades del sistema y antigüedad. Es más factible cambiar los mecanismos ligados a la memoria de corto plazo, que a los relacionados a la de largo plazo. Esta clasificación posibilita que la información,

mediante los procedimientos de los esquemas nucleares, conlleve a una resolución. Los mencionados esquemas son la base para solventar la incertidumbre, transformando la información en una acción o conducta. Esto es fundamental para comprender por qué algunos sujetos ante mismos estímulos, dentro del mismo contexto, reaccionan de modos disimiles (Fernández Álvarez, 1992).

Fernández Álvarez (1992) integra este paradigma de procesamiento en su aplicación a la patología y a la psicoterapia, de modo que se definen tres momentos, cada uno atribuible a un trastorno en cada una de las partes involucradas en el sistema: trastornos atribuibles a las vías de entrada, trastornos atribuibles a los mecanismos de clasificación, y trastornos en los esquemas nucleares de procesamiento.

El primer momento se refiere a un modo erróneo de seleccionar la información para afrontar un acontecimiento específico, ya sea porque la información ingresada es de una magnitud mayor a la que el sistema puede procesar, o porque su nivel de complejidad supera los esquemas, imposibilitando su resolución. Esto puede ilustrarse en el caso de un paciente ansioso, que acude a la terapia con el fin de disminuir su incertidumbre. El terapeuta, si se encuentra receptivo, puede ayudarlo, por ejemplo, mediante el uso de PE, disminuyendo así los niveles de ansiedad. En efecto, la ansiedad normal es aquella que permite a un individuo procesar una cantidad y complejidad de información, oscilando dentro de ciertos límites. En cambio, cuando la cantidad y/o complejidad de información excede esos límites, la ansiedad se ubica dentro de cuadros patológicos, tales como el TP o la agorafobia (Fernández Álvarez, 1992).

Un segundo momento, es caracterizado por Fernández Álvarez (1992) como las disfunciones en la memoria del sujeto, que dificultan una adecuada clasificación de la información. Principalmente este trastorno asociado se debe a un mecanismo de represión, que opera alterando secuencias, olvidando detalles, o distorsionando los hechos. En este caso, el psicólogo intenta restaurar esos recuerdos distorsionados, posibilitando una elaboración de la incertidumbre, mediante la PE, es posible reordenar la experiencia. Según esta descripción, cuando un paciente experimenta un ataque de pánico, no puede recuperar la información pertinente para resolver la incertidumbre, recurriendo a conductas que lo llevaron a padecer un TP, incrementando nuevamente los niveles de ansiedad.

Por último, los trastornos en los esquemas centrales, se deben a creencias incorrectas acerca de una situación, impidiendo una correcta resolución. Por ejemplo, una persona con TP tiene la creencia errónea de que a causa de sus ataques de pánico se va a “volver loco” o se va a morir, entonces aumenta su incertidumbre, activando, a su vez, la sintomatología propia del trastorno. De esta manera, la PE actúa otorgando nuevos significados y atribuciones a los recuerdos (Fernández Álvarez, 1992).

Para finalizar, la PE influye indirectamente sobre el fortalecimiento de la autonomía y las conductas de autocuidado. Esto se debe a que el terapeuta enseña al paciente a convertirse en su propio terapeuta (Beck 2000; Bulacio, 2006).

3.3.2 Psicoeducación en el tratamiento del trastorno de pánico

En el protocolo de tratamiento propuesto por Craske y Barlow (2008), se comienza psicoeducando sobre la naturaleza del trastorno, la etiología, y los mecanismos de respuesta que implican aspectos fisiológicos, cognitivos y comportamentales. El propósito de la PE es corregir los mitos y las ideas erróneas comunes acerca de los síntomas de pánico, que contribuyen a este y a la ansiedad.

Además, la PE distingue entre la ansiedad y el miedo o pánico, siempre en términos de los tres modos de respuesta (cognitivo, corporal y conductual). Esta distinción es central, pues

la ansiedad es vista como un estado de preparación para el futuro, mientras que el pánico es una respuesta emocional de lucha-huida, ante un peligro inminente. Por lo tanto, la ansiedad se puede caracterizar como una percepción o conciencia de un futuro peligro, tensión constante, y actitudes cautelosas, evitativas y disruptivas. En cambio, el pánico se caracteriza por la percepción o conciencia de peligro inminente, descargas autonómicas repentinas, y conducta de lucha-huida (Craske & Barlow, 2008).

De manera similar, en un estudio de caso único, realizado por Espada, Van der Hofstadt y Galván (2007), se aplicó un programa multicomponente, combinando estrategias cognitivo-comportamentales y exposición en vivo. Una de las técnicas empleadas fue la PE.

En la tercera sesión, se comunicó a la consultante acerca de las diferentes respuestas ansiedad, cómo se adquiere y se mantiene. Además, se le explicó el modelo cognitivo del pánico, resaltando el papel de las interpretaciones catastrofistas en el momento de sufrir una crisis. También se le propuso realizar un ejercicio de hiperventilación en la sesión, con el fin de recrear las sensaciones experimentadas en las crisis de pánico. De esta manera, se pudo comprender el rol de la respiración en el origen y complicación de los episodios. Por último, se presentaron las características del tratamiento, resaltando el requisito de una participación activa de la paciente. Asimismo, se realizó un entrenamiento en respiración diafragmática (Espada et al., 2007).

La PE no solo es una intervención que se realiza en la primera consulta. Knapp y Beck (2008) entienden que a lo largo de todo el tratamiento, se utiliza el abordaje colaborativo y psicoeducativo, con experiencias específicas de aprendizaje diseñadas con el objetivo de enseñar a los pacientes a: monitorear e identificar pensamientos automáticos; reconocer las relaciones entre cognición, afecto y comportamiento; testear la validez de los pensamientos automáticos y las creencias nucleares; corregir conceptualizaciones tendenciosas, substituyendo pensamientos distorsionados por cogniciones más realistas; e identificar y alterar las creencias, presupuestos o esquemas subyacentes a patrones disfuncionales de pensamiento.

Para ilustrar lo expuesto anteriormente, a continuación se explica un modelo estándar de ocho sesiones de tratamiento del TP desde el MCC.

En la primera sesión, se psicoeduca sobre la trayectoria del TP. Explicando los conceptos de ansiedad, miedo, respiración, hiperventilación, pánico y agorafobia. En la segunda sesión, se educa sobre el mecanismo fisiológico de lucha y huida, semejanzas entre las sensaciones provenientes de ese mecanismo y las emergentes en el pánico. Por otra parte, también se reeduca la respiración, a través de inhalaciones y exhalaciones lentas, reteniendo el aire unos segundos. Este ejercicio se realiza en todas las sesiones. En la tercera sesión, se define el modelo de hiperventilación y se induce al paciente, a través de un ejercicio, a experimentar los síntomas de la hiperventilación. Además, se llevan a cabo ejercicios de relajación muscular. En la cuarta sesión, nuevamente se inducen síntomas físicos con la finalidad de que el consultante aprenda a percibirlos como inofensivos. En la quinta sesión, se enseña sobre las sensaciones corporales que pueden ser acentuadas debido a la situación o sustancias, como por ejemplo, ejercitarse, sacudirse, cambios de temperatura, luces brillantes, café, alcohol, medicamentos y ritmos irregulares respiratorios. Dado que el pánico tiene sus raíces en el miedo a experimentar esas sensaciones, se induce al paciente a experimentar las mismas. En la sexta sesión, se explica la etiología de la hiperventilación. Se le dice al paciente que es natural respirar excesivamente cuando se está ansioso, dado que el cuerpo busca energía, en forma de oxígeno, para prepararse para lidiar con el peligro. Cuando el oxígeno no es utilizado de la manera correcta, resulta en hiperventilación. En la séptima sesión, se educa sobre la reestructuración cognitiva, es importante que el paciente comprenda que el modo en que

los eventos son interpretados es lo que determina la naturaleza de las reacciones emocionales resultantes. Es por esto que en esa sesión se ayuda al consultante a identificar las cogniciones desadaptativas, que están llevando a las respuestas sintomáticas, con el objetivo de modificar las distorsiones cognitivas. En la octava sesión se efectúa la exposición interoceptiva. Esto se refiere al miedo aprendido de estados internos. El TP se caracteriza por una anticipación a que se produzca un nuevo ataque, generando un círculo vicioso. Ya que la anticipación intensifica las sensaciones temidas. Para llevar a cabo la exposición, se inducen los síntomas en el paciente, a través de ejercicios, como en las sesiones anteriores. Luego se analizan los síntomas que originaron estos ejercicios, procurando entender las causas de los mismos (King et al., 2012).

3.3.3 Eficacia de las intervenciones psicoeducativas en el trastorno de pánico

Diferentes autores han estudiado los efectos que tienen las intervenciones psicoeducativas en la mejoría de los pacientes diagnosticados con TP.

Bulacio et al. (2004) realizaron una pequeña investigación sobre importancia atribuida a los recursos utilizados para la mejoría de los trastornos. Todos los participantes, si bien con diferentes diagnósticos, realizaban tratamiento psicoterapéutico, psiquiátrico y asistían a los grupos psicoeducacionales. Se destacan la importancia de la PE, la relajación y respiración y el escuchar a otros con problemáticas similares. Aunque esta evaluación no mide la importancia real de cada procedimiento, se hace visible el valor de la PE en el tratamiento, como posible potenciador de otras herramientas.

En una meta-análisis realizada por Donker, Griffiths, Cuijpers y Christensen (2009) se encontró que las intervenciones psicoeducativas eran más efectivas cuando la información proporcionada sobre ansiedad y depresión estaba basada en la evidencia.

Cox, Fergus y Swinson (1994) hallaron que la educación acerca de los ataques de pánico y la educación sobre el miedo y la evitación, se correlacionan significativamente con la mejora en la frecuencia y severidad de pánico, mientras que exposición auto-dirigida en vivo se correlacionó con una mejora en el comportamiento de evitación.

Taylor (2006) afirma que la psicoterapia, la medicación y grupos de autoayuda son efectivos y deberían ser ofrecidas a los pacientes, así como deberían ser tenidos en cuenta las preferencias de estos, de acuerdo a sus experiencias previas con tratamientos. Asimismo la familia y cuidadores también tendrían que ser informados acerca de los grupos de apoyo y alentarlos a participar de los mismos, de ser necesario.

Dado que en la PE es fundamental el modo en que se transmite la información, no solo su contenido (Bulacio, 2006). A continuación se presentan las conclusiones a las que se arribaron en la implementación de dispositivos psicoeducativos.

Dannon, Iancu y Grunhaus (2002) investigaron los efectos de un folleto de autoinformación en pacientes con TP. Hallaron que este dispositivo aumentaba el grado de mejoría, acortando los tiempos hasta que la mejoría comienza. Este folleto de autoinformación suministra información, alterando los patrones de pensamiento de sabotaje y explicando el proceso de la enfermedad. Esta explicación es importante para que el paciente tenga una sensación de control, disminuyendo la impotencia e incertidumbre. Al contrario, la falta de información adecuada, aumenta la ansiedad, así como los pensamientos catastróficos.

La educación sobre la terapia puede incrementar las expectativas de los pacientes sobre el cambio y la probabilidad de resultados positivos, debido a que mejora la eficacia de las intervenciones psiquiátricas. La lectura del folleto en un lugar calmo, como el hogar del consultante, podría incrementar el conocimiento y el control, más que si lo hiciera en un ambiente como el de hospital. Asimismo, el paciente recuerda que no está solo y que el

terapeuta reconoce su sufrimiento y enfermedad, por lo tanto, esto ayuda a disminuir los niveles de ansiedad (Dannon et al., 2002).

Fende Guajardo y Anderson (2007) estudiaron las intervenciones psicoeducativas preparatorias para la terapia. Se encontró que aquellos clientes que lograron completar la intervención psicoeducacional preparatoria, tendían a mostrar mejoras en las expectativas y reportaron un mejor entendimiento del proceso terapéutico y del rol del paciente. Así como lograron desarrollar mejores relaciones terapéuticas y se sintieron más satisfechos con la terapia.

Las herramientas preparatorias permiten también incrementar la conciencia sobre el proceso terapéutico y reducir las confusiones de rol, además de disminuir las actitudes negativas y el miedo al tratamiento, lo que contribuye al abandono. Otro de los efectos encontrados es el de la reducción de síntomas de ansiedad (Fende Guajardo & Anderson, 2007).

De acuerdo a lo expuesto anteriormente, la PE es uno de los componentes fundamentales del MCC, ya que la comprensión didáctica del TP y de la hiperventilación, por intermedio de la reestructuración cognitiva, permite entender y percibir que los síntomas respiratorios emergentes son inofensivos, así como lidiar con ellos, y, por tanto, disminuir la ansiedad y los ataques de pánico (King et al., 2012). Adicionalmente, Barlow (2002) afirma que la PE aumenta las expectativas en el tratamiento y el compromiso del cliente.

4. METODOLOGÍA

4.1 Tipo de estudio

Descriptivo- Estudio de caso.

4.2 Participantes

Grupo A (salidas cortas): grupo de dos participantes diagnosticados con TP y agorafobia, A y S, entre 20 y 40 años aproximadamente.

Grupo B (salidas largas): grupo de dos participantes, diagnosticados con TP y agorafobia, M y J, entre 30 y 60 años aproximadamente.

Coordinadores del Grupo A: dos pacientes recuperadas diagnosticadas con TP y agorafobia. B tiene 57 años y hace 10 años que coordina el grupo. Y tiene 25 años y es coordinadora hace 3 años.

Coordinadora del Grupo B: C es una paciente recuperada diagnosticada con TP y agorafobia, tiene 50 años y hace dos años coordina el grupo.

Profesionales: dos psicólogas. Mx es Licenciada en Psicología, especialista en trastornos de ansiedad, con 17 años de experiencia en la Institución. Ax es Licenciada en Psicología, especialista en trastornos de ansiedad, con 3 años de experiencia en la Institución.

Los nombres de los participantes son seudónimos.

4.3 Instrumentos

Entrevistas semi-dirigidas individuales a profesionales sobre: datos generales, características, finalidad e importancia de la PE. Se realizaron en la Institución, con una duración aproximada de 20 minutos cada una.

Entrevistas semi-dirigidas individuales a coordinadores sobre: datos generales, conocimientos previos y adquiridos acerca del TP y la agorafobia, y características, finalidad e importancia de la PE. Se realizaron en la Institución, con una duración aproximada de 20 minutos cada una.

Entrevistas semi-dirigidas individuales a participantes de grupos A y B sobre: datos generales, conocimientos previos y adquiridos acerca del TP y la agorafobia, características, finalidad e importancia de la PE. Se realizaron en la Institución, con una duración aproximada de 30 minutos cada una.

4.4 Procedimiento

Para llevar a cabo el Trabajo Final Integrador, en primer lugar, se realizó una entrevista individual a cada una de las profesionales de la Institución. Cada entrevista tuvo una duración aproximada de 20 minutos.

En segundo lugar, se realizó una entrevista individual a cada una de las coordinadoras de los grupos de Agorafobia. Cada entrevista tuvo una duración aproximada de 20 minutos.

En tercer lugar, se realizó una entrevista individual a cada uno de los participantes de los grupos de Agorafobia. Cada entrevista tuvo una duración aproximada de 30 minutos.

Se pactó con cada participante el horario en el que se desarrollarían las entrevistas, las cuales fueron llevadas a cabo en la Institución.

Una vez efectuadas las entrevistas, se procedió al análisis cualitativo de los datos.

5. DESARROLLO

5.1 Características de la psicoeducación y su utilización en el tratamiento del trastorno de pánico

En la institución analizada, el proceso psicoeducativo se realiza principalmente en dos momentos: primero, en las charlas informativas, y segundo, en el tratamiento. Dentro de este último, puede subdividirse en distintas instancias de aplicación: la terapia individual, el grupo de agorafóbicos catastróficos (AGORCAT), el taller de familia y los grupos de agorafobia.

5.1.1 Las charlas informativas

Las charlas informativas son gratuitas, abiertas a la comunidad, y consisten en reuniones mensuales, en donde uno de los profesionales de la institución explica cómo se trabaja en la misma, en qué consisten los trastornos de ansiedad y cómo es su tratamiento. Además, suelen participar de la charla pacientes recuperados, quienes dan su testimonio acerca de su experiencia en la institución.

Generalmente, los pacientes se enteran de estas charlas a través de los medios de comunicación, o por conocidos que se lo recomendaron. También difunde información acerca de este tipo de trastornos por medio de la página web y de Facebook de la fundación, allí puede encontrarse testimonios y videos de los programas a los que el psicólogo presidente de la institución asistió.

Los temas tratados en las charlas informativas son: descripción de los síntomas de cada trastorno y su respectivo tratamiento psicofarmacológico. Asimismo, se brinda información sobre las ventajas de realizar este tipo de tratamiento, y cómo la terapia, y medicación, ayudan en la mejoría del trastorno. También se da lugar a que los concurrentes hagan preguntas y expresen su opinión.

Dichas definiciones, sumadas al testimonio de los pacientes recuperados, posibilita que la audiencia se identifique y entienda su problema. Por lo que, la escucha de problemáticas similares, genera empatía entre ellos, disminuyendo el sentimiento de soledad (Bulacio et al., 2004). Esto puede ejemplificarse en lo que Y y S comentaron en la entrevista

Y, quien actualmente es coordinadora, en la entrevista dijo que había un paciente con el cual se identificó: *“este hombre contó bastante, y también le pasaban un montón de cosas parecidas a las mías. Entonces, ahí me di cuenta que... ya con esa charla me di cuenta que algo había que me podía ayudar”*.

Igualmente, S, una de las pacientes, se identificó gracias al testimonio y eso la ayudó a no sentirse sola, incentivándola a iniciar el tratamiento. Al respecto dijo: *“eran todos los síntomas que yo tenía y dije: ‘bueno, esto es lo mismo que me está pasando a mí’. Entonces,*

acá saben tratarlo, si se pudo curar una persona, y pudo viajar, y tuvo toda la misma sintomatología que yo, voy a intentar acá”.

De esta manera, la descripción acerca de la PE impartida en las charlas informativas da cuenta de que este proceso puede abordarse de manera grupal, orientado hacia la población en general (Bulacio, 2006; Bulacio et al., 2004). Además, el dispositivo de las charlas informativas se asimila al de las intervenciones psicoeducativas preparatorias descritas por Fende Guajardo y Anderson (2007), ya que ambas tienen como finalidad preparar al paciente para la terapia, aportando datos acerca de las características del tratamiento. Por lo tanto, aumenta la comprensión acerca del mismo, lo que influye sobre la adhesión al tratamiento y la disminución de los síntomas de ansiedad. Tal como señala Barlow (2002), la PE aumenta las expectativas acerca de la psicoterapia, lo que puede observarse en las expresiones utilizadas por Y y S, quienes consideraban que la charla informativa les ayudó a tomar la decisión de iniciar el tratamiento en la fundación. Por lo tanto, la PE en esta instancia, se utiliza con la finalidad de entender los trastornos de ansiedad y sus correspondientes tratamientos, de modo general.

5.1.2 El tratamiento

5.1.2.1 La terapia individual

La primera instancia de aplicación de PE es en la terapia individual. Tanto en las sesiones psicológicas como psiquiátricas, se informa al paciente sobre su diagnóstico, para lo cual, se dan a conocer los resultados de los estudios. Luego, se exponen los principios básicos del MCC, destacando la interrelación entre pensamiento, emoción y conducta, en la génesis del TP (Craske & Barlow, 2008; Knapp & Beck, 2008). También se describen los criterios diagnósticos del TP (APA, 2014), haciendo hincapié en el factor genético del TP, lo que lo hace proclive a la cronicidad y posibles recaídas (APA, 2014; Craske & Barlow, 2008), se da una definición de ansiedad, diferenciando entre ansiedad normal y patológica, se comentan cuáles son las creencias más comunes subyacentes, y cómo el tratamiento ayuda en la resolución de la sintomatología, enfatizando que la terapia cognitivo-conductual es eficaz para tratar el TP (Arntz, 2002; Craske & Barlow, 2008; Fernández Álvarez, 1992; Hollon & Beck, 2013). Incluso, se expresa la importancia de involucrarse en la terapia, promoviendo la actividad física, los ejercicios de respiración y realizar exposiciones (Bulacio et al., 2004; Espada et al., 2007).

De lo anteriormente referido, se puede afirmar que el tratamiento del TP en consultorio externo, es propicio para realizar PE, la cual se ofrece posteriormente a la conceptualización cognitiva, dado que este proceso educativo incluye una comprensión acerca del diagnóstico y tratamiento, así como del problema y las características del trastorno (Beck, 2000; Bulacio et al., 2004; Craske & Barlow, 2008). También se hace alusión al carácter estándar de este tipo de tratamiento, que está probado y recomendado para el TP (Beck, 2000; Hollon & Beck, 2013).

Por otra parte, la PE se imparte tanto al principio del tratamiento, como durante el mismo con intervenciones psicoeducativas como, por ejemplo, con reestructuración cognitiva, con relajación, con autoregistros, escalas subjetivas de ansiedad, y con las tareas de sesión a sesión. El esclarecimiento de dudas, el relato de la experiencia clínica, el pronóstico de la enfermedad también entran dentro de la PE. De esta manera, la PE destaca el rol activo por parte del paciente, lo que se observa en la invitación a realizar actividad física, ejercicios de respiración y exposición a las situaciones temidas, así como promover conductas de autocuidado (Beck, 2000; Espada et al., 2007). Es a partir de la enseñanza de las técnicas cognitivo-conductuales, como las mencionadas por la terapeuta: la reestructuración cognitiva, la relajación, los autoregistros, el control anímico y las tareas de sesión a sesión,

que el paciente entiende el TP y puede aliviar sus síntomas (Emmelkamp, 2013; Labrador Encinas et al., 2001).

Además, de acuerdo a Taylor (2006), es importante psicoeducar sobre posibles recaídas, ya que pueden ser desalentadoras y conducir a pensamientos catastróficos. A esto se debe que sea recomendable que los pacientes puedan consultar en cualquier momento del tratamiento acerca del curso de la enfermedad y de la terapia en sí misma. De tal manera, se contempla el uso personalizado de la PE, de acuerdo a los tiempos y necesidades del consultante (Bulacio et al., 2004).

A su vez, la PE es un proceso que se realiza a lo largo de todo el tratamiento, ya que se producen experiencias de aprendizaje (Knapp & Beck, 2008).

5.1.2.2 El grupo de agorafóbicos catastróficos

La segunda instancia es el llamado grupo AGORCAT. Es un taller cognitivo, dirigido por el director de la institución, que consta de ocho encuentros, una vez por semana. Allí se les explica cómo es la patología, se realizan ejercicios como, por ejemplo, subir escaleras, generar palpitaciones, marearse en una silla giratoria. Dado que el TP consiste en tener pensamientos catastróficos del tipo “me voy a morir”, “me voy a volver loco”, la idea del taller cognitivo es explicar estos pensamientos, así como aprender a resolverlos, incorporando nuevas alternativas. De esta manera, se refuerza lo aprendido en la terapia, pero grupalmente. Si en las exposiciones el paciente llegara a experimentar síntomas, lo trabaja con lo aprendido en la terapia cognitiva. Ya que el objetivo es no depender ni de profesionales, ni coordinadores, ni familiares, sino convertirse en su propio terapeuta. Se aspira a la autonomía y mejorar la calidad de vida en general.

Estos talleres funcionan como grupos psicoeducacionales (Bulacio et al., 2004), en donde se trabaja con exposición interoceptiva y reestructuración cognitiva, cuya combinación ha demostrado ser de las más eficaces (Butler et al., 2006). La hipótesis que subyace es que la reestructuración cognitiva permite reducir la susceptibilidad a la ansiedad y prevenir la respuesta de miedo ante la activación fisiológica, para esto se recrean las sensaciones temidas con la finalidad de refutar las creencias catastróficas (Botella Arbona & Ballester Arnal, 1997). Dado que a mayor severidad de la agorafobia, se presenta mayor dificultad en la vida cotidiana de la persona, la enseñanza de estas técnicas conduce a una mayor autonomía, y por ende, mejor calidad de vida (Bulacio et al., 2004; Craske & Barlow, 2008).

5.1.2.3 El taller de familia

La tercera instancia es la de la PE dirigida a la familia, bajo la premisa de que es importante enseñar a la familia de qué manera pueden ayudar al consultante, sobretodo apoyarlo para que haga su terapia. Muchas veces, los familiares se angustian porque no entienden qué le sucede al paciente, la PE ayuda a aliviar estos sentimientos (Fernández Álvarez, 1992).

Estos talleres se realizan periódicamente, previo aviso a los pacientes, invitando a los familiares si desean concurrir. Generalmente, están presentes uno o dos psicólogos y los coordinadores de los grupos de agorafobia. Allí se psicoeduca sobre los mismos aspectos que en la terapia individual (definición del TP, curso, pronóstico, cronicidad y tratamiento) y, también, se deja abierto a preguntas.

Como puede observarse, la PE se puede abordar con familiares, y no sólo los psicólogos pueden impartirla, ya que los coordinadores de los grupos tienen un rol importante en el tratamiento de este tipo de trastorno (Bulacio et al., 2004; Bulacio, 2006). Hay que destacar que la información que se da en este tipo de espacio debe adecuarse a las inquietudes de los familiares, utilizando un lenguaje sencillo y didáctico, para generar un vínculo empático (Beck, 2000; Bulacio et al.,

2004). Los contenidos enseñados son los mismos que para la terapia individual, focalizando en la importancia del grupo familiar como apoyo para el paciente (Taylor, 2006).

5.1.2.4 Los grupos de agorafobia

La cuarta instancia es la de los grupos de agorafobia. Si bien las psicólogas entrevistadas consideran que no se realizan intervenciones psicoeducativas en las salidas de exposición, debido a que no hay presencia de un profesional, sino que las llevan a cabo los coordinadores -que son pacientes recuperados-, pueden señalarse algunas intervenciones que apuntan a que el paciente se involucre con la terapia y refuerce las conductas de autocuidado que, en definitiva, es el objetivo de la PE (Bulacio et al., 2004).

Por ejemplo, el coordinador acompaña al paciente a hacer la exposición, puede transmitirle su experiencia, y hacer retroalimentación (Craske & Barlow, 2008).

Por un lado, la exposición realizada los sábados, en ámbitos naturales, permite la generalización de las herramientas aprendidas en la terapia, así como se promueve la independencia de los pacientes, ya que se los anima a practicar por cuenta propia, durante la semana, más allá del grupo de agorafobia (Craske & Barlow, 2008). Sin embargo, a veces a los pacientes les es difícil entender la importancia de ser constante en la exposición, pero a medida que aumentan la frecuencia de la misma, logran darse cuenta de esto, debido a la habituación que produce dicha técnica (Arntz, 2002).

Por otro lado, en las salidas se sigue una serie de normas que promueven las conductas de autocuidado y previenen las conductas de reaseguro (Bulacio, 2006; White & Barlow, 2002). Entre estas pautas se puede nombrar: el tener el celular apagado, no llevar botellas de agua, no hablar de medicación ni de problemas personales.

5.2 Importancia de la psicoeducación para los participantes de los grupos de agorafobia

En este apartado se analizará la opinión de los pacientes de los grupos de agorafobia que, al momento de ser entrevistados, estaban realizando tratamiento.

J expresó en la entrevista que realizó tratamiento farmacológico con psiquiatra, antes de ingresar a la fundación, pero que no mejoraba y no sabía qué era lo que le pasaba: *“Ya cuando pensaba en salir de mi casa, me sentía mal. Ya te digo, en el viaje estaba inquieto. Cuando me agarraba eso, me quedaba quieto, no sabía las técnicas que sé ahora. No sabía qué me pasaba. Era bastante complicado trabajar, vivir. Ahora estoy bien”*.

Para J, la PE fue importante en el sentido de que le permitió entender el trastorno que estaba padeciendo (Fernández Álvarez, 1992). En la terapia aprendió sobre los síntomas de TP, identificarlos y modificarlos, a través de la exposición y las técnicas de respiración y relajación (Emmelkamp, 2013). Estos síntomas eran, principalmente, ansiedad, tensión muscular y miedo a perder el control (APA, 2014). También refirió el significado de sentirse comprendido por parte de los profesionales y coordinadores; y cómo ese aprendizaje le transmitió tranquilidad y lo ayudó a mejorar su calidad de vida (Bulacio, 2006; Bulacio et al., 2004): *“En las salidas estás tranquilo, porque te entienden. Las coordinadoras entienden lo que vos les decís. Estás muy contenido ahí, como ya pasaron por eso... Ya te digo, yo esperaba los sábados para poder venir. Me costó tener que dejar de venir, pero siempre estoy esperando el tercer sábado al mes para la salida larga. Me siento cómodo. Si son viajes largos mejor... Bueno, yo trato de ponerme a prueba, por ejemplo, caminar todo Corrientes tranquilo. Mirá antes no podía descansar. Estaba en mi cama, mirando la tele y no podía tranquilizarme. Estaba tenso. Ahora ya no. Con los ejercicios de respiración voy bien. Me tranquiliza, porque, ya te digo, no sabía qué era... si*

era la presión, las cervicales... Eran cinco minutos por día que me agarraba y no sabía qué era. Iba al médico y no tenía nada... Ahora voy al cine solo, encima 3D. El año pasado hice un viaje a Iguazú, tres días. Estuve allá lo más bien. Pero de a poco me voy animando a esas cosas... Bueno, ahora cuando ves que las cosas caminan te animas a ver más allá. Cuando venía los sábados acá iba bien. Cuando ves que vas bien, te dan ganas de hacer más cosas... Bueno, ahora puedo hacer trámites y eso”.

El segundo paciente, A, dijo en la entrevista que sabía sobre las fobias, que siempre se sintió interesado por las mismas, pero que nunca pensó que iba a desarrollar agorafobia, hasta que se dio cuenta que cuando se subía a un colectivo le daba vértigo y dolores de cabeza. Cuando esto se trasladó a otros medios de transporte, decidió consultar.

Al momento de la primera entrevista con la psicoterapeuta, se le informó sobre los grupos de agorafobia, a los que comenzó a asistir, y la importancia de la exposición en el tratamiento del TP (Bulacio et al., 2004). A describió estos grupos y cómo lo ayudan:

“Me parece genial porque, además de las personas es un ambiente muy bacano, ayuda un poco con la cuestión porque lo que yo tengo con los medios de transporte se agrava más cuando yo estoy solo”.

Según informó A, a pesar de tener conocimientos previos sobre el TP y la agorafobia, finalmente pudo comprender que lo padecía cuando la psicóloga se lo explicó (Bulacio et al., 2004): *“pero incluso hay una agorafobia menor, como un principio de agorafobia, por así decirlo, que si uno lo deja estar es como que puede llegar a ser algo grande”.*

Además, para A fue importante entender la implicancia genética del TP y el modelo del pánico para poder entender el trastorno y superarlo por medio de la exposición (Craske & Barlow, 2008): *“es algo irracional, que el cuerpo lo interpreta como amenaza, como un instinto salvaje, una respuesta de huida. Eso es como lo que más me ayuda a tratar esto porque yo digo como que me pueden ayudar los mejores psicólogos y psiquiatras del mundo, pero si tu no colocas de tu parte, creo que es el 70, el 80% del tratamiento, si vos no haces, como ese trabajo de meditación, reflexión con tu cabeza, no vas a salir de esto pronto. Entonces, lo que yo pienso, esto es irracional... bueno, lo que me dicen todos, es algo con lo que tenemos que lidiar las personas que tenemos fobias o trastornos... Lo que me dijo Mx es como que la parte más importante es la exposición”.*

Si bien el paciente comenzó el tratamiento hace muy poco tiempo, como para notar mejorías en sus síntomas, cree que la información acerca de estos trastornos debería difundirse en el público en general, a modo de prevención, ya que considera que es importante sentirse comprendido (Bulacio et al., 2004): *“es muy importante que la persona tenga alguien que, como que lo entienda. No es que lo haya vivido exactamente igual. Pero que sepa un poco los síntomas, por ejemplo, que un gran porcentaje de personas con fobias llega a perder sus amistades, y que llegan al extremo de suicidarse. Entonces me parece a mí que la gente debería estar más interesada, en esto que es un problema, que normalmente no se ve en la calle, que no lo nota en sus amistades, su familia, pero que puede llegar a existir, entonces me parece que es completamente necesario estar informado en estos temas acerca de lo básico”.*

El tercer paciente entrevistado, M, contó que le explicaron su diagnóstico, el cual desconocía, y cómo el tratamiento psicofarmacológico ayuda en la disminución de los síntomas. Lo que manifestó M coincide con el supuesto de que la información tranquiliza a los pacientes (Bulacio, 2006): *“Me dio mucha seguridad, mucha confianza, cuando me dijeron el tratamiento. Tampoco sabía que padecía de ansiedad”.*

Por una parte, M aclaró que le enseñaron, de a poco, técnicas de relajación y respiración, que le ayudaron a *“ser un poco más fuerte y afrontar”.* Tampoco conocía estas técnicas, y confesó, que si las hubiese conocido, habría hecho tratamiento antes, de chico.

Otra de las técnicas que M aprendió fue a través de la reestructuración cognitiva: *“la psicóloga me dio unos tips para darme cuenta de algunas formas de actuar que tengo, para darme cuenta, para no hacerlo más, por ejemplo, los pensamientos catastróficos, cosas así. Por ejemplo, iba a una fiesta y decía que me iba a sentir mal. Y no iba, lo evitaba. Trataba de evitar lo malo”*.

Lo expresado por M da cuenta de que la PE debe brindarse de manera gradual y adecuarse al paciente, lo cual coincide en el hecho de que al paciente le fue útil aprender, paulatinamente, en el transcurso de las sesiones, sobre las técnicas de relajación y respiración. M consideró eficaz la reestructuración cognitiva, a la cual se refiere como tips, pero que dan cuenta de una concientización acerca de los pensamientos catastróficos, y de su modificación (Bulacio et al., 2004; Labrador Encinas et al., 2001).

Por otra parte, para M fue importante poder asistir a los grupos de agorafobia porque pensaba que era el único que padecía TP. Asimismo, manifestó que el grupo le ayudó a viajar en distintos medios de transporte.

Otra de las mejorías que notó fue que, en la actualidad, puede realizar trámites sin sentirse ansioso y realizar otras tareas en su trabajo: *“Antes me costaba hacer colas para pagar la luz, o ir al banco. Me sentía muy tensionado. Ahora no, voy normal. Hago los trámites, normal. Voy a pagar. Voy a dejar pedidos a los locales. Ahora hago de todo un poco, sí. Antes mi papá tenía un restaurant, y yo trabajaba en una parte, en un lugar encerrado, como panadero, todo solo, digamos. Entregaba todo el pedido y después me iba a mi cuarto. O sea, todo encerrado. No podía estar afuera, digamos, porque si me pasaba algo, me descomponía... Ahora atiendo en el local, atención al cliente, estoy más tranquilo. Me manejo de manera más independiente, digamos”*.

De esta manera, M resaltó el valor que tiene la información proporcionada, en el sentido de que el tratamiento le generó expectativas positivas y mejorar su calidad de vida (Barlow, 2002; Beck, 2000).

La cuarta paciente consultada, S, contó que había asistido a psiquiatra y a terapia cognitivo-comportamental anteriormente, pero cuando tuvo una recaída, no pudo recuperarse por su cuenta, sintiéndose angustiada (Fernández Álvarez, 1992): *“cuanto más te esforzás, si no tenés la ayuda, es peor porque no podés solo y te bajoneas. Es un círculo vicioso”*. Entonces, decidió acudir a la institución, lo cual le fue muy difícil en un principio, debido a que experimentaba ataques de pánico en el viaje (APA, 2014): *“yo sentía que me estaba volviendo loca, literalmente, que no podía controlar... sabía que no me iba a pasar nada, pero igual te agarra. Entonces te sentís que algo está mal en vos y que te estás volviendo loca porque no podés hacer cosas comunes que, digamos, que todo el mundo hace”*.

A pesar de esto, saber sobre el TP, junto con las técnicas de relajación y respiración aprendidas, le resultaron de utilidad para bajar los niveles de activación psicofisiológica y poder realizar el tratamiento (Bulacio et al., 2004; Labrador Encinas et al., 2001): *“Tengo herramientas ahora para manejar la ansiedad con respiraciones. Eso me ayuda bastante a bajar la ansiedad. Y sé lo que es, entonces te sentís más tranquilo al saber lo que tenés. Las técnicas me ayudaron muchísimo. Cuando me agarraban ataques de pánico, por ejemplo, viniendo para acá, desde mi casa hasta el consultorio, acá en Capital, me han agarrado. Y bueno, con las respiraciones y las técnicas de relajación es como que podía bajar las palpitaciones y sentirme más tranquila durante el viaje. Haciendo las técnicas de relajación en el viaje, bárbaro. Ahí pude seguir viniendo a todas las consultas porque si no, no tenés herramientas, te quedás en tu casa”*.

5.3 Importancia de la psicoeducación para los coordinadores de los grupos de agorafobia

En este apartado se analizará la opinión de las coordinadoras de los grupos de agorafobia.

En la entrevista C consideró de importancia conocer el diagnóstico porque no comprendía la razón por la cual no podía viajar en medios de transporte. De la misma manera, la terapia la ayudó a tomar conciencia de la ansiedad experimentada al momento de viajar (Bulacio et al., 2004; Fernández Álvarez, 1992): *“Creo que cuando vos tenés un problema, no sé si a todos les pasa lo mismo, yo tenía un problema y quería saber qué me estaba pasando. Vos estás un poco en el aire sin saber qué te está pasando. Y vos decís: ‘¿Por qué no puedo hacer esto, por qué no puedo hacer aquello!?’ En mi caso, yo viajaba... hacía un viaje todos los años y de golpe cuando empecé con el problema, se me cortaron todos los viajes y yo no entendía por qué motivo yo no podía coordinar, organizar un viaje, irme, poder sacar un pasaje de avión... Y era un miedo, un terror que tenía... Y no es que me pasó solo con el avión. Porque nunca había tenido un problema con el avión”*.

Por una parte, comprender la diferencia entre ansiedad normal y patológica, permitió que la paciente se diera cuenta de su afectividad negativa, lo que permitió generar soluciones alternativas (APA, 2014; Craske & Barlow, 2008). Esta afirmación se ve reflejada en el sentido de que la paciente relató que pudo darse cuenta de su ansiedad y cambiar su modo de interpretar la situación: *“Te parece que es normal, y no es normal. Hoy me doy cuenta que no es normal. Pero bueno, cuando hago un viaje, lo armo de acuerdo a mi tranquilidad. Y cambié un poco el ritmo del armado de viajes, no dejar las cosas para último momento, que me di cuenta que eso es lo que me provocaba un malestar enorme, llegado el momento y tener las cosas por la mitad. Y bueno, las voy armando tranqui... pero bueno, uno ve que puede”*.

Por otra parte, la terapeuta le explicó sobre la ansiedad anticipatoria, C contó: *“Anticipatoria es el miedo a que cuando vos hagas eso, te pase algo. Pero no porque yo tenía miedo al avión, lo que pasa es que vos sos ansioso a un montón de cosas y no te das cuenta qué es lo que te está pasando. Entonces es importante saber por qué tengo esto, por qué tengo aquello, cuáles son las características de esto, cuáles son las características de lo otro”*. Esta descripción coincide con las características diagnósticas del TP, la cual forma parte de la PE (APA, 2014; Bulacio et al., 2004).

Por último, C mencionó la importancia de conocer las características de la enfermedad, en relación a su cronicidad, lo que advierte sobre la prevención de recaídas (Craske & Barlow, 2008; Taylor, 2006). La coordinadora contó que había tenido una crisis de pánico y que, en su momento, había podido recuperarse y abandonó el tratamiento. Luego, tuvo una recaída y comenzó el tratamiento en la fundación. Cuando tuvo la primera entrevista, comprendió que es una enfermedad crónica: *“Tuve la primera entrevista con el doctor, entonces yo le cuento esto, que yo lo he tenido, unos años antes, que había salido lo más bien y que esta vez, no sabía qué pasa y que no podía salir. Entonces, él me aclaró y, ahí supe que el paciente que llega a tener fobia es un paciente crónico, y que es una enfermedad como la diabetes -me dijo él-, que no se puede quedar, aunque estés bien, sin control. Eso no quiere decir que tengas que seguir toda tu vida con la medicación. Me dijo: 'pero vos volviste a tener el problema porque te dejaron sin control, sin medicación, nosotros no podemos dar un alta definitiva a la persona que tiene problemas de ansiedad porque lo tuyo en este caso es genético, entonces vos ya lo tenés. Si a vos no te hubiesen dejado sin control no volvés a esto. O sea, después que te dieron el alta, ¿qué pasó?'. Nada, yo no volví nunca más -le dije- bueno, dejé la medicación... Me dice: 'Bueno, eso es lo que no se puede hacer porque es una enfermedad crónica'. Y yo no lo sabía”*.

Asimismo, C hizo mención a la reestructuración cognitiva, como técnica que posibilita la búsqueda de soluciones eficaces en los episodios de pánico (Labrador Encinas et al., 2001): *“Puede haber algo que te provoque... Ojo, que yo soy recuperada y hay alguna cosa que me pasa, algo, y yo hay momentos en que, bueno... Lo que te enseñan, lo que aprendés acá, entre las salidas, entre la terapia y todo el, digamos, el combo de tratamiento, es justamente a poder manejar esos pequeños picos que podés tener y eso es lo que a mí no me habían enseñado”*.

La segunda coordinadora, B, contó en la entrevista que conocer sobre el TP le ayudó a tener un diagnóstico e iniciar el tratamiento, e hizo referencia al vínculo empático generado con los profesionales de la institución (Beck, 2000; Bulacio et al., 2004).

Aquí se transcribe lo que B dijo respecto de la PE: *“Me ayudó saber lo que tenía porque me ayudó a tener un diagnóstico y empezar con el tratamiento... Con un tratamiento para poder salir porque ya tenía un diagnóstico. Y bueno, después me ayudó el grupo, me ayudó todo el grupo social, desde lo humano de la fundación. No me trataban como paciente a médico, sino de una manera muy diferente porque los fóbicos somos muy diferentes para que nos trate el médico, se necesita un trato muy especial, tanto el psiquiatra como el psicólogo, y bueno y los grupos también”*.

Por otra parte, B resaltó la importancia de realizar tratamiento psicofarmacológico, y dentro de las intervenciones mencionó de utilidad la exposición y la reestructuración cognitiva (Bulacio et al., 2004; Taylor, 2006): *“En la primera sesión que tuve, la psicóloga me dio una explicación de cómo subía la ansiedad y me sentía mal, que a los 20 minutos hacía un pico alto, que en un momento bajaba, que... bueno, que tenía que ir haciendo los ejercicios de a poco. Bueno, que me iba a enseñar a manejar la mente de a poco. Y el grupo, por supuesto. La medicación también. Es una partecita, pero las tres juntas tienen que ser porque si falta una queda... no queda bien. Tienen que ser las tres partes psiquiatra, psicológica y el grupo, que si es necesario”*.

La tercera coordinadora consultada, Y, indicó que le fue útil la explicación sobre el TP ya que pudo mejorar su calidad de vida (Bulacio et al., 2004; Taylor, 2006): *“Fue todo el combo de lo que te dan acá: terapia, psiquiatra y grupo, todo. Noté la diferencia... Y empecé a viajar en colectivo, empecé a tener mejor relación con mi familia, empecé a poder abrirme más socialmente... porque cuando no podés salir de tu casa es como que perdés un poco la parte social. Entonces, empecé a mejorar todo lo que se trataba de mi vida. Ahí lo empecé a notar. Cuando empecé a viajar en colectivo sin ansiedad. Ahí noté que estaba funcionando”*.

Al igual que a B, la información proporcionada transmitió tranquilidad a Y, quien destacó la significación de tener un diagnóstico (Bulacio et al., 2004): *“Sabés cómo enfrentarlo, al no tener un diagnóstico de lo que tenés, también te sentís confundida. No sabés lo que te está pasando. Decís: ‘bueno, soy un bicho raro. Esto me pasa solo a mí’. Entonces, acá ves que hay gente que le pasa lo mismo, te da como confianza. Y lo importante es tener... todo comienza teniendo un buen diagnóstico, de cualquier problema de salud que tengas. Entonces, en ese sentido me ayudó muchísimo. Poder definir lo que tengo”*.

5.4 Importancia de la psicoeducación para los profesionales

En este apartado se analizará la opinión de las psicólogas de la institución sobre la PE para el TP.

Para Mx, la PE es importante para que el paciente entienda qué es lo que le sucede (Beck, 2000; Bulacio et al., 2004): *“a veces la gente viene acá y dice: ‘nunca me dijeron, hice 10 años de terapia y nunca me dijeron de qué se trataba esto’”*. Sin embargo, Mx cree que la información adecuada ayuda en la disminución de la sintomatología (Fernández Álvarez, 1992): *“Hace 15 años atrás vos te encontrabas con gente que había arrancado con pánico y después con agorafobia, vos empezabas el tratamiento y escuchabas que decían que hace 20 años que no salgo de mi casa. Y vos preguntas: ¿Cómo? ‘Y sí... porque empecé con miedo, no me diagnosticaban, me fui encerrando cada vez más tiempo, los médicos no me diagnosticaban...’*. Entonces venían con toda la sintomatología a flor de piel. No había información”

Según Mx, la difusión científica del TP contribuye a que la patología no llegue a desarrollarse completamente (Cox et al., 1994; Donker et al., 2009): *“Vos hoy por hoy podés googlear la sintomatología y ya tenés hipótesis diagnósticas. Encontrás que los*

pacientes vienen con los primeros síntomas y los tratamientos son mucho más cortos. Vos fijate lo que es el grupo agorafobia. Hoy está casi vacío. Hace 15 años iban 10, 15 personas. Hoy casi nadie llega a desarrollar toda la sintomatología. Porque vienen con los síntomas incipientes y con el tratamiento enseguida se cortan”.

Por otra parte, Mx comentó que la PE actúa en la modificación de las creencias, sin embargo, sólo es útil en la medida en que la información logre ser procesada adecuadamente por el consultante (Fernández Álvarez, 1992): “el paciente ya no cree que se va a morir. Y esto es gracias a la información. La psicoeducación. La información, la buena información, baja los niveles de ansiedad. El exceso de información no, te puede hasta deprimir. Es muy común escuchar: ‘mi primo, mi tía, tenían lo mismo, me dieron la pastillita...’. Esos son pacientes que están más complicados porque no adhieren tanto al tratamiento. Porque tomaron un medicamento que les resultó y por desconfianza no toman el que recetó el médico. Y se complican más”.

En tanto, Ax, consideró que la PE es importante para que el paciente entienda el trastorno que está padeciendo (Bulacio et al., 2004): “*es importante decirle la verdad. Decirle qué le pasa, qué tiene, y cómo se resuelve, o cómo nosotros hacemos el tratamiento para mejorar ese problema, o cómo, eventualmente, controlarlo”.*

Por un lado, como puede observarse a continuación, para Ax, la PE colabora en la modificación de las creencias distorsionadas, a su vez, disminuye la ansiedad, al proporcionar datos sobre el modelo del pánico (Craske & Barlow, 2008; Espada et al., 2007; Fernández Álvarez, 1992): “*Para mí es muy importante que la gente sepa qué le pasa, porque si no se asusta o mal interpreta. Está bueno que sepa bien qué le pasa, cómo funciona, por qué me pasa esto o lo otro... Darle la verdadera dimensión. No es lo mismo pensar que el corazón me late mucho porque me voy a morir, que mi corazón late mucho porque mi cerebro está funcionando bien frente a una alarma, por más que esa alarma no esté funcionando bien porque no estoy procesando bien la información, le estoy dando una interpretación que no es correcta, pero el cerebro no sabe eso, o sea, él me cree (risas). Entonces, me parece que entender: ‘bueno, me está latiendo mucho el corazón por esto y no porque me voy a morir’, me parece que es importante. Te hace una diferencia, ¿no? Entonces, el darse cuenta, tener información y saber qué le pasa a un montón de gente, que no se va a volver loca lo tranquiliza”.*

Por otro lado, Ax considera que la PE es importante para que el paciente entienda que la ansiedad es genética, que hay una predisposición, y por lo tanto, se educa también sobre las recaídas y la importancia del tratamiento (APA, 2014; Bulacio et al., 2004; Taylor, 2006): “*en algún momento de tu vida hay un estresor que hace que desarrolles un trastorno de ansiedad. Después con el tratamiento lograrás manejarlo y puede ser que nunca más vuelvas a tener agorafobia, pero también puede ser que tengas una recaída. Si tenés una recaída e hiciste tratamiento, es más fácil que vuelvas a salir adelante”.*

6. CONCLUSIONES

Retomando los objetivos planteados en este trabajo, se procederá al análisis del cumplimiento de los mismos.

En primer lugar, en las entrevistas se logró dar cuenta de que la PE se orienta tanto a pacientes como a la comunidad en general, y permite abordajes tanto individuales, como familiares y grupales. Así como los contenidos tratados versaban sobre el diagnóstico, tratamiento, definición de objetivos (Bulacio, 2006; Bulacio et al., 2004).

En segundo lugar, los pacientes pudieron comentar qué aspectos de la PE les resultaron útiles para mejorar su sintomatología y calidad de vida. Entre ellos se destacó la información proporcionada acerca del TP y su tratamiento (Craske & Barlow, 2008), la utilización de técnicas de respiración y relajación, y la exposición grupal (Emmelkamp, 2013); así como la importancia de realizar un tratamiento psicofarmacológico (Bulacio et al., 2004). Los consultantes también comprendieron la implicancia genética del TP y el modelo cognitivo del pánico (Craske & Barlow, 2008). Además, se enfatizó cómo el conocimiento tanto de la terapia y el trastorno, incrementa las expectativas positivas del consultante (Beck, 2000).

En tercer lugar, se analizó la importancia de la PE para las coordinadoras de los grupos, quienes recurrieron al relato de su experiencia como pacientes para valorar cómo la PE les ayudó a disminuir sus niveles de ansiedad y mejorar su bienestar en general. La información que les permitió conocer más sobre el trastorno fue comprender el diagnóstico (Bulacio, 2006), la distinción entre ansiedad normal y patológica (Craske & Barlow, 2008), la cronicidad del TP y sus recaídas (Taylor, 2006). Asimismo, se mencionó como técnica terapéutica a la reestructuración cognitiva, que posibilitó el cambio de ideas erróneas acerca de la patología (Labrador Encinas et al., 2001).

En cuarto lugar, se describió la importancia de la PE para las profesionales, quienes manifestaron que la difusión científica sobre el TP influye sobre la mejoría de los síntomas e, incluso sobre el curso del TP (Cox et al., 1994; Donker et al., 2009), esto se debería a que la información es capaz de modificar los esquemas centrales (Fernández Álvarez, 1992). Así como, conocer el correcto diagnóstico de la enfermedad y la posibilidad de tener recaídas a lo largo del tratamiento, disminuye los niveles de ansiedad (Fernández Álvarez, 1992; Taylor, 2006).

Si bien el propósito de este trabajo era conocer la importancia atribuida a la PE, teniendo en cuenta la subjetividad de los participantes, hubiese sido interesante estudiar la eficacia de las intervenciones psicoeducativas, específicamente analizando las charlas informativas y la terapia individual, siendo estos dos los ámbitos principales de aplicación de la PE, de acuerdo a lo comentado por los entrevistados.

Una manera posible de estudiar la eficacia de estos ámbitos psicoeducativos podría ser mediante una encuesta, posterior a la aplicación de dichas intervenciones, en donde se evalúen aquellos aspectos que los pacientes consideraron relevantes para mejorar su sintomatología.

Por otra parte, debido a que este trabajo se basa en opiniones de sujetos que forman parte de una institución específica, estos hallazgos deberían considerarse como ilustrativos de una dinámica de funcionamiento particular.

Siguiendo este punto, podría considerarse como limitación el acceso a la información. En este trabajo sólo se pudieron realizar entrevistas a los participantes, lo cual implica una visión sesgada, por lo que hubiera sido de interés presenciar alguna de las instancias de aplicación de la PE, para observar con mayor precisión las intervenciones. Esto no fue posible en la práctica, ya que sólo se admitió la observación directa de los grupos de agorafobia.

A pesar de estas limitaciones, el trabajo sirvió como punto de partida para ahondar en una herramienta muy utilizada en el tratamiento del TP (Wolf & Golfried, 2014). Si bien hay

estudios sobre la eficacia de la PE (Bulacio et al., 2004; Cox et al., 1994; Dannon et al., 2002; Donker et al., 2009; Taylor, 2006; Fende Guajardo & Anderson, 2007), no se hallaron investigaciones que analicen el uso y los efectos de internet, específicamente de las redes sociales, en la difusión del TP, siendo este un medio de uso frecuente por la institución.

Por tal motivo, se propone como nueva línea de investigación, analizar el uso de las redes sociales como medio de divulgación científica del TP. Para esto, se realizaría una encuesta a los usuarios de la página de Facebook de la institución donde se realizó la práctica profesional, para evaluar: si se utiliza internet para buscar información sobre el TP, así como lugares para su tratamiento; si las redes sociales son de utilidad para interactuar con otros usuarios con TP y con profesionales de la salud; y, por último, si esta información es beneficiosa para mejorar la calidad de vida.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Arntz, A. (2002). Cognitive therapy versus interoceptive exposure as treatment of panic disorder without agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 40(3), 325-341.

Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.

Beck, A. T. & Dozois, D. J. A. (2011). Cognitive therapy: Current status and future directions. *Annual Review of Medicine*, 62(1), 397-409. doi: 10.1146/annurev-med-052209-100032.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brower.

Beck, J. S. (2000). *Terapia cognitiva: Conceptos básicos y profundización*. Barcelona: Gedisa.

Barlow, D.H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: The Guilford Press.

Barlow, D. H., Conklin, L. R. & Bentley, K. H. (2015). Psychological treatments for panic disorders, phobias, and social and generalized anxiety disorders. En Nathan, P. E. &

Gorman, J. M. (Eds.), *A guide to treatments that work* (pp 409-461). New York: Oxford University Press.

Botella Arbona, C. & Ballester Arnal, R. (1997). El estado de la cuestión en el tratamiento del trastorno de pánico. En Caro, I. (Ed.), *Manual de psicoterapias cognitivas: Estado de la cuestión y procesos terapéuticos* (pp. 195-205). Barcelona: Paidós.

Bulacio, J. M. (2006). *Factores inespecíficos en la psicoterapia, según el modelo cognitivo constructivista realista*. Buenos Aires: Librería Akadia.

Bulacio, J. M., Vieyra, M. C., Alvarez Daneri, C. & Benatuil, D. (2004, julio). *El uso de la psicoeducación como estrategia terapéutica*. Póster presentado en las XI Jornadas de Investigación, Buenos Aires, Argentina.

Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M. & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 17-31. doi: 10.1016/j.cpr.2005.07.003.

Clark, D. A. & Beck, A. T. (1997). El estado de la cuestión en la teoría y la terapia cognitiva. En Caro, I. (Ed.), *Manual de psicoterapias cognitivas: Estado de la cuestión y procesos terapéuticos* (pp. 119-129). Barcelona: Paidós.

- Cox, B. J., Fergus, K. D. & Swinson, R. P. (1994). Patient Satisfaction With Behavioral Treatments for Panic Disorder With Agoraphobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 8(3),193-206. doi: 10.1016/0887-6185(94)90001-9.
- Craske, M. G. & Barlow, D. H. (2008). Panic Disorder and Agoraphobia. En Barlow, D. H. (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders* (pp. 1-64). New York: The Guilford Press.
- Dannon, P. N., Iancu, I & Grunhaus, L. (2002). Psychoeducation in panic disorder patients: effect of a self-information booklet in a randomized, masked-rater study. *Depression and anxiety*, 16(2), 71-76. doi: 10.1002/da.10063.
- Donker, T., Griffiths, K. M., Cuijpers, P. & Christensen, H. (2009). Psychoeducation for depression, anxiety and psychological distress: A meta-analysis. *BMC Medicine*, 7(79), 1-9. doi:10.1186/1741-7015-7-79.
- Emmelkamp, P. M. G. (2013). Behavior therapy with adults. En Lambert, M. J. (Ed.) *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 343-392). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Espada, J. P., Van 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*, 7(1), 217-232.
- Fende Guajardo, J. M. & Anderson, T. (2007). An investigation of psychoeducational interventions about therapy. *Psychotherapy Research*, 17(1), 120-127. doi:10.1080/10503300600590637.
- Fernández Álvarez, H. (1992). *Fundamentos de un modelo interactivo en psicoterapia*. Buenos Aires: Paidós.
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J. J., Sawyer, T. & Fang, A. (2012). The Efficacy of cognitive behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427-440. doi: 10.1007/s10608-012-9476-1.
- Hollon, S. D & Beck, A. T. (2013). Behavior therapy with adults. En Lambert, M. J. (Ed.) *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 393-442). New Jersey: John Wiley & Sons.
- King, A. L. S., Valença, A. M., Simões Neto, J. P., Nardi, A. E. & Silva, A. C. O. (2012). Subtipo respiratório versus não respiratório no transtorno de pânico com agorafobia: Avaliação com terapia cognitivo-comportamental. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(1), 41-47.

Knapp, P. & Beck, A. T. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(2), 54-64.

Labrador Encinas, F. J., Cruzado Rodríguez, J. A. & Muñoz López, M. (2001). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid: Pirámide.

Semerari, A. (2002). *Historia, teorías y técnicas de la psicoterapia cognitiva*. Barcelona: Paidós.

Taylor, C. B. (2006). Panic disorder. *British Medical Journal*, 332(7547), 951-955. doi: 10.1136/bmj.332.7547.951.

Thoma, N., Pilecki, B. & McKay, D. (2015). Contemporary cognitive behavior therapy: A review of theory, history, and evidence. *Psychodynamic Psychiatry*, 43(3) 423-462. doi: 10.1521/pdps.2015.43.3.423.

White, K. S. & Barlow, D. H. (2002). Panic disorder and agoraphobia. En Barlow, D. H. (Ed.) *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (pp. 328-379). New York: The Guilford Press.

Wolf, A. W. & Goldfried, M. R. (2014). Clinical Experiences in Using Cognitive-Behavior Therapy to Treat Panic Disorder. *Behavior Therapy*, 45(1), 36-46. doi:10.1016/j.beth.2013.10.002.