

Universidad de Palermo
Facultad de Ciencias Sociales
Carrera de Psicología

Trabajo Final Integrador

Título: DESCRIPCIÓN DE CASO DE UNA PACIENTE DE 49 AÑOS CON
TRASTORNO DE PÁNICO CON AGORAFOBIA.

Autor: Camila Rado.

Tutora: Dra. Gabriela Ramos Mejía

Índice:

1. Introducción.....	4
2. Objetivos.....	5
2.1 Objetivo General	5
2.2 Objetivos Específicos.....	5
3. Marco Teórico	6
3.1 Ansiedad.....	6
3.1.1 Ansiedad Normal y Ansiedad Patológica.....	6
3.1.2 Trastornos de Ansiedad.....	9
3.1.3 Clasificación de los Trastornos de Ansiedad según el DSM 5	10
3.1.4 Definición del Trastorno de Pánico con Agorafobia.....	12
3.2 Modelo Cognitivo Conductual.....	14
3.3 Tratamiento de Ansiedad.....	19
3.3.1 Tratamiento Farmacológico	23
3.3.2 Intervención por exposición en vivo	25
4. Metodología.....	27
4.1 Tipo de estudio.....	27
4.2 Participante	27
4.3 Instrumentos.....	27
4.4 Procedimiento	28
5. Desarrollo	29
5.1 Presentación de caso	29
5.2 Descripción de los síntomas de la paciente al inicio del tratamiento	31
5.3 Descripción del tratamiento integral aplicado	33
5.4 Descripción de las intervenciones realizadas a partir de exposiciones en vivo.....	35
5.5 Descripción del cambio en los síntomas de la paciente.....	37
6. Conclusión.....	40
6.1 Síntesis del caso	40
6.2 Limitaciones.....	41
6.3 Perspectiva crítica	42
6.4 Aporte personal.....	44

7. Referencias Bibliográficas46

1. Introducción

La práctica realizada corresponde a la materia Práctica y Habilitación Profesional V cursada para la carrera Lic. en Psicología en la Universidad de Palermo. Esta se llevó a cabo en una fundación especializada en Trastornos de Ansiedad donde se brinda ayuda y tratamiento a personas que padecen trastornos psiquiátricos y psicológicos desde un marco teórico Cognitivo-Conductual, se encuentra situada en la Ciudad de Buenos Aires con un modelo de atención ambulatoria.

Para el trabajo de integración final tuvieron que cumplirse 280 horas de práctica. Dentro de estas horas se realizaron tareas administrativas, salidas con sujetos con Agorafobia para realizar exposiciones en vivo con la coordinación de pacientes recuperados, participación en un grupo de personas con fobia y ansiedad social, participación en diversas sesiones y talleres y participación de viajes programados con el grupo de sujetos con Agorafobia. También, se hizo un seguimiento de una paciente con Agorafobia a la cual se la acompañó, luego de sus sesiones en la fundación, a numerosos espacios públicos. Durante estas horas se recolectaron datos de su historia clínica en la que se basó la realización de este trabajo, junto a la coordinadora de la fundación, y también se entrevistó a la paciente, a su psicóloga y a su psiquiatra con el fin de recabar más información que la ya plasmada en la historia clínica.

El trabajo en la fundación es interdisciplinario, una vez por semana se realiza una reunión donde los profesionales abordan la evolución de los pacientes, los pronósticos y las futuras intervenciones a seguir. Hay pacientes recuperados que actúan como coordinadores en las salidas para realizar exposiciones en vivo. Estos hacen un curso y se someten a una evaluación para actuar durante las exposiciones apuntando al cambio conductual en los pacientes

El presente trabajo de integración final tiene como objetivo la descripción del caso de una paciente de 49 años con Trastorno de Pánico con Agorafobia en una fundación especializada en Trastornos de Ansiedad desde la teoría cognitiva-conductual.

2. Objetivos

2.1 Objetivo General

Describir el tratamiento realizado a una paciente de 49 años con Trastorno de Pánico con Agorafobia en una fundación especializada en Trastornos de Ansiedad desde la teoría Cognitiva-Conductual.

2.2 Objetivos Específicos

Describir los síntomas de una paciente de 49 años con Trastorno de Pánico con Agorafobia al inicio del tratamiento en una fundación especializada en Trastornos de Ansiedad desde la teoría Cognitiva-Conductual.

Describir las intervenciones realizadas a partir de exposiciones en vivo durante el tratamiento por el equipo de la fundación especializada en Trastornos de Ansiedad desde la teoría Cognitiva-Conductual.

Describir el cambio en los síntomas iniciales de la paciente con Trastorno de Pánico con Agorafobia a partir del tratamiento en la fundación especializada en Trastornos de Ansiedad desde la teoría Cognitiva-Conductual.

3. Marco Teórico

3.1 Ansiedad

3.1.1 Ansiedad Normal y Ansiedad Patológica

Spielberger, Pollans y Worden (1984), describen el estado de ansiedad como una reacción emocional displacentera que se caracteriza por poseer sentimientos subjetivos de tensión, aprensión, nerviosismo o preocupación, y por la activación del sistema nervioso autónomo (Belloch et al., 1995).

La ansiedad corresponde a las respuestas de huida y lucha del individuo sobre la apreciación de riesgos posibles físicos y cognitivos, dependiendo de la valoración que el mismo tenga de los estímulos tanto externos como internos y de la valoración que tenga de los recursos propios y sociales que posee, es decir, con los recursos económicos e institucionales. El individuo, a partir de considerar los recursos anteriormente detallados, responderá huyendo o luchando. En condiciones estándar, incrementa el rendimiento y la adaptación al mundo social, laboral y académico, ya que le admite movilizarse ante situaciones amenazantes o preocupantes, evitando, neutralizando o afrontando el riesgo adecuadamente (Bulacio, 2011).

Puede ser tomada como una emoción que permite al sujeto anticipar diferentes acontecimientos que percibe como amenazantes. Es una respuesta adaptativa que dispone al cuerpo para reaccionar ante un suceso amenazante. El cuerpo, al percibir el suceso amenazante, se pone en contexto de emergencia independientemente de si es psicológico, físico, real o imaginario y esto origina que en el sistema nervioso simpático se generen una serie de respuestas fisiológicas que ocasionan cambios en el campo psíquico y físico. Cuando se despliega un acontecimiento incierto y/o adverso, se produce un cambio en el plano emocional psíquico y corporal de forma involuntaria, disponiendo al cuerpo a accionar de dos formas posibles: luchar enfrentando el acontecimiento o huir del acontecimiento eventual, ambas maneras de accionar son respuestas básicas de protección (Carrión & Bustamante, 2012).

Es un fenómeno puramente humano y atiende la más común de las emociones básicas. Le permite al hombre percibir y anticipar diversos acontecimientos como amenazantes o peligrosos, generando que el individuo tienda a luchar o huir para así evitar el peligro, neutralizarlo o afrontarlo de una manera adecuada. Estas emociones básicas pueden verse complejizadas a causa de la significación que se le puede otorgar a partir de las experiencias vividas del ser humano en relación con uno mismo, con los demás y con el contexto del que él mismo sea partícipe (Bulacio, 2011). Bajo condiciones normales, la ansiedad favorece al rendimiento y la adaptación del ser humano a su medio social, laboral y/o académico (Baron, 1997).

Involucra un medio complejo de respuesta conductual, fisiológica, afectiva y cognitiva, que incita a anticipar acontecimientos amenazantes que se aprecian como incontrolables e imprevisibles que podrían llegar a afectar los intereses del sujeto. El miedo es uno de los síntomas nucleares de la ansiedad, pero este no implica ansiedad por sí mismo (Bulacio, 2011).

Al ser una emoción que surge ante eventos imprecisos o de resultados inciertos, la ansiedad, hace que el sujeto anticipe un posible resultado negativo o una amenaza hacia sus respectivos intereses, preparándolo para desenvolverse mediante una cadena de reacciones cognitivas, fisiológicas y conductuales (Cano Vindel, 2004) (Martínez Monteagudo, Cano-Vindel & García-Fernández, 2012).

Esta reacción antes mencionada facilitará que el sujeto responda mejor ante las diversas demandas del evento, cumpliendo así una suerte de adaptación al medio. A pesar de esto, en ocasiones, la ansiedad no cumple la función de ser adaptativa para el medio. Reiteradas veces surgen alarmas imaginarias ante riesgos que realmente no lo son o, a veces, varias personas se activan sin conocer el por qué. También, otro grupo de personas tienden a distinguir una secuencia de amenazas elevadas que les ocasionan altos niveles de ansiedad, que pueden acarrear problemas de rendimiento, o problemas de salud mental o física (Cano Vindel, 2011b).

Si se las somete a un grado considerable de estrés, algunas personas pueden exteriorizar diversos modos de desregulación emocional, como padecer miedo irracional/temor a algunas reacciones emocionales o a determinados aspectos de las mismas; mostrar evitación a contextos emocionales o sentir una exaltada activación

fisiológica en una respuesta fijada (como rubor, sudor, temblor muscular o de voz). Estas temen ser observadas y evaluadas por otros de manera negativa, mientras experimentan algún grado de activación fisiológica (Cano Vindel, Dongil-Collado & Wood, 2011).

Belloch et al. (1995), especifican a la ansiedad como una composición imprecisa de emociones orientadas hacia el futuro y, principalmente, de naturaleza cognitiva. Ésta se encuentra asociada al miedo, la fobia, la angustia, el estrés y aparece mucho en la psicología. Hay un fenómeno habitual en la ansiedad que es la anticipación, es decir, que la respuesta ansiosa tiene la posibilidad de anticipar un riesgo o amenaza para el sujeto y envuelve tres métodos de respuesta: el subjetivo-cognitivo, que contiene la percepción y valoración subjetiva de los estímulos y fases asociadas con la ansiedad, el fisiológico-somático, que involucra los cambios orgánicos como el aumento de la acción del sistema nervioso autónomo que consigue verse en cambios exteriores (sudor, temblor, aumento de la tensión muscular), como cambios interiores (incremento en la respiración, alteración cardíaca) y, finalmente, el motor-conductual, que corresponde a los componentes visibles de las conductas y hace referencia sobre todo a las respuestas instrumentales de huida y evitación.

Los pensamientos y las cogniciones influyen en la aparición y el sustento de la respuesta de ansiedad. La apreciación del riesgo y de los recursos de afrontamientos que el sujeto cree tener se estimulan equitativamente. Los sujetos tienden a divisar la situación real como amenazante, tomando como peligrosas aquellas situaciones que sólo debieran ser tomadas como desafiantes. En la mayor parte de los casos, la capacidad real de la persona no influye, sino que influye la percepción que el sujeto tiene de sus propias capacidades (Gómez & Marzucco, 2009).

Lazarus y Folkman (1985) señalan que, lo que forma la emoción, es la percepción y evaluación del sujeto que hace que actúe de determinada manera. Cuando un acontecimiento es estimado como amenazante y el sujeto percibe que el mismo excede sus recursos, brota el estrés y, una de las respuestas producidas a partir del estrés, es la ansiedad. Por lo tanto, se alegraría que la ansiedad es una emoción básica y el estrés es un proceso adaptativo que genera emociones.

La ansiedad normal trabaja como un dispositivo que permite solucionar conflictos sin necesidad de atravesar la angustia. Sin embargo, si el sistema nervioso central

hiperactiva al cuerpo, puede considerarse que hay un rasgo patológico o negativo de ansiedad. La gran distinción entre la ansiedad normal y la ansiedad patológica es la dimensión en la respuesta a un estímulo alborotador. Cuando el valor del acontecimiento es desfigurado, la ansiedad normal se convierte en ansiedad patológica. La última es un gran origen de malestar, sufrimiento y, hasta a veces, incapacidad para el sujeto (Gómez & Marzucco, 2009).

3.1.2 Trastornos de Ansiedad

Retomando el apartado anterior, como la ansiedad es una contestación adaptativa a diversos acontecimientos de la vida, puede considerarse normal pero también patológica. Es patológica cuando se origina a partir de estímulos inadecuados y/o inexistentes, o cuando los estímulos son adecuados y/o existen pero, el ímpetu y/o permanencia de la contestación, supera los límites adaptativos. La ansiedad patológica es el síntoma frecuente de un conjunto de cuadros especificados como Trastornos de Ansiedad (Bulacio, 2011).

Carrión y Bustamante (2008) señalan que el Trastorno de Ansiedad atiende uno de los grupos más desarrollados entre los desórdenes psiquiátricos. La angustia o la depresión son síntomas nucleares de los Trastornos Depresivos y, se asocian en gran parte a los Trastornos de Ansiedad. Acerca de estos últimos, toda clasificación es provisional ya que el avance científico lleva continuamente a replantearse el vínculo entre éste y otras dolencias o enfermedades.

Como es un síntoma, la respuesta de ansiedad puede formar parte de diversos cuadros clínicos como también ser el foco de los Trastornos de Ansiedad (Bulacio, 2011).

Los Trastornos de Ansiedad se exteriorizan mediante variaciones en la esfera cognitiva (ya sea la presencia de pensamientos persistentes-sentimiento de vergüenza), en el curso fisiológico (como la representación de palpitaciones- sudor-tensión muscular-náuseas- diarrea), en lo comportamental (el morderse los labios, comerse las uñas, etc.), y, en lo emocional (ya sea atravesando angustia, el miedo, irritabilidad, etc.). La funcionalidad de varios sistemas, como el cardiovascular, el respiratorio y el digestivo, pueden verse afectados a partir de diversas manifestaciones de la ansiedad (Cía, 2007).

Cía (2006) expone que los Trastornos de Ansiedad son resultado de la mezcla de diversos factores, dentro de estos se encuentran la genética, el aprendizaje y los factores desencadenantes.

El Trastorno de Ansiedad es un período de ansiedad irracional y continua, la cual puede empeorar transformándose así en pánico y generando efectos secundarios en distintas funciones mentales como la atención y la memoria, entre otras (Belloch et al., 1995).

3.1.3 Clasificación de los Trastornos de Ansiedad según el DSM 5

Este apartado se basará en la clasificación y criterios que el DSM 5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013) propone sobre los Trastornos de Ansiedad.

Los Trastornos de Ansiedad conllevan un excesivo componente de miedo y ansiedad con alteraciones conductuales asociadas a estos. El miedo es una respuesta emocional hacia un evento amenazador, existente o no, asociado a los mecanismos de activación autonómica necesarios para la lucha o la huida. La ansiedad es una respuesta que pronostica un riesgo futuro, está asociada a la tensión muscular, a la evitación de eventos riesgosos.

Ocasionalmente, los niveles de miedo o ansiedad se ven disminuidos a partir de conductas de evitación. Una manera específica de responder al miedo es la crisis de pánico, la cual se presenta con los Trastornos de Ansiedad, aunque no se limita solo a ellos sino que también pueden aparecer en otros trastornos mentales.

Los Trastornos de Ansiedad se distinguen a partir del tipo de sustancia o situación que lleva al miedo, a la ansiedad o a la evitación, teniendo en cuenta los pensamientos y las creencias asociadas a estos. Estos se distinguen del miedo o la ansiedad normales por ser excesivos y permanecer luego del período de desarrollo típico.

Se diagnosticará Trastorno de Ansiedad cuando la sintomatología no pueda ser atribuida a los efectos de una sustancia/medicamento u otra afección médica, o no se expliquen mejor por otro trastorno mental.

A su vez, la APA (2013) divide a estos trastornos en sub-grupos, los cuales se precisarán a continuación:

En el Trastorno de Ansiedad por Separación, la separación de las personas por las que el individuo siente apego produce ansiedad o miedo en un grado inadecuado para el

desarrollo. Este siente miedo o ansiedad constante ante el posible daño que las personas por las que siente apego puedan sufrir o los eventos que pueden llevar a la pérdida de las mismas.

En el Mutismo Selectivo la persona se ve incapacitada a la hora de hablar en diversos escenarios sociales que sostienen la expectativa de hablar, a pesar de que la misma hable en otros escenarios. Esta ausencia de habla conlleva resultados significativos en lo académico y/o lo laboral o perturba la comunicación social estándar.

En la Fobia Específica el sujeto presenta miedo hacia eventos o cosas precisas o, directamente, los evita.

En el Trastorno de Ansiedad Social, los eventos e interacciones sociales que impliquen que el sujeto pueda llegar a ser examinado le generan miedo y/o ansiedad o directamente lleva a que evite estas situaciones.

La Agorafobia produce miedo/ansiedad, por parte de los sujetos, a usar algún transporte público, estar en lugares abiertos, verse en lugares cerrados, estar en una multitud, hacer fila, y/o verse solos lejos de su hogar en otras situaciones. El sujeto le teme a estos eventos a causa de pensar sobre el progreso de síntomas análogos a la crisis de pánico u otros síntomas incapacitantes en contextos en los que huir sería difícil o donde no se podría disponer de auxilio.

El Trastorno de Ansiedad Generalizada trae con él una ansiedad constante, excesiva y gran preocupación sobre aspectos como el trabajo y el rendimiento escolar, el sujeto los aprecia como incontrolables.

El Trastorno de Ansiedad inducido por sustancias/medicamentos abarca la ansiedad originada por la intoxicación o pausa de sustancias o tratamientos médicos.

El Trastorno de Ansiedad debido a una enfermedad médica, consiste en que la sintomatología ansiosa es el resultado fisiológico de una enfermedad médica.

En el Trastorno de Pánico, el sujeto atraviesa repetidas e inesperadas crisis de pánico que lo llevan a estar permanentemente intranquilo y/o preocupado acerca de tener nuevas crisis o su comportamiento se ve modificado a causa de las crisis de pánico.

3.1.4 Definición del Trastorno de Pánico con Agorafobia

Como plasmamos previamente, dos de los Trastornos de Ansiedad propuestos por el DSM 5 (APA, 2013) son el Trastorno de Pánico y la Agorafobia.

Según la APA (2013), el Trastorno de Pánico se refiere a ataques de pánico *imprevistos y repetidos*. En este se da una repentina concentración de miedo colosal que alcanza su umbral máximo en cuestión de minutos donde, en esa medida de tiempo, se producen síntomas físicos y cognitivos (como palpitaciones, elevación de la frecuencia cardíaca, sudoración, temblores o sacudidas, sensación de ahogo o falta de aliento, miedo a morir.)

Cuando se habla de ataque *imprevisto* se refiere a que los mismos no aparecen como causa de un desencadenante o una señal, sino que no hay razón alguna para que este aparezca. Con el término *repetido* quiere decir que la crisis se da más de una vez. La frecuencia varía, algunos sujetos despliegan las crisis dentro de períodos moderados y otros, mucho más frecuentemente (APA, 2013).

Bulacio (2011), considera que el Trastorno de Pánico con Agorafobia es el trastorno que produce mayor malestar, desajuste e incapacitación entre todos los Trastornos de Ansiedad ya que sus manifestaciones sintomatológicas son radicalmente de índole somática.

Hay ataques de pánico inesperados y ataques de pánico esperados. Los ataques de pánico inesperados, como se ilustró anteriormente, no conllevan un desencadenante. Los ataques de pánico esperados, a diferencia de los otros, si conllevan un desencadenante o señal, este se daría en escenarios donde es posible esperar que pueda aparecer un ataque de pánico. Es el clínico el que determinará si un ataque de pánico es inesperado o esperado a partir de realizar un arduo interrogatorio para corroborar los eventos previos a este y las creencias del sujeto acerca de si el ataque tuvo o no un motivo concreto. También la determinación de esto puede estar influida por las interpretaciones culturales (APA, 2013).

Para diagnosticar el Trastorno de Pánico, será necesario que el sujeto haya obtenido más de una crisis inesperada de pánico. Los sujetos con ataques de pánico se preocupan ampliamente por lo que puede afectar en su vida cotidiana el hecho de padecer crisis de pánico. Algunos temen que las crisis de pánico sea lo previo a un padecimiento no diagnosticado que puede llegar a poner en riesgo su vida, inversamente de lo que los

controles médicos señalan. A otros, les inquieta lo social, el hecho de que pueden llegar a ser calificados negativamente por los demás, debido a los síntomas de la crisis de pánico. Otra preocupación es la sensación del sujeto de pérdida de control de sí mismo, de debilidad emocional. Los sujetos con crisis de pánico experimentan vergüenza, un cambio significativo de comportamiento, pero, a la vez, niegan el temor de poder experimentar una nueva crisis. La preocupación por la potencial aparición de nuevas crisis o sus posibles consecuencias suele asociarse a la evitación que puede reunir los criterios de Agorafobia (APA, 2013).

Los factores de riesgo del Trastorno de Pánico pueden ser temperamentales (afectividad negativa; sensibilidad a la ansiedad), ambientales (experiencias infantiles –ya sea abuso sexual, maltrato-; tabaquismo; situaciones estresantes) y genéticos/orgánicos (se resalta el papel de la amígdala y las estructuras relacionadas; hijos de padres con ansiedad, depresión y trastornos bipolares; dificultades respiratorias) (APA, 2013).

La característica básica de la Agorafobia es un miedo o ansiedad intensa inducido por la exposición real o anticipatoria a una extensa gama de escenarios, como el uso de medios de transporte públicos, descubrirse en espacios abiertos, estar en espacios cerrados o, estar fuera de casa sin compañía. Pueden temer también otros escenarios. Cuando el sujeto se ve en alguno de estos escenarios, el miedo y la ansiedad intensa que estos le provocan lo llevan a pensar que algo terrible podría suceder. Los sujetos con reiteración creen que podría ser difícil escapar de este tipo de escenarios o que podría ser difícil ubicar ayuda en el momento en que se presentaran síntomas similares a la angustia u otros síntomas incapacitantes o embarazosos. El miedo intenso puede experimentarse previamente y/o durante el escenario agorafóbico, es decir, el sujeto solamente con imaginarse en el escenario agorafóbico puede notar miedo intenso (APA, 2013).

Hay algunas conductas que el sujeto con Agorafobia realiza para sentirse más seguro, algunas de estos son: buscar un acompañante; en caso de salir, trasladar medicamentos, bebidas, números telefónicos y direcciones de servicios médicos de emergencia; ubicar la salida de emergencia y los baños de los lugares a los que asiste y sentarse cerca de la salida, entre otros (Cía, 2006).

Si la persona desarrolla miedo o ansiedad intensos sólo en algunos escenarios agorafóbicos, no se diagnosticará Agorafobia. Sí se diagnosticará cuando la persona evite

de manera activa la situación. La evitación activa representa que el sujeto se comporta de un modo intencionado para prevenir o reducir el contacto con los escenarios de Agorafobia. La evitación puede llegar a ser tan grave que la persona se quede completamente enclaustrada en casa. Frecuentemente, la persona se halla en mejores condiciones para hacer frente al escenario temido si va acompañada de alguien (APA, 2013).

Es relevante diferenciar si los escenarios agorafóbicos son ante contextos donde el miedo puede llegar a aparecer y es razonable (como salir de la casa cuando hay una gran tormenta) o donde el miedo aparece y no es razonable que este irrumpa (como ir a comprar al supermercado). La Agorafobia se inscribe con una imponente deficiencia y discapacidad en lo que se representa a funcionalidad, productividad laboral y días de incapacidad (APA, 2013).

Los factores de riesgo de la Agorafobia pueden ser temperamentales (afectividad negativa; sensibilidad a la ansiedad), ambientales (sucesos negativos en la infancia; situaciones estresantes) y genéticos/orgánicos (hay un 61% de heredabilidad) (APA, 2013).

La Agorafobia y la crisis de pánico están profundamente relacionadas, el 95% de los sujetos que sufren o han sufrido de ataques de pánico, sufren de Agorafobia. En la segunda mitad del siglo XX, se descubrió que la Agorafobia era una de las afecciones invalidantes más frecuentes y que existe una significativa relación entre la Agorafobia y otros trastornos o dificultades, entre los que se destacan: ansiedad, depresión, problemas laborales, abuso de tóxicos y fobias específicas. La Agorafobia puede llegar a ser muy incapacitante y puede afectar no solo a los propios sujetos, sino a las personas de alrededor. El sujeto se vuelve muy dependiente, inseguro de sí mismo y desorientado (Carrión & Bustamante, 2012).

3.2 Modelo Cognitivo Conductual

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) se ocupa de diferentes tipos de tratamientos en base a una diversidad de problemáticas de índole biopsicosocial en el ser humano. Uno de los mandatos básicos de ésta es que lo importante no es lo que sucedió, sino la significación que se da a eso que sucedió. Lo trascendental es la atribución, la significación, el sentido que se construye a partir de la realidad. La TCC subraya lo subjetivo de la realidad y el papel fundamental que juegan los pensamientos en el ser humano. Los pensamientos se piensan como elementos centrales que luego se retomarán y

desarrollarán para transformar a los pensamientos que causen malestar en la persona, ya que estos influyen en la conducta que luego tendrá (Biglieri Rodríguez & Vetere, 2011).

El cognitivismo surgió primordialmente como una reacción a los modelos y desarrollos conductuales, para estos la persona respondía sólo a partir de condicionamientos o aprendizajes ambientales. Para lo cognitivo, no importaba el estímulo aislado, sino, la representación que la persona haga de esos estímulos aislados, lo que se conceptualizó como el paradigma del procesamiento de la información (Camacho, 2003).

Desde el paradigma del conductismo, se piensa a la ansiedad como una respuesta emocional condicionada en relación a un estímulo o situación (Cía, 2007). Belloch et al. (1995), mantienen que este paradigma recalca específicamente el desarrollo de los Trastornos de Ansiedad fóbicos, reflexionando que las fobias son respuestas condicionadas aprendidas, susceptibles de ser descondicionadas. La explicación de este concepto se asienta sobre las bases de que la adquisición y mantenimiento de la ansiedad están basados en el condicionamiento operante y/o clásico, y en la asunción de que la ansiedad es una respuesta aprendida de naturaleza anticipatoria.

A mediados de los 50's la revolución cognitiva y de otras corrientes dieron lugar a la formación de nuevas posturas, una de ellas fue el modelo Cognitivo-Conductual (Camacho, 2003).

La Psicoterapia Cognitiva hace hincapié en la comprobación, validación e investigación de sus teorías y, primordialmente, de su práctica. Uno de los hitos históricos en la constitución de las terapias cognitivas conductuales fue la publicación del libro de Ellis (1962), *Razón y emoción en psicoterapia*. Ellis abrió lo que se conoce como la terapia racional emotiva conductual (TREC), donde todos los componentes se tenían en cuenta. Lo revolucionario de su aporte fue la actitud del terapeuta que, para él, debía ser activa y directiva, reemplazando la clásica escucha pasiva por un diálogo con el paciente, en donde se debatía y se cuestionaban sus pensamientos distorsionados que se creía, eran los determinantes de sus síntomas. El otro antecedente al surgimiento de la terapia cognitiva fue la publicación del artículo de Beck (1963), *Thinking and depression* seguido de su clásico libro *Terapia Cognitiva de la Depresión* (2006), en donde Beck desplegó la terapia cognitiva como un tratamiento para la depresión, estructurado y breve, centrado en la

problemática presente y destinado a resolver problemas, modificar el pensamiento y las conductas disfuncionales (Camacho, 2003).

Se piensa a la TCC como una psicoterapia estructurada, regida dentro de un determinado tiempo, situada en el problema y en busca de modificar las actividades incorrectas del procesamiento de la información evidentes en los trastornos psicológicos como la depresión, donde el terapeuta y el paciente buscan, en conjunto, identificar cogniciones distorsionadas que derivan de los supuestos o las creencias desadaptativas. Estas últimas, se encuentran sujetas al análisis lógico y la demostración empírica de la hipótesis, lo que lleva a los individuos a realinear sus pensamientos con la realidad y a modificar su conducta mediante técnicas sustentadas en la terapia (Clark, 1995, citado por Caro, 2002).

La terapia cognitiva involucra una serie de principios: primero, una enunciación del paciente y sus problemas considerada en términos cognitivos; segundo, es necesario que se genere una alianza terapéutica sólida y que la terapia esté orientada hacia objetivos, así como también centrada en problemas determinados; tercero, se destaca el presente, señalando que la terapia tiende a ser limitada en el tiempo, con sesiones estructuradas, las cuales tienen como fin ayudar a que el paciente pueda identificar, evaluar sus pensamientos y comportamientos disfuncionales y a actuar de manera funcional y; por último, la terapia cognitiva tiende a ser a la vez educativa ya que busca instruir al paciente para que sea su propio terapeuta para así prevenir futuras recaídas (Beck, 2000).

Este supuesto considera que los efectos y conductas de un individuo están, en gran medida, influidas por la forma que tiene este de significar al mundo y, que estas cogniciones, se fundan en las actitudes o supuestos que los individuos han experimentado o vivenciado con anterioridad y que se han internalizado en su estructura mental y, por consiguiente, reflejado en sus actos (Beck, 2000).

El proceso por el cual las personas fundan y atribuyen significados se da a través de los *esquemas cognitivos*, estos son estructuras de procesamiento de la información que permiten construir una visión estable de sí mismo y del mundo. Los esquemas se despliegan desde el nacimiento a partir de protoesquemas, respuestas innatas o reflejos que van alterándose al interactuar con el medio ambiente, incorporando nueva información y dando lugar a estructuras de retribución de significados cada vez más complejas. Aunque

no todos los esquemas son construidos en la infancia, estos son los de mayor jerarquía, ya que establecen los principios sobre los cuales el individuo desarrollará su percepción acerca de sí mismo y el mundo (Biglieri Rodríguez & Vetere, 2011).

Del mismo modo, los esquemas pueden clasificarse según sus diversas funciones. Los *esquemas cognitivos conceptuales* son los apoderados de la interpretación de los hechos, la abstracción y los recuerdos; los *esquemas afectivos* son los involucrados en la respuesta emocional; los *esquemas motivacionales* son los comprometidos en los deseos; los esquemas instrumentales disponen para la acción y el comportamiento; y, los *esquemas de control*, privan o dan lugar a las acciones (Biglieri Rodríguez & Vetere, 2011).

Los esquemas cognitivos son interdependientes entre sí, por lo tanto, cualquier tipo de transformación en algún esquema se verá reflejada en el resto de estos. Asimismo, los esquemas cognitivos están conformados por *creencias nucleares*, las cuales son enunciados absolutos y globales respecto de uno mismo, las personas y el medio ambiente. Cuando los esquemas son disfuncionales tienden a ser rígidos y con creencias nucleares inflexibles y, por lo tanto, poco susceptibles a modificación (Clark, Beck & Alford, 1999).

Los esquemas cognitivos pueden ocasionar fallas en el procesamiento de la información, estas fallas se clasifican en:

La *lectura de mente* implica conjeturar intenciones, emociones y/o pensamientos de los demás. La *predicción del futuro* implica pronosticar la ocurrencia de eventos futuros. La *catastrofización* es la afición a suponer el peor resultado o consecuencia posible de una situación. El *etiquetamiento* se basa en establecer rasgos generales negativos a una persona, conducta o situación. La *generalización excesiva* implica tomar casos aislados y desplegar una regla general a partir de ellos, la cual luego se aplicará a diferentes tipos de situaciones. El *pensamiento dicotómico* consiste en evaluar los escenarios o sujetos en términos absolutos, mediante una escala polarizada de tipo blanco o negro. En el *sesgo de confirmación* se da una preferencia a buscar y seleccionar las pruebas que apoyen las creencias, teorías o hipótesis previas, de forma que la información nueva revalide las suposiciones previas. El *razonamiento emocional* involucra formar predicciones o interpretaciones de los sucesos en función de las emociones sin sopesar otros aspectos. En la *personalización*, la persona relaciona con ella misma eventos externos, atribuyéndose la causa o responsabilidad por la ocurrencia de los mismos, aun cuando no coexiste conexión

entre la acción del paciente y las situaciones en cuestión. En la *abstracción selectiva*, la persona tiene tendencia a centralizarse en algunos aspectos amenazantes de un escenario considerando solamente un detalle del evento y exceptuando el resto de la información. En la *inferencia arbitraria* se saca una conclusión con ausencia de evidencia apta que la apoye o, incluso, ante pruebas que la contradicen. Finalmente, la *maximización y minimización*, implican maximizar los aspectos de un escenario que apoyan la visión del evento y minimizar los que la contradicen (Rodríguez Viglieri & Vetere, 2011).

De las creencias nucleares se desprende una clase intermedia de creencias, estas son actitudes, reglas y presunciones que influyen en la manera de ver un escenario y esa visión, a su vez, influye en el modo de pensar, sentir y comportarse de la persona. De las creencias se despegan los *pensamientos automáticos*, un tipo de pensamiento involuntario que puede presentarse de formato verbal o a través de una imagen, suelen ser fugaces, pasando ligeramente por la atención consciente. Estos pensamientos suelen ser vividos como un ferviente reflejo de la realidad, es por esto que se les suele otorgar gran credibilidad y se los considera hechos reales. Los pensamientos automáticos se inscriben a respuestas emocionales intensas, proporcionadas con el tono de interpretación. Si el pensamiento marca peligro, por ejemplo, la activación emocional, fisiológica y conductual será acorde a dicha valoración (Biglieri Rodríguez & Vetere, 2011).

Bandura (1977), en la *Teoría de la autoeficacia*, sugiere que la ansiedad se relaciona específicamente con las expectativas de autoeficacia, es decir, con la percepción que el sujeto tiene acerca de su capacidad para obtener determinados resultados. Sin embargo, él mismo reconoce que esta teoría no intenta explicar la adquisición de la ansiedad, sino que sirve para estipular el mantenimiento de la ansiedad.

El paradigma cognitivo hace hincapié en el procesamiento de la información de cada sujeto. El constructo céntrico de la teoría cognitiva de la ansiedad es el concepto de esquema o estructura cognitiva (Sandín, 1995).

El esquema desadaptativo en pacientes ansiosos entiende a las amenazas percibidas, físicas o psicológicas como un sentido excesivo de peligro que les resulta dominante. Los esquemas desadaptativos distorsionan sistemáticamente los procesos de percepción, acumulación y recuperación de la información, escogiendo exclusivamente los pensamientos e imágenes vinculados a la ansiedad (Cía, 2007).

Estos esquemas se diferencian en tres niveles de distorsiones cognitivas. Los esquemas individuales, donde se originan los conceptos globales que el sujeto maneja para designar la realidad y suele deformar la recepción de información. Estos se forman durante la infancia, influyendo en el procesamiento de la información y nutriéndose con el desarrollo de preconcepciones. Las creencias desadaptativas son el acumulado de normas que el sujeto usa para guiar o evaluar tanto su propio comportamiento como el ajeno. Los pensamientos automáticos, son las imágenes o pensamientos que surgen de manera espontánea en el sujeto y están relacionados a afectos negativos, resultan verosímiles y habitualmente no son sometidos a críticas. Estos pensamientos automáticos conforman la más accesible e inmediata de las distorsiones cognitivas. Los pacientes que padecen de Trastorno de Ansiedad, presentan pensamientos negativos acerca de sí mismos y del entorno (Cía, 2007).

La ansiedad se relaciona con los eventos que la incitan o provocan, envolviendo exclusivamente a los eventos cognitivos, dado que, una de las funciones principales del sistema cognitivo es la de pensar, anticipar y/o planificar el futuro (Cía, 2007).

3.3 Tratamiento de Ansiedad

Es importante conocer el enfoque de la TCC mencionado en el apartado anterior ya que, en el tratamiento de los Trastornos de Ansiedad, este enfoque es el más utilizado a causa de su conocida eficacia en el tratamiento de estos trastornos (Cía, 2006).

El logro de la eficacia de un tratamiento, corresponde a la combinación de terapias farmacológicas y TCC (Carrión & Bustamante, 2008). Cía (2006) y Marzucco y Gómez (2009) también consideran que los Trastornos de Ansiedad deben ser tratados de forma combinada, relacionando la farmacoterapia con la TCC.

La TCC busca el cambio en los pensamientos y comportamientos del paciente frente a sus síntomas, exponiéndolos a situaciones que llevan a tener ansiedad, con el fin de que el sujeto pueda afrontar y cambiar las asociaciones automáticas establecidas entre las sensaciones corporales y los pensamientos de miedo (Cía, 2006).

Según las características de cada paciente, la TCC se realizará en forma individual, en forma grupal o, si es necesario, de manera combinada. La terapia cognitiva posicionará al sujeto como un ente activo, cognoscente, indagador intermedio entre el estímulo y su

conducta, capaz de elaborar lo que le toca vivir y construir su propia realidad (Bulacio, 2004).

El proceso terapéutico de la terapia cognitiva involucra un aprendizaje activo, donde el paciente aprende a desarrollar nuevas habilidades de afrontamiento que le permiten superar sus problemas. Ante una determinada situación o estímulo, cada persona realiza una respuesta o reacción, mediada por el proceso de significación o valoración de aquella situación o estímulo, en base a los objetivos, deseos y metas de cada uno. Estos procesos de significación o evaluación se realizan en base a la estructura cognitiva de cada uno, estos se denominan esquemas y son la consecuencia tanto de predisposiciones genéticas como del conjunto de las experiencias vividas por cada persona. Este tipo de terapias se fundamentan en los patrones de pensamiento distorsionados que ejercen un efecto adverso sobre las emociones, vivencias, sensaciones y modos de funcionamiento en el afrontamiento en la vida cotidiana. Estas terapias requieren de un trabajo continuo del terapeuta y el paciente con el fin de los objetivos propuestos. El paciente deberá trabajar no solamente en las sesiones con el terapeuta, sino también fuera del consultorio, a partir de diferentes tareas propuestas por el profesional (Carrión & Bustamante, 2012).

Coexisten diversos modelos de TCC para el Trastorno por Pánico y la Agorafobia, dejando las diferencias de lado, estos coinciden en que el principal objetivo del tratamiento reside en que el paciente aprenda a identificar y cambiar las interpretaciones distorsionadas de sus sensaciones corporales, aprenda a suplantar la interpretación catastrófica por otra más realista, aprenda a realizar ejercicios de entrenamiento en respiración lenta y aprenda técnicas de control de la ansiedad (Bados López, 2001).

En primer lugar, una vez efectuada la evaluación diagnóstica, se realiza la *conceptualización del caso*, este involucrará recabar toda la información pertinente a los ataques de pánico, se deberá indagar sobre: la descripción de la última crisis, la situación, los síntomas corporales, los pensamientos, los comportamientos, las creencias asociadas al trastorno, las creencias de las sensaciones físicas, de sí mismo, las situaciones o actividades evitadas por el paciente, la reacción típica ante una crisis, las situaciones en las que se retiró por temor a sufrir una crisis, las medidas preventivas para no sufrir las crisis, la hipervigilancia de las sensaciones físicas, la reacción de otras personas, el comienzo y curso del problema, la frecuencia e intensidad de las crisis de pánico, la posible existencia

de experiencias de aprendizaje tempranas asociadas a la sintomatología actual, los tratamientos que ha recibido y la causa percibida (Biglieri Rodríguez & Vetere, 2011).

Luego, es importante, durante las primeras sesiones, esquematizar el círculo del pánico para que el paciente entienda cómo funciona la fobia, el tratamiento, el rol que le tocará desempeñar en la terapia y los pasos a seguir. Es por esto que se tendrán que obtener los datos básicos de las cogniciones del paciente, principalmente desde los pensamientos automáticos que suelen recogerse a partir de informes orales del mismo paciente al expresar las cogniciones, emociones y conductas que percibe entre las sesiones; de los pensamientos, sentimientos y conductas percibidos durante la terapia y el material introspectivo o de auto-registro escrito por el paciente como parte de las tareas terapéuticas asignadas entre las sesiones. Por lo tanto, la información que no puede faltar son las interpretaciones distorsionadas y las creencias que el paciente tiene en ese momento (Biglieri Rodríguez & Vetere, 2011).

Al comienzo del tratamiento, además, se le suele dar al paciente otra herramienta que es la *psicoeducación*, la cual consiste en otorgarle al paciente información útil sobre la patología que manifiesta para que pueda así comprender sus síntomas y conductas. Se busca que el mismo comprenda cuál es su diagnóstico, qué es la ansiedad, cómo esta se exterioriza, la función de los distintos síntomas y los tratamientos disponibles, ya que esto conlleva el aumento de la adherencia al tratamiento, factor trascendental para el éxito terapéutico (Bulacio, 2011).

Siguiendo con el tratamiento, en las siguientes sesiones, se seguirá trabajando con el círculo de pánico, para que el paciente pueda transformar el significado que le da a sus sensaciones físicas, para que pueda así reconocer que el problema no son las sensaciones sino el significado que hace de ellas. Una vez que el paciente haya comprendido la influencia de sus pensamientos catastróficos en el desarrollo de sus crisis, habrá que centrarse en las principales creencias utilizando *técnicas de reatribución verbales y conductuales*. Estas buscarán disminuir las creencias en las interpretaciones distorsionadas y la eliminación de la evitación. Una de las técnicas de reatribución se basa en cuestionar la evidencia, también se hace hincapié en las conductas de reaseguro y evitación. Una de las estrategias consiste en hacer que el paciente concentre la atención en una parte establecida del cuerpo y observe si logra identificar sensaciones que antes no identificaba, lo cual

mostraría el efecto de la atención selectiva en la percepción de los síntomas. A lo largo de las sesiones, se continuará trabajando con las creencias catastróficas, se llevarán a cabo durante la sesión experimentos para desafiar las mismas, revisar evidencia en contra, realizar contraste de síntomas, definir y operacionalizar los términos y, etiquetar las distorsiones cognitivas, entre otras (Biglieri Rodríguez & Vetere, 2011).

Se realizarán también ejercicios de relajación, estos tienen por objetivo instruir al sujeto a identificar y controlar su propio nivel de activación fisiológica, a través de técnicas de respiración profunda, las cuales provocan en el sujeto una disminución de la tensión muscular, de la frecuencia e intensidad del ritmo cardíaco y de la frecuencia respiratoria (Bulacio, 2011).

Las técnicas de respiración implican inhalar por la nariz, exportar el oxígeno hacia la zona abdominal, retenerlo durante 10 segundos y exhalar suavemente por la boca. Este acto deberá repetirse unas cinco veces, hasta sentir que la tensión fisiológica va disminuyendo. Hay también técnicas de imaginación, que ayudan al proceso de relajación corporal a través de la ejecución de ejercicios cognitivos como la producción de imágenes mentales que despierten sensaciones placenteras. Las imágenes se alcanzan de fotografías de viajes, de recuerdos de sitios, símbolos u otros objetos que lo hayan tranquilizado en algún momento de su vida (Gómez & Marzucco, 2009).

Las técnicas de respiración tienen como fin cultivar un adecuado control voluntario de la respiración para, posteriormente, automatizar este control, de forma que su regulación se conserve incluso en las situaciones problemáticas. La relajación tiene por propósito lograr que la persona aprenda a identificar las señales fisiológicas derivadas de sus músculos cuando están en tensión y ponga en marcha las habilidades estudiadas para reducirlas (Cía, 2007).

Bulacio (2011), señala a la creatividad como medio para elevar las restricciones que el sujeto se impone y tiene instaladas en sus esquemas mentales, ya que esta consta de dos características primordiales que se relacionan con los Trastornos de Ansiedad, que son la fluidez y la flexibilidad, esto le permite al sujeto conjeturar diferentes alternativas y ver las situaciones como desafíos y no como una amenazas. Una de las técnicas que aplicadas se llama *Los seis sombreros para pensar*, esta consiste en proponer el uso imaginario de los distintos sombreros con diferentes colores donde cada color implica un tipo de

pensamiento. El jugar con el uso de los sombreros hace que el sujeto pueda flexibilizar sus esquemas rígidos e incorporar nuevas alternativas para la resolución de sus problemas.

Carrión y Bustamante (2008), describen tres técnicas para intervenir durante la TCC en Trastornos de Ansiedad. La técnica que mayor eficacia probada tiene para el tratamiento del Trastorno de Pánico con Agorafobia es la de *exposición directa o en vivo*. Esta puede realizarse de diversas maneras según las características de cada paciente, una de las maneras consiste en que el terapeuta acompañe al paciente a afrontar el estímulo que le genera temor/ansiedad reemplazándolo luego por otro estímulo que traiga con él una mayor dificultad. Luego, el terapeuta dejará al paciente solo y este, de modo progresivo, irá exponiéndose a los estímulos ansiógenos. Otra técnica es la de exposición imaginal, en ésta, el terapeuta inducirá al consultante a imaginar un escenario en el cual éste deberá ir acercándose de manera progresiva al estímulo temido. La duración debe ser prolongada y se trae como fase previa a la exposición en vivo. Se utiliza para pacientes que aún no pueden afrontar las exposiciones. La última técnica es conocida como desensibilización sistemática, la eficacia en el tratamiento de los Trastornos de Ansiedad con esta técnica es más limitada, por lo tanto, solo se utilizará con pacientes que se preocupan más por situaciones externas que por sensaciones de miedo en sí.

Durante las exposiciones a circunstancias temidas dentro del desarrollo de una TCC para el pánico o las fobias, la dosis de ansiolíticos debe ser minúscula, para que el paciente consiga ir dominando las situaciones que le generan ansiedad. La terapia de exposición es una manera de habituar al paciente al estímulo temido, para que este, cada vez que se lo exponga le genere menos ansiedad (Cía, 2007).

3.3.1 Tratamiento Farmacológico

El tratamiento psicofarmacológico es un componente fundamental en el proceso de la terapia en los Trastornos de Ansiedad, excluyendo el proceso en la terapia de fobias específicas. Hoy en día, los psicofármacos utilizados son muy específicos y potentes y, sus efectos adversos son mucho menores que los provocados hace años atrás, así también el espectro de medicamentos para tratar la ansiedad es más extenso. A la hora de elegir que psicofármaco dar es de gran importancia tener en cuenta los antecedentes del sujeto, las características personales y los síntomas clínicos principales que presenta, ya que la

efectividad de la medicación varía en cada uno según su constitución genética. Aunque en las crisis de pánico se presente una similitud entre los síntomas fisiológicos y los pensamientos catastróficos, el uso de la medicación apropiada es la manera más operacional de controlar y bloquear las crisis (Cía, 2007).

Bulacio (2011), indica la importancia del recurso farmacológico junto con la terapia individual y la exposición en vivo, aludiendo entre los psicofármacos más ventajosos para los Trastornos de Ansiedad, los ansiolíticos como las benzodiazepinas y los antidepresivos, particularmente los IRSS (inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina). Dentro de los ansiolíticos, los más recomendables son el Clonazepan y el Alprazolam, dado que su seguridad y rápido efecto que produce son muy útiles al principio del tratamiento. Dentro de los IRSS, se encuentran la Sertralina, la Paroxetina, el Citalopram, el Escitalopram y la Fluoxetina.

Carrión y Bustamante (2008), destacan tres etapas que suceden dentro de todo tratamiento psicofarmacológico: La primer etapa es el período agudo o de ataque, en esta etapa se realizarán ajustes periódicos de la medicación con el objetivo de llegar a los niveles terapéuticos necesarios. La segunda es el período de mantenimiento, etapa en la que se realizarán, por lo menos una vez al mes, diversos controles realizando arreglos (si es necesario) en función de las variantes clínicas que se vayan manifestando en el paciente. La tercer etapa es el período de discontinuación o supresión de la medicación, donde la medicación es disminuida de manera gradual con consentimiento y conocimiento del paciente.

Algunos de los beneficios que contribuye una medicación específica en los Trastornos de Ansiedad y Pánico son: eliminar y reducir parte de los síntomas; ayudar al paciente a recuperar el control en su vida; prevenir que la afección se complique; mejorar las relaciones interpersonales del paciente y; reducir la posibilidad de recaídas (Cía, 2006).

Al usar psicofármacos en el tratamiento para los Trastornos de Ansiedad lo que se busca es bloquear la crisis de pánico; reducir la ansiedad anticipatoria y la evitación fóbica; tratar las enfermedades comórbidas; lograr la remisión y tratar los síntomas residuales y; recuperar el autoestima y la autoconfianza del paciente (Cía, 2006).

3.3.2 Intervención por exposición en vivo

Retomando uno de los apartados anteriores, Carrión y Bustamante (2012), conceptualizan a la exposición en vivo como la técnica que mayor eficacia probada posee para el tratamiento del Trastorno de Pánico con Agorafobia. Se puede realizar de diferentes maneras según las características de cada paciente. Una de ellas es la exposición prolongada en vivo, en donde el terapeuta acompañará al paciente en el afrontamiento del estímulo que le produce ansiedad o temor, al cual se lo irá reemplazando con otros que irán otorgando mayor dificultad. Luego el terapeuta irá dejando al paciente solo, y de manera progresiva este se expondrá a los estímulos ansiógenos. Otra manera de realizar la exposición en vivo es la práctica reforzada graduada, en donde el paciente comenzará la actividad con expectativa de éxito y, en cuanto aparezcan los síntomas de ansiedad, deberá volver al punto de partida y evaluar positivamente el tiempo y la distancia recorrida. También se encuentra la auto-exposición controlada y auto-observación, en esta técnica el terapeuta no se encuentra con el paciente, el paciente se expondrá a una situación que le cause ansiedad (durante 90 minutos) hasta que la misma aparezca y tenga así que afrontar la situación. Por último, otra manera de realizar la exposición en vivo es la práctica programada, en esta técnica se arma un cronograma en donde se pone información y datos sobre la situación temida a la cual se lo expondrá al paciente. Dichos datos serán importantes para luego poder evaluar el grado de afección y evolución del paciente.

La exposición en vivo consiste en que el paciente se exponga en la vida real de forma sistemática y progresiva a las situaciones que teme y evita. El fin es que el individuo se exponga a los estímulos que le provocan miedo, compruebe que algunos de sus pensamientos automáticos son falsos y se familiarice con sus sensaciones fisiológicas hasta que estas no le produzcan miedo ni ansiedad. El objetivo es que el paciente pueda aprender cómo aplicar habilidades de afrontamiento o someter a prueba determinadas predicciones erróneas (Espada, Van der Hofstadt & Galván, 2007).

Cía (2007), sostiene que la técnica de exposición en vivo es una de las terapias más efectivas en la recuperación de las fobias, al igual que Carrión y Bustamante (2008). Destaca ciertos facilitadores que se deben dar de manera conjunta a la hora de efectuar las diferentes técnicas de exposición en el marco de una terapia cognitiva-conductual como: la cooperación de un otro significativo para el paciente; la habilidad para superar las recaídas

y continuar con las prácticas cotidianas; la adquisición de habilidades para el manejo de la ansiedad anticipatoria y de los síntomas iniciales de pánico y; el cumplimiento de exposiciones consistentes y regulares. Estos facilitadores pronostican el éxito en la recuperación.

A partir de las exposiciones se busca incitar a que el paciente experimente sensaciones similares a las que adquiere durante las crisis y lograr el cambio cognitivo. El terapeuta deberá seguir una serie de pasos, examinar cuáles son los temores relacionados a la exposición, otorgar un puntaje de probabilidad de que dichos temores ocurran y cuestionarlos verbalmente, luego de realizar estos pasos se podrá llevar a cabo la exposición. Luego de la misma, habrá que verificar cuales temores que se predijeron anteriormente ocurrieron, cuáles no y si la probabilidad de que se produzcan sigue siendo la misma o disminuyó. Por último, realizar una síntesis de lo que pueda concluir el paciente, y, si no hubo cambios, se deberá verificar si el paciente utilizó conductas de reaseguro (Biglieri Rodriguez & Vetere, 2011).

Botella y Benedito Monleón (1991), estudiaron la aplicación del tratamiento de exposición en vivo en un caso de Agorafobia con crisis de pánico, en el que se establecieron los objetivos terapéuticos y se especificó la evolución en cada sesión. En este marcaron que la exposición en vivo es de gran eficacia, logrando así disminuciones significativas en los niveles de evitación y temor.

La hiperventilación reside en inhalar rápido y de forma enérgica por la nariz y exhalar el aire por la boca durante al menos uno o dos minutos. Al finalizar este ejercicio, se le pedirá al paciente que se concentre en las sensaciones que está experimentando para ver las diferencias y similitudes con los efectos de la hiperventilación y las sensaciones de pánico. Este ejercicio de exposición permite desafiar al paciente a las sensaciones que teme y permite que el paciente cuestione su visión catastrófica acerca de sus sensaciones (Botella & Ballester, 1997).

4. Metodología

4.1 Tipo de estudio

Descriptivo de un caso único.

4.2 Participante

El sujeto participante en el que se basará el trabajo es una paciente de sexo femenino llamada M, de 49 años de edad, casada, comerciante y de nacionalidad Argentina. Llegó a la consulta a través de ver una publicidad en la televisión, comentó que en ésta comenzaron a describir varios síntomas que ella tenía y esto hizo que considere necesario asistir a la misma para tratar sus restricciones. Sufría crisis en la calle, en el colectivo, etc. Manifestó problemas para salir sola, se paralizaba si tenía que hacerlo. Declaró temor a la muerte, miedo a caerse. En cuanto a su diagnóstico clínico, fue evaluada y diagnosticada con un Trastorno de Pánico con Agorafobia. Dicha evaluación fue llevada a cabo por la psicóloga y la psiquiatra asignadas en el caso.

La terapeuta es de sexo femenino, tiene 40 años de edad, es licenciada en psicología recibida en la Universidad de Buenos Aires con diploma de honor y egresada de curso de postgrado en el tema. Su orientación teórica es cognitiva-conductual y se encuentra en la institución hace 9 años.

La psiquiatra es de sexo femenino, tiene 49 años de edad, es médica psiquiatra especialista en Trastornos de Ansiedad y psiquiatra de planta en un hospital público de C.A.B.A. Su orientación teórica es cognitiva-conductual y se encuentra en la institución hace 15 años.

4.3 Instrumentos

Se observó en carácter participante a la paciente en sus tareas de exposición en vivo y se tomó nota de las diversas reacciones de la misma. También se tuvieron en cuenta los registros tomados por un coordinador en las mismas exposiciones.

Se utilizó la historia clínica de la paciente para recolectar los protocolos de los tests administrados en la primer entrevista. Estos fueron: el Inventario de Depresión de Beck

(BDI) con el fin de evaluar severidad en la sintomatología (leves, moderas o intensas) de depresión. Es un cuestionario autoadministrado que consta de 21 preguntas de respuesta múltiple (el evaluado debe responderlas teniendo en cuenta como se sintió en la última semana), compuesto por ítems relacionados con sintomatología depresiva, como la desesperanza e irritabilidad, síntomas cognitivos, como sentimiento de culpa y síntomas físicos relacionados con la depresión (Beck, Steer & Brown, 1996).

El Test de la Casa, el Árbol y la Persona (HTP) evalúa la imagen interna que el examinado tiene de sí mismo y del ambiente, a qué cosas le otorga importancia, cuáles destaca y cuáles desecha. La casa, el árbol y la persona son conceptos que cuando se llevan a cabo en un dibujo dejan ver una gran implicancia simbólica, ya que envuelven un amplio contenido emocional e ideacional respecto de la personalidad. Este test es proyectivo y se basa en la técnica gráfica del dibujo. Para tomar este test se le pide al evaluado que dibuje en una hoja de papel A4 en primer lugar una casa, luego en otra hoja un árbol y finalmente, en otra hoja, una persona (Buck, 2008).

El Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI-2) se utiliza para detectar e identificar el perfil de personalidad del evaluado y localizar si hay o no presencia de alguna patología. Este reconoce 3 escalas de validez (mentira, incoherencia/validez, corrección/defensa) y 10 escalas clínicas básicas para la elaboración de un perfil básico. Luego tiene 15 escalas suplementarias. El contenido de los ítems varía cubriendo áreas como la salud general, afectiva, neurológica, síntomas motores, actitudes sexuales/políticas y sociales, aspectos educativos, ocupacionales, familiares y maritales y manifestaciones de conductas neuróticas y psicóticas (Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen & Kaemmer, 1989).

Se realizó una entrevista semi-dirigida al psiquiatra, a la terapeuta y a la paciente con el fin de ahondar sobre el avance de la misma, las características del tratamiento y la evolución de este.

4.4 Procedimiento

La observación participante se realizó durante el tratamiento de la paciente, luego de realizar su sesión terapéutica, cinco veces por semana a través de exposiciones en vivo de aproximadamente una hora.

Las entrevistas semi-dirigidas realizadas a la psicóloga y la psiquiatra fueron tomadas individualmente, en el horario que ellas pactaron, con el fin de obtener la mayor información posible del caso. A la paciente se le tomó la entrevista una hora antes de llevar a cabo una exposición en vivo, sin embargo, durante las exposiciones si surgía alguna otra pregunta o inquietud se realizaba. La duración aproximada de cada entrevista fue de una hora.

Se utilizó la historia clínica de la paciente para recolectar los protocolos de los tests administrados en la primer entrevista y recabar información que fuese pertinente sobre las intervenciones psicoterapéuticas y farmacológicas realizada por los profesionales de la fundación.

5. Desarrollo

5.1 Presentación de caso

La paciente es de género femenino, la llamaremos M y tiene 49 años de edad. Está casada y, con su marido, trabaja en un negocio del cual son dueños. Se presenta a la institución manifestando problemas para salir sola y miedo intenso en afrontar varias situaciones de la vida cotidiana (Belloch et al., 1995). Ha tenido problemas familiares importantes con su madre y su tía. Su padre era alcohólico y, a su vez, señala haber vivido maltratos en su convivencia familiar. Los problemas de convivencia comentados podrían intervenir en la exteriorización de los Trastornos de Pánico, como señala APA (2013) las experiencias infantiles, como el maltrato, pueden ser un factor de riesgo que influye la exteriorización del mismo.

M tiene el secundario completo, estudió en la Universidad de Buenos Aires para la carrera de Medicina pero señaló que era una carrera que conllevaba mucha dificultad para ella y, luego de este *fracaso universitario* (palabras de M) decidió no volver a estudiar más. Como detallan Baron (1997) y luego también Bulacio (2011), la ansiedad normal incrementa el rendimiento y la adaptación al mundo social, laboral y académico, considerando así que la ansiedad patológica podría haber influido en el rendimiento universitario de la consultante.

En la primera entrevista, declaró que no puede salir sola a la calle ni quedarse sola en su casa por mucho tiempo por miedo a sufrir un ataque de pánico. Cano Vindel (2011b),

habla acerca de este temor imaginario que la invade, ya que la paciente le teme a situaciones que, en realidad, no conllevan necesariamente un riesgo inminente. Manifestó ansiedad y preocupación por conocer su diagnóstico ya que estuvo 10 años yendo a diversos médicos para que le digan que tenía. Señaló que ha llegado a pedirle a su marido que la interne en un neuropsiquiátrico porque alcanzó a considerar que *se había vuelto completamente loca*. Con respecto a lo último mencionado, APA (2013) señala que es frecuente en este trastorno que la persona experimente sensación de pérdida de la cordura, de control de sí misma, como narró la paciente en su relato. Algunas personas temen que las crisis de pánico sea la fase previa a un padecimiento que puede llegar a poner en riesgo su vida.

Su primer ataque de pánico fue por la noche, durmiendo con su marido, explicó que luego de este episodio, para sentirse más segura, nunca más salió sola de su casa por miedo a que le vuelva a suceder y no haya nadie para socorrerla (Cía, 2006). El miedo de volver a sufrir una crisis y aún más, el temor de que vuelva a ocurrir y que no haya alguien que podría brindarle auxilio, la llevan a evitar salir sola de su casa, lo que en APA (2013) aparece como criterio para diagnosticar Agorafobia. Beck (2000) declara que las conductas del individuo están fundadas en los supuestos del mismo, esto sirve para entender la conducta de la paciente, ya que al suponer que podría volver a atravesar otra crisis fuera de su casa, reacciona no saliendo de la misma.

M confiesa que fuma mucho, ya que supone que el cigarrillo la ayuda a calmar su ansiedad (Biglieri Rodríguez & Vetere, 2011). El tabaquismo es un factor de riesgo ambiental que puede influir en la exteriorización del Trastorno de Pánico (APA, 2013). A su vez, esta creencia que tiene la paciente acerca del cigarrillo esta distorsionada (Cía, 2007). Antes de sufrir su primer crisis de pánico fumaba en menor medida y salía mucho con sus amigas de la secundaria y del barrio; también asistía al club de su barrio a tomar clases de salsa. Estas conductas que M fundó revelan un gran empobrecimiento en el ámbito social de la misma (Baron, 1997).

Del psicodiagnóstico se desprende el diagnóstico de la paciente, el cual es Trastorno de Pánico con Agorafobia. Con respecto a la batería de tests que se le administraron a M durante la primera entrevista, cabe destacar los siguientes resultados:

Del BDI se desprende que la paciente obtuvo 16 puntos, lo que significa que presenta una depresión moderada sin ideación suicida ni desesperanza (Beck, Steer & Brown, 1996). Carrión y Bustamante (2008) señalan que esto es común, ya que los Trastornos Depresivos se asocian repetidamente a los Trastornos de Ansiedad.

El MMPI-2 se validó de acuerdo a las escalas de validez tradicionales (Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen & Kaemmer, 1989). Sin embargo, personas con la configuración de validez de M sobrestiman su propio valor e intentan fuertemente presentarse a sí mismos bajo una luz favorable. Se puede deducir que tiende a tener, en cierto modo, una visión ingenua y simplista de sí misma, de los demás y del mundo a causa de sus creencias desadaptativas (Cía, 2007). Debido a que puede ser bastante sensible a las críticas, frecuentemente abordaría las nuevas situaciones con cautela, por temor a equivocarse y ser señalada (Cano Vindel, 2011b). De la historia clínica se desprende que, *se ve frecuentemente el uso de la represión y de la negación de una manera poco sofisticada. Puede ser moralista, estricta y sostener normas elevadas y rígidas de conductas para sí misma y para los demás.* Estas últimas podrían asociarse a las creencias nucleares que lleva la paciente con ella, al ser poco susceptibles a las modificaciones, la persona tiende a repetir conductas ya conocidas con el fin de sentirse seguras y no atravesar situaciones desconocidas (Clark, Beck & Alford, 1999).

5.2 Descripción de los síntomas de la paciente al inicio del tratamiento

Los síntomas que la paciente manifiesta en la primera sesión son: angustia, sensación de ahogo/muerte, miedo incontrolable de volverse loca y, no poder salir a la calle sola (Belloch et al., 1995). Señala que ya no sale con sus amigas, ya no va a reuniones sociales y tampoco asiste a sus clases de salsa por temor a que algo malo le ocurra (Baron, 1997). Confiesa que, en ocasiones, trata mal a su marido pero que solo con él se siente segura de salir y estar en la calle. La APA (2013) considera estos síntomas manifestados por M como criterios para diagnosticar Agorafobia. Este trastorno causa deterioro en lo social, lo educativo y lo laboral. En el discurso de M se ve como, con el fin de evitar situaciones estresantes y no ser evaluada de manera negativa, dejó de relacionarse con sus amistades (Cano Vindel, Dongil-Collado & Wood, 2011).

En su vida cotidiana, la paciente admite que hace 5 años no tiene voluntad para tragar comida sólida y para realizar actividades que la hagan salir de su habitación. A causa de esto, ha bajado 10 kilos. Este malestar conlleva una gran incapacidad para M en el ámbito tanto social como laboral (Gómez y Marzucco, 2009). También expresa sentimientos de temor a la muerte y a atravesar más crisis de pánico.

El primer ataque de pánico fue en la cama, manifiesta que el sentimiento que la invadió en esa situación fue la de “vértigo”. Confesó que en ese momento el corazón empezó a latirle muy rápidamente y se le hacía muy difícil el respirar y, que no lograba comprender que era lo que le estaba sucediendo, por lo tanto pensó que estaba a punto de morir. El sentimiento de muerte es un pensamiento distorsionado común en este trastorno (Biglieri Rodríguez & Vetere, 2011). Estos síntomas mencionados por María coinciden con los que propone el DSM 5 en el Trastorno de Pánico (APA, 2013).

Acerca de esto, Cía (2007) destaca que los Trastornos de Ansiedad pueden revelarse en la esfera cognitiva (en este caso M tiene pensamientos persistentes de muerte), en el curso fisiológico (dificultad en la respiración, palpitaciones), en lo comportamental (dejó de comer comida sólida) y en lo emocional (siente angustia, miedo intenso).

Cuando sale al pasillo, éste se le mueve. Atraviesa crisis en la calle (tiene problemas para cruzarlas) y en el colectivo. No puede caminar tampoco por plazas, todo lo que sean lugares amplios le dan miedo, angustia. El solo hecho de pensarse en alguna de estas situaciones le provoca palpitaciones, sudor y temor intenso. Cuando el marido le propone hacer alguna actividad al aire libre, desde el momento que se lo propone hasta que la actividad se lleva a cabo, M confiesa que se la pasa nerviosa, sudorosa e inquieta. La ansiedad se caracteriza por poseer sentimientos subjetivos de tensión, aprensión, nerviosismo o preocupación, y por la activación del sistema nervioso autónomo (Belloch et al., 1995). Estos síntomas que la paciente experimenta son criterios básicos para diagnosticar Agorafobia (APA, 2013).

Como también señalan Gómez y Marzucco (2009), los pensamientos y las cogniciones influyen en la aparición y el sustento de la respuesta de ansiedad. En este caso, M manifiesta que no puede salir a la calle porque considera que hay probabilidades de poder atravesar otra crisis de pánico. La capacidad real de la paciente no influye en su forma de actuar sino que, la percepción que tiene de las situaciones es lo que influye en su

conducta y hace que actúe de determinada manera, en este caso, evita salir a la calle porque considera que puede llegar a sufrir otra crisis.

A partir de estas sensaciones que le generaban a M pensar el salir de su casa, comenzó a evitar toda situación que podía llegar a ponerla, según ella, en riesgo. Se podría especular esta evitación como una medida de seguridad de la paciente utilizó para prevenir una nueva crisis de pánico (Biglieri Rodríguez & Vetere, 2011). El no salir a la calle puede pensarse como una conducta de evitación realizada por la misma con el fin de disminuir los niveles de miedo o ansiedad (Lazarus & Folkman, 1985).

Se notó en la paciente fallas en su aseo personal y desgano. También se registró desesperanza, la cual intervino en el tratamiento, ya que se percibió falta de compromiso con el mismo por parte de M al declarar que *su locura no tenía cura*. Los pensamientos negativos que fue generando conducen, si son reiterados, a niveles de depresión (Carrión & Bustamante, 2012).

M, luego de sufrir reiteradas crisis de pánico, comentó que solo puede salir si es con su marido y siempre lleva dulces o líquido por si le baja la presión y llega a desmayarse. Si tiene que salir si o si sola, porque su marido no está y es de total urgencia, comentó que lleva con ella (además de los dulces o líquido) su celular, en el cual puso como marcador rápido a su marido, en la mano. Cía (2006) declara que estos objetos utilizados por M y el hecho de que el marido tenga que acompañarla siempre cuando sale de su casa, son formas que la paciente utiliza para sentirse más segura.

Admitió sentir pena por su marido, al cual señala tenerlo como un *prisionero*. Aunque el marido no se haya quejado al respecto, la paciente considera que él por dentro *la odia* y entiende su sentimiento porque se considera la culpable de todo lo que pasando. La emoción de culpa, en este cuadro clínico, predomina (Bulacio, 2011).

5.3 Descripción del tratamiento integral aplicado

M se encuentra en tratamiento hace 1 año y 2 meses. Recibe asistencia psicológica y psiquiátrica, mediante un plan de tratamiento integral basado en el enfoque Cognitivo-Conductual con el fin de lograr la mayor eficacia del proceso (Camacho, 2003).

Apenas entró, tuvo una entrevista con la psicóloga, la cual mandó a la paciente a realizarse diversos estudios médicos (como mapeo cerebral y análisis de sangre) y algunos tests que se toman en la misma fundación (MMPI-2, BDI, HTP, entre otros). A partir de los resultados obtenidos, se le realizó un diagnóstico multidimensional y se le brindó información en relación a sus síntomas, señalando los objetivos a cumplir. A esto último se le llama psicoeducación, Bulacio (2011) coincide en la importancia de brindarle a la paciente información útil sobre la patología que manifiesta para que pueda así comprender sus síntomas, conductas y que se busca lograr durante el tratamiento. Del tratamiento psicofarmacológico se encargó su psiquiatra, a la consultante se le administran 25 mg de Quetiapina, 2mg de Clonazepan y 100 mg de Lamotrigina con el fin de bloquear las crisis de pánico, reducir la ansiedad anticipatoria, la evitación fóbica, tratar las enfermedades comórbidas y, recuperar el autoestima y la autoconfianza de la paciente (Cía, 2006). Éste también comenzó apenas ingresó a la fundación ya que la farmacología es un componente fundamental en el proceso (Cía, 2007).

En las sesiones con la terapeuta, desde el comienzo, se indagó sobre los pensamientos automáticos de M y sus creencias nucleares. A su vez, en cada encuentro se le brindaba información para ayudarla a entender lo que estaba atravesando y para romper creencias y pensamientos erróneos que acarrea. Según Camacho (2003), los pensamientos distorsionados son los determinantes de los síntomas. Estas creencias y pensamientos la paciente los traía escritos en un cuaderno o salían a la luz durante las sesiones de terapia y se iban trabajando mientras iban apareciendo.

Biglieri Rodríguez y Vetere (2011) coinciden en la importancia de estar al tanto de los pensamientos y creencias del sujeto, ya que se debe conocer la significación que este le da a las cosas, porque, lo valioso es el sentido que se construye a partir de la realidad. Los pensamientos que invaden en M, luego influirán en la conducta que más tarde tendrá.

A su vez, la psicóloga le proporcionaba tareas para realizar fuera del ámbito terapéutico ya que la paciente no solo debe trabajar durante las sesiones. Estas tareas, entre otras, consistían en salir con su marido a realizar diariamente una vuelta manzana por la cuadra de su casa y/o anotar en el cuaderno pensamientos negativos que invadían a la paciente durante la semana para luego trabajarlos durante la sesión, etc. También se le

solicitó que comience a asistir nuevamente a eventos sociales y a sus clases de salsa pero de manera progresiva (Carrión & Bustamante, 2012).

A los 7 meses de tratamiento, comenzó a participar en el grupo de Agorafobia que maneja la fundación los sábados a la mañana. En este grupo los pacientes utilizan como punto de encuentro un bar cerca de la institución, aquí los coordinadores (que son a su vez pacientes recuperados) le dan a cada uno un papel con una dirección e indicaciones para llegar a esta, teniendo en cuenta cual es el transporte que al paciente más le cuesta (por ejemplo, a M se le indicaba llegar a la dirección combinando subte y colectivo ya que con ambos tenía dificultades). Previo a esto, se le asignó una pasante que hacía con ella exposiciones en vivo durante la semana con el fin de que pueda afrontar y cambiar las asociaciones automáticas establecidas entre las sensaciones corporales y los pensamientos de miedo (Cía, 2006).

A la paciente se le hizo realizar actividades en forma individual y en forma grupal para que pueda pensarse como protagonista de los hechos y deje de considerar que los hechos y ella son dos cosas aisladas que no tienen que ver una con la otra. Ya que, M, en muchos de sus discursos no se sentía capaz de afrontar diversos eventos y situaciones que se le iban presentando en la vida cotidiana (Bulacio, 2011).

5.4 Descripción de las intervenciones realizadas a partir de exposiciones en vivo

Los datos obtenidos se desprenden de toda la historia clínica de la paciente y de los informes que la pasante realizó de las exposiciones en vivo efectuadas con M durante 3 meses.

Uno de los recursos utilizados para la paciente fueron las intervenciones por exposición en vivo, ya que, la fundación considera que son de gran eficacia para el tratamiento de la misma. Luego de varias sesiones con la terapeuta, M acordó que realizaría exposiciones tanto de manera individual como de manera grupal, ya que su problema *siempre fue afrontar el miedo* instaurando conductas de evitación con el fin de no desafiar al mismo (Cano Vindel, 2004).

Además de elegir esta intervención por su gran eficacia, se eligió porque, como se mencionó en el apartado anterior, la paciente reconocía que su mayor miedo era enfrentarse a la calle, a las plazas y a los espacios públicos. Por lo tanto, se optó por elegir una

intervención que rompa con los pensamientos automáticos y creencias de la misma (Espada, Van der Hofstadt & Galván, 2007).

Algunos de los pensamientos automáticos que invadían a M eran: *Si salgo a la calle, me voy a morir; Todos saben que tengo miedo y me miran como si fuera un bicho raro; Si no salgo con mi marido no va a haber nadie para socorrerme; Si me desmayo en el medio de una avenida los autos me van a pasar por encima.* Las interpretaciones distorsionadas abundaban y lo necesario era enfrentarlas, quebrarlas (Rodríguez Viglieri & Vetere, 2011).

Al principio, la consultante, no tenía los recursos posibles para afrontar exposiciones en vivo de alta intensidad y duración, por lo tanto, la psicóloga le propuso empezar dando vueltas manzana con su marido, con el cual M admitía ser la única persona con la que se sentía segura para salir a la calle (Cía, 2006). Cuando el hecho de salir a la calle con su marido le comenzó a resultar más fácil, se le propuso caminar sola, con él acompañándola pero, esta vez, más alejado de ella. El marido se mostró participativo y asistiendo siempre la recuperación de su mujer. Como señalan Carrión y Bustamante (2012) y también Bulacio (2011) un otro significativo es de gran ayuda para el éxito en la recuperación del paciente.

Al notar un gran avance en las salidas con su marido, la profesional propuso que comience a realizar exposiciones pero con una pasante, para quitarle la seguridad que le genera salir con un otro significativo y que, esta vez, se enfrente con un desconocido a las situaciones que le generan miedo (Carrión & Bustamante, 2012).

A continuación se detallarán las evaluaciones de las exposiciones en vivo realizadas por la pasante con M durante 3 meses:

En las inaugurales cuatro exposiciones que realizaron juntas, se cruzaron calles. La consigna era que la paciente primero cruce acompañada y luego sola. También se le propuso quedarse parada al menos 5 segundos sola en la calle. Cada exposición duró 60 minutos. Estas se realizaron para comenzar a poner en juego la percepción de la paciente acerca de sus propias capacidades (Gómez & Marzucco, 2009)

En la primer y segunda exposición se la observó animada y con buena predisposición para realizar la tarea. La acompañó el marido al punto de encuentro (Cía, 2007). Por momentos, la paciente se mostró un poco directiva, queriendo cambiar las

consignas dadas por la pasante para que estas sean más fáciles, pero se pudo controlar. Dijo estar con mucha ansiedad al llegar pero que luego fue bajando, sin embargo, no pudo cruzar sola en ningún momento y la ansiedad no desapareció del todo (Cía, 2007).

En la tercer, cuarta y quinta exposición comenzó a venir sola al punto de encuentro y, logró cruzar sola los últimos 30 minutos de actividad manifestando afrontar menos ansiedad que durante las primeras exposiciones y festejando los *grandes logros* obtenidos durante las últimas exposiciones (Clarck, Beck & Alford, 1999).

En las siguientes exposiciones se le propuso a la paciente cruzar sola ya desde el inicio de la actividad. Es así que en estas, la paciente cruzó sola las calles durante toda la actividad. Mostrándose segura, sin ansiedad y no frenándose en ningún momento.

Al ser nuevamente notorio el avance de M, la terapeuta le propuso comenzar a asistir al grupo de Agorafobia que dicta la fundación para comenzar a trabajar su miedo a viajar en subte y colectivo, con el fin de aumentar la dificultad de las exposiciones (Biglieri Rodriguez & Vetere, 2011).

La paciente asistió al grupo de forma semanal durante 5 meses. En el transcurso de estos 5 meses no faltó ningún sábado y realizó todas las actividades que se le propusieron. Al principio con mayor dificultad pero siempre llevando a cabo lo solicitado. En estas exposiciones M iba a shoppings, parques, museos, clubes, etc. combinando colectivo y subte.

Hoy en día se encuentra asistiendo al grupo de los sábados pero solo durante las *salidas largas*, estas se realizan una vez por mes y duran el doble de lo que duran los encuentros semanales de los sábados. Las actividades son las mismas pero en vez de viajar a lugares más cerca, se hace un viaje más lejos, por lo tanto, más largo y con más nivel de dificultad (Bados López, 2001).

5.5 Descripción del cambio en los síntomas de la paciente

El cambio en los síntomas de la paciente se pudo conocer a través de su historia clínica, los relatos de la psicóloga y la psiquiatra y, los informes de la pasante a cargo de las exposiciones en vivo.

Tanto la terapeuta como la psiquiatra están de acuerdo con el hecho de que M adquirió, a lo largo del tratamiento, habilidades para afrontar las situaciones que le generan

temor en vez de evitarlas (Bulacio, 2011). Algo que le costó mucho a la paciente fue controlar su ansiedad, pero en base a ejercicios de entrenamiento para respirar lentamente pudo lograr controlarla suplantando sus interpretaciones corporales distorsionadas (Bados López, 2001).

Muchas veces se destacó durante el tratamiento el apoyo que la paciente recibía y recibe de su marido, este fue de gran ayuda e importancia a la hora de la reincorporación de la misma a sus actividades. Del testimonio de la consultante se desprende que cuando estaba mucho tiempo en la cama o sin salir de la casa él era quien la incitaba a salir y a realizar actividades aun sabiendo que la respuesta iba a ser negativa (Cía, 2007).

Ahora sale de su casa, come comida sólida, viaja en subte, colectivo, interactúa con sus amistades del barrio y asiste a eventos sociales. Todas cosas que antes ella no podía hacer, por lo tanto, se ve un gran cambio. Retomó las actividades sociales que había dejado de lado a partir de su primer crisis de pánico (APA, 2013). Ha vuelto a vivenciar actividades abandonadas y, a su vez, realiza todas las actividades que la terapeuta le propone hasta con facilidad.

Al utilizar como intervención la exposición en vivo, señalada por Carrión y Bustamante (2008), se logró que M le hiciera frente a los estímulos que le producían miedo, enfrentarlos generó que ella misma cuestione los pensamientos que la invadían para luego darse cuenta que eran falsos, erróneos y dejen de provocarle miedo y ansiedad (Espada, Van der Hofstadt & Galván, 2007).

Los pensamientos y creencias que la paciente declaraba que la invadían, hoy en día ya se quebrantaron, ella misma señala que eran absurdos y carecían de lógica. Se considera que estos desaparecieron porque, M, cuestionó sus creencias, las puso a prueba y comprobó que no eran reales (Gómez & Marzucco, 2009).

Otro pensamiento que no se detalló en este trabajo pero que se tuvo en cuenta durante la terapia y apareció en varias ocasiones al leer la historia clínica de la paciente fue su temor a *recaer*, a *volver a estar como estuvo antes*. Ha tenido durante el tratamiento dos recaídas leves y poco significativas, pero, nuevamente la figura del marido apareció para incentivarla a seguir (Carrión & Bustamante, 2008). Además, se trabajó acerca de lo difícil que podría ser que este pensamiento de M pueda llevarse a cabo en la realidad (Cía, 2007).

Sin embargo, por petición de M, aún asiste a los grupos de los sábados de forma mensual, ya que *le gusta recordar todo lo que tuvo que atravesar para estar como está y le gusta ayudar a los pacientes que asisten en el grupo ya que sufren lo mismo que ella sufría.* Esto último, la terapeuta lo resalta y considera que la paciente sería una buena coordinadora en el grupo de Agorafobia que se lleva a cabo los sábados por la mañana. Tanto la psicóloga como la psiquiatra reflexionan que la paciente podría prepararse y ser buena coordinadora, lo único que habría que trabajar son cuestiones de autoestima, confianza en sí misma e independencia pero los síntomas de Agorafobia han desaparecido ya que puede salir de su casa sola y puede utilizar cualquier medio de transporte (APA, 2013).

6. Conclusión

6.1 Síntesis del caso

Durante este trabajo se analizó el tratamiento aplicado a M, una señora de 49 años diagnosticada, según el DSM 5, con Trastorno de Pánico con Agorafobia abordado desde la teoría cognitiva-conductual en una fundación especializada en Trastornos de Ansiedad.

La paciente dejó de salir de su casa y abandonó todas las actividades que realizaba, desde trabajar hasta salir con sus amigas, a partir de experimentar una crisis de pánico. Manifestó que su mayor temor era volver a experimentar otra crisis, a su vez, reveló un estado de ánimo depresivo presentando baja autoestima y una disminución significativa de peso. Estos últimos síntomas depresivos son muy comunes en los Trastornos de Ansiedad (Carrión & Bustamante, 2008). No podía comer comida sólida y solo comía cuando su marido se lo solicitaba. Su diagnóstico se desprendió del miedo a atravesar otra crisis de pánico y la evitación de la paciente a salir de su casa (APA, 2013). Esta evitación señalada anteriormente que presentaba la paciente generó gran deterioro en el ámbito social, educativo y laboral de la misma (Baron, 1997).

Debido a la sintomatología de M y a la forma que tiene la fundación de abordar los tratamientos, se realizó un plan de tratamiento desde la TCC (Biglieri Rodríguez & Vetere, 2011). A la par, la observó una psiquiatra que le recetó los fármacos correspondientes para avanzar con el tratamiento con el fin de controlar y bloquear las crisis de pánico repentinas de la paciente, ya que la fundación se rige sobre el criterio de que el tratamiento psicofarmacológico es un componente esencial en el proceso de la terapia en los Trastornos de Ansiedad (Cía, 2007).

En primer lugar, se le enseñó a la paciente sobre su patología para que pueda comprender lo que sentía, le pasaba y estaba atravesando. Después, se trabajó sobre las creencias y los pensamientos que son los que, luego, intervendrán en su forma de actuar y relacionarse con los demás. Y, en paralelo, se le fueron dando herramientas para enfrentar estos pensamientos, desde realizar ejercicios de respiración hasta anotar en un cuaderno los pensamientos que la invadían cotidianamente (Gómez & Marzucco, 2009). Finalmente, se realizaron exposiciones en vivo de manera grupal e individual para que enfrentara las situaciones que le causaban temor con el fin de que deje de evitarlas y quiebre así creencias erróneas (Bulacio, 2011).

Como se pudo recolectar en las entrevistas realizadas a la psicóloga y a la psiquiatra de M, el tratamiento integral realizado resultó eficaz ya que los síntomas desaparecieron en su totalidad. El mismo, se centró primordialmente en la identificación y el cambio de sus cogniciones y metacogniciones (Clark, 1995, citado por Caro, 2002).

La paciente no manifestó crisis de pánico ni pensamientos negativos automáticos nuevamente. Tampoco presenta evitación ante las situaciones temidas anteriormente: sale con sus amigas, asiste a eventos sociales, no teme estar sola y tampoco ir a espacios abiertos, también viaja en cualquier transporte público sin dificultad (Cano Vindel, 2004). A su vez, afirma tener herramientas posibles si en algún momento debe afrontar alguna situación que le genere miedo o angustia (Beck, 2000).

La TCC junto a las intervenciones por exposición en vivo y la psicofarmacología fueron significativamente eficaces a la hora de abordar un tratamiento para una paciente con Trastorno de Pánico con Agorafobia (Camacho, 2003).

6.2 Limitaciones

A continuación se desplegarán las limitaciones presentes en el desarrollo de este trabajo.

En relación a la metodología elegida, al realizar un estudio basado en un caso único lleva a dejar el resto de los casos por fuera, limitando la posibilidad de consumir una generalización. Además, el análisis de datos se vio afectado ya que solo se tuvo una entrevista con la terapeuta y la psiquiatra de la paciente y no hubo lugar para realizar algunas preguntas que quedaron por responder del tratamiento en sí mismo.

Con respecto a la institución elegida, una restricción significativa fue no poder asistir o ver luego por video o cámara gessell las sesiones de la paciente con la terapeuta, dando lugar a que no pueda observarse el tratamiento en su totalidad. El trabajo cognitivo realizado pudo conocerse solo en base a lo leído por la historia clínica y al relato de la terapeuta y la paciente, únicamente se pudo ser participe en el trabajo comportamental. Al no poder conocer en su totalidad el trabajo cognitivo realizado, quedaron muchas cosas por fuera, por ejemplo, en la historia clínica solo plasmaron los pensamientos automáticos, no pudiendo conocerse así las creencias nucleares traídas por la paciente (Clarck, Beck & Alford, 1999)

Acerca del trabajo comportamental se realizaron actividades de exposición en vivo con la paciente sin tener la experiencia y las herramientas suficientes para consumarlas de manera satisfactoria (Espada, Van der Hofstadt & Galván, 2007). Además las exposiciones realizadas por la pasante no fueron supervisadas por un profesional, por lo tanto no pudo conocerse que se hizo bien o que se hizo mal durante las mismas.

Tampoco se ha podido conocer en profundidad el trabajo realizado por la terapeuta con el marido de M. Sin embargo, se conoció la importancia que se le significó al mismo para la eficacia del tratamiento pero no se pudo saber cómo se trabajó y como se lo acompañó en el proceso (Cía, 2007).

Algo que hubiera enriquecido el trabajo integrador sería haber participado o conocido los temas tratados en las reuniones entre la psiquiatra y la psicóloga acerca de los avances, limitaciones, o intervenciones que podrían ser adecuadas para la paciente. Sin embargo, no se obtuvo material significativo acerca de este intercambio.

Otra limitación fue que no pudo obtenerse información acerca de cómo cotejaron que la paciente ya estaba recuperada, si fue solo por su relato, por los informes de las exposiciones en vivo, por los avances vistos en terapia, por consideración de las profesionales o si se realizaron los mismos tests que se le tomaron al principio del tratamiento para compararlos.

6.3 Perspectiva crítica

Retomando lo último mencionado en el apartado anterior, no se conoce si se realizaron o no tests al finalizar el tratamiento para corroborar la recuperación de la paciente. De no haberse realizado los tests se considera necesario consumarlos ya que comparar los resultados iniciales con los resultados finales sería de gran ayuda para dar por finalizado o no un tratamiento.

En relación al caso, se considera que podría haber sido distinguido trabajar en profundidad el tema de la aceptación y compromiso puesto por la paciente durante el tratamiento (Gómez y Marzucco, 2009). Se considera que, en ocasiones, si no fuera por el marido ella no hubiera asistido a diversas sesiones y no solo por la patología que presentaba, sino por temor a lo que podía llegar a suceder después. En algún momento, en la historia clínica, la paciente manifestó miedo por su matrimonio cuando sus síntomas

desaparezcan. Esto da lugar a considerar que, M reflexionaba que cuando estuviese *curada* su marido iba a abandonarla, que solo la estaba acompañando porque *le daba lástima*. No se tuvo información de cómo se trabajó a partir de esto que manifestó la paciente o si se trabajó sobre estos puntos antes mencionados.

En relación a la institución en sí misma, por la experiencia atravesada en los grupos que esta realiza, se cree que hay cosas para modificar en pos del bienestar de los mismos. En particular, en el grupo que se realiza los sábados por la mañana, al que asistió y asiste M, que es de pacientes con Agorafobia.

Este grupo se encuentra supervisado por pacientes recuperados, los cuales realizaron un curso y un examen para poder llevar a cabo el rol de coordinador. Han podido observarse durante 3 meses conflictos entre los mismos supervisores del grupo que, a su vez, no escondían las diferencias y las exteriorizaban con los pacientes mismos, posicionándolos en un lugar desagradable ya que los hacían elegir por unos o por otros de manera implícita. En repetidas oportunidades pacientes han criticado esto con sus respectivos terapeutas y estos recibieron contestaciones como *si tenes algo más importante que hacer un sábado a la mañana, no vayas al grupo*. Por lo tanto, se considera que los mismos terapeutas saben que hay conflictos latentes en el grupo y, en vez de solucionarlos, algunos fomentan a que los pacientes dejen de asistir.

A su vez, en este grupo las inasistencias dan que hablar, hay sábados en los que se presentan solamente 3 pacientes y otros sábados en los que asisten 12 pacientes o más. No se controla mucho esto, tampoco la puntualidad. Los pacientes son citados a las 10 de la mañana en el primer piso de un bar cerca de la institución. En primer instancia, el grupo se queda hablando, sentados en el bar, acerca de lo que pasó en la semana o como llegaron al punto del encuentro hasta aproximadamente las 10:30/10:50 AM. Muchos, como saben que no salen del bar hasta recién las 10:30 de la mañana, llegan a esa hora para evitar la charla y hacer la exposición directamente. Los coordinadores no se ponen rígidos con esto y es así que terminan iniciando las exposiciones una hora más tarde de lo programado con anterioridad. Esta impuntualidad genera también conflicto entre los pacientes porque, hasta que no estén todos no comienza la exposición y, hay algunos que llegan temprano y deben quedarse mucho tiempo esperando a sus compañeros para comenzar.

Otra queja de los pacientes es el hecho de que luego de llegar al punto de encuentro según su miedo (subte, tren, colectivo) tienen que volverse solos desde allí hasta su casa sin supervisión alguna. El único facilitador que le otorgan los coordinadores son indicaciones de como volver pero luego ellos tienen que arreglárselas. Por lo tanto, es un poco contradictorio, ya que los hacen ir acompañados pero luego los dejan solos.

6.4 Aporte personal

En relación al objetivo planteado, pudieron observarse resultados eficaces a la hora de realizar un tratamiento cognitivo conductual para trabajar con una paciente con Trastorno de Pánico con Agorafobia. También se observó gran efectividad a la hora de recetar farmacología para utilizar en conjunto con la terapia (Cía, 2006).

Otro factor que se consideró necesario y gran facilitador en la recuperación de la paciente fueron las intervenciones por exposiciones en vivo. Se considera que no solo el paciente tiene que trabajar en terapia los pensamientos y creencias sino también enfrentarlos, ponerlos en práctica conductualmente (Carrión & Bustamante, 2012).

Acercas de las intervenciones aplicadas como la psicoeducación, la identificación de pensamientos negativos resultan de gran ayuda para el tratamiento ya que, además de conocer lo que están atravesando, los pacientes pueden cuestionarlo para luego enfrentarlo y generalizarlo así en diversas situaciones de la vida cotidiana. También los ejercicios de respiración son de gran importancia ya que le dan al paciente herramientas para enfrentar a las situaciones ansiógenas de las que antes huían (Bulacio, 2011).

Como consecuencia del trabajo realizado pudo conocerse más acerca de la patología mencionada, su desarrollo y el tratamiento que la TCC propone para la mejoría de este.

Se considera que podría ser de gran ayuda ahondar e investigar acerca de la personalidad del paciente con Trastorno de Pánico con Agorafobia, es decir, si hay un estilo de personalidad que se presenta de manera repetida en la mayoría de las personas o si hay personalidades más vulnerables que otras para desarrollar luego esta patología. También reflexionar acerca del rol de los familiares y/o cercanos de estos.

Acercas de la personalidad, lo que se vio durante 3 meses en la fundación es que muchos pacientes con este trastorno presentan rasgos similares de personalidad, algunos más marcados que otros, por ejemplo, la mayoría presentan baja autoestima, gran

dependencia e inseguridad. Sería de gran beneficio que aumenten las investigaciones acerca de la comorbilidad entre los Trastornos de Ansiedad y los Trastornos Depresivos ya que los síntomas principales de estos últimos aparecen en la mayoría de las personas con Trastornos de Ansiedad.

Con respecto a los familiares, en algunos casos estos resultaban de gran ayuda para la eficacia en el tratamiento, ya que el trabajo que realizaban en conjunto con la terapeuta influía en el bienestar del paciente. Sin embargo, en algunas ocasiones, pudo verse que algunos familiares actuaron como *facilitadores* del desarrollo de la patología de su familiar. En el caso trabajado, el familiar fue de gran ayuda para el rápido avance de M, sin embargo, en otros casos que pudieron verse, algunos familiares no entienden el trastorno por el que atraviesa su pareja o familiar o, no les creen y piensan que quieren llamar la atención, lo abandonan y no lo apoyan durante el tratamiento.

Este tema ocasionó muchas preguntas, como por ejemplo: ¿Qué hubiese pasado si el marido de la paciente no la hubiera apoyado? ¿Iban a dejar de presentarse los síntomas de M tan rápido como sucedió? Sin la insistencia de su marido para que asista a terapia... ¿Hubiera asistido? ¿Todos los pacientes necesitan si o si otro significativo que lo ayude durante el tratamiento? En esta última pregunta se mezclan estos dos temas traídos anteriormente a colación: la personalidad y el rol de otro significativo ¿Depende de la personalidad del paciente elaborar un tratamiento con un otro significativo de apoyo?

7. Referencias Bibliográficas

American Psychiatric Association (APA). (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: APA.

American Psychiatric Association (APA). (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., revised). Washington, DC: APA.

American Psychiatric Association (APA). (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: APA.

American Psychiatric Association (APA). (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., revised text). Washington, DC: APA.

American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: APA.

Bados López, A (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la Agorafobia. *Psicothema*. 3 (13): 453-464

Bandura, A. (1977) Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Revisión Psicológica* 84, 191-215.

Baron, R. (1997) *Fundamentos de Psicología*. México: Pearson Educación.

Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K. (1996). Manual for the Beck Depression Inventory-II. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

Beck, J. (2000). *Terapia Cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. México: Gedisa.

- Belloch, A., Sandín, B. & Ramos, F. (1995). *Manual de Psicopatología Volumen II*. Madrid: Mc Graw Hill.
- Biglieri Rodriguez, R. & Vetere, G. (2011). *Manual de terapia cognitiva conductual de los Trastornos de Ansiedad*. Buenos Aires: Polemos.
- Botella, C & Benedito Monleón, M.C. (1991). Aplicación del tratamiento en vivo en un caso de Agorafobia con crisis de angustia. *Anales de psicología*. 7 (1): 75-83.
- Botella, C., & Ballester, R. (1997). *Trastorno de pánico: evaluación y tratamiento*. Barcelona: Martinez Roca.
- Buck, John. (2008). *H-T-P Manual y Guía de Interpretación*. Madrid: TEA Ediciones.
- Bulacio, J.M. (2011). *Ansiedad, estrés y práctica clínica*. Buenos Aires: Akadia.
- Butcher, J. N., Graham, J. R., Tellegen, A., & Kaemmer, B. (1989). *Manual for the restandardized Minnesota Multiphasic Personality Inventory: MMPI-2*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Camacho, J. (2003). El ABC de la Terapia Cognitiva. Buenos Aires. Recuperado de <http://www.fundacionforo.com/pdfs/archivo23.pdf>
- Cano-Vindel, A. (2004). *La ansiedad. Claves para vencerla*. Málaga: Arguval.
- Cano-Vindel, A., Dongil Collado, E., & Wood, C. (2011). Intervención cognitivo conductual en los Trastornos de Ansiedad: una actualización. *Información psicológica* 102, 4-27.
- Cano-Vindel, A. (2011b). Los desórdenes emocionales en Atención Primaria. *Ansiedad y Estrés*, 17, 73-95.

- Caro, I. (2002). *Manual de Psicoterapias Cognitivas*. España: Paidós.
- Carrión, O, & Bustamante, G. (2012). *Ataques de pánico y trastornos de fobia y ansiedad. Cómo reconocerlos. Cómo superarlos*. Buenos Aires: Galerna.
- Cía, A.H. (2006). *Como superar el Pánico y la Agorafobia. Manual de autoayuda*. Buenos Aires: Polemos.
- Cía, A.H. (2007). *La Ansiedad y sus Trastornos. Manual diagnóstico y terapéutico*. Buenos Aires: Polemos.
- Espada, J.P, Ven der Hofstadt, C.J & Galván, B (2007).Exposición en vivo y técnicas cognitivo comportamentales en un caso de ataques de pánico con Agorafobia. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 1(7): 217-232.
- Gardner, H. (1996). *La nueva ciencia de la mente*. Buenos Aires: Paidós.
- Gómez, M.C. & Marzucco, V.D. (2009). *¡No puedo dejar de preocuparme! ¿Usted tiene TAG?: estrategias para identificar y vencer el Trastorno de Ansiedad Generalizada*. Buenos Aires: Galerna.
- Lazarus, A. & Folkman, S. (1985). *Estrés y Procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Martinez Monteagudo, M., Cano Vindel, A. & García Fernández J. M. (2012) Estado actual de la investigación sobre la teoría tridimensional de la ansiedad deLang. *Ansiedad y estrés*, 18 (2-3), 201-219.
- Sandín, B. (2014). DSM-5: ¿Cambio de paradigma en la clasificación de los trastornos mentales? *Revista De Psicopatología y Psicología Clínica*, 18(3), 255-286.
- Spielberger, C.D, Pollans, C.H & Worden, T.J. (1984). *Anxiety disorders*. Citado en:

Belloch, A., Sandín, B. & Ramos, F. (1995). *Manual de Psicopatología*.