

Universidad de Palermo
Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Psicología
Trabajo Final Integrador

EL TRASTORNO DE PÁNICO CON AGORAFOBIA Y LA EXPOSICIÓN
GRUPAL COMO PARTE DEL TRATAMIENTO

Alumna: Cabral, Tamara Gabriela

Tutora: Dra. Ramos Mejía, Gabriela

19 de Octubre del 2017

Índice

1. Introducción	- 3 -
2. Objetivos	- 4 -
2.1 General	- 4 -
2.2 Específicos	- 4 -
3. Marco teórico	- 5 -
3.1 Ansiedad	- 5 -
3.1.1 Trastorno de Ansiedad	- 5 -
3.1.2 Trastorno de Pánico	- 7 -
3.1.3 Agorafobia	- 9 -
3.2 Tratamientos	- 11 -
3.2.1 Terapia Cognitiva Conductual	- 12 -
3.2.1.1 Características Generales	- 12 -
3.2.1.2 Características del tratamiento	- 13 -
3.2.2 Farmacológico	- 15 -
3.2.3 Exposición en vivo	- 16 -
3.2.4 Grupos Terapéuticos	- 18 -
3.2.5 Otros tratamientos	- 18 -
4. Metodología	- 20 -
4.1 Tipo de estudio	- 20 -
4.2 Participantes	- 20 -
4.3 Instrumentos	- 20 -
4.4 Procedimiento	- 20 -
5. Desarrollo	- 22 -
5.1 Descripción de los síntomas del Trastorno de Pánico con Agorafobia de la paciente al inicio del tratamiento	- 22 -
5.2 Descripción de la exposición grupal realizada como parte del tratamiento para la agorafobia	- 25 -
5.3 Descripción de los cambios sintomatológicos en la agorafobia a partir de la exposición grupal como parte del tratamiento	- 28 -
6. Conclusión	- 29 -
6.1 Síntesis del caso	- 30 -
6.2 Limitaciones	- 31 -

6.3 Perspectiva Crítica	- 31 -
6.4 Aporte Personal.....	- 32 -
6.5 Nuevas Líneas	- 32 -
5. Referencias	- 35 -

1. Introducción

La presente práctica de habilitación profesional V se llevó a cabo en una Fundación especializada en Trastornos de Ansiedad, ubicada en la Ciudad de Buenos Aires. La institución realiza actividades de docencia, investigación, orientación y tratamiento a personas que padecen diferentes trastornos psiquiátricos - psicológicos. Las actividades son dirigidas por profesionales de la salud mental (médicos, psicólogos, acompañantes terapéuticos) y también cuenta con un grupo de pacientes recuperados que fueron capacitados y forman un equipo de colaboración y contención de los pacientes.

La práctica constó de 280 horas distribuidas durante la semana en la cual se realizaron diferentes actividades. De lunes a viernes se llevaron a cabo actividades de secretaría (atención a pacientes, ordenar batería de test, legajos) y salidas de exposición con pacientes que padecen agorafobia y ansiedad social (visitas al shopping, supermercado). Además, se efectuaron informes acerca de la exposición y evaluación sobre dichos pacientes, y también, se presenciaron los grupos de ansiedad social. Los fines de semana se asistieron a salidas de exposición grupal con los pacientes de agorafobia (visitas al parque Chacabuco, parque Centenario, Fragata Sarmiento, San Telmo, Avellaneda).

En la práctica realizada se observaron múltiples casos de trastorno de ansiedad y se acompañó a los pacientes en la realización de diversas actividades para un mejor desempeño en su vida cotidiana.

La ansiedad es considerada normal en la vida cotidiana de las personas, pero cuando comienza a provocar malestar, deterioro y desordenes en la persona, produciendo perturbaciones en su vida, podrían provocar Trastornos de Ansiedad (Carrión & Bustamante, 2012), tema que se abordará en el presente trabajo.

2. Objetivos

2.1 General

Describir la sintomatología inicial y exposición grupal como parte del tratamiento de una paciente de 38 años, que padece un Trastorno de Pánico con Agorafobia, desde una perspectiva cognitivo-conductual.

2.2 Específicos

Describir los síntomas del Trastorno de Pánico con Agorafobia de la paciente al inicio del tratamiento.

Describir la exposición grupal realizada como parte del tratamiento para la agorafobia.

Describir los cambios sintomatológicos en la agorafobia a partir de la exposición grupal como parte del tratamiento.

3. Marco Teórico

3.1 Ansiedad

3.1.1 Trastorno de Ansiedad

Los seres humanos en su vida cotidiana viven situaciones en las que normalmente enfrentan temores y ansiedad, pero en algunos casos éstas emociones se tornan irracionales y exageradas perturbando la calidad de vida de quienes la padecen. La ansiedad se define como un estado de inquietud o temor que surge ante una amenaza o peligro inminente o real que provoca alteraciones físicas y psicológicas (Carrión & Bustamante, 2012).

Galiñanes (2014) postula que la ansiedad es un rasgo estable de la personalidad que se encuentra ligada a un estado de tensión e inquietud, donde la persona anticipa un suceso trágico generándole ansiedad. Esta puede manifestarse en la persona en cuatro niveles (cognitivo-mental, emocional, fisiológico, conductual) donde predomina un tipo de síntoma sobre otro dependiendo del individuo. Algunos se centran más en los síntomas cognitivos, en cambio otros en los síntomas emocionales, fisiológicos o conductuales (Ortega & Ortuño, 2015).

La respuesta cognitiva o mental que incluye a los pensamientos y creencias, es el aspecto fundamental que se da en la ansiedad, ya que las personas se encuentran muy influidas por las cosas que piensan e interpretan sobre diferentes sucesos. Las personas interpretan sus experiencias continuamente y hay veces que no lo hacen de forma adecuada. Cuando los individuos manifiestan ansiedad, a nivel mental pueden darse pensamientos negativos como ser, anticipaciones catastróficas, bloqueos, preocupaciones excesivas, pérdida de concentración (Ortega & Ortuño, 2015).

La respuesta emocional alude a los sentimientos y emociones que se presentan en diferentes situaciones y en momentos de ansiedad, donde la persona puede sentir peligro, amenaza, angustia, miedo, inseguridad, desconcierto, estado de alerta o rareza.

La respuesta fisiológica hace referencia a los síntomas ansiosos que se producen en el cuerpo y que causan un aumento de la activación del Sistema Nervioso Autónomo. La activación ansiosa provoca una serie de cambios físicos que la persona los considera molestos, agobiantes o amenazadores como ser: palpitaciones, taquicardia, sudoración, dificultades para respirar, sensación de mareo. Y la respuesta conductual se refiere a la conducta de la persona, en donde se ve afectada su forma de actuar en ciertas

actividades y puede manifestar inhibición, enlentecimiento motor, inquietud, se pueden generar tics o el aumento de los mismo (comerse las uñas, tartamudear, gesticular demasiado) comer mucho, fumar más de lo normal, también pueden generarse conductas donde la persona comprueba el estado de su salud (tomarse el pulso, la presión, mirar frecuentemente la parte del cuerpo que le molesta), además buscan ayuda para su mayor tranquilidad como por ejemplo: asistir a diferentes médicos, pedir que le realicen estudios, encontrarse cerca de un hospital por si llegan a tener algún síntoma (Ortega & Ortuño, 2015).

La ansiedad se puede clasificar en dos tipos, la positiva y la negativa o patológica. La ansiedad positiva mantiene motivadas a las personas y permite la buena reacción y adaptación a diferentes situaciones estresantes, inclusive permite un mejor desempeño cuando es medida y razonable. En cambio, cuando supera ciertos niveles y comienza a provocar malestar, deterioro y desordenes en la persona, se la denomina ansiedad negativa o patológica. Ésta evita o imposibilita a que la persona se enfrente a distintas situaciones, causando perturbaciones en el desempeño de su vida. A estas perturbaciones se las denomina trastornos de ansiedad (Carrión & Bustamante, 2012). Son las perturbaciones psiquiátricas más habituales que se caracterizan por un miedo excesivo a diferentes situaciones donde no existe un peligro real (Mallen & Galarza, 2011).

El DSM 5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014) establece la siguiente clasificación de los trastornos de ansiedad: trastorno de ansiedad por separación, mutismo selectivo, fobia específica, trastorno de ansiedad social, trastorno de pánico, agorafobia y trastorno de ansiedad generalizada.

Los trastornos de ansiedad poseen características de ansiedad y miedo excesivo, como así también conductas alteradas asociadas. La ansiedad es una respuesta anticipatoria ante una amenaza futura y se la relaciona con una tensión muscular, existiendo una vigilancia a un futuro peligro y conductas evitativas. En cambio, el miedo es una respuesta emocional ante una amenaza real o imaginaria que se encuentra asociado a pensamientos de peligros inminentes, donde se produce una activación autonómica para la fuga o defensa (APA, 2014).

Los trastornos de ansiedad se diferencian según la situación u objeto que provoca la ansiedad, el miedo o las conductas evitativas, como así también en la cognición asociada (APA, 2014). Pueden originarse por diferentes factores, como ser las predisposiciones genéticas, biológicas o adquiridas, el estilo de personalidad, el

temperamento, las creencias, experiencias anteriores convertidas en aprendizajes o por la situación actual en la que se encuentra la persona y el apoyo social percibido por el mismo (Bulacio, 2004). Cía (2006) concuerda con que estos trastornos pueden desarrollarse a partir de distintos factores, ya sea a partir de la genética, factores desencadenantes o el aprendizaje.

Los trastornos de ansiedad están más predispuestos a darse con otros trastornos ya que la investigación sobre la comorbilidad entre la ansiedad y depresión comprobó que el 55% de pacientes que padecía trastorno de ansiedad o de depresión, tenía otra afección o trastorno conjunto (Brown & Barlow, 2002, citado en Beck & Clark, 2010).

Estudios epidemiológicos exponen que las mujeres en comparación con los hombres, presentan una tasa superior de trastornos de ansiedad, lo que podría deberse a una mayor vulnerabilidad genética y a sus cambios hormonales durante el ciclo vital femenino (Cía, 2007).

La mayoría de las personas que padecen de trastornos de ansiedad presentan ciertos rasgos de personalidad como ser: tendencia a la dependencia o a una excesiva necesidad de aprobación, elevadas autoexigencias, gran nivel de imaginación o visualización e hipercontrol y supresión de la percepción de los propios sentimientos. (Cía, 2007).

3.1.2 Trastorno de Pánico

En la nueva edición del DSM-5, a diferencia del DSM IV, los trastornos de pánico y la agorafobia quedan clasificados como trastornos independientes, donde se reconoce que el pánico no siempre es el origen de la agorafobia, pero no se descarta la posibilidad que haya dos diagnósticos comórbidos frecuentes (Rodríguez, Senin & Perona, 2014).

El trastorno de pánico según la APA (2014) son ataques de pánico recurrentes e imprevistos, que se caracterizan por la aparición repentina de miedo intenso, cuya máxima expresión se logra en minutos y durante ese lapso se producen cuatro o más síntomas: sudoración, temblor o sacudidas, palpitaciones o aceleración de la frecuencia cardíaca, sensación de ahogo, dolor o molestias en el tórax, sensación de dificultad para respirar, náuseas o malestar abdominal, escalofríos o sensación de calor, sensación de mareo, inestabilidad o desmayo, parestesias, miedo a morir, desrealización o despersonalización, miedo a perder el control o de volverse loco.

Que un ataque de pánico sea recurrente se refiere a que se da más de un ataque inesperado, esto significa que no hay signo de que se produzca un ataque o desencadenante en el tiempo en que apareció. En cambio, en los ataques que son esperados si hay un desencadenante o signo y generalmente se da en lugares donde la persona considera que puede aparecer un ataque (APA, 2014).

Se diagnosticará trastorno de pánico si la persona manifiesta los síntomas anteriormente nombrados y si luego de tener un ataque, la persona continúa durante un mes o más con preocupación e inquietud constante sobre padecer otro ataque de pánico o sus efectos y también si se produce una transformación significativa mal adaptada en su comportamiento en relación con los ataques (por ejemplo, evitar actividades o situaciones que no son familiares). No se considerará trastorno de pánico si las alteraciones son producidas por efectos fisiológicos de una sustancia o por otro trastorno mental (APA, 2014).

Los factores de riesgo y pronóstico del trastorno de pánico pueden ser temperamentales (ser sensible a la ansiedad, o tener una afectividad negativa) y ambientales (factores de estrés previos a los meses del primer ataque de pánico) (APA, 2014).

Cía (2007) afirma que 1 de cada 10 personas padece una crisis de pánico en el transcurso de su vida, sin que vuelva a aparecer, y 1 de cada 30 personas padece la enfermedad, es decir, que un millón de argentinos se encuentra afectado por la misma. Y generalmente se inicia entre los 25 y 30 años de edad y tres de cuatro de ellos son mujeres

Por su lado Carrión y Bustamante (2012) postulan que el trastorno de pánico es uno de los trastornos de ansiedad que más inquietud y preocupación producen debido al aumento de la tasa de personas que padecen esta patología. Y concuerdan con la APA (2014) en que las personas que padecen de crisis de pánico o trastorno de pánico, experimentan un miedo intenso repentino acompañado por varios síntomas: palpitaciones, sensación de ahogo, sensación de estar perdiendo el control o estar volviéndose loco, temblores, sudoración, que varían dependiendo de la persona. Las personas vivencian el estado de excitación de su cuerpo de forma injustificada, ya que se trata de una situación normal, donde no hay peligro que la justifique. Los ataques de pánico pueden durar entre 10 a 20 minutos, pero puede repetirse con una frecuencia variable. Algunas personas pueden tener varias crisis durante el día, e incluso durmiendo.

Por otro lado, Ortega y Ortuño (2015) explican que las personas que tienen crisis de pánico, en su mayoría, empiezan a tener miedo y se encuentran preocupados gran parte del tiempo por la posibilidad de que aparezcan nuevamente, ya que esto implica una situación desagradable y porque piensan que algo malo puede ocurrirle. Los pacientes comentan que es un estado continuo de tensión, alerta o preocupación por encontrarse mal otra vez, a lo que se llama ansiedad anticipatoria. Este miedo o ansiedad anticipatoria puede llegar a ser muy elevada y duradera, al punto de ser la causa de que se produzca un nuevo episodio de pánico.

Por último, Roca (2015) considera que las crisis de pánico se originan cuando hay una reacción de alarma, un mecanismo propio de nuestro organismo, que frente a situaciones donde se pone en peligro nuestra supervivencia, busca ponerse a salvo mediante la huida, búsqueda de ayuda, etc. Pero, ésta reacción de alarma, en las crisis de pánico se activa sin que exista un peligro real, a las que se las denomina también falsas alarmas. Las falsas alarmas se originan porque se evalúan ciertas sensaciones como peligrosas, que en verdad no pueden hacernos daño.

3.1.3 Agorafobia

El término agorafobia proviene del griego de las palabras *agora* (lugar público) y *phobos* (terror, miedo) y se refiere al miedo o temor intenso en sitios que se encuentran abiertos o que son concurridos por muchas personas. Según expresan Carrión y Bustamante (2012) este término ya fue denominado como un trastorno en el siglo XIX.

En el DSM- IV-TR para diagnosticar agorafobia era fundamental la existencia de ataques de pánico o síntomas afines a los del pánico (Bados, 2015). Pero un estudio comprobó que el 51% de las personas que padecieron de agorafobia no presentaron historia de trastorno de pánico y tampoco síntomas relacionados al mismo y el 31 % no manifestaron ningún síntoma parecido a los del pánico. Por lo que se puede decir que la agorafobia a pesar de tener más probabilidades de desarrollarse a partir de ataques de pánico y síntomas relacionados al pánico, es un trastorno fóbico independiente en muchos casos que tiene un deterioro y cormobilidad propia (Witcher et al., 2008 como se citó en Bados, 2015).

Actualmente la APA (2014) define a la agorafobia como el miedo o ansiedad excesiva que se dan en dos o más situaciones (estar en espacios abiertos, fuera del hogar solo, en sitios cerrados, en medio de una multitud, al hacer fila, en el uso del transporte

público) y la persona evita las mismas debido a que teme no encontrar ayuda en caso de que aparecieran síntomas de pánico. En estas situaciones el individuo solicita un acompañante o si no se resiste a las mismas con gran ansiedad y miedo. Este miedo y ansiedad es desmedido con las situaciones y peligro real en la que se encuentra la persona, es continuo y tiene una duración de seis o más meses y causa un deterioro significativo laboral, social o en otras áreas significativas del funcionamiento. Se diagnosticará agorafobia cuando el miedo, ansiedad o evitación no se explica mejor por síntomas de otros trastornos mentales o afección médica (APA, 2014).

Hay una prevalencia del 1,7% por año de adolescentes y adultos que es diagnosticado con agorafobia, teniendo las mujeres una mayor probabilidad de padecer la misma. La misma puede aparecer en la infancia, pero es más común que se dé en la adolescencia tardía y en la vida adulta temprana (APA, 2014).

Los factores de riesgo y pronóstico de la agorafobia pueden ser temperamentales (ser sensible a la ansiedad, o tener una afectividad negativa), genéticos (existe un 61% de heredabilidad) y ambientales (acontecimientos negativos en la infancia o sucesos estresantes) (APA, 2014).

Carrión y Bustamante (2012) señalan que la agorafobia surge en la mayoría de los casos luego de un primer ataque de pánico, pero en otros casos, puede aparecer después de cierto lapso, al padecer las personas varias crisis, y por último, hay personas que sólo sufren de crisis de pánico sin agorafobia, en estos casos la agorafobia no se presenta jamás. Y consideran al igual que la APA (2014) a la agorafobia como la aparición intensa de ansiedad, donde a la persona le resulta difícil hallar ayuda o escapar, por ejemplo, en espacios abiertos, transportes públicos, autopistas. Por este motivo la persona comienza a tener comportamientos de evitación. Y es cuando estos pacientes, se van limitando gradualmente en sus hogares hasta permanecer solamente en sus dormitorios, en los casos más graves. No pueden salir de sus casas solos, por miedo a descompensarse (Carrión & Bustamante, 2012).

Bados (2015) señala que el miedo anteriormente nombrado es el elemento principal de la agorafobia y lo llama miedo al miedo, que es cuando la persona presenta miedo en aquellas situaciones en las que cree que puede manifestar ataques de pánico, síntomas de ansiedad o pueden darse situaciones catastróficas o dañinas. Este elemento está compuesto por dos componentes: un componente es el miedo a los síntomas fisiológicos asociados con la ansiedad (dolor de estómago, visión borrosa, piernas inseguras, nudo en la garganta, tensión, rigidez, debilidad, dolor muscular). Y otro

componente son las cogniciones que tienen las personas acerca de padecer síntomas de ansiedad. Consideran que esas sensaciones somáticas tendrán consecuencias catastróficas físicas, mentales o sociales por ejemplo: provocar la muerte, un ataque cardíaco, ahogo, desmayo, atragantamiento, volverse loco, perder el control, quedar paralizado, pensar que la gente cree que uno está loco o es raro.

Siguiendo con la misma línea, Fiorio (2012) postula que la agorafobia es una vía de defensa frente a las crisis de pánico, una forma de anticiparla y predecirla. Y agrega que al no enfrentarse las personas a las situaciones temidas observan que las crisis de angustia disminuyen. Y aquello que estarían ganando en prevención de la angustia, estarían perdiendo en calidad de vida. Impidiéndole realizar actividades diarias, como salir de su casa, ir de compras, manejar un vehículo.

Fiorio (2012) afirma que la agorafobia normalmente aparece durante el primer año del trastorno de pánico y que podría surgir en cualquier momento de la vida. Además es muy raro que se presente sola, sin estar acompañada por el trastorno de pánico.

Generalmente la angustia agorafóbica suele disminuir en las personas cuando se encuentran acompañados por alguien que le deposita confianza y seguridad, desarrollando de esta manera una relación de dependencia con personas allegadas, sin importar si su relación es satisfactoria o no (Fiorio, 2012).

Como se observa existen distintas definiciones de agorafobia como acontecimientos en las que se puede originar, pero todas concuerdan en que la característica principal de la agorafobia es el miedo irracional y desproporcionado que se da en diferentes situaciones en donde la persona se siente desamparada ante la posibilidad de presenciar un ataque de pánico. Y a causa de esto comienza a tener conductas evitativas. Además, el inicio de la patología suele coincidir con la aparición de ataques de pánico y a raíz de toda la sintomatología las actividades diarias de las personas se encuentran afectadas (Díez, Rangil & Sánchez, 2002).

3.2 Tratamientos

La combinación de tratamientos farmacológicos y terapias cognitivas-conductuales demostraron tener mayor eficacia en los trastornos de ansiedad (Carrión & Bustamante, 2012). Mientras un medicamento puede reducir los ataques de ansiedad en personas con crisis de pánico y agorafobia, una adecuada terapia puede disminuir las conductas desaptativas (Fernández, 2010).

Carrión y Bustamante (2012) postulan que además de los tratamientos farmacológicos y terapias cognitivas – conductuales, existe una gran variedad de técnicas en donde el paciente aprende y utiliza las mismas en situaciones de crisis o en otras situaciones. En el caso de las personas que padecen de fobias responden satisfactoriamente a la exposición y al grupo terapéutico.

Bados (2001) coincide con que la terapia cognitiva conductual y la exposición en vivo son tratamientos eficaces para la ansiedad y evitación fóbica, pero si se reduce el tiempo dedicado a la exposición en vivo, los efectos de la misma podrían ser menores. La terapia cognitiva conductual también es eficaz para la frecuencia de pánico, preocupación por el pánico e interferencia que se dan en la agorafobia, como así también, logra que los pacientes abandonen menos sus tratamientos y se produzcan menos recaídas en ataques de pánico que la exposición en vivo.

3.2.1 Terapia Cognitiva Conductual

3.2.1.1 Características Generales

La terapia cognitiva conductual fue propuesta en los años sesenta por el Dr. Beck (2000) como un tratamiento breve y estructurado para la depresión que se centra en el problema presente y busca solucionar problemas actuales y modificar conductas y pensamientos disfuncionales. Se caracteriza por su conceptualización cognitiva de la psicopatología y por el proceso terapéutico de cambio (Beck & Clark 2010).

La terapia cognitiva se fundamenta en el modelo cognitivo, que considera que las percepciones de las situaciones influyen en los comportamientos y emociones de las personas. Desde el modelo cognitivo se entiende a las perturbaciones psicológicas como una distorsión que se da en el pensamiento, lo que afectaría el comportamiento y estado de ánimo de la persona. Una correcta evaluación y modificación de los pensamientos y creencias disfuncionales provocaría una gran mejoría en el comportamiento y estado de ánimo de los individuos (Beck, 2000).

Se considera que los sentimientos de las personas están determinados por como interpretan las situaciones y no por las situaciones mismas. Al terapeuta cognitivo le interesa fundamentalmente el nivel de pensamiento que actúa en paralelo con el pensamiento superficial. Se pueden diferenciar distintos niveles de pensamientos, uno de ellos son los pensamientos automáticos que surgen de manera automática, son breves, rápidos y no se dan a través de un razonamiento. Generalmente la persona no se da cuenta cuando tiene estos pensamientos pero puede ser consciente de la emoción que

le genera. Luego existen las creencias que se presentan en la infancia, estas les permiten a las personas desarrollar creencias acerca del mundo, de otras personas y de ellas mismas. Las creencias centrales son ideas que la persona considera como verdades absolutas, son tan profundas e importantes que el individuo no acostumbra a expresarlas ante uno mismo, por ejemplo "soy un incompetente". Esta creencia puede estar presente en todo momento o solo cuando la persona se encuentra deprimida. Cuando la creencia central está activa, se interpretan las situaciones solamente desde esa creencia y no se realiza un análisis racional que podría verificar que esa interpretación es falsa, lo que hace que la persona continúe con su creencia disfuncional y errada (Beck, 2000)

Las creencias centrales conforman el nivel más importante de las creencias. Se caracterizan por ser rígidas, globales y por generalizarse de forma excesiva, en cambio los pensamientos automáticos que incluyen a las imágenes y palabras que pasan por la mente de la persona, son específicas para cada momento y forman parte del nivel más superficial de la cognición. Entre los pensamientos automáticos y las creencias centrales se originan las creencias intermedias, estas son actitudes, reglas y presunciones que normalmente no se expresan e influyen en la manera de ver una situación interviniendo en el modo de pensar, sentir y comportarse de la persona (Beck, 2000)

Las personas en sus primeras etapas de vida ya intentan comprender su entorno, lo que les permite ordenar sus experiencias y adaptarse de forma coherente. A partir de la interacción con el mundo se adquieren ciertos aprendizajes que forman sus creencias y varían de acuerdo a su funcionalidad y grado de exactitud. Aquellas creencias que son disfuncionales se las puede desaprender aprendiendo otras creencias que están basadas en la realidad y son más funcionales (Beck, 2000)

3.2.1.2 Características del tratamiento

A través de la terapia cognitiva, el terapeuta intenta lograr que en el paciente haya un cambio cognitivo y una modificación en su pensamiento y sistema de creencias, para eso utiliza distintos recursos con el objetivo de alcanzar una transformación de sus comportamientos y emociones para que se mantengan en el tiempo. Primero se centra en los pensamientos automáticos donde intenta que el paciente reconozca, evalúe y modifique sus pensamientos para que se produzca un alivio de los síntomas. Luego continúa por las creencias y pensamientos que se originan en las ideas disfuncionales logrando que las creencias intermedias y centrales más tarde sean modificadas a partir de una evaluación que realiza el paciente y en donde logra que se produzca un cambio

en las conclusiones al que el mismo llega desde su percepción de los hechos. De esta manera se logra que en un futuro haya menos posibilidades de recaídas (Beck, 2000).

Biglieri Rodríguez y Vetere (2011) consideran que al comenzar un tratamiento cognitivo, luego de hacer una evaluación diagnóstica, se realiza la conceptualización del caso. Esta tiene como fin recolectar información acerca de cómo se está dando un determinado diagnóstico en el paciente, en donde el terapeuta averigua como se manifiestan los ataques, cuándo surgieron, cómo fue la última crisis, que síntomas, comportamientos, pensamientos tuvo, cuales son las creencias asociadas al trastorno, en que otras situaciones manifestó crisis, si hay situaciones o actividades que evita y cuáles son, que medidas preventivas posee para no padecer una crisis, intensidad y frecuencia de las crisis de pánico, si existen experiencias tempranas asociadas a la sintomatología actual, tratamientos que recibió y la causa percibida.

Luego, es fundamental, tener en cuenta en las primeras sesiones los aspectos principales del circuito del pánico, lo que le permite al paciente comprender como funciona el pánico a partir de una esquematización que realiza el terapeuta del circuito del pánico. Lo que se busca es que el individuo entienda el modelo cognitivo del mismo, se introduzca en la terapia cognitiva conductual y comprenda el tratamiento, rol y los posibles pasos a seguir. Es importante identificar cuáles son las interpretaciones distorsionadas, las creencias y las conductas evitativas que está teniendo en ese momento (Biglieri Rodríguez & Vetere, 2011).

En las primeras sesiones también se realiza una psicoeducación, desde el modelo cognitivo conductual, es el proceso por el cual el terapeuta facilita información al paciente para que éste comprenda algunos fenómenos psicológicos y sus problemas, explicando el origen de los mismos, además de aportar información sobre los procedimientos utilizados en el tratamiento y su efectividad (Moreno & Martín, 2007).

En la agorafobia y trastorno de pánico es fundamental que el paciente comprenda las formas y fisiología de la ansiedad, sus síntomas, cómo puede originarse, cuál es su función, el surgimiento de ciertos pensamientos catastróficos, por qué se dan ciertas conductas de evitación y cuál podría ser el tratamiento más eficaz. Aportando ésta información al paciente se puede lograr que sus expectativas de cambio aumenten, como así también, una mayor motivación logrando una gran implicación para que realice las tareas propuestas por el terapeuta, principalmente la exposición en vivo (Moreno & Martín, 2007).

En las siguientes sesiones se continúa trabajando con la esquematización del círculo de pánico, con el objetivo de que el paciente pueda modificar las interpretaciones que tiene de sus sensaciones físicas. Debe lograr reconocer que el problema no son las sensaciones que tiene sino las interpretaciones que el mismo hace y que esas interpretaciones son las que a su vez aumentan las sensaciones. Cuando el paciente haya logrado comprender sus pensamientos catastróficos y la importancia que tienen en sus crisis, se sugiere empezar a concentrarse en las principales creencias recurriendo a técnicas de retribución conductuales y verbales por ejemplo: preguntarle al paciente ¿cómo sabes que la catástrofe se origina por el pánico? ¿Por qué piensas que no ocurrió la catástrofe? Estas tienen como objetivo disminuir las interpretaciones distorsionadas y eliminar la evitación. En paralelo a esto también se presta atención a las conductas de reaseguro y conductas de evitación en donde se puede utilizar distintas estrategias. Una de ellas que sirve para observar el rol de la hipervigilancia, se realiza centrando la atención en una parte específica del cuerpo y se observa si surgen sensaciones que antes no las percibían. De esta manera se logra que el paciente vea el efecto que tiene la atención selectiva en la percepción de los síntomas. Durante las próximas sesiones se seguirá trabajando con el círculo del pánico en caso de que hayan surgido nuevos ataques en donde el terapeuta se centrará en las creencias catastróficas y realizará experimentos para desafiar las mismas utilizando técnicas de retribución verbal. Y en las últimas sesiones se buscará identificar y eliminar las conductas evitativas y de reaseguro que aun continúan y se trabajará en la prevención de recaídas y recurrencias (Biglieri Rodríguez & Vetere, 2011).

3.2.2 Farmacológico

En la actualidad existe una gran variedad de medicamentos diferentes para tratar la ansiedad, y no se puede prever con exactitud qué medicamento será mejor para una persona específica (Cía, 2006). Por este motivo y para llevar un adecuado tratamiento farmacológico es importante indagar acerca de los síntomas de ansiedad manifiestos por el paciente antes del tratamiento, su frecuencia, intensidad, desde cuándo y en qué circunstancias aparecen los mismos. También es indispensable anotar las medicaciones recibidas anteriormente por diferentes médicos o por automedicación y cuáles fueron sus efectos (Cía, 1994).

Los psicofármacos ayudan y equilibran trastornos metabólicos que tienen origen genético predispuesto a sufrir ansiedad, e impiden la aparición de crisis de pánico o

disminuyen su frecuencia e intensidad. También actúan en síntomas como ser el insomnio, depresión o ansiedad generalizada (Carrión & Bustamante, 2012). Además producen efectos relativamente rápidos (Fernández, 2010).

Los Inhibidores de la recaptura de serotonina (ISRS) son los que mayor eficacia han demostrado tener en las crisis de pánico (Mallen & Galarza, 2011). También los tricíclicos, IMAOS y las benzodiazepinas han sido comprobados ser eficaces, logrando el bloqueo de crisis de pánico, disminución de la ansiedad anticipatoria y evitación fóbica, además de tratar las patologías comórbidas, facilitar las terapias asociadas, recuperar la autoestima, la autoconfianza del paciente y lograr la remisión y tratar los síntomas residuales (Cía, 2007).

Cía (2007) postula que el tratamiento farmacológico está compuesto por tres períodos. En un primer período agudo o de ataque se busca alcanzar un nivel terapéutico a partir del ajuste o aumento periódico de la medicación. De esta forma los síntomas desaparecen de manera gradual y se logran cambios significativos en la calidad de vida. El segundo período es de mantenimiento que tiene como fin mantener la mejoría a través de controles periódicos, una vez al mes por lo menos, y realizar ajustes evaluando las variantes clínicas que se manifiestan en el paciente. Se recomienda que este periodo dure por lo menos entre 12 y 18 meses hasta que el paciente se encuentre sin síntomas. El tercer período es el de discontinuación o suspensión de la medicación, que siempre debe ser de forma gradual y programada.

3.2.3 Exposición en vivo

El tratamiento inicial para la agorafobia fue la desensibilización sistemática que mostró no ser eficaz y se recurrió a utilizar la exposición en vivo (Moreno & Martín, 2007). La desensibilización sistemática creada por Wolpe se desarrolló pensando en que la relajación muscular podría inhibir la respuesta de ansiedad, a la cual se la llamó también inhibición recíproca o de contra- condicionamiento. Actualmente, se sabe que el principio activo de ésta técnica está en la exposición, explicación o en la habituación y no en el contra – condicionamiento. Se verificó en el transcurso del desarrollo de la técnica que la relajación no favorece a su efectividad, por lo que hoy se aplica sin que actúe este procedimiento (Pagés & Gómez, 2011).

La exposición directa o en vivo es una de las técnicas que tiene mayor eficacia comprobada (Carrión & Bustamante, 2012). Mediante esta técnica se expone al paciente gradualmente a situaciones que teme hasta que deje de ser sensible a ellas o menos

sensible. La exposición puede ser dirigida por un terapeuta o por otra persona consignada por el terapeuta que acompañe al paciente en situaciones temidas. El paciente a través de la repetición y exposiciones prolongadas aprende distintas maneras de disminuir la ansiedad, logrando desensibilizar las experiencias que le generan sintomatología (Bulacio, 2011).

Bados y García (2011) postulan que a través de la exposición se busca que finalice el círculo de evitación que presenta el individuo induciéndolo a afrontar los estímulos temidos, y de esta manera el paciente evidencia que la ansiedad se reduce y que sus predicciones negativas son erradas. Se cree que hay una mayor mejoría en el paciente cuando se involucra y compromete con la exposición y está atento a las señales de miedo que siente, que cuando no presta atención a través de la evitación. También se considera que hay una mayor eficacia de la exposición cuando se le comunica al sujeto los beneficios que tiene la misma, se debe conseguir que el paciente antes de realizar la exposición piense en la mejoría que involucra realizarla. Es importante que el paciente observe sus avances y se felicite, recompense por sus logros.

Actualmente existen diversas formas de exposición en vivo, en cualquiera de sus formas que se realice es fundamental explicar el origen del trastorno, la fisiología y psicología de la ansiedad, lo que le permite al sujeto modificar algunas creencias erróneas a partir de la información recibida (Bados & García, 2011)

Carrión y Bustamante (2012) coinciden con que la exposición directa o en vivo se puede realizar de distintas formas y agregan que va a depender de las características de los pacientes. Una de ellas es la exposición prolongada en vivo, donde el paciente está acompañado por el terapeuta y es expuesto a un estímulo que le provoca temor o ansiedad, que luego es reemplazado por otro estímulo que posee mayor dificultad. El terapeuta deja solo al paciente frente al estímulo de forma progresiva. En caso de que hubiera un ataque de pánico, el profesional utiliza diferentes técnicas distractivas, evitando hablar de las sensaciones corporales. Otra forma de realizar la exposición en vivo es la práctica programada, donde el terapeuta y paciente confeccionan una lista de objetos y situaciones temidas que después son seleccionadas para ser enfrentadas. Luego, al paciente se le presenta un estímulo que le genera temor o ansiedad, cambiando y aumentando el grado de dificultad del estímulo. Si la actividad se realiza con el terapeuta, el mismo se irá alejando gradualmente hasta dejar solo al paciente frente al estímulo temido. De esta forma se evalúan los grados de ansiedad que le genera la situación, para luego anotar dicha información en un cronograma e ir evaluando la

evolución y grado de afección del paciente. Para la agorafobia se tiene en cuenta el destino de la salida, la duración, la distancia a recorrer, el nivel de ansiedad que produce la salida y el recorrido realizado.

3.2.4 Grupos Terapéuticos

Los grupos terapéuticos poseen características terapéuticas que no se obtiene mediante tratamientos individuales. En el grupo, el paciente escucha historias y experiencias de otras personas que padecen lo mismo, cumpliendo ésta una función dinámica donde se aprende y logra tener otra perspectiva acerca del problema. También descubre que no sólo él posee el trastorno, y con ello consigue reducir la ansiedad. Los grupos también cumplen una función de reforzamiento recíproco entre las personas que tienen la misma problemática, donde reciben y luego brindan ayuda, sostén y comprensión sobre lo que les pasa. A través del contacto con los pacientes recuperados se obtiene modelos de afrontamiento, aprendiendo a su vez de sus experiencias. Además el grupo les permite a los pacientes salir lentamente del aislamiento social en el que se encontraban a causa de la patología. La mayoría de las personas suele tomarse varias semanas antes de asistir al grupo porque siente miedo de presentarse ante gente que no conoce, pero es fundamental derrotar aquellos prejuicios y unirse al grupo (Carrión & Bustamante, 2012).

Bados y García (2011) concuerdan en que en el grupo terapéutico las personas comprueban que sus trastornos no son únicos, que facilita un afrontamiento o reforzamiento social y agregan que puede producir que las personas abandonen menos sus tratamientos y que obtienen mejoras sociales en donde también puede aparecer una competencia amistosa que sirve como estimulación para realizar las tareas más difíciles.

Carrión y Bustamante (2012) postulan que un grupo terapéutico debe estar formado por: un terapeuta, quien supervisa todas las actividades que se realizan, un coordinador que es paciente recuperado, que lidera y coordina el grupo, además de brindar contención y ser una guía, para realizar dicha tarea, el mismo, tuvo que haber recibido un entrenamiento especial a través de la participación de un curso para coordinadores de grupo y pacientes que forman parte del grupo hasta que se hayan recuperado de su padecimiento.

3.2.5 Otros tratamientos

Como se expuso anteriormente, una de las técnicas más eficaces y utilizada para los trastornos de ansiedad es la exposición en vivo (EV), sin embargo nuevas

investigaciones han demostrado que existen otras técnicas para estos trastornos que también son eficaces. La técnica de exposición a realidad virtual (ERV) le permite a la persona experimentar estímulos y situaciones que aparentan una gran variedad de experiencias reales, a través de un espacio virtual automático computarizado, anteojos, casco especial o computadoras, donde se consigue que lo que el sujeto ve y escucha (entorno virtual) sea influido por lo que hace, en ciertas situaciones se pueden agregar también estímulos táctiles. De esta manera, aparecen en la persona emociones parecidas a las que experimenta en las situaciones reales (Bados & García, 2011).

Algunas ventajas que tiene la exposición a realidad virtual son que para algunas personas es más tolerable que la exposición en vivo, ya que se pueden controlar los estímulos que se le presentan al sujeto, su graduación, repetición y prolongación. La ERV puede ser una alternativa de la exposición en vivo o complementaria a esta, principalmente cuando la EV es difícil llevarla a cabo, además permite que se eviten futuros problemas en el momento de imaginar las situaciones temidas (Bados & García, 2011).

Un estudio que comparó la eficacia de tres tratamientos distintos para la agorafobia (psicofármacos combinados con terapia cognitiva-conductual, psicofármacos combinados con terapia cognitiva-conductual y exposición a realidad virtual y un grupo solo con psicofármacos) mostró que los tres grupos de tratamientos manifestaron mejorías estadísticamente significativas. Los grupos que tuvieron un tratamiento combinado mostraron mayor eficacia y mejoría, y el grupo que recibió tratamiento con exposición a realidad virtual señaló una mayor capacidad de enfrentar estímulos fóbicos (Pitti et al., 2015).

4. Metodología

4.1 Tipo de estudio

El tipo de estudio que se llevó a cabo es un estudio de caso y descriptivo.

4.2 Participantes

Para realizar este estudio se tomó el caso de una mujer llamada Ana de 38 años con diagnóstico de trastorno de pánico con Agorafobia. A los 22 años presentó los primeros síntomas que continuaron durante 16 años. Desde octubre del 2016 realiza tratamiento psiquiátrico y psicológico cognitivo-conductual y asiste los días sábados a las salidas de exposición grupal de agorafobia.

Actualmente se encuentra terminando el colegio. A los 16 años abandonó los estudios secundarios porque optó por trabajar en un kiosco. En este momento no trabaja. Tiene 3 hijos y vive con su pareja.

Otra participante a la que se recurrió para realizar dicho estudio es la psicóloga de la paciente. Graciela tiene 40 años, se especializó en el área cognitiva-conductual en trastornos de ansiedad y trastornos de la personalidad. Desde el año 2000 se encuentra trabajando en la Fundación como terapeuta en el ámbito individual y en la coordinación de grupos.

4.3 Instrumentos

-Historia Clínica de la paciente donde figura diagnóstico, síntomas y rasgos de la personalidad.

-Observaciones participantes en las salidas de exposición grupal de agorafobia.

-Video realizado por la paciente contando su historia, que se encuentra en la página de facebook de la Fundación.

- Entrevista semi-estructurada con la paciente, donde se indagará acerca de sus síntomas iniciales, tratamientos y cambios percibidos a partir del tratamiento.

- Entrevista semi-estructurada con la psicóloga, en la que se interrogará acerca de los síntomas iniciales, tratamientos y cambios percibidos de la paciente.

4.4 Procedimiento

La observación participante con la paciente se realizó los días sábados durante tres horas, por el periodo de cuatro meses, en las salidas de exposición grupal de agorafobia.

La entrevista semi-estructurada a la paciente se llevó a cabo en una de las salidas de exposición grupal de agorafobia y su duración fue de 1 hora, como así también, se realizó una entrevista semi-estructurada con la psicóloga de la paciente de 30 minutos, con el fin de recaudar información acerca de los síntomas iniciales, tratamientos y cambios percibidos que se dieron en la paciente.

Se recurrió a la historia clínica de la paciente y al video realizado por la misma contando su historia con el objetivo de obtener mayor información sobre el caso.

5. Desarrollo

5.1 Descripción de los síntomas del Trastorno de Pánico con Agorafobia de la paciente al inicio del tratamiento

La paciente Ana de 38 años, asiste en compañía de su pareja a su primera consulta en la Fundación, el día 12 de septiembre del 2016, por presentar durante 16 años ataques de pánico. Según expresa, acude a la misma luego de haber escuchado en la televisión al Director de la institución hablar sobre los trastornos de ansiedad y síntomas con los cuales se sintió identificada.

Ana confiesa que antes de entrar a la Fundación, su pareja al no encontrar estacionamiento, la dejó a una cuadra, donde tuvo que caminar esa cuadra entera agarrada de las paredes de los edificios por el mareo que sentía: *“Viste cuando te pones los lentes de alguien que usa mucho aumento? Bueno, en la calle sentía eso, que la gente se deformaba, que los edificios se me venían encima y que en el piso no pisaba nada, había un abismo que me tragaba”*.

La paciente comenta que en los momentos de crisis sentía palpitaciones, sudoración, miedo a enloquecer y a la muerte, síntomas que también se registran en la historia clínica que presenta en la primera sesión. En uno de sus videos relata: *“pedí a mis familiares que por favor me internen en un psiquiátrico porque ya no entendía que pasaba, en un momento pensaba que estaba loca, entonces dije algo tengo que hacer porque vivir así, no es vivir, no estaba viviendo, estaba sobreviviendo”*, siendo estos los síntomas centrales del trastorno de pánico según el DSM-5 (APA, 2014). Cuando comienza a padecer los ataques de pánico, la paciente expresa que deja de salir de su casa y de realizar las actividades habituales. Luego de sufrir ataques de pánico, la persona puede desarrollar una agorafobia, que se caracteriza por la evitación de ciertas situaciones porque la persona vivencia una intensa ansiedad y le resulta difícil encontrar ayuda o escapar de la misma (Carrión & Bustamante, 2012)

Ana comenta que anteriormente recorrió diferentes médicos (cardiólogos, neurólogos, guardias, psicólogos, psiquiatras) que muchos de ellos les dijeron que no tenía nada y entre tantos tratamientos lo único que se obtuvo a partir de medicamentos es disminuir la frecuencia de sus ataques de pánico. Lo que logran los psicofármacos, como postulan Carrión y Bustamante (2012), es justamente impedir la aparición de ataques de pánico o disminuir su frecuencia.

Ana cuenta que su primer ataque de pánico lo manifiesta en el 2001, en una fiesta de fin de año cuando se agacha para apagar la radio, donde empieza a sentir mareos, palpitaciones y con tanta presión en el pecho sentía que se iba a morir. Ese día terminó en una guardia y le dijeron que no tenía nada. Esos ataques continuaron y empezaron a manifestarse todos los días y varias veces, afirma que: *“llegué a tener 25 ataques por día y en cada uno sentía que estaba teniendo un infarto”, “sentía que mi corazón iba a explotar, que de esa no pasaba, que en algún momento mi corazón iba a fallar porque los latidos los sentía hasta en los dedos, el mareo es continuo durante el día y cuando te agarra el ataque de pánico es donde más intenso está, el corazón te empieza a latir a mil, te falta el aire y empezás a sudar en frío”*. Estos síntomas coinciden con el diagnóstico de Trastorno de Pánico según el DSM-5 porque son ataques recurrentes e imprevistos donde aparecen los siguientes síntomas: aceleración del ritmo cardiaco, sudoración, sensación de ahogo, miedo a volverse loco y a morir, mareos e inestabilidad y además porque su duración ha sido mayor a un mes (APA, 2014).

Entre los síntomas manifestados, la paciente confiesa que bañarse le generaba mucha ansiedad porque pensaba que si tenía que salir corriendo a una guardia, al estar sin ropa, no lo iba a poder hacer. Las personas que padecen de ansiedad anticipan sucesos trágicos que le generan un estado de tensión e inquietud (Galiñanes, 2014) y ese estado puede manifestarse en la persona en diferentes niveles: cognitivo, conductual, emocional y fisiológico (Ortega & Ortuño, 2015). Se puede observar en la paciente cómo estos diferentes niveles se encontraron afectados en ella cuando expresa *“sentía que me iba a morir y que me estaba volviendo loca”* (cognitivo), *“el mareo es continuo, el corazón empieza a latir a mil, empezas a sudar en frío”* (fisiológico), *“el miedo paraliza”* (emocional), *“lo primero que hacía era ir al baño, mojarme la cara y mirarme al espejo porque la cara se te transforma y también me pellizcaba con saña los brazos porque no sentía mi cuerpo, necesitaba sentirlo”* (conductual) (Ortega & Ortuño, 2015).

La paciente también comenta que atravesó un embarazo con ataques de pánico, que pasó los peores 16 años de su vida y que su peor imagen es verse tirada en el piso, toda mojada, aferrándose del suelo y que no era solo un día, eran todos los días *“La sensación es que yo me iba haciendo chiquita y el resto iba como desapareciendo. Por eso sentía que me iba, que me estaba muriendo, que estaba saliendo del mundo”*.

Ana menciona también que cuando terminaba un ataque de pánico, el miedo que le provocaba que se repitiera, le desencadenaba otro ataque de pánico en donde sentía un mareo incontrolable, se desequilibraba y empezaba a asustarse. Esto concuerda con lo que sostienen Ortega y Ortuño (2015), en que las personas que padecen de crisis de pánico tienen miedo de presentar otra crisis, a la que llaman ansiedad anticipatoria, y esta ansiedad a veces es tan elevada que termina siendo la causa de que se desencadene otro ataque de pánico.

Ana expresa que cuando salía de la casa los ataques eran más intensos y fuertes, *“al caminar sentía que me iba para un costado y para el otro, la sensación es como que estás en un abismo, el miedo te paraliza y es ahí cuando decidís quedarte en tu casa”*. La paciente tenía terror de tener ataques de pánico en la calle, en el colegio de los chicos o en el supermercado y desde ese momento, Ana no volvió a salir sola a la calle. Acá se puede observar como luego de padecer varias crisis de pánico, en la paciente se manifestó una nueva patología, la agorafobia (Carrión & Bustamante, 2012). La agorafobia implica un miedo o ansiedad excesiva en diferentes lugares y la persona evita asistir por miedo a no encontrar ayuda en caso de tener síntomas de pánico, en este caso en la calle, supermercado y colegio (APA, 2014).

La paciente confiesa que al principio no salía a la calle pero que luego permaneció tres, cuatro meses encerrada en su habitación, sin querer bañarse y peinarse *“el abismo lo sentís continuamente, yendo al baño, a la cocina, al patio, llega un momento en que no haces nada de tu vida. Tenía que estar en la pieza encerrada, no podía llegar de la habitación al comedor”*. Carrión y Bustamante (2012) sostienen que en los casos más graves, las personas se van limitando en sus hogares, hasta permanecer solamente en su dormitorio. Ana también declara que pasó 16 años sin festejar un cumpleaños, que se perdió de llevar a sus hijos a una plaza, al colegio y que no pudo trabajar ni estudiar. Esto es propio de la agorafobia, donde se ve afectada la vida laboral y social de las personas (APA, 2014), y como afirma Fiorio (2012), lo que la persona gana previniendo la angustia, lo pierde en calidad de vida, imposibilitándole realizar las actividades diarias.

En la primera consulta de Ana, la psicóloga le indicó que se realice algunos estudios médicos (mapeo cerebral, análisis de sangre) y diversos test (H.T.P, BENDER, MMPI-2), entre ellos se obtuvo el diagnóstico: Trastorno de Pánico con Agorafobia (APA, 2014) y características de su personalidad, en el cual se asienta que Ana es una persona con rasgos de dependencia, inseguridad, inmadurez emocional, desconfianza,

impulsividad, histrionismo. Estos son algunos rasgos de personalidad que presentan las personas con trastornos de ansiedad (Cía, 2007). Además también se la derivó a un psiquiatra, que más tarde le recetó Clonazepan y Quetiapina. Fernández (2010) afirma que los psicofármacos son necesarios para disminuir los ataques de ansiedad.

Cuando se la entrevistó a la psicóloga, explicó que desde la orientación con la que trabajan en la Fundación, cognitiva-conductual, una de las terapias que mayor eficacia tiene en los trastornos de ansiedad (Bados, 2011, Carrión & Bustamante, 2012) es fundamental explicarle al paciente sobre su patología, a esto se llama psicoeducación, que es cuando se le brinda información a la persona acerca de sus síntomas, origen, tratamiento, efectividad del mismo y de esta manera se logra que haya mayor implicación y motivación para comenzar un tratamiento (Moreno & Martín, 2007). La misma se empleó en Ana para que comprenda por lo que estaba atravesando.

5.2 Descripción de la exposición grupal realizada como parte del tratamiento para la agorafobia

Ana afirma en su video que el primer día que asiste a consulta, la psicóloga le presentó a Juana quien padece de la misma enfermedad y es paciente recuperada de la Fundación y coordinadora del grupo de exposición de agorafobia de los días sábados. Ana comentó que cuando Juana le contó por lo que pasó, era exactamente por lo que ella estaba atravesando y que se sintió tan identificada que se largó a llorar, no de tristeza, sino de esperanza. Se puede observar en esta situación, y como postulan Carrión y Bustamante (2012) que al contar otros pacientes sus historias, la persona se da cuenta de que no es la única que padece esa enfermedad y de esta forma logra disminuir la ansiedad.

La psicóloga le indicó a Ana por los síntomas que padecía a causa de la agorafobia (miedo a estar afuera de su casa sin compañía, en un supermercado, en el colegio de los hijos y movilizarse en diferentes medios de transportes) (APA, 2014) que asista a las salidas de exposición del grupo de agorafobia. La misma que es propuesta por la Fundación está integrada por pacientes y coordinadoras que son pacientes recuperadas (Carrión & Bustamante, 2012), se realiza los días sábado y tiene una duración de 3 horas. El punto de encuentro es un bar ubicado cerca de la institución, generalmente el grupo que asiste está integrado entre 3 y 10 personas dependiendo del día. Cuando están presentes todos los pacientes, las coordinadoras les entregan un papelito a cada uno con la dirección y respectivos medios de transportes (teniendo en cuenta que transporte le genera más ansiedad) que deben tomarse hasta un destino

determinado donde finaliza la exposición (normalmente son diferentes museos, plazas, centros culturales, shopping). Muchos de ellos viajan solos y algunos que recién empiezan a asistir al grupo viajan en compañía de las coordinadoras. Hasta ese momento nadie sabe cuál es el lugar al que se dirigen. En una de las exposiciones se les preguntó a las coordinadoras el motivo por el cual no se les dice el destino a los pacientes y explicaron que de esa manera se logra que no tengan tanta ansiedad. Esta ansiedad que presentan los pacientes se llama respuesta anticipatoria, que es cuando anticipan un futuro peligro y les genera una tensión muscular (APA, 2014).

Una condición para que finalice la salida y puedan retirarse todos del lugar, es que en el destino se encuentren presentes todos los pacientes que han asistido ese día. En caso de que alguno llegue antes debe esperar a sus compañeros faltantes para retirarse del lugar. La autora observó que esto no se cumplía, ya que todos llegaban en diferentes horarios y por no querer esperar a sus compañeros, la mayoría ponía alguna excusa y se retiraba antes de que lleguen todos, sin haber alguna devolución de cómo se sintieron ese día.

Luego de tres semanas de haber asistido a su primera consulta, Ana concurre por primera vez a la exposición grupal, acompañada por su pareja. Menciona que lo primero que hizo al llegar al lugar fue agarrarse de la mesa, ahí le presentaron a sus compañeros y les contaron por lo que habían vivido. Ella relata que al escucharlos: *“volví a llorar como la primera vez que me había contado Juana por lo que había pasado, no de tristeza sino de esperanza”*. Luego la coordinadora le comentó de qué se trata la exposición en vivo, su eficacia y la evolución que han tenido sus compañeros y ella misma. Bados y García (2011) consideran que cuando se le informa al paciente de los beneficios que posee la exposición se logra una mayor eficacia.

Ese mismo día Ana viajó en colectivo acompañada de una coordinadora, comenta: *“Tomé mi primer colectivo, me acuerdo que fue un viaje de Recoleta hasta Parque Patricios. Cuando bajamos volví a llorar, estaba tan emocionada que los hice llorar a todos, hacía 16 años que no me subía a un colectivo”*.

Los siguientes sábados la pasaba a buscar una pasante por su casa, tenían dos horas de viaje en colectivo hasta el bar, la exposición empezaba en ese momento ya que Ana no salía de su casa si no era en compañía de su pareja. La paciente comenta que al principio siempre viajaba al lado de la pasante porque todavía no podía viajar sola de la ansiedad que sentía y de los pensamientos que tenía acerca de que algo malo le podía ocurrir (APA, 2014) luego al pasar las semanas, la pasante se sentaba en diferente

asiento, tomando distancia de Ana y verificando si sentía bien y podía tolerar viajar sola. A través de las exposiciones en vivo, una de las técnicas que mayor eficacia tiene (Carrión & Bustamante, 2012) se busca que el paciente de forma gradual se exponga a situaciones que teme y de esta forma y a través de la repetición se logre que se desensibilice de las situaciones que le generan sintomatología (Bulacio, 2011). Una vez que llegaban al bar y luego tenían que ir a los diferentes destinos se trabajaba de la misma manera, al principio también se intentó que Ana camine sola una cuadra tomando distancia de ella. La paciente expuso que las primeras semanas fueron muy difíciles, que en esos momentos en que se encontraba sola sentía mucha ansiedad, le empezaba a latir el corazón rápidamente y a transpirar las manos, pero una vez que lograba realizarlo sola era tanta la satisfacción que sentía, que compensaba los síntomas que anteriormente sintió. Bados y García (2011) consideran que es importante que el paciente observe sus avances y se felicite por ellos. En las siguientes salidas se la fue exponiendo a Ana a otros medios de transporte (subte, tren) con el objetivo de aumentar la dificultad de las exposiciones (Carrión & Bustamante, 2012).

Ana en paralelo a las exposiciones también asiste a terapia semanalmente y al psiquiatra cada 15 días para que le ajuste la medicación si es necesario (Cía, 2007). La psicóloga expuso que en la semana, en terapia se fue trabajando con Ana sus pensamientos automáticos y creencias centrales. A través de la terapia cognitiva conductual se busca modificar aquellas conductas y pensamientos disfuncionales, ya que se considera que los sentimientos de las personas están determinados por como interpretan las situaciones a partir de esos pensamientos (Beck, 2000).

Algunos de los pensamientos automáticos que presentaba Ana según su psicóloga eran: *“si salgo de casa me puedo morir”, “si salgo sola algo malo me puede pasar y nadie me va a ayudar”*. La psicóloga explicó que lo que se intentaba en terapia era que la paciente identifique esos pensamientos irreales para que luego pueda modificar por otros que sí son reales (Beck, 2000). También se trabajó con Ana el circuito de pánico, con el fin de que identifique que el problema no son las sensaciones que percibe sino las interpretaciones que ella misma hace.

5.3 Descripción de los cambios sintomatológicos en la agorafobia a partir de la exposición grupal como parte del tratamiento

Los cambios sintomatológicos en la paciente se pudieron obtener a través de su relato, historia clínica, video contando su historia, el relato de su psicóloga y por las observaciones que realizó la autora en las exposiciones del grupo de agorafobia.

Como resultado de las exposiciones en vivo, tanto la paciente como la psicóloga percibieron cambios sintomatológicos rápidamente luego del ingreso de Ana al grupo de agorafobia. Ana afirma que a las tres semana de haber comenzado el tratamiento cognitivo conductual y farmacológico, en la salida de los sábados, tomó su primer colectivo luego de 16 años en compañía de la coordinadora, y a los dos meses de haber iniciado con las exposiciones logró viajar en subte y hacer combinaciones sola. En una de las exposiciones Ana le dijo a la autora: *“ya me aprendí bien el círculo del pánico y al fin y al cabo somos nosotros mismos los que generamos esos pensamientos aterradores”*. Acá se puede observar como la persona al conocer el circuito del pánico logra reconocer que el problema no son las sensaciones que tiene sino las interpretaciones que el mismo hace (Biglieri Rodríguez & Vetere, 2011). Y a partir de las exposiciones, exponiéndolo a situaciones que teme, el paciente se da cuenta que sus interpretaciones negativas son erradas (Bados & García, 2011).

Ana luego de haber transitado el trastorno de pánico con agorafobia y hoy encontrarse sin síntomas se puede observar los cambios percibidos por ella a través de sus dichos. Antes de iniciar el tratamiento en la Fundación, en donde padecía ataques de pánico y no podía salir de su casa por miedo a padecer otras crisis viéndose afectada su vida social y laboral a causa de la patología (APA, 2014) expresaba que: *“sentía que me iba a morir”, “no estaba viviendo sino sobreviviendo”, “el abismo lo sentís continuamente”, “el miedo te paraliza y es ahí cuando decidís quedarte en tu casa”, “llega un momento en que no haces nada de tu vida”, “me perdí de llevar a mis hijos a una plaza, al colegio y no pude trabajar ni estudiar”*. Luego de 9 meses de haber iniciado el tratamiento la paciente expresa: *“Creo que en la vida me pasó esto para disfrutar cada cosa que por ahí la gente lo deja pasar como cotidiano. Yo me levanto a la mañana y digo, es un día nuevo, a ver que me toca, todo lo disfruto, tener que estudiar lo disfruto, tener un examen lo disfruto, levantarme y darle de comer a mis animales lo disfruto, saber que puedo salir a caminar lo disfruto. Ahora quiero cambiarme, quiero comprarme zapatillas, cosas que antes no hacía y también quiero terminar la secundaria que es algo pendiente que tenía. Me gustaría viajar a Roma,*

conocer Florencia, conocer el pueblo de mi mamá donde nació en Italia, viajar, viajar, me encantaría viajar”.

“Me siento como un chico que recién empieza a caminar, que quiere ver todo y que escucha todo. Siento como que estos 16 años estuve en coma y ahora me desperté, pero me quedé en esa edad. A veces me dicen “que chiquilina” que sos, porque yo jodo todo el tiempo. Como si de verdad tuviera otra vez 23 años. La carpeta del colegio habla de eso, tiene florcitas, como la de una adolescente”.

Se puede observar desde que la paciente inició un tratamiento cognitivo conductual, farmacológico y las exposiciones en vivo en la Fundación, la combinación de tratamientos que mayor eficacia tiene (Carrión & Bustamante, 2012), se produjeron grandes cambios en la misma donde logró retomar su vida social, volver al colegio para terminar el secundario y poder viajar sola en cualquier medio de transporte. Actividades que dejó de hacerlas al tener sus primeras crisis de pánico (APA, 2014).

Durante la práctica profesional, la autora observó que la paciente asistía todos los sábados a las exposiciones, con una gran alegría y entusiasmo, con sus infaltables chistes y en donde siempre le comentaba a sus compañeros y coordinadoras sus avances en el colegio y a todos aquellos pacientes nuevos que se iban incorporando al grupo los alentaba, les decía que se iban a recuperar pronto como le pasó a ella. Carrión y Bustamante (2012) consideran que los grupos tienen una función de reforzamiento que se da entre las personas que tienen el mismo problema, donde primero reciben y luego brindan ayuda, comprensión y sostén sobre lo que le sucede. De esta manera se logra un modelo de afrontamiento, donde las personas a partir del contacto con los pacientes recuperados aprenden de sus experiencias.

Actualmente, la paciente sigue asistiendo a las exposiciones de los días sábados y en un futuro menciona que le encantaría ser coordinadora del grupo, que lo viene hablando con su psicóloga.

Cuando se entrevistó a la psicóloga, afirmó que aquellos pensamientos automáticos que presentaba Ana durante las sesiones como por ejemplo: *“si salgo de casa me puedo morir”, “si salgo sola algo malo me puede pasar y nadie me va a ayudar”* desaparecieron. Y que ahora en sesión se viene trabajando el deseo de Ana de ser coordinadora del grupo de agorafobia.

6. Conclusión

6.1 Síntesis del caso

El presente trabajo tuvo como objetivo describir los síntomas iniciales y la exposición grupal como parte del tratamiento desde una perspectiva cognitiva conductual, de la paciente Ana de 38 años quien padece de trastorno de pánico con agorafobia según el DSM-5 (APA 2014).

La paciente asiste a consulta a la Fundación por padecer ataques de pánico. Los síntomas que presentaba eran palpitaciones, mareos, miedo a morir y a enloquecerse. Su primer ataque lo manifestó en el 2001, los cuales continuaron con una frecuencia diaria durante 16 años, llegando a sufrir 25 ataques de pánico en un día. Dichos síntomas son centrales para el diagnóstico de trastorno de pánico según el DSM-5 (APA, 2014). A raíz de padecer ataques de pánico con mayor intensidad fuera de su casa, optó por no salir sola a la calle por miedo a percibir otras crisis. Al principio necesitó de compañía para manejarse fuera de su casa, pero luego su cuadro fue incrementándose hasta tomar la decisión de no salir de su habitación. Viéndose así afectadas todas sus actividades de su vida diaria. A partir de la sintomatología descrita se desarrolló una nueva patología llamada agorafobia (APA, 2014). La agorafobia se caracteriza por la ansiedad intensa que percibe la persona en diferentes lugares, como ser transportes públicos, espacios abiertos y le es difícil escapar o encontrar ayuda por lo cual la persona evita asistir a esos lugares (Carrión & Bustamante, 2012).

Debido a la sintomatología que presentaba Ana, en la fundación se le indicó que inicie tratamiento psicofarmacológico, terapia cognitiva conductual y que asista a las exposiciones en vivo del grupo de agorafobia, siendo esta combinación uno de los tratamientos más eficaces para los trastornos de ansiedad (Carrión & Bustamante, 2012). Por un lado, el tratamiento psicofarmacológico se indicó con el objetivo de bloquear o disminuir la frecuencia de los ataques de pánico. Por otro lado, desde el inicio de la terapia se aplicó psicoeducación donde se explicó a la paciente sobre su patología, los síntomas de la misma, su origen y tratamiento para que pueda comprender por lo que estaba atravesando y haya una mayor implicación y motivación para iniciar el tratamiento (Moreno & Martín, 2007). Además se trabajó con sus pensamientos automáticos y el circuito de pánico con el fin de que identifique que esos pensamientos son irreales y que el problema que padece no son las sensaciones que tiene sino las interpretaciones que ella misma hace (Biglieri Rodríguez & Vetere, 2011).

Y a través de las exposiciones en vivo se la expuso a situaciones que temía con el objetivo de que finalice el círculo de evitación y que se dé cuenta que sus interpretaciones negativas eran erradas (Bados & García, 2011). A los dos meses de haber comenzado las exposiciones, Ana ya se movilizaba sola en colectivo, subte y tren.

A partir del análisis del caso de Ana, se logró evidenciar la eficacia que tiene un tratamiento cognitivo conductual, farmacológico y sobre todo las exposiciones en vivo en un trastorno de pánico con agorafobia, ya que los síntomas que padecía la paciente a causa de la patología desaparecieron. Ana hace 9 meses no presenta ataques de pánico, pensamientos negativos y tampoco evita situaciones. Logró retomar todas sus actividades diarias, como regresar al colegio para finalizar el secundario y moverse sola en diferentes medios de transportes.

6.2 Limitaciones

Luego del trabajo recorrido, a partir de un análisis exhaustivo, se evidenció una limitación. La misma fue debido al tiempo limitado de la práctica profesional, el cual impidió observar el proceso completo de la paciente dentro de su tratamiento. En éste caso, la autora inició sus observaciones cuando la paciente ya se encontraba asintomática, perdiéndose así la posibilidad de presenciar la entrevista de admisión, la evaluación psicológica y/o alguna sesión con la psicóloga a través de cámara gesell. De ésta manera, podría haberse recolectado mayor cantidad de información y experiencia en la práctica, en donde la autora podría haber corroborado a través de su propia mirada tanto los síntomas iniciales como los cambios que se dieron en la paciente a través del tratamiento de exposición sin tener que basarse solamente en el relato de la paciente y de la psicóloga. Asimismo, al no finalizar Ana su tratamiento durante el período de práctica de la autora, se imposibilitó la observación del proceso final del tratamiento en la fundación por lo que se desconoce si su evolución se mantiene.

Siguiendo en la misma línea por la dinámica de la práctica fue difícil percibir el rol activo del psicólogo y las estrategias de intervención ya que el mismo no se encontraba en el grupo de exposición de agorafobia de los días sábados y era solamente coordinado por pacientes recuperados.

6.3 Perspectiva Crítica

Desde la perspectiva crítica, por un lado se considera que podría ser beneficioso contar con un profesional capacitado en el área de la salud mental quien pueda participar de las salidas de exposición en el grupo de agorafobia. El mismo contaría con

herramientas y técnicas de intervención necesarias y acordes a la patología a abordar. Como se mencionó anteriormente, los grupos son coordinados por pacientes recuperados, quienes durante la práctica de la autora demostraron conflictos de poder y liderazgo delante de los pacientes, quienes no se ven beneficiados por los mismos. Esto se pudo evidenciar cuando una de las coordinadoras interrogaba a una paciente sobre qué coordinadora dirigía mejor las salidas grupales.

Por otro lado, teniendo en cuenta la dinámica de las exposiciones, las cuales culminaban en el punto de encuentro, se piensa que para sostener la eficacia del grupo terapéutico, podría ser útil finalizar los encuentros con una puesta en común en la que cada paciente posea su espacio para realizar una devolución sobre la actividad. Las mismas ayudarían a percibir las experiencias subjetivas de cada uno de ellos, así como también a identificar las dificultades y a compartir con sus compañeros los objetivos logrados. Durante la práctica profesional, la autora tuvo la posibilidad de participar del grupo de fobia social en donde se generaban provechosos espacios de intercambio entre los pacientes. Los mismos tenían la oportunidad de compartir tanto sus emociones y estrategias utilizadas así como también describir su experiencia. Estos espacios fomentaban el reconocimiento del trabajo logrado así como también la continua motivación y apoyo entre los participantes.

6.4 Aporte Personal

Como resultado del presente trabajo, a partir de los objetivos planteados se pudo apreciar la evolución y eficacia que tiene un tratamiento cognitivo conductual en un caso de trastorno de pánico con agorafobia.

Se pudo observar que la implementación de la exposición en vivo como parte del tratamiento para la agorafobia es de gran ayuda para una pronta recuperación, no solo se corroboró en el caso de Ana, sino también en muchos otros pacientes que asistían al grupo de agorafobia.

La realización del presente trabajo también le permitió a la autora interiorizarse más sobre la patología abordada y la gran eficacia de sus tratamientos. A través del mismo pudo vivenciar las exposiciones en vivo y conocer la dinámica de las mismas, pudiendo así articular la teoría con la práctica. Además despertó un gran interés hacia el área y la orientación cognitiva conductual como una posible especialización y práctica futura.

Se considera muy útil la constante divulgación de información a través de la televisión, radio, diferentes redes sociales, revistas y diarios sobre los trastornos de ansiedad, sus tratamientos y la eficacia de los mismos ya que muchas personas que padecen esta enfermedad permanecen en sus casas sin salir muchos años por falta de información acerca de la enfermedad. Este desconocimiento se traslada a los familiares e incluso a los mismos profesionales que no logran dar muchas veces un diagnóstico certero. Como se ha visto en el caso de Ana, pudo acceder a un nuevo tratamiento luego de escuchar en la televisión hablar sobre los trastornos de ansiedad, síntomas con los cuales se sintió identificada.

Para finalizar se piensa que sería interesante que la Fundación, donde se realizó la práctica profesional, implemente nuevas técnicas de abordajes para los trastornos de ansiedad, lo que le permitiría optimizar el tratamiento que realizan en dicha institución. Una de las técnicas eficaces comprobadas por nuevas investigaciones es la exposición a realidad virtual, la cual ha sido explicada en el marco teórico. La misma podría ser utilizada en aquellas personas que tienen dificultad para llevar a cabo la exposición en vivo. Pero hay que tener en cuenta que el implemento de esta técnica podría incluir un gran costo, ya que se necesita de computadoras, anteojos y cascos especiales para lograr el espacio virtual automático computarizado, en donde la persona experimentaría situaciones y estímulos que aparentan ser experiencias reales y de esta forma logran percibir emociones parecidas a las que sienten en situaciones reales (Bados & García, 2011).

6.5 Nuevas Líneas

Como se ha expuesto en el presente trabajo, la exposición en vivo es una de las técnicas que mayor eficacia tiene en los trastornos de ansiedad, como así también, el grupo terapéutico resulta muy satisfactorio en personas con fobias, ya que tiene características terapéuticas que no se obtienen mediante tratamientos individuales (Carrión & Bustamante, 2012). Durante la práctica profesional se pudo observar que en la Fundación la modalidad de abordaje de las exposiciones en vivo son grupales y la recuperación de los pacientes es rápida. Teniendo en cuenta esto y respecto a las nuevas líneas de investigación, se podría cuestionar acerca de qué aspectos producen mayores cambios y mejorías en el paciente. Y si éstos resultados son efecto de la exposición en vivo o de la participación del grupo terapéutico.

Una pregunta que surgió en base a lo que se mencionó anteriormente es: ¿Si Ana hubiese realizado las exposiciones en vivo de forma individual, su mejoría – recuperación habría sido igual de rápida como ha sido con la exposición grupal?

Sería interesante que se realicen nuevas investigaciones sobre la comparación entre tratamientos con exposición en vivo individual y exposición en vivo grupal, logrando de esta manera comprobar los beneficios y dificultades que tiene cada una y su eficacia.

5. Referencias

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos mentales*. 5° Ed. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Bados López, A. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la agorafobia. *Psicothema*, 3 (13), 453-464.
- Bados López, A., & García G, E (2011). *Técnicas de exposición*. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/18403/1/T%C3%A9cnicas%20de%20Exposici%C3%B3n%202011.pdf>
- Bados López, A. (2015). *Agorafobia y Pánico*. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/65642/1/Agorafobia%20y%20p%C3%A1nico.pdf>
- Beck, J. (2000). *Terapia Cognitiva: Conceptos básicos y profundización*. México: Gedisa.
- Biglieri Rodríguez, R., & Vetere, G. (2011). *Manual de terapia cognitiva conductual de los Trastornos de Ansiedad*. Buenos Aires: Polemos.
- Bulacio, J.M. (2004). *Ansiedad, Estrés y Práctica Clínica*. 1ra. Ed. Buenos Aires: Akadia Editorial.
- Bulacio, J.M. (2011). *Ansiedad, Estrés y Práctica Clínica*. 2da. Ed. Buenos Aires: Akadia Editorial.
- Carrión, O., & Bustamante, G. (2012). *Ataques de pánico y trastornos de fobia y ansiedad*. Buenos Aires: Galerna.
- Cía, A.H. (1994). *Ansiedad, estrés, pánico, fobias. Trastornos por ansiedad*. Buenos Aires: Polemos.
- 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 terapéutico*. 2da Ed. Buenos Aires: Polemos.

- Clark, D. A., & Beck, A.T. (2010). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders*. New York: Guilford.
- Díez Q, C., Rangil, T., & Sánchez P, L. (2002). *Agorafobia*, 119 (2), 60- 5.
- Fernández T, A. (2010). *Psicofarmacología, terapias psicológicas y tratamientos combinados. Utilidad comparada en los trastornos mentales*. Barcelona: Editorial OUC.
- Fiorio, A.O. (2012). *El trastorno de pánico: Manual para el paciente*. 1ª Ed. Ushuaia: Utopías.
- Galiñanes, M.D. (2014). *Subjetividad y familia en el trastorno de pánico: Un análisis desde la concepción de Enrique Pichon Riviére*. 1ª Ed. Rosario: Laborde Libros Editor.
- Mallen M, M., & Galarza L, D.N. (2011). *Trastornos de Ansiedad*. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 44 (3), 101-107.
- Moreno, P., & Martín, C.J. (2007). *Tratamiento psicológico del trastorno de pánico y la agorafobia. Manual para terapeutas*. Bilbao: Desclée de Brouwer, S.A.
- Ortega F, J.A., & Ortuño C, T. (2015). *Programa Psicológico de intervención del pánico y agorafobia. Manual de autoayuda para pacientes y Guía para profesionales*. 2da Ed. España: Punto Rojo Libros, S.L.
- Pagés, S., & Gómez, B. (2011). El modelo cognitivo – comportamental de la terapia. En H, Fernández Álvarez (Ed.), *Paisajes de la psicoterapia. Modelos, aplicaciones y procedimientos* (pp. 144-145). Buenos Aires: Polemos.
- Pitti, C.T., Peñate. W., De la Fuente, J., Bethencourt, J.M., Roca S, M.J., Acosta, L...Gracia, R. (2015). *El uso combinado de la exposición a realidad virtual en el tratamiento de la agorafobia*, 43 (4), 133-141.
- Roca, E. (2015). *Cómo superar el pánico (con o sin agorafobia)*. *Programa de autoayuda*. Cuarta edición revisada. Valencia: ACDE Ediciones.

Rodríguez T, J. F., Senín C, C., Perona G, S. (2014). Del DSM-IV-TR al DSM-5: Análisis de algunos cambios. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14 (3), 221-231.