



Universidad de Palermo - Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

Carrera de Psicología

Trabajo Final Integrador

Título: Descripción de un caso de trastorno de ansiedad por agorafobia y su comorbilidad con trastornos del estado de ánimo.

Alumna: Biolcati, Faviana Graciela Carla

Tutora: Ramos Mejía, Gabriela

Buenos Aires, 6 de agosto de 2020

1	INTRODUCCION	3
2	OBJETIVOS.....	4
2.1	Objetivo general.....	4
2.2	Objetivos específicos	4
3	MARCO TEÓRICO	5
3.1	Ansiedad	5
3.1.1	Trastornos de Ansiedad	6
3.1.2	Trastorno de pánico	8
3.1.3	Agorafobia	10
3.2	Comorbilidad en trastornos de ansiedad.....	11
3.2.1	Trastornos del estado de ánimo	12
3.3	Tratamiento.....	14
3.3.1	Terapia Cognitivo Conductual.....	16
3.4	Factores inespecíficos en la terapia.....	19
3.4.1	Variables del consultante, terapeuta y relación terapéutica.....	20
3.4.2	Otras variables inespecíficas	23
4	METODOLOGÍA	26
4.1	Tipo de Estudio	26
4.2	Participantes.....	26
4.3	Instrumentos.....	26
4.4	Procedimiento	27
5	DESARROLLO	29
5.1	Sintomatología que presenta una paciente con agorafobia y su comorbilidad con trastorno del estado de ánimo.....	29
5.2	Actividades que se realiza en el grupo de agorafobia como parte del tratamiento, en la Institución.	32
5.3	Variables inespecíficas funcionalidad por parte de la paciente y vínculo terapéutico desde la perspectiva del terapeuta.	36

6	CONCLUSIONES	39
6.1	Limitaciones.....	41
6.2	Perspectiva crítica y aporte personal	41
6.3	Otros tratamientos posibles.....	42
6.4	Futuras líneas de investigación	43
7	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	44
8	ANEXO.....	48

1 INTRODUCCION

El presente trabajo de práctica profesional se desarrolló en una Institución de Capital Federal que atiende a pacientes adultos con trastornos de ansiedad, en sus diversas manifestaciones. La duración de la práctica fue de cuatro meses, cumpliendo un total de 285 horas. En este tiempo se efectuaron actividades en la fundación junto a los pacientes y profesionales que trabajan en la misma. Las actividades fueron: salidas, reuniones en bares, paseos en distintos medios de transporte, siendo el motivo de estas salidas, asistir a los lugares generadores de ansiedad, observándose luego su mejoría.

Los grupos estaban divididos en pacientes con trastorno de ansiedad social (TAS) y en pacientes con ansiedad a espacios abiertos o agorafobia. Todos los tratamientos se realizaban bajo el encuadre del modelo cognitivo conductual y específicamente, en la exposición a la situación u objeto temido.

Para la realización del siguiente Trabajo de Integración Final se analizó el caso de una paciente de 30 años que asistía semanalmente para su tratamiento psicoterapéutico por padecer ataques de pánico con agorafobia desde hace varios años y comorbilidad con trastornos del estado de ánimo. Al finalizar la práctica profesional, la paciente continuaba en tratamiento, pero con proyectos personales nuevos, y retomando sus actividades y autonomía, que no estaban presentes al inicio del tratamiento.

Se tomaron entrevistas a la paciente y terapeuta, en donde se observó la evolución y efectividad del tratamiento, otorgando la mayor importancia al vínculo terapéutico. La entrevista reveló la eficacia de la terapia grupal, el compartir con otras pacientes problemáticas similares, sintiéndose comprendida y reflejada en el grupo, facilitando la expresión de su problemática, para vencer su ansiedad.

Fue muy enriquecedora la práctica profesional en la Fundación, dado que se ha podido participar activamente de la misma, considerando un área de padecimiento muy generalizado en los tiempos actuales, y en la medida que se avance con la investigación sobre el tema, se irá concientizando para que la población aspire a una mejor calidad de vida.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo general

Describir el caso de una paciente de 30 años con trastorno de ansiedad con ataques de pánico y agorafobia y su comorbilidad con trastornos del estado de ánimo en un tratamiento de tipo cognitivo-conductual.

2.2 Objetivos específicos

Describir la sintomatología que presenta una paciente con agorafobia y su comorbilidad con trastorno del estado de ánimo.

Describir las actividades que se realiza en el grupo de agorafobia como parte del tratamiento, en la Institución.

Analizar las variables inespecíficas funcionalidad por parte de la paciente y vínculo terapéutico desde la perspectiva del terapeuta.

3 MARCO TEÓRICO

3.1 Ansiedad

En este apartado, se tratarán dos conceptos relacionados pero diferentes: ansiedad y miedo. Comenzando con el primero, la palabra ansiedad proviene del latín *anxietas*, que significa malestar psicofísico, dado que la ansiedad produce una sensación de inquietud, intranquilidad, inseguridad y hasta desasosiego; un estado de alerta, una sensación de amenaza inminente. La ansiedad es una emoción compartida con todos los animales superiores para la supervivencia de la especie, pero si la misma es desproporcionada, irreal, o de causa indefinida, lo que era una emoción normal se convierte en una ansiedad patológica o trastorno de ansiedad reduciendo la calidad de vida. La ansiedad está orientada hacia el futuro, en el cual se producen percepciones de no poder controlar sucesos inexistentes (Carrión & Bustamante, 2012).

Desde el punto de vista de la fisiopatogenia, en la misma se activa el sistema nervioso por estímulos externos. Se produce una activación periférica derivada del sistema nervioso vegetativo (aumento del tono simpático) del sistema endocrino (hormonas suprarrenales) dando los síntomas de ansiedad. La amígdala, por participar de la memoria, colabora con la evaluación de los estímulos otorgando significado afectivo y realizando la valoración de señales sociales relacionadas al peligro (Bulacio, 2011).

La cognición también tiene una función importante en la producción de la ansiedad por las expectativas, interpretaciones, creencias y recuerdos, que desempeñan una función básica en el desarrollo y persistencia de la ansiedad. Los sistemas de neurotransmisores como la benzodiazepina-gamma-ácido aminobutírico (GABA), noradrenérgico y serotoninérgico, así como la vía de descarga de corticotropinas, son importantes para la biología de la ansiedad, deduciéndose que los desequilibrios de los neurotransmisores pueden tener efectos ansiolíticos (Clark & Beck, 2012).

Por su parte, el miedo, de acuerdo con varias investigaciones, es una emoción básica. Es una defensa normal hacia amenazas o peligros del exterior claramente conocidos e identificados, dado que se sabe a qué se teme, es reconocido conscientemente, y paraliza por un instante. Es una emoción compartida con los demás animales superiores. Se manifiesta en tres niveles diferentes: en el sistema nervioso autónomo, en la experiencia subjetiva, y en la conducta. En el sistema nervioso autónomo, se manifiesta a través de la respiración, aumentando su frecuencia, del mismo modo que

el corazón aumenta sus latidos hasta llegar a la taquicardia. En la experiencia subjetiva el miedo lleva a la persona que lo padece a perder el control de sí misma, a pensar que sufrirá daños físicos. Y en la conducta, el miedo se manifiesta de diversas formas, como por ejemplo evitando situaciones temidas, como también buscar compañía para evitar la soledad (Ortiz, García, Farfallini & Fernández Álvarez, 2019).

La amígdala es el eje del miedo, porque su función es evaluar el significado afectivo de los estímulos mentales (pensamientos, recuerdos), físicos o externos. Hay una doble vía de este: la vía tálamo-amígdala, más directa, más rápida y sin razonamiento ni conciencia; y la vía talamocortical-amígdala que es más lenta, pero con un procesamiento más elaborado del estímulo del miedo a consecuencia de la extensa participación de regiones corticales superiores del cerebro. La vía cortical es necesaria para el condicionamiento del miedo con estímulos más complejos (Clark & Beck, 2012).

En síntesis, el miedo y la ansiedad son dos conceptos que se utilizan para denominar la sensación psicológica y subjetiva de temor y amenaza junto con las respuestas corporales, pero en el miedo el peligro es claramente reconocido, y externo, en cambio en la ansiedad la amenaza es futura, y no siempre es real (Perusini & Fanselow, 2015).

3.1.1 Trastornos de Ansiedad

En el mundo, día a día, se va acrecentando el número de personas que, por el ritmo de vida, los eventos estresantes, y su significación, padecen trastornos de ansiedad. Se comienza con una disminución de tareas, evitación de lugares o personas, hasta llegar incluso a imposibilitar la autonomía personal. Las cifras que ofrecen la OMS y la OPS (2017 como se citó en Ortiz et al., 2019) indican que en el año 2015 se estimaba que el número total de personas con trastornos de ansiedad en el mundo era de 264 millones, representando el 3,6% de la población mundial. Mientras la depresión, con niveles similares, 4,4%, se ubica en el primer lugar de los trastornos mentales, los trastornos de ansiedad ocupan el sexto puesto en dicha jerarquía. Y lo más preocupante, es que estos números van en aumento año tras año según indican Ortiz et al. (2019), recibiendo tratamiento sólo un tercio de quienes lo padecen, excepto Estados Unidos donde las tasas de tratamiento son considerablemente más altas. La OMS, como refieren Sadock, Sadock y Ruiz (2015) identificó a los trastornos de ansiedad, dándoles un lugar de importancia cada vez mayor para ampliar las intervenciones, dentro del contexto de los trastornos

mentales. Los índices de trastornos de ansiedad, en nuestro país, superan a los de la depresión, constituyendo los trastornos de ansiedad el tipo de trastornos más frecuente en la República Argentina, comprometiendo al 16,4% de la población en algún momento de su vida (Ortiz et al., 2019).

Estos pacientes pueden pasar años encerrados en sus casas, evitando las reuniones o el contacto con la gente; llevar a cabo interminables rituales de limpieza y verificación, o abandonar sus estudios o carreras profesionales. Y cuando la ansiedad es muy severa, puede transformarse en pánico, poniendo el organismo en funcionamiento, un conjunto de respuestas fisiológicas, liberando cantidades de adrenalina, produciendo cambios físicos y psicológicos (Clark & Beck, 2012). De esta forma el cuerpo se pone en emergencia constante, como si el objeto temido estuviera siempre presente. También pueden entrar en estados depresivos, terminar consumiendo alcohol o drogas como intentos para vencer el problema, o complicarse con trastornos que según la antigua denominación eran llamados psicósomáticos y que derivan en problemas digestivos como las úlceras y las diarreas crónicas, o enfermedades cardiovasculares como la hipertensión arterial o los infartos. La sobrevaloración de los riesgos excita en forma refleja y automática el programa de reacción ante el temor: cambios en el sistema noradrenérgico, cuya activación prepara para huir, pelear, inhibir. En esta sobrevaloración, juega un rol fundamental la predisposición genética, reforzada posteriormente por factores medioambientales.

En el DSM 5 según la American Psychiatric Association (2014) los trastornos de ansiedad se clasifican en:

-Trastorno de ansiedad por separación: las personas que lo padecen sufren de ansiedad exagerada de separarse de las personas a quienes se tiene apego.

-Mutismo selectivo: la manifestación es un trastorno en la comunicación, imposibilidad de hablar en situaciones sociales, no estando relacionada a trastorno del espectro autista, esquizofrenia ni psicosis.

- Fobias específicas: la palabra fobia viene del griego *phobos*, que quiere decir miedo o terror. Este miedo produce conductas irracionales de evitación ante la presencia del objeto fóbico, viviendo el sujeto un estado de ansiedad muy elevado con crisis similares a un ataque de pánico, pero sin llegar a este. Cuando el paciente fóbico manifiesta las primeras crisis agudas de ansiedad, los acontecimientos desencadenantes han sucedido hace poco, menos de un año. El paciente fóbico no toma conciencia en ese

momento de lo vivido, es por eso por lo que minimiza el impacto emocional de esa ansiedad vivida (Sassaroli & Lorenzini, 2002).

- Trastorno de ansiedad social: es el miedo exagerado a relacionarse con otras personas, o tener que compartir lugares públicos, por sentirse observado, o pasar el ridículo, dado que se busca la aprobación de los demás, o la preocupación constante de dar una buena impresión, y ser valorado y reconocido. Se presentan mecanismos disfuncionales, que imposibilitan a la persona a afrontar esa situación social, limitando la posibilidad de desarrollo personal, afectando la calidad de vida. Se evita salir a realizar compras, ingresar y permanecer en bares, supermercados, teatros; pueden sufrir síntomas similares a un ataque de pánico. Evitan también hablar o usar un baño público, comer afuera de su casa, hablar por teléfono o escribir en presencia de otras personas. De a poco, al ir evitando los lugares que producen ansiedad va declinando la calidad de vida de las personas que lo padecen (Ortiz et al., 2019).

- Trastorno de ansiedad generalizada (TAG): es un nivel exagerado de niveles de ansiedad, injustificados y persistentes durante un periodo de seis meses o más de manera continua. De esta forma, se va afectando la vida psíquica y física de la persona que lo padece. Es la preocupación constante, por la salud, el dinero, la familia o el trabajo que se presenta generalmente acompañada de síntomas físicos tales como temblores, tensión muscular y náuseas (Ortiz et al., 2019).

- Trastorno de pánico y agorafobia se desarrollarán en los párrafos siguientes por tratarse de variables centrales en este trabajo.

3.1.2 Trastorno de pánico

El trastorno de pánico constituye la presencia de ataques de ansiedad inesperada, llamadas ataques de pánico, de aparición repentina y sin motivo aparente. El paciente que lo padece refiere tener síntomas físicos con intentos de lucha o huida, pero en situaciones cotidianas completamente inofensivas, en donde no hay peligro real. Previo al primer ataque se experimenta tener buena salud, y puede recordar claramente el momento y lugar en que empezó, siendo generalmente en una plaza, un ascensor, una autopista, sobre un puente o debajo de una galería, en el tren o en el colectivo, en una peluquería o en un avión, pero las características son siempre las de una crisis de angustia. Cuando ocurre el acontecimiento desencadenante, se presenta de manera inesperada. La persona no cree tenerlo, sino que piensa que tiene una enfermedad física muy grave, y que esa enfermedad

lo llevará a la muerte o a la locura. Este pensamiento hace que los síntomas físicos aumenten y se produce un círculo vicioso ansiedad y enfermedad, confirmando así la gravedad. Sassaroli y Lorenzini (2002), ejemplifican lo antedicho, explicando que la persona que tiene fobia al avión no es que tenga miedo de que el avión se estrelle, sino lo que teme es a no poder soportar la situación de encontrarse encerrado dentro del avión. Lo que le preocupa es su propia debilidad y no la vulnerabilidad del avión.

Los posibles síntomas de un ataque de pánico que el DSM 5 enumera son: taquicardia, dificultad para respirar, opresión en el pecho, hipertensión arterial, molestias abdominales, inestabilidad, vértigo, mareos o desmayos, entumecimiento corporal, temor a morir, sensación de desmayo y de irrealidad (APA, 2014). Al sufrir el ataque, el paciente acude al médico por síntomas físicos, buscando motivos a su malestar, sin explicación aparente a la revisión clínica. A medida que pasan los días y las semanas, tanto si el ataque de pánico se repite, como si no se repite más, la conducta de evitación, ligada a la sensación de continua amenaza, hace que llegue a convertirse en un verdadero drama, y convierte a la persona, antes normal y segura de sí misma, en un sujeto asustado, frágil, retirado y pesimista que la literatura define como fóbico. Esta situación hace que el mundo del fóbico sea cada vez más desolado y lleno de miedos y que el contacto con la vida cotidiana sea cada vez más difícil. Poco a poco el miedo se convierte en la experiencia dominante, en la vivencia que se impone a todas las demás, y finalmente deja poco espacio a la vida misma. El miedo es a que sobrevenga otra crisis, siente temor a salir de su casa y perder la seguridad que ofrece el hogar (Carrión & Bustamante, 2012).

Las causas del trastorno de pánico resultan de una combinación de factores hereditarios, desequilibrios químicos en el cerebro y estrés personal presente. Pérdidas repentinas o grandes cambios vitales también pueden desencadenar la aparición de los ataques de pánico. De acuerdo con lo que señala Bulacio (2011), algunas personas tienen más predisposición biológica, psicológica, mostrando mayor o menor vulnerabilidad o susceptibilidad.

Según Carrión y Bustamante (2012), para diferenciarlo de cualquier otro trastorno de ansiedad, los ataques de pánico tienen inicio repentino y duración breve, ya que no superan los 10 o 20 minutos, pero se repiten frecuentemente una vez que comenzaron, en algunos casos varias veces en un mismo día, e incluso durmiendo. A los 10 minutos aproximadamente, la crisis llega a su punto máximo, momento en el que la intensidad de los síntomas disminuye.

Pueden coexistir con otros trastornos psicológicos o psiquiátricos, como las fobias o la depresión, pudiendo presentarse con o sin agorafobia (Bulacio, 2011). Ocasionalmente el trastorno de pánico puede ser el antecesor de una depresión secundaria, que no solo agrava el cuadro de salud sino puede poner en peligro la vida debido al riesgo de suicidio.

3.1.3 Agorafobia

De acuerdo con Sassaroli y Lorenzini (2002), fue Westphal el primero que mencionó a la agorafobia, diciendo que era llamado así al miedo que sufrían las personas al encontrarse en lugares abiertos, con mucha o poca gente. El temor es a no recibir ayuda si repentinamente se sienten mal, especialmente si están lejos de su casa, dado que viven en estado de inseguridad permanente. La agorafobia ha sido incomprendida durante años, y además categorizada y nombrada de diferentes maneras: distonías neurovegetativas, neurosis cardiacas, neurastenias, eretismo cardiaco, entre otras (Ortiz et al., 2019).

Pueden identificarse distintos grados de agorafobia: leve, moderada o grave. Cuando la agorafobia es leve, la ansiedad disminuye al estar la persona acompañada. Ante la situación temida, el sujeto que lo padece intenta evitarla o la afronta con conductas defensivas para reducir la ansiedad. Por ejemplo, si está en el supermercado y piensa que puede desmayarse, se agarra fuertemente del carrito de compras (Bados López, 2004). También otros métodos es llevar el teléfono móvil, conversar con otros y llevar anteojos de sol.

En el DSM 5 se habla de la agorafobia como un miedo o ansiedad intensa acerca de dos (o más) de las cinco situaciones siguientes (APA, 2014):

- uso del transporte público
- estar en espacios abiertos
- estar en sitios cerrados
- hacer cola o estar en medio de una multitud
- estar fuera de casa solo

La agorafobia es una ansiedad anticipatoria y que luego se transforma en miedo a los síntomas. También incluye la pérdida de la capacidad para interesarse o disfrutar de las cosas, desesperanza, depresión (Bados López, 2004).

En la mayoría de los casos se presenta de manera inmediata ante el primer ataque de pánico, pero no es raro que sea al revés (Bados López, 2004). La relación entre pánico

y agorafobia es compleja, mientras esta última tiende a aumentar a medida que se alarga la historia de pánico, una proporción significativa de individuos padecen pánico durante muchos años sin desarrollar agorafobia, como también, no todas las personas con agorafobia tienen antecedentes de trastorno de pánico. El 95% de las personas que sufren o han sufrido ataques de pánico sufren agorafobia, siendo también la base de innumerable cantidad de trastornos secundarios vinculados a esta como el abuso de alcohol, de drogas, de psicofármacos, así como también la depresión y los trastornos digestivos, cardiovasculares y ginecológicos (Carrión & Bustamante, 2012).

En el caso de los pacientes que sufren agorafobia con ataques de pánico, generalmente estos son espontáneos, sin que exista una probabilidad de su ocurrencia. La cantidad promedio de los ataques es de siete semanales, con un número de cuatro síntomas por ataque (Bados López, 2004).

3.2 Comorbilidad en trastornos de ansiedad

Se llama comorbilidad cuando coexiste en un mismo sujeto más de una dolencia. La ansiedad puede aparecer junto con la depresión, con la adicción al alcohol o a los psicofármacos, a los desórdenes alimenticios e incluso otro trastorno de ansiedad. La ansiedad y la tristeza son dos respuestas emocionales adaptativas y las más estudiadas, por tener mayor índice de prevalencia mundial, como también de comorbilidad (Carrión & Bustamante, 2012).

De acuerdo con Camuñas, Mavrou y Tobal (2019), en el 2015 había un 4,4 % de personas a nivel mundial con depresión, y la ansiedad afectaba al 3,6 % de personas, observándose también una alta comorbilidad. Existe un estilo atribucional negativo estable en las personas con depresión y/o ansiedad. También se observó la existencia de correlación con la indefensión, que caracteriza tanto a la depresión como a la ansiedad: si la expectativa de indefensión es futura desarrollará ansiedad, y contrariamente si la indefensión es pasada, se desarrollará depresión (González, Eduardo, de Greiff & Avendaño Prieto, 2011).

Según Carrión y Bustamante (2012), el trastorno de ansiedad no es una depresión, pero puede producirla, dado que la persona modifica su vida habitual, aislándose. A pesar de que los trastornos de ansiedad tienen más predilección de concurrir con algunos trastornos que con otros, diversos estudios se han realizado, confirmando que los mismos

presentan una mayor prevalencia con los trastornos del estado de ánimo, especialmente con la depresión. Ferrer, Martin-Vivar, Pineda, Sandín y Piqueras (2018), observaron una correlación entre estos trastornos y la rumiación y el perfeccionismo, concluyendo que las personas perfeccionistas o que tienen el hábito de la rumiación poseen mayor predisposición para desarrollar estos trastornos.

Las personas que tiene fobias específicas y trastornos de ansiedad se ven como personas fracasadas e incompetentes debido a su incapacidad de seguir viviendo como los demás, y al no poder encontrar el remedio, o el tratamiento adecuado que lo saque de esta pesadilla, generalmente se deprimen. A veces incluso, la sintomatología fóbica crónica pasa desapercibida y es la depresión el síntoma más evidente que enmascara casi por completo la parte fóbica (Sassaroli & Lorenzini, 2002).

Según Clark y Beck (2012), en los trastornos de ansiedad, los mecanismos de producción de las sustancias neurotransmisoras se hallan alterados para que la depresión se produzca, por lo tanto, cuenta con las condiciones metabólicas para sufrir una depresión comórbida.

3.2.1 Trastornos del estado de ánimo

El estado de ánimo se define como el tono emocional generalizado, que influye en la conducta y en la percepción para ver el mundo que rodea a los sujetos, así como su mundo interior. Se utilizan varios adjetivos para definir al estado de ánimo, como, por ejemplo: deprimido, triste, melancólico, angustiado, irritable, maniaco, alegre. Algunos de los síntomas del trastorno del estado de ánimo son el cambio del nivel de actividad, del habla, del apetito, del sueño, y demás funciones vegetativas, ocasionando deterioro laboral, social e interpersonal (Sadock et al., 2015).

Los trastornos del estado de ánimo han sido los más estudiados a lo largo de la historia con el objetivo de encontrar la causa, por el cual una persona puede cambiar su estado de humor, muchas veces sin motivos aparentes; encontrando su origen en distintas localizaciones y sustancias del cuerpo. Hoy se sabe que constantemente se perciben distintos estados de ánimo y emociones que, al fluctuar, y ser desadaptativas, intensas y constantes, pueden convertirse en un trastorno. Este estado de ánimo, si es desadaptativo, puede fluctuar de la manía a la depresión, llamado hoy depresión bipolar y unipolar (Jarne & Talarn, 2009). Los trastornos del estado de ánimo también son denominados trastornos

afectivos y comprenden el trastorno depresivo, el trastorno bipolar, hipomanía, ciclotimia, distimia y otros trastornos relacionados con la depresión y la manía (Sadock et al., 2015).

De acuerdo con la investigación de Ferrer et al. (2018) los trastornos del estado de ánimo, ya sea ansiedad o depresión, ocupan un papel de preponderancia en los trastornos de salud mental. Dichos problemas emocionales, se los vincula a problemas de funcionamiento social, siendo más generalizado en las mujeres, por tener una predisposición orgánica mayor que los hombres, de causas hormonales. También se los asocia a acontecimientos estresantes; la presencia de antecedentes familiares con trastornos del estado de ánimo; así como rasgos de personalidad relacionados a dicho trastorno.

En el caso de la depresión, se caracteriza por la presencia de estado de ánimo deprimido, sensación de vacío, tristeza. Se produce una disminución del interés y placer la mayor parte del día, insomnio o hipersomnia. También es muy común que estas personas tengan una sensación de inutilidad y culpabilidad y los síntomas puede llevar a un deterioro en todos los ámbitos de la persona (APA, 2014). La persona depresiva, aunque manifieste indiferencia, tiene una sensibilidad especial para percibir emociones desagradables, como si solamente pudiera percibir tristeza e infelicidad (Beck, Rush, Shaw & Emery, 2012). La depresión se desarrolla cuando las fuentes de valoración de uno mismo no están, y las habilidades de afrontamiento son insuficientes. Se produce entonces la pérdida de uno mismo, del mundo y del futuro (Caballo, 2007).

La depresión es la principal causa mundial de discapacidad y generalmente va acompañada de otro trastorno. Si se prolonga en el tiempo y tiene una intensidad de moderada a grave, puede convertirse en un problema serio de salud, llamado trastorno del estado de ánimo, que además afecta todos los ámbitos de la vida de la persona que lo padece. En el peor de los casos puede llevar al suicidio. Sus causas son complejas, dado que intervienen factores sociales, psicológicos y biológicos (OMS, 2012).

Según Mora, Sarti Gutiérrez y Quintanar (2015) la depresión se divide en los siguientes subtipos melancólica, atípica, con ataques de enojo, con insomnio prominente y con ansiedad. El subtipo melancólico es más común en pacientes adultos mayores; la atípica es de inicio temprano y episodios más largos; la depresión con ataques de enojo se caracteriza por somatización y ansiedad; la depresión con insomnio prominente y la depresión con ansiedad se caracterizan por bajos rangos de remisión y respuesta.

El cuadro que presenta la persona depresiva puede clasificarse según los síntomas o según su evolución temporal en: síntomas anímicos, siendo generalmente la

tristeza y el abatimiento los más comunes como también puede aparecer nerviosismo e irritabilidad por presentar el sujeto sensación de vacío, en algunos pacientes se manifiesta como una incapacidad de llorar. Otro de los síntomas de la depresión es motivacional y conductual prevaleciendo la apatía y la falta de motivación, no encontrar sentido a lo que se hace. El rendimiento cognitivo también está disminuido por estar afectada la memoria, la atención y la capacidad de concentración. También se ven afectados los aspectos interpersonales, la relación con los demás (Belloch, Sandín & Ramos, 2009).

3.3 Tratamiento

El terapeuta además de su función específica, de diagnosticar y colaborar con el paciente en la solución de sus problemas, tiene la función de educar y de enseñar habilidades cognitivas y comportamentales como parte del tratamiento (Bulacio, 2011).

En el caso de un paciente con trastornos de ansiedad, dada la complejidad que el mismo reviste, por comprometer a la persona en sus niveles fisiológico, conductual y psicológico, se debe realizar un programa completo. El tratamiento de ansiedad requiere de un diagnóstico multidimensional y un tratamiento combinado. Un equipo científico de trabajo integrado por psiquiatras, médicos, psicólogos, trabajadores de la salud y pacientes recuperados (Clark & Beck, 2012).

En la entrevista inicial, el terapeuta confirma el diagnóstico para la realización del plan del tratamiento y, hace lo posible para deslindar comorbilidades o que necesiten atención primera. Se analiza la conceptualización del caso, motivo de consulta, experiencias tempranas, pensamientos y creencias. También en esta entrevista inicial se recolecta información sobre las creencias y pensamientos catastróficos y conductas de evitación que implementa el paciente ante lo temido, y que actúa como agente de mantenimiento de la disfunción (Ortiz et al., 2019).

Se trata de identificar los pensamientos automáticos, que son los que le dan significación a los acontecimientos que influyen en su estado anímico, dirigiendo de esta forma sus pensamientos, su conducta y sus emociones (Bourne, 2015). No es conveniente analizar y buscar explicaciones sobre las causas, dado que no resuelve el problema, porque los mecanismos que originan la fobia y los que los mantienen son distintos (Ortiz et al., 2019).

El tratamiento tiene que ser siempre mirando al futuro, y resignificando acontecimientos, cosas, lugares. Junto al trabajo psicoterapéutico, es necesario una medicación adecuada para el paciente, indicado por su médico psiquiatra (Bourne, 2015).

También se puede hacer un programa, con objetivos a corto plazo a cumplir como ser (Bourne, 2015):

- Reducir el tiempo de conciliación del sueño y el número de despertares nocturnos.

- Aumentar la variedad y el número de actividades diarias; estando presentes las áreas social, física, lúdica, al aire libre y de aprendizaje.

- Disminuir el estado de ansiedad.

- Darse cuenta de que la preocupación constante no es positiva, dejando de preocuparse por todo.

- Detectar los pensamientos automáticos y alejarse de ellos.

- Eliminar las conductas de evitación y huida.

Es importante poner énfasis en la psicoeducación, donde se buscan alternativas de tratamiento, técnicas a emplear y duración estimada, siendo este paso muy importante para el desarrollo del vínculo terapéutico y para motivar al paciente al cambio (Bulacio, 2011).

Actualmente, junto a la exposición, se le enseña al paciente técnicas de relajación, meditación, mindfulness y cambios en el estilo de vida. En las últimas décadas se implementó como técnica terapéutica adicional a la teoría cognitiva, el *mindfulness*, para aliviar síntomas de depresión y ansiedad. Esta técnica se basa en la atención plena, haciendo conscientes las reacciones automáticas y los procesos psicológicos sobre aprendidos, siendo estos los que favorecen la conducta disfuncional (Miró et al., 2011). Esta terapia también es llamada Terapia Cognitiva basada en la atención plena (*mindfulness based cognitive therapy, MBCT*). Dicho tratamiento está estructurado en 8 semanas, con sesiones grupales de dos horas y media una vez a la semana y luego ejercicios en la casa.

Para el tratamiento de trastornos de ansiedad, también puede optarse por otras alternativas en algunos pacientes que no encuentran en la palabra la explicación a sus males. La música es un lenguaje dirigido a comunicar emociones, evocarlas y reforzarlas y actúa de inmediato. A través de la musicoterapia, con la música como herramienta, se pueden producir cambios positivos en pacientes con trastornos como la ansiedad, la depresión y sus somatizaciones (Jiménez, 2017).

La realidad virtual es una herramienta que también se utiliza como técnica expositiva, para trastornos de ansiedad con o sin agorafobia, que consiste en generar un entorno virtual que provoca reacciones fisiológicas perturbadoras a determinadas situaciones, y su posterior desensibilización (García, Alcázar, & Olivares, 2011).

3.3.1 Terapia Cognitivo Conductual

La terapia cognitiva se sustenta en tres pilares: los problemas psicológicos y sus tratamientos, las investigaciones que permitan evaluar la eficacia de las intervenciones basadas en dicha teoría y la práctica clínica en la cual se replican los tratamientos investigados. Es una modalidad de psicoterapia basada en la teoría con un fuerte compromiso hacia el empirismo científico (Clark & Beck, 2012). Es una terapia activa, directiva, estructurada y con un tiempo limitado para tratar por ejemplo ansiedad, depresión, fobias.

El cognitivismo se desarrolló a partir del conductismo, el hombre no visto como alguien a quien solamente el medio ambiente lo va modificando, sino que él mismo es constructor de significados (Sassaroli & Lorenzini, 2002). La teoría cognitiva afirma que lo que el hombre piensa es lo que siente. Estos pensamientos, y no los hechos reales, son los que podrían determinar el estado de ánimo. Las personas que realizan interpretaciones negativas se deprimen; y si las interpretaciones son catastróficas les produce ansiedad.

Desde el modelo cognitivo conductual de la ansiedad se analizan las valoraciones exageradas de la amenaza, la evaluación imprecisa de los propios recursos de afrontamiento, la autoconfianza, el deterioro del pensamiento constructivo o reflexivo: la relativa inaccesibilidad del pensamiento constructivo contribuye a la persistencia de la ansiedad. También se analizan los procesos auto perpetuantes, la primacía y la vulnerabilidad cognitivas hacia la ansiedad, es decir, la percepción de falta de control de objetos externos e internos que la persona tiene, y el equilibrio entre la propia valoración de la amenaza y la valoración secundaria de la capacidad de afrontamiento, entre varios temas que este encuadre analiza (Clark & Beck, 2012).

Se debe analizar, junto a la percepción del peligro, la percepción de los propios recursos dado que, como enseñan Gómez y Marzucco (2009), existe una importante correlación entre percepciones de amenaza graves y percepción de recursos débiles. Esto se relaciona más con una percepción de la propia persona que con una capacidad real.

Según relatan Carrión y Bustamante (2012), el objetivo de la terapia cognitivo-comportamental se centra en que se flexibilicen los modos patológicos de evaluar lo que nos sucede, modificando estos estados internos, para que el paciente realice un cambio comportamental y emocional. Tratar de romper con el círculo negativo, enseñando y entrenando a los pacientes a modificar los pensamientos negativos.

La terapia cognitiva, según Bulacio (2006), pasa por distintas etapas, primero se produce la etapa del pre-significado, antes que lo pueda integrar en un significado. Posteriormente, cuando los esquemas se activan selectivamente se inicia la etapa de significado y luego comienza el procesamiento de la información. Es decir que un esquema es una estructura que le da significado a los acontecimientos del medio a través de lo emocional y racional. El esquema cognitivo está ligado a la memoria y sus contenidos a las creencias. Se activa selectivamente, a través de la atención, para poder dar significado al estímulo entrante mediante la percepción. Los esquemas que tienen que ver con la identidad son los primeros en formarse y son los esquemas nucleares (Bulacio, 2011). Cuando la persona identifica el problema, puede resolverlo. Las formas de actuar y de pensar, son muchas veces patrones automáticos aprendidos, que hay que modificar y resignificar para que la persona cambie el concepto de sí mismo y del mundo.

Para Beck et al. (2012) el terapeuta traduce los síntomas del paciente en términos de situaciones evocadoras, pensamientos, afectos, conductas implicadas, como primer paso, y después detecta los pensamientos automáticos y su base de distorsiones cognitivas y por último genera hipótesis sobre los supuestos personales subyacentes. Es una terapia activa, con tiempos previamente establecidos, cortos, directiva y centrada en la colaboración terapeuta-paciente. Se propone un plan de trabajo con la intervención de este y durante un tiempo acordado entre paciente y terapeuta. Es directiva, ya que el terapeuta es quien indica al comienzo los principios básicos sobre los cuales habrá de actuar el paciente. La terapia está centrada más en el modo de solucionar los problemas que en el presunto origen de estos. Utiliza el método inductivo, de manera tal que los pacientes se entrenan en aprender a reconocer sus pensamientos y creencias y considerarlos como hipótesis cuya validez deberá ser abierta a la experiencia y las pruebas de validez. Trata de educar al paciente con técnicas comportamentales y cognitivas a ser adquiridas por medio de la práctica dentro del entorno del sujeto y a través de tareas a desarrollarse en su hogar. La terapia cognitivo conductual (TCC) especialmente diseñada para los trastornos de ansiedad, es el tratamiento más eficaz y suele incluir los siguientes componentes: psicoeducación de la ansiedad y el pánico, reestructuración cognitiva,

exposición, entrenamiento en respiración, y/o entrenamiento en habilidades de afrontamiento (Bulacio, 2006).

Dentro del encuadre cognitivo conductual hay tres modelos conceptuales de gran influencia:

-Modelo Cognitivo de Clark que pone el foco en la interpretación catastrófica de los síntomas físicos.

-Modelo Cognitivo-Conductual centrado en la emoción de Barlow que pone el foco en la triple vulnerabilidad y el condicionamiento interoceptivo

-Modelo de Expectativa de Reiss que profundiza en el rol de la sensibilidad a la ansiedad como factor de riesgo para el desarrollo del ataque de pánico, identificando como el núcleo de esta disfunción el miedo al miedo, miedo a los síntomas de ansiedad bajo la creencia de que estos tienen consecuencias negativas.

Es importante distinguir cuando el miedo y la ansiedad son respuestas normales o cuando dichas respuestas son exageradas, considerándose estas últimas como trastornos. Desde la terapia cognitiva, de acuerdo con Clark y Beck (2012), existen varios criterios para distinguirlos:

-Cognición disfuncional: el miedo y la ansiedad anormales derivan de una valoración errónea del peligro. La activación de esquemas o creencias disfuncionales sobre la posible amenaza provoca un miedo excesivo.

-Deterioro del funcionamiento: la ansiedad interfiere ante la amenaza percibida y además en la vida social cotidiana y en el funcionamiento laboral de la persona.

-Persistencia: con solo pensar en la amenaza la persona siente miedo.

-Falsas alarmas: es el miedo o pánico que sucede en ausencia del estímulo amenazante.

-Hipersensibilidad a los estímulos: aunque el estímulo amenazante sea leve, se percibe como una gran amenaza.

Dentro de los tratamientos de TCC se encuentra el método de la exposición o afrontamiento de situaciones temidas y su reestructuración cognitiva. La misma hace hincapié en la habituación de síntomas de activación para luego llegar a extinguir las respuestas de ansiedad como relata Pérez-Acosta (2005), y en la modificación de la forma y/o el contenido de las cogniciones.

Este método puede realizarse de forma interoceptiva o exteroceptiva (Antona & García-López, 2008). En la forma interoceptiva se hacen ejercicios para provocar que el paciente tenga sensaciones físicas displacenteras de ansiedad, con el objetivo de que la

repetición produzca habituación a las mismas, y la consiguiente disminución del miedo. La repetición a su confrontación produce disminución de las creencias catastróficas y un incremento en la percepción de autoeficacia frente a ellas. En la exposición exteroceptiva la atención está puesta en los estímulos del exterior que el paciente evita por miedo a tener sensaciones displacenteras como indicador de un ataque de pánico.

La exposición puede ser también imaginada o en vivo, siendo esta última la más eficaz para fobias específicas. Otra forma es utilizar primero la fobia en imaginación como un paso previo a la exposición en vivo, dependiendo el caso del paciente, y en situaciones en que es difícil planificar o controlar (Ortiz et al., 2019).

Es importante además que las exposiciones y las sesiones sean continuadas, y que tenga tarea para realizar entre sesiones. La medicación es también muy importante como también tener en cuenta el caso de cada paciente, siendo flexible en su tratamiento. Es importante no interrumpir las sesiones de exposición hasta que el paciente haya experimentado un descenso de ansiedad en los lugares específicos de su patología (Bourne, 2015).

Para el tratamiento de la ansiedad con comorbilidad con depresión, la teoría cognitiva tiene una amplia variedad de estrategias cognitivas y conductuales con el fin de poner a prueba las falsas creencias y los supuestos desadaptativos. El método consiste en controlar los pensamientos negativos; identificar la relación entre cognición, afecto y conducta; examinar los pensamientos distorsionados; modificar los pensamientos desadaptativos y aprender y modificar las falsas creencias que distorsionan las experiencias (Beck et al., 2012).

3.4 Factores inespecíficos en la terapia

Dado que el objetivo de una terapia es el cambio psicológico, para evaluar y considerar si una terapia da resultado, hay que analizar los factores que conducen al mismo. El cambio en psicoterapia es referido a la perspectiva subjetiva del paciente, respecto de sí mismo, de sus síntomas y sus problemas como también de la percepción de autoeficacia (Krause et al., 2006). Los resultados sobre el cambio son etapas sucesivas que comienzan cuando surge la necesidad de ayuda y se extiende hasta después de la finalización de esta. A menudo, los pacientes al no experimentar un cambio abandonan tempranamente las terapias.

Existen muchas etapas en el proceso de cambio, siendo las primeras las más difíciles, porque el cliente aun no percibe la mejoría. Las etapas siguientes, cuando experimenta un cambio, se retroalimenta con la percepción de una mayor libertad, autoaceptación y mayor disposición a experimentar la vida como se presenta, o dicho de otra manera la percepción de ser una persona plenamente eficaz (Cloninger, 2003).

Krause et al. (2006) analizaron los cambios terapéuticos, y los factores que subyacen, concluyendo que la efectividad depende de dos tipos de factores, en muchos casos independientes de la formación profesional, del encuadre, experiencia y edad del terapeuta. Estos son los factores específicos y los factores inespecíficos. Los primeros son los aspectos técnicos particulares de cada enfoque terapéutico, las herramientas específicas para poder abordar un tratamiento. Los factores inespecíficos son los que no tienen encuadre y escapan a todo modelo terapéutico, son comunes a todos ellos llamados también factores comunes (Santibáñez Fernández et al., 2008), o como los que no están en el manual (Castro Solano, 2003).

En un principio a los factores inespecíficos se los consideró como los métodos de investigación inadecuados, pero luego tomaron estatus propio (Krause et al., 2006). Son independientes de la formación del terapeuta y su experiencia, sin dejar de lado a los factores específicos, su encuadre, es decir las herramientas propias de cada escuela. Son los factores que exceden la particularidad de cada una de las escuelas terapéuticas (Frank, 1977). Para su análisis, los factores inespecíficos, se dividen en factores del consultante, del terapeuta y de la relación que se establece entre ambos.

3.4.1 Variables del consultante, terapeuta y relación terapéutica

Las variables del consultante son las características que el paciente trae consigo, lo preexistente, lo individual, las variables demográficas, el nivel socio económico, el diagnóstico, las creencias que tiene sobre la terapia, las expectativas en su cambio terapéutico, la disposición personal (Santibáñez Fernández et al., 2008). El diagnóstico clínico incluye su personalidad, la forma que tiene de funcionar y relacionarse. También el tipo de perturbación, que puede dificultar al principio la terapia como también la complejidad de los síntomas, porque los individuos con perturbaciones más graves no tienen buenos resultados (Ortiz et al., 2019).

Hay otras variables del consultante que también actúan como predictoras de la eficacia terapéutica. Estas son la experiencia límite que traiga, la necesidad de ayuda, las metas terapéuticas que se proponga como también las expectativas del rol del terapeuta, del propio y de la relación entre ambos. El consultante llega con la esperanza de recibir ayuda, que es el motor inicial para el cambio deseado (Frank, 1977).

Las condiciones más relevantes que debería tener el consultante para conseguir el cambio terapéutico son: reconocer los propios límites, la necesidad de ayuda, cuestionar los propios esquemas mentales, desarrollar metas personales, y expectativas del vínculo terapéutico. También es necesario aceptar que hay un problema, y luego creer en la competencia del terapeuta, ser autocrítico, estar abierto para descubrir nuevos aspectos de sí mismo, reconocer emociones nuevas, modificar las valoraciones de sí mismo y de los demás, reconocer la ayuda, disminuir la asimetría entre terapeuta y paciente (Krause et al., 2006). Para que el consultante sienta ese cambio deseado es importante que integre la terapia a su vida cotidiana, es decir extender las sesiones a la casa y sus actividades, dado que la mayor parte de la terapia no es la que ocurre en el consultorio del terapeuta, sino la que se desarrolla en la vida cotidiana del consultante (Zaidenberg, 2013).

Según Andrade González (2005), cuando un paciente llega al consultorio, está experimentando malestar, y tiene que mostrarle a un desconocido sus sentimientos negativos, sus pensamientos distorsionados, sus aspectos más vulnerables, las facetas de sí mismo menos atractivas, por este motivo es necesario contar con ciertas características del terapeuta para lograr un vínculo. Este debe influir, con su actitud, habilidades, experiencia, personalidad, bienestar emocional. También es necesario que realice un buen manejo de la contratransferencia, las interpretaciones vinculares y el monitoreo del estado del consultante (Zaidenberg, 2013).

Dentro de las características necesarias que debe tener un terapeuta son: entender, escuchar, guiar, confrontar, guiar, informar, interpretar, resumir y sobre todo empatizar. La empatía deberá utilizarse para darle al paciente la confianza necesaria para continuar solo en su vida, en su campo experiencial real, con la seguridad que puede volver a ver a su terapeuta si es necesario. La empatía intelectual es el acierto del terapeuta en percibir las emociones del paciente (Corbella & Botella, 2003). Zaidenberg (2013) llama a la empatía como el predictor de la eficacia terapéutica, junto a la personalidad madura del terapeuta, su bienestar emocional, compromiso ético, autoconocimiento e interés genuino por su paciente (Winkler, Cáceres, Fernández & Sanhueza, 1989). El terapeuta además

debe enseñar nuevas formas de comportamiento, nuevas experiencias, sentir nuevas cosas nuevas, y nuevas respuestas emocionales (Krause et al., 2006).

Otra característica del terapeuta que se investigó es la directividad como factor de influencia de la terapia y adherencia al tratamiento. Dentro de las características de un terapeuta directivo se ubican: dar instrucciones, proveer información, dar consejos, estructurar y delimitar tareas, mantener postura activa e influyente. Los terapeutas cognitivo- conductuales tienen una postura más activa, directiva y de consejo, en el tratamiento (Urzúa, Arbach, Lourido & Mas, 2010).

La relación o vínculo terapéutico es la que se establece entre paciente y terapeuta, estableciéndose una alianza terapéutica que favorece el *insight* y las interpretaciones del terapeuta. La alianza se puede dividir en una relación real y una relación de trabajo. La primera es el vínculo entre paciente y terapeuta, y la segunda la capacidad de trabajar en forma conjunta hacia los objetivos propuestos en el tratamiento (Corbella & Botella, 2003).

La relación terapéutica es un vínculo simétrico en tanto que se trata de dos personas unidas empáticamente por un fin común. Los intereses particulares del terapeuta son secundarios y jamás pueden anteponerse a los del paciente. Lo importante no es que la persona funcione como si fuera una máquina al servicio de la sociedad, sino que lo que importa, es que la persona se sienta lo mejor posible emocionalmente y encuentre un equilibrio entre sus emociones, sus pensamientos y sus conductas que le permitan tener una vida más plena para sí y para sus semejantes. El vínculo es el proceso central que produce el cambio (Rogers, 2002). El concepto de alianza terapéutica es conocido en varias escuelas terapéuticas, especialmente en el movimiento humanista, dando cada vez mayor importancia. Rogers (2002) destaca la importancia de ser empático, congruente y aceptar al cliente, son las tres características fundamentales que debería tener un terapeuta. Analiza la relación simétrica entre paciente y terapeuta, esenciales para establecer el vínculo terapéutico, que no solo acompaña al paciente a la resolución de sus conflictos, sino que va más allá, motivando al paciente a su desarrollo personal a través de esta relación simétrica en la que el paciente se ve a la misma altura, se siente recibido, comprendido y aceptado por el otro. Se establece un diálogo interior en el paciente, y se permite interrogar a sí mismo, cuestionarse, para encontrar esos pensamientos desadaptativos y modificarlos con su ayuda.

Dentro de la alianza se identifican varios factores como el acuerdo en las tareas y en los objetivos como también el vínculo positivo. El terapeuta debe ser genuino, ser el

mismo, no esconderse detrás de ninguna fachada, estar abierto a los sentimientos que fluyen y transmitirlos. Y también es muy importante el aprecio incondicional, es decir una actitud cálida hacia el cliente, sin ningún interés personal (Rogers, 2002).

De acuerdo con lo expresado por Corbella y Botella (2003), la terapia cognitiva es la que posee mayor afinidad entre resultado y alianza, es el terapeuta el que colabora y da confianza a su paciente, logrando establecer el vínculo terapéutico. En la llamada revolución cognitiva se acrecentó el interés hacia la importancia de la relación terapéutica, considerándose un aspecto central.

3.4.2 Otras variables inespecíficas

Además de los factores inespecíficos que se relataron en los párrafos anteriores, hay diversidad de variables tanto del consultante, como del terapeuta y de la relación que se establecen entre ellos, de la calidad emocional y relacional de ambos. A continuación, se detallarán algunas de ellas, dado que son analizadas como predictoras de la eficacia terapéutica (Corbella & Botella, 2003).

En el proceso psicoterapéutico hay una comunicación entre un profesional y un sujeto que necesita ayuda, esta relación es la base del éxito terapéutico (Andrade González, 2005). Varios son los autores que estudiaron a las variables inespecíficas, otorgándoles el nombre de factores comunes o variables inespecíficas.

Rosenzweig (2002) distinguió entre los factores, implícitos en todas las psicoterapias: reacondicionamiento social; catarsis; personalidad del terapeuta en su rol de vínculo terapéutico y la organización compleja y sistémica de la mente humana, poniendo el énfasis no solo en esta relación sino en el contexto.

Krause et al. (2006) dan mucha importancia a los procesos cognitivos en los procesos de cambio terapéutico, afirmando además que la confianza sobre su propia eficacia determina la forma de conducta del paciente. Si la terapia es exitosa retroalimenta el cambio. Enumeran tres agentes de cambio: vivencia afectiva que prepara a la persona para el cambio; el dominio cognitivo que es donde se transmiten nuevos modelos de percepción y pensamiento, retroalimentando la propia percepción y comprensión; y por último la regulación conductual que brinda técnicas de modificación de conducta.

Lambert (1992, como se citó en Miller, Hubble & Duncan, 2007) categoriza a los elementos responsables de la mejoría terapéutica en tres grupos:

a. Factores de apoyo, entre los que se incluyen la catarsis, la identificación con el terapeuta, una relación terapéutica positiva, la estructura del tratamiento, la empatía y la alianza terapéutica.

b. Factores de aprendizaje, como la experimentación afectiva la asimilación de experiencias problemáticas, el cambio en las expectativas de la efectividad personal o autoeficacia, la experiencia emocional correctiva, el *feedback* y el insight.

c. Factores relacionados con la acción, tales como la regulación conductual, habilidad cognitiva, modelado, práctica y experiencia exitosa de los resultados obtenidos en la terapia, entre otros.

Corbella y Botella (2003) afirman que la empatía intelectual, que es la capacidad del terapeuta en percibir las emociones del paciente, contribuye en forma significativa al proceso terapéutico. Es importante señalar también el tiempo dentro de las sesiones o entre sesiones y los cambios significativos que se esperan y los que realmente ocurren para evaluar la eficacia.

No es menos importante señalar las variables por las que la alianza terapéutica puede verse afectada. Dentro de las variables del paciente, puede afectar a la alianza por la severidad de su cuadro clínico, tipo de trastorno y relaciones con los demás. Las variables del terapeuta también pueden incidir, por su forma de relación interpersonal, comportamiento y actitudes negativas. Y por último la forma de colaboración participativa que tienen tanto el paciente como el terapeuta (Andrade González, 2005).

Como última variable inespecífica para analizar, es la incidencia del grupo en la eficacia terapéutica. La necesidad primaria de establecer vínculos afectivos tiene el aporte de disminuir la ansiedad, como también ayuda la vivencia de la integridad grupal. Rogers (2002) cree en las potentes fuerzas que generan las reuniones grupales, y sentimiento de pertenencia que se genera al sentirse partes de una comunidad. El grupo tiene sabiduría propia de alcanzar metas posibles. Se crean sentimientos de acercamiento, unión respetuosa hacia los miembros del grupo, como también comunicación interpersonal abierta y armoniosa psique colectiva.

El grupo también ayuda a la reestructuración cognitiva y la resignificación de los problemas, los miembros del grupo hacen observaciones y generan un feedback. Se gana plasticidad y capacidad adaptativa (Trevisan, Becco, Damiano, Menéndez & Ostroque, 2006). El grupo es un medio muy importante para la realización del cambio terapéutico. Las experiencias de los grupos ayudan más a mejorar el conocimiento de las personas, que la terapia individual. Rogers (2002) los llamaba grupos de encuentro, dado que

mejoran el funcionamiento interpersonal. Los grupos son modos de intervención para distintos problemas personales.

La cohesión es lo que mantiene al grupo unido. Zaidenberg (2013) señala que se realizaron varios estudios, quienes encontraron que hay un 80% de relación positiva entre cohesión grupal y eficacia terapéutica. A medida que aumenta la cohesión grupal, aumenta la eficacia terapéutica.

En los análisis realizados por Rogers (2002) descubrieron que, en los grupos, hay características fundamentales que debe tener el terapeuta que coordina el grupo, que son: autenticidad, apertura, disponibilidad a estar presente, flexibilidad, y compartir.

Por último, se concluye, que la eficacia terapéutica, se encuentra en la triada consultante (individual o grupal), terapeuta y alianza terapéutica, en donde cada autor le brinda mayor relevancia a uno de ellos, pero todos coinciden en la importancia del vínculo terapéutico. Uno de los principales argumentos de los factores comunes es que la relación entre paciente y terapeuta es el factor curativo y más importante de todas las terapias y un camino de integración de psicoterapias, pero advirtiéndolo en no caer en el escepticismo o reduccionismo en donde todo vale, sin profundizar una forma de intervenir y entender al paciente (Uribe Restrepo, 2008).

4 METODOLOGÍA

4.1 Tipo de Estudio

Estudio descriptivo. Análisis de un caso.

4.2 Participantes

La descripción y análisis del caso corresponde a una paciente de 30 años, de sexo femenino, quien vive en zona sur de la Provincia de Buenos Aires, soltera, cuyo nivel de estudios es secundaria. Su núcleo familiar está compuesto por sus padres, dos hermanos varones mayores y numerosos tíos y primos. El año anterior a comenzar el tratamiento, la paciente vivía sola, en su departamento, estudiaba teatro, y por lo que relato, sentía mucha pasión al hacerlo. Además, trabajaba como secretaria en la empresa de su padre.

Realiza tratamiento psicológico en un centro psico terapéutico situado en el Barrio de Recoleta de la Ciudad de Buenos Aires. Comenzó a asistir al mismo por padecer ataques de ansiedad en la vía pública, siendo la descripción de la paciente compatible con ataques de pánico con presencia de agorafobia y depresión.

Otra de las participantes del presente trabajo es la Licenciada en Psicología, quien trabaja en la institución hace 18 años, brindando psicoterapia individual, y además tiene a su cargo los grupos terapéuticos que se desarrollan en la institución como complemento de la terapia individual. Su especialidad es cognitivo-comportamental, y se dedica exclusivamente a los trastornos de la ansiedad y trastorno del estado de ánimo.

En la institución funcionan dos grupos para los distintos trastornos, un grupo para los pacientes con fobia social y otro grupo para los pacientes con agorafobia, dirigidos por pacientes recuperados en ambos casos, bajo la supervisión de los psicólogos de la institución.

4.3 Instrumentos

-Historia clínica: permite recolectar y valorar datos que fundamentan su diagnóstico, a fin de formular el objetivo terapéutico. Contiene información de su motivo de consulta, la queja inicial, los tratamientos y medicación recibidos anteriormente, y la

respuesta a los mismos. También se tomó registro de los cambios conductuales y anímicos, de la relación con sus pares, temores y expectativas del tratamiento.

-Batería de test: incluyó evaluación de Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (Liebowitz, 1987), Inventario para la Depresión BDI-II (Beck et al., 2012) e Inventario Clínico Multiaxial de Millon II (Millon, 1998). Además, BSQ Cuestionario de sensaciones corporales (Chambless, Caputo, Jasin, Gracely & Williams, 2014), ACQ Cuestionario de Cogniciones Agorafóbicas (Chambless et al., 2014), MI Inventario de Movilidad para agorafobia (Chambless et al., 2014), Instrumentos de Evaluación del Trastorno Obsesivo Compulsivo (Berrio Garcia, 2017), *Trail Making Test* (Reitan, 2017), Span de dígitos (Wechsler, 2003).

-Entrevistas semi-dirigidas a la paciente, indagaron sobre presencia de pensamientos automáticos negativos, anticipación, emociones displacenteras, confusión, rumiación, conductas desadaptadas, logros obtenidos, funcionalidad de la paciente, reinscripción en la vida cotidiana. Permitieron identificar datos generales del paciente como la realidad de sus áreas de desarrollo acerca de información general, relación familiares y afectivas, gustos personales, deseos, proyectos de vida.

-Entrevistas semi-dirigidas a la licenciada que atendió a la paciente indagaron sobre: motivo de consulta, diagnóstico presuntivo, tratamiento inicial, diagnóstico de acuerdo con los estudios realizados, evolución del tratamiento, beneficio de los grupos terapéuticos y también el vínculo terapeuta-paciente.

-Observación participante: se participó de reuniones de supervisión y observación en los grupos.

4.4 Procedimiento

Para la realización del siguiente trabajo de práctica profesional, se recolectaron datos de la participación de las actividades de la institución elegida, en el transcurso de cuatro meses y se tomó registro de todos los datos relevantes.

Se accedió a la historia clínica, y a las pruebas que se le realizaron a la paciente al inicio del tratamiento, se procedió a su lectura y análisis, donde se evidenció su sintomatología. Además, se realizaron dos entrevistas iniciales con la paciente y la psicóloga en forma separada y de la misma modalidad al final de la práctica, donde se

evaluó el tratamiento, su evolución donde se detectó la presencia de comorbilidad con otra patología.

También se participó de las reuniones y salidas grupales. Se tomó nota de los aspectos relevantes que surgieron y se realizaron salidas individuales con los pacientes que requerían la exposición a determinada situación.

En las entrevistas finales con la paciente y con la psicóloga, en forma separada se evidencio la importancia del vínculo terapéutico, para la mejoría del tratamiento.

5 DESARROLLO

5.1 Sintomatología que presenta una paciente con agorafobia y su comorbilidad con trastorno del estado de ánimo.

Al ingresar a la fundación, junto a las entrevistas iniciales, a la paciente se le realizó una batería de pruebas para verificar su diagnóstico, junto al equipo de profesionales. Previamente a las pruebas se le solicitó un chequeo clínico completo para descartar cualquier problema orgánico, dado que la misma pensaba que tenía alguna enfermedad física, negando su problema real. Estas evaluaciones iniciales apuntan a la realización de un programa completo involucrando todas las áreas de la persona, como indica Carrión y Bustamante (2012).

Para la descripción de la sintomatología se considerará la división que establecen Ortiz et al. (2019) sobre los tres niveles en que se manifiesta el miedo: fisiológico, conducta y nivel subjetivo.

Los síntomas fisiológicos, se manifestaban cuando intentaba salir de su casa, sintiendo que su corazón se aceleraba, tenía visión borrosa, presencia de mareos acompañados de una sensación que la vida se le desequilibraba, siendo esta la etapa más oscura de su vida. Así lo mencionó la paciente a la tesista en la entrevista: que su vida se partía en pedazos. Al indagar la terapeuta sobre los acontecimientos predictores de sus síntomas, la paciente manifestó que no recordaba ningún evento que fuera causante de ese estado, tal como explican Sassaroli y Lorenzini (2002), que los ataques de pánico suceden sin que exista un peligro real. Su conducta comenzó a modificarse, según lo referido en la historia clínica y lo conversado con la tesista en la entrevista con la psicóloga y con la paciente. Hace 5 años aproximadamente la paciente comenzó a sentir miedo a salir a la calle, y de a poco evitó alejarse de su casa, hasta no salir más. En las sesiones con la psicóloga, y mediante su discurso, se fue evidenciando que sus síntomas se correlacionaban con un ataque de pánico, según la descripción que realiza APA (2014). En la ansiedad que antecede al ataque de pánico, como refieren Sassaroli y Lorenzini (2002) y Ortiz et al. (2019), el sujeto no toma conciencia en ese momento de lo vivido, minimizando el impacto de esa ansiedad.

Con respecto a la percepción de sí misma, y de acuerdo con la información recabada en la entrevista, desde que se inició el primer ataque de pánico la vida de la paciente era distinta. Lo único que deseaba era estar en su casa, de noche le costaba

conciliar el sueño, tal como describen Carrión y Bustamante (2012) los pacientes con diagnóstico de trastornos de ansiedad suelen experimentar un malestar físico acompañado de sensación de inquietud, temor y dificultades en el sueño. Por tal motivo dejó de salir a la calle, verse con sus amigos, ni siquiera podía salir acompañada. En la entrevista mencionó que sentía miedo a todo, como señalan Carrión y Bustamante (2012) percibiendo un miedo desproporcionado, irreal y sin conseguir definir la causa, aumentando su ansiedad y miedo a los espacios abiertos. Cuando se le preguntó por los motivos de sus temores, la paciente respondió que tenía miedo a sentirse mal en la calle, y no recibir ayuda (Sassaroli & Lorenzini, 2002).

La paciente relata haber realizado varios tratamientos anteriores antes de ingresar a la fundación con distintos profesionales, médicos psiquiatras y psicólogos, quienes la medicaron, pero al poco tiempo sufrió una recaída importante. En el tiempo que había conseguido estabilizarse, logró salir a la calle acompañada, que por lo referido se presume que fueron los primeros indicios de agorafobia, según Carrión y Bustamante (2012), las personas que sufren o han sufrido ataques de pánico sufren agorafobia.

De acuerdo con la sintomatología observada y analizada según el DSM 5 (APA, 2014) la paciente manifestó tener tres de los síntomas para ser diagnosticada con trastorno de ansiedad con agorafobia: imposibilidad de uso de transporte público, de permanecer en espacios abiertos y estar sola fuera de su casa.

En las entrevistas la paciente también manifestó un cambio en su estado de ánimo, una sensación de docilidad y vulnerabilidad, seguido de una profunda depresión. La calidad de su vida fluctuó con momentos de mejoría, en la que se insertó a su actividad diaria, hasta llegar a una profunda depresión, que la llevó a encerrarse en su casa durante cinco años. Tenía dificultades para realizar el trabajo que tenía administrativo como secretaria de su padre, dado que le resultaba imposible llegar a la oficina, le costaba relacionarse con sus pares y realizar el trabajo de llenado de planillas y cuentas. A causa de esto comenzó a ausentarse, sus ingresos disminuyeron, y comenzó un círculo vicioso de malestar económico y depresión.

Recuerda la paciente, que no sentía ser ella misma, carecía de fuerzas y con poco ánimo para levantarse cada día, como afirma Carrión y Bustamante (2012), el trastorno de ansiedad no es una depresión, pero puede producirla. Tenía sensación de vacío, soledad y angustia, hasta que dejó de tomar la medicación y abandonar el tratamiento.

La paciente refirió a la psicóloga, en sus entrevistas iniciales, que acudió en busca de ayuda psicológica, porque su vida estaba derrumbada, solo podía salir a la puerta de

su casa con un acompañante terapéutico, que los padres le habían conseguido, ante la imposibilidad de encontrar un alivio a su malestar. Esta etapa fue en el último año, momento en el que ya no vivía sola, teniendo que mudarse a la casa con sus padres. Se le indicaron sesiones con la psicóloga dos veces a la semana, y con el psiquiatra una vez a la semana para controlar el efecto de la medicación. Cuando la paciente comenzó su tratamiento, de acuerdo con el historial clínico de las primeras sesiones, evitaba situaciones como salir a la calle, hacer compras, teniendo ataques de pánico al querer afrontarlas, hiper-preocupaciones y tendencia a la catastrofización y perturbaciones del sueño. Se identificaron como antecedentes de la conducta problema, ciertos rasgos de personalidad, como también pensamientos automáticos catastróficos, anticipatorios, que según Bunge (2003) son los que le dan significación a los acontecimientos que influyen en su estado anímico, dirigiendo de esta forma sus pensamientos, su conducta y sus emociones.

Las consecuencias de la conducta problema eran sentimientos de indefensión, ansiedad anticipatoria, evitación de situaciones agorafóbicas, apatía, sentimientos de impotencia, problemas de sueño, aislamiento social.

La paciente mencionó, además, que fue su madre quien llamó a la fundación para solicitar atención para su hija, porque no quería que llegara a un estado más grave de depresión, momento en el cual mencionó que su madre sufrió depresión y ataques de pánico hace algunos años, lo que da cuenta de una posible predisposición familiar a padecer trastornos de ansiedad (Bulacio, 2011).

Respecto a la relación con su familia, la paciente dijo ser muy unidos, pero dio señales de dependencia con ellos, más intensamente desde que comenzó a sufrir ataques de pánico, momento en el que se mudó al departamento de sus padres. La psicóloga en la entrevista comentó que la paciente tiene una dependencia con ellos, que luego se extendió al grupo, como también a los coordinadores. Llamó la atención, tanto en las entrevistas como en las salidas, la referencia que siempre tiene sobre su madre, haciendo siempre lo que ella decía como también la solicitud de permisos para cualquier actividad que realizara.

Es importante destacar también, como antecedente de sus miedos, que se agudizaron, por haber sufrido en varias oportunidades robos en la vía pública, aumentando de esta manera sus temores a salir sola a la calle.

En la entrevista, la psicóloga, además de lo expresado por la paciente, refirió que esta se encontraba triste, su lenguaje corporal era de abatimiento, y su voz sonaba

aplanada, sin expresión, se expresa con tristeza e impotencia. La terapeuta indaga además sobre sus costumbres, hábitos, grupos de amigos, su infancia, si había tenido en otros momentos crisis de ansiedad, dado que, según Beck (2012), los supuestos desarrollados en experiencias anteriores son los que hay que modificar y resignificar, siguiendo el objetivo de la terapia cognitiva que es delimitar y poner a prueba las falsas creencias y los supuestos desadaptativos. El tono emocional general, la visión de sí misma y del mundo, coincidía con la descripción de Sadock et al. (2015), de una ansiedad comórbida con depresión.

5.2 Actividades que se realiza en el grupo de agorafobia como parte del tratamiento, en la Institución.

El equipo de profesionales que trabaja en la institución está formado por un equipo de psicólogos, psiquiatras, neurólogos, y por pacientes recuperados que en forma voluntaria colaboran con los grupos de exposición y todas las tareas grupales que se desarrollan.

Se abordan diversos trastornos de ansiedad, fobias específicas, agorafobia y fobia social, buscando la mejoría de estos, considerando el caso particular de cada paciente, y desde un marco cognitivo conductual comportamental. Se utiliza el método de la exposición al objeto o situación temida, que de acuerdo a lo mencionado por Clark y Beck (2012), sigue siendo el principal enfoque para el tratamiento de estas patologías. Considera mejorar la calidad de vida de los pacientes, sus vínculos, el trabajo, y favorecer al desarrollo personal y la autoestima entre sus diversos objetivos.

En el caso elegido para la descripción de las actividades llevadas a cabo, se puede dividir el tratamiento de la paciente en dos partes. La primera parte, individual, no es tema del objetivo del siguiente trabajo, pero se mencionará brevemente, para comprender la inserción de la paciente en el trabajo grupal. En presencia de comorbilidad con trastornos del estado de ánimo, fue prioridad des-patologizar ciertas conductas, como por ejemplo su desmotivación para comenzar el tratamiento por la depresión que cursaba, para una ulterior integración efectiva al grupo. Fue imperiosa la necesidad de brindar a la paciente seguridad en sí misma, para salir de su círculo de ansiedad y depresión (Santibáñez Fernández et al., 2008). La otra parte, que es la que forma parte de este apartado,

correspondiente al segundo objetivo del presente trabajo, es la grupal que se desarrollará con mayor extensión.

Con respecto a las sesiones individuales, consistió en intervenciones con la psicóloga, con una frecuencia de dos veces en la semana, y una vez con el psiquiatra quien fue controlando la medicación y su evolución, ayudando a reducir la intensidad de los síntomas (Bourne, 2015). Se analizó la estructura cognitiva de la paciente, para la realización de la descripción de su abordaje en el marco de la terapia cognitiva conductual, y durante el tratamiento se continuó buscando la presencia de pensamientos recurrentes y catastróficos (Ortiz et al., 2019). También se trabajó en la percepción de inferioridad, baja estima y de escasa autovaloración, que suele aparecer en los trastornos de ansiedad, que, al disminuir la calidad de vida, y dejar de hacer cosas por miedo, trae acompañado una disminución de su estima, según Carrión y Bustamante (2012), el trastorno de ansiedad no es una depresión, pero puede producirla, dado que la persona modifica su vida habitual, aislándose.

Al estabilizar su estado anímico pudo incorporarse en los grupos de la institución. Uno de ellos, el grupo de agorafobia, donde se realizaron salidas con el objetivo de exponerse a las situaciones temidas, para la habituación a las mismas, hasta llegar a extinguir las respuestas de ansiedad (Pérez-Acosta, 2005). Se realizaron viajes en subte, salidas al aire libre, utilizando diversos medios de transporte. Los sábados a la mañana, se realizaba el encuentro en un bar, coordinados por pacientes recuperados y cada participante relataba los avances percibidos en la semana, solicitándoles la continuidad de las salidas expositivas a lo largo de la semana siguiente, para aumentar el tiempo de exposición.

Los coordinadores del grupo repartían a cada uno de los participantes un recorrido para realizar, que podía ser en colectivo o en subte. De acuerdo con la problemática de cada paciente se armaban grupos de dos o tres personas para realizar la salida-exposición, la misma consistía en una aproximación gradual para ir quitando el miedo. Al llegar al punto de encuentro indicado por los coordinadores, cada uno de los pacientes comentaba su experiencia, avances y dificultades.

Los coordinadores de los grupos entregaban a los pacientes una ficha para la registración de los avances o retrocesos en la exposición, que era también revisada periódicamente por la psicóloga de cada paciente.

Como el núcleo principal de la terapia cognitiva es la identificación de pensamientos negativos, reestructuración cognitiva y resignificación de los problemas, el

grupo tiene un aporte positivo importante, por eso se trabajó mucho en ello, paciente con terapeuta y también con el grupo (Trevisan et al., 2006). Cuando surgían dificultades en las salidas de exposición, se analizaban las preocupaciones, la rumiación y las imágenes de la amenaza (Clark & Beck, 2012). El terapeuta cuestionaba verbalmente las cogniciones inadecuadas del paciente mediante preguntas e información correctiva. Al finalizar las salidas también se realizaban ejercicios a la paciente para que evalúe sus pensamientos, porque los pensamientos o cogniciones son las que regulan la aparición y mantenimiento en la respuesta de ansiedad (Gómez & Marzucco, 2009).

Las salidas que se realizaron, de las que la tesista efectuó una observación participante fueron:

-Viaje a un shopping, que consistió en viajar en colectivo y en subte. Al llegar al lugar se compartió la experiencia vivida. Además, algunos pacientes tomaron el ascensor para acceder a los distintos pisos del centro comercial en escalera mecánica, según la dificultad y la exposición de cada uno. La paciente analizada en este trabajo viajó acompañada con otro integrante del grupo, con quien interactuaba más, pero en general socializaba bien con todos. Como en esta salida ya se sentía más segura, en los viajes ayudaba a su compañero y organizaban juntos el recorrido de colectivo, la coordinadora solo indicaba el lugar de llegada.

-Ir en colectivo hasta el jardín botánico. Esta salida la tesista fue quien acompañó a la paciente, pero pidiéndole que sea ella quien busque los colectivos o líneas de subte para llegar.

-Viaje en tren hasta la ciudad de Tigre, y paseo en lancha colectiva. Se recorrió el puerto de frutos y se conocieron distintos puestos de artesanías. La paciente compró varias cosas para llevarle a su madre, generalmente le compraba algún regalo en las salidas.

-Viaje en micro hacia la ciudad de Mar del Plata, y recorrido a distintos puntos de la ciudad. Y luego conferencia de ansiedad dictada por el director de la fundación. Este viaje lo realizó al mes de ingresar a la fundación. De este viaje habló bastante en la última entrevista, sorprendida de su rápida mejoría. Nunca hubiera pensado que podría realizar un viaje en micro, como dicen Clark y Beck (2012) de la valoración errónea del peligro en la ansiedad con agorafobia.

En la institución también hay otro grupo para los pacientes con fobia social, compartiendo actividades con los pacientes de agorafobia, realizándose diversas actividades en la calle, y compartiendo las salidas. Este grupo estaba también coordinado por pacientes recuperados. Las reuniones se realizaban los viernes a la noche,

comenzando con una presentación de cada paciente, en la cual cada uno contaba cómo había transcurrido su semana, y los avances realizados. La coordinadora indicaba alguna actividad, como grabar un mensaje en el celular, ir a un shopping y preguntar precios de diversos artículos, simular una entrevista laboral. Al finalizar la misma cada participante comentaba lo vivido y que dificultades o avances tuvieron. Esta actividad aumenta la cohesión grupal, y es una actividad muy terapéutica, dado que los pacientes comparten y ven que no son los únicos a quienes les sucede su problema, y entre todos se apoyan. Luego se hacía una devolución entre coordinadores y tesisistas, para fortalecer la psicoeducación, e informar sobre la naturaleza de la ansiedad y tratamiento. Eso también es una herramienta importante para desarrollar y fortalecer capacidades para llevar adelante situaciones particulares (Bulacio, 2011).

En las reuniones grupales de pacientes con ansiedad social, se realizaban diversas actividades como, por ejemplo, simulacro de entrevistas laborales, donde cada uno de los participantes elegía un trabajo en el cual se postularía, e inventaba su personaje con su historia laboral y personal ficticia. Al finalizar se realizaba una puesta en común y se hacían las devoluciones de los entrevistadores y también los entrevistados. Lo que se destacó como rasgo a mejorar en una entrevista fue la actitud, se corrigió el saludo inicial a quien se presentó muy serio, o quien comenzó a decir sus características personales antes que el entrevistador pregunte. En general el grupo, a pesar de los nervios que manifestaron, se prestaron muy bien al juego.

La Coordinadora también se puso en el papel de anciana que se acercaba a un consultorio médico y uno del grupo hizo el papel de médico que solicitaba a la secretaria un turno. Al finalizar se le hacían notar las actitudes que debería mejorar, es importante enseñar habilidades cognitivas durante las exposiciones, realizando en todo momento psicoeducación (Bulacio, 2011). Fue muy interesante la exposición que se sometieron en el juego, como si fuera una situación real. Se pusieron en el papel ficticio con mucha facilidad, a pesar de los nervios que vivieron varios, pero lo pudieron hacer y disfrutar.

La paciente participó activamente de todas las actividades que se presentaban en las salidas grupales, como también nunca dejó de asistir a sus sesiones con la psicóloga y el psiquiatra. Cuando comenzó a asistir a las reuniones grupales, iba acompañada hasta el lugar del encuentro con alguno de sus padres, de a poco comenzó a viajar sola, acompañándola hasta la parada del colectivo hasta que comenzó a viajar sin necesidad de ayuda. El miedo que le aparecía antes como paralizante ante la situación de salir fue modificándose y reestructurando hacia pensamientos más adaptativos (Bourne, 2015).

Tanto en las sesiones individuales como en la terapia grupal, se trabajó con los cambios en el estilo de vida, con el fin de reducir la tendencia a experimentar ataques de pánico. El terapeuta, en las sesiones, cuestionaba verbalmente las cogniciones inadecuadas del paciente mediante preguntas e información correctiva. El objetivo es producir cambios en la vida diaria de los pacientes que ayude a modificar actitudes que incrementan la depresión y la ansiedad (Ferrer et al., 2018).

Las experiencias vividas por la paciente fueron también el canal de comunicación en las terapias grupales, dado que se encontró con situaciones similares que ayudaron a empatizar con el grupo (Trevisan et al., 2006).

5.3 Variables inespecíficas funcionalidad por parte de la paciente y vínculo terapéutico desde la perspectiva del terapeuta.

En este apartado se analizaron las variables inespecíficas de la paciente, de la terapeuta y del vínculo entre ambas, que han influido en el tratamiento, tal como mencionan Krause et al. (2006), que la efectividad depende de factores inespecíficos que influyen en el cambio terapéutico.

De acuerdo con la batería de pruebas que se le realizaron, además de dar cuenta de su diagnóstico, se observó que la paciente, poseía recursos personales para afrontar el momento actual y superarlo satisfactoriamente, siendo esta una de las variables analizadas de acuerdo con Santibáñez Fernández et al. (2008), junto a los recursos ambientales, apoyo familiar, eventos personales vividos, apoyo social, y fortalezas. Se observó a la paciente, a pesar de sus miedos, con fuerza para superar su situación dado que años anteriores a su primera crisis, era una persona con metas y autoestima alta, segura de sí misma, y son estas las características que la terapeuta le hizo ver, dándole esperanzas en su recuperación.

Analizando el lugar que eligió para su tratamiento, la institución fue el indicado para la patología de la paciente, dado que ya había probado otros tratamientos y distintas medicaciones, de acuerdo con lo manifestado en el historial clínico, sin obtener mejoras. Cuando ingresó, no tenía confianza en poder salir de esta situación tan agobiante de la crisis de ansiedad, pero la terapeuta, al mostrarle que era capaz de salir adelante, y los recursos que tenía, volvió a tener confianza en ella misma, y eso fue un factor predictor de su evolución positiva, como postulan Santibáñez Fernández et al. (2008), las

expectativas y la disposición personal son una de las variables que debe tener el paciente para asegurar el éxito en el tratamiento. También influyó su nivel socioeconómico, permitiéndole acceder a la terapia, siendo una institución privada, que sin la ayuda económica de su familia no hubiera podido acceder.

El grupo familiar de la paciente fue quien se ocupó de buscar apoyo terapéutico, en especial su madre, quien consultó a su terapeuta y le aconsejó la fundación. Este hecho demuestra una familia que recurre a la ayuda psicológica en caso de necesidad, mostrándose como un ambiente favorable para la paciente, con la creencia del apoyo profesional y de expectativa en el tratamiento. La paciente, no tenía confianza en el mismo, dificultándose al principio, siendo esta una condición importante para la eficacia terapéutica según Santibáñez Fernández et al. (2008). La contención familiar hizo que cambiara esta idea, motivada además de la terapeuta, por su madre que, de acuerdo con lo comentado en la entrevista, ha mejorado luego de una crisis de ansiedad.

La experiencia profesional de la psicóloga ha sido otra de las variables a considerar, como más influyentes en el éxito terapéutico, dado que posee muchos años trabajando en la institución, llevando adelante muchos casos y con diversas patologías comórbidas a la ansiedad, como también el bienestar emocional que ha adquirido en sus años de experiencia, condiciones indispensables que debe tener el terapeuta para que se produzca el cambio (Urzua et al., 2010). En la última entrevista con la paciente, es ella quien valoró la empatía que recibió, reflejándose también en la entrevista con la psicóloga, quien menciona el vínculo establecido entre ambas, camino esencial para transitar juntos el proceso de cura al trastorno; y cuando se suma la depresión, produce una sensación de desvalorización, desprotección y baja autoestima en el paciente.

La psicóloga en todo momento ha mostrado seguridad y decisión en cada etapa del tratamiento, aun en momentos en que la paciente, de acuerdo con lo referido por esta, ha querido abandonar, siendo esa seguridad otra de las herramientas que influyeron en la eficacia, como afirman Santibáñez Fernández et al. (2008), que la confianza que el paciente tiene retroalimenta en forma positiva su mejoría. Esta seguridad ha sido además la fuerza que impulsó a la paciente a tomar la decisión de realizar el viaje grupal a Mar del Plata, al poco tiempo de ingresar a la institución. Este acontecimiento ha retroalimentado su autoeficacia.

Según lo mencionado en la última entrevista con la terapeuta, la misma resaltó en varias oportunidades el vínculo establecido entre ambas, si bien es parte de la personalidad de la paciente, establecer lazos afectivos, fue una ayuda importante. Esta

forma de relacionarse, y de empatizar, se vio también en su relación con los coordinadores de las salidas, de los encuentros de exposición, como también con los miembros de los grupos, con quienes establece lazos afectivos y de manejo del grupo, donde se la veía muy segura.

Al comenzar la terapia se establecieron metas de acuerdo con las necesidades de la paciente, realizadas entre ella y la terapeuta, para ir marcando el camino y un tratamiento escalonado, en la cual involucrarse para llegar al objetivo deseado. En la última entrevista con la paciente y la psicóloga, la tesista pudo recabar información acerca de la funcionalidad del resultado del tratamiento. La paciente estaba por reinsertarse nuevamente en su trabajo, y se había anotado para continuar sus clases de actuación y cosmetología. Esto refiere una auto eficiencia restablecida, que actuara como un feedback positivo hasta su alta definitiva.

6 CONCLUSIONES

Para la realización del siguiente trabajo se participó y observó el caso de una paciente de 30 años con trastorno de ansiedad, ataques de pánico y agorafobia y comorbilidad con trastornos del estado de ánimo, que fue asistida en un centro de psicoterapia de enfoque cognitivo-conductual. A partir del análisis del material recolectado en la historia clínica, en las entrevistas con la paciente y la psicóloga, la participación y observación de los grupos, podría decirse que los objetivos propuestos han sido respondidos de forma satisfactoria.

Como primera instancia, para cumplir con el primer objetivo, se describió la sintomatología de la paciente, que cursaba un miedo excesivo, siendo este el síntoma más relevante (Ortiz et al., 2019). Su autonomía disminuía, necesitando abandonar su trabajo. Todos estos síntomas eran acompañados de cambios físicos y psicológicos (Clark & Beck, 2012). Su ansiedad que en un comienzo fue subestimada por la paciente, la condujo a sufrir ataques de pánico (APA, 2014). De las entrevistas que se le hicieron a la paciente y a su terapeuta se desprende que éstos eran acompañados de agorafobia, por su excesivo miedo de permanecer fuera de su casa, y la imposibilidad de tomar medios de transporte (Bados, 2004). El miedo era irreal y de acuerdo con el historial clínico y lo mencionado por la paciente en las sesiones, su vida se desmoronó lentamente hasta llegar a una depresión, siendo la sintomatología del trastorno del estado de ánimo quien cubrió el síntoma fóbico (Sassaroli & Lorenzini, 2002).

Respecto al segundo objetivo, se describió el tratamiento y las actividades grupales realizadas por la paciente, quien participó activamente con personas que también padecían trastornos de ansiedad con agorafobia, mediante salidas expositivas exteroceptivas, con el fin de la habituación a los lugares ansiógenos (Antona & García-López, 2008). También se realizó psicoeducación para la obtención de nuevas habilidades, de acuerdo con los lineamientos propuestos por Bulacio (2011), aprendiendo a flexibilizar modos patológicos (Carrión & Bustamante, 2012). También la paciente integró otro grupo de pacientes con fobia social, por realizarse en lugares públicos, afianzando de esta manera su seguridad en espacios abiertos. En los dos grupos, al finalizar los encuentros, se hacían devoluciones, analizando como se habían sentido, buscando identificar pensamientos automáticos que hubieran dificultado la exposición (Bourne, 2015). Como parte del tratamiento se valorizó la incidencia positiva del grupo

dado que ayuda a la resignificación de los problemas como citan Trevisan et al. (2006) y al restablecimiento de vínculos afectivos, que ayudan a la disminución de la ansiedad (Rogers, 2002).

Se analizaron las variables inespecíficas, tanto de la paciente como de la terapeuta y el vínculo entre ellas, dando cuenta del tercer objetivo del siguiente trabajo, que se refiere a que el vínculo terapéutico es una de las variables que más inciden en la mejoría del tratamiento, es el proceso central que produce el cambio, confirmado en la última entrevista realizada a la terapeuta (Rogers, 2002). En la misma se confirmó su evolución positiva, verificándose una modificación de su percepción y confianza en sí misma, de su funcionalidad y reinserción a la vida cotidiana. Se cumplieron las metas que conjuntamente se habían planteado al inicio del tratamiento (Corbella & Botella, 2003).

En las últimas reuniones grupales, se observó que la paciente había recuperado su autonomía, no necesitando ayuda para acceder a diversos medios de transporte y recuperando sus metas personales, sin dificultad ni temor a no poder realizarlas. De esta forma se cumplieron los tres objetivos del siguiente trabajo.

Los objetivos planteados han sido cumplidos en su totalidad mediante la bibliografía consultada, los datos obtenidos por la terapeuta en las entrevistas, en las pruebas al inicio del tratamiento como también a través de la observación participante de la tesista.

En síntesis, el tratamiento realizado ha brindado a la paciente las herramientas necesarias para su recuperación y autonomía. La exposición gradual y sostenida, dio lugar a mecanismos de habituación de acuerdo con Pérez-Acosta (2005), reduciendo su respuesta de ansiedad al salir de su casa, y viajar en medios de transporte. El grupo junto al vínculo logrado con la psicóloga, fueron el aporte afectivo, de contención y la posibilidad de expresar temores que, al compartirlos, favorecieron a su disminución, junto a las intervenciones estratégicas que implementaron las coordinadoras y la psicóloga que llevo adelante el tratamiento. Los cambios de conducta observados en la paciente permiten considerar que la terapia cognitivo conductual es uno de los tratamientos de primera elección para los trastornos de ansiedad, sin dejar de lado el aporte grupal y el imprescindible vínculo terapéutico.

6.1 Limitaciones

En este apartado se señalarán las limitaciones que surgieron para la realización del siguiente trabajo. Una de ellas ha sido el acotado tiempo de la duración de la práctica, para una mejor descripción y análisis del caso. Si el tiempo hubiera sido más extenso, se podría haber realizado una descripción del tratamiento completo. Y también, y en relación con el tiempo, la tesista comenzó con posterioridad al ingreso de la paciente a la institución, no pudiendo seguir el caso desde un principio, ni tampoco la continuación para el alta definitiva.

Hubiera sido más interesante aun para la realización de la siguiente práctica, participar de la entrevista de admisión de la paciente del caso, para un mejor conocimiento de su sintomatología, y tratamiento. Como también la posibilidad de observar el vínculo terapéutico desde el inicio con la psicóloga.

Otra limitación ha sido el no poder acceder a su historia clínica completa, por el secreto profesional, pudiéndose acceder a una parte de esta, solo lo que la terapeuta entregó en la entrevista inicial. A su vez, en relación con los pacientes a quienes se acompañaba a realizar exposiciones a distintos lugares, se daban algunas sugerencias de exposiciones a realizar, pero la tesista no disponía del diagnóstico de los pacientes habiendo sido más enriquecedor para la práctica, porque se hubiera aprendido más sobre las sintomatologías de distintas patologías, y más productivo para el paciente, para realizar la exposición de forma específica a su necesidad.

6.2 Perspectiva crítica y aporte personal

La tesista realizó exposiciones individuales a algunos pacientes que eran derivados por los psicólogos de la institución, quienes brindaban algunas indicaciones para su realización, pero muchas veces las mismas eran insuficientes por ejemplo a una paciente se la acompañó a realizar exposición realizando compras, observando que la realizaba sin dificultad, sin saber que su temor era efectuar compras cerca de su casa. La exposición exteroceptiva consiste en ir a los lugares que son productores de ansiedad (García López, 2008).

La fundación cuenta con muchas herramientas para asegurar la mejoría de los pacientes, y además una aplicación para auto gestionar la ansiedad, contando entre otras

características, con un medidor de la ansiedad, pudiéndolo utilizar en todo momento. No todos los pacientes están informados de esta herramienta, siendo la tesista, quien le dio la sugerencia a un paciente que acompañó a una exposición, de bajarla en su teléfono, y desde ese momento, al comenzar a utilizarla, menciono sentirse más contenido y relajado (Bados López, 2004). La práctica en la fundación ha dejado aprendizaje personal para comprender la realidad que viven los pacientes que padecen trastornos de ansiedad, como también pensar en la posibilidad de incrementar centros de atención, dado que hay muchos pacientes que recorren cantidad de kilómetros para atenderse en la fundación. La pasante adquirió mayor conocimiento en el empleo de las técnicas para el tratamiento de ansiedad.

También fue muy gratificante y de gran experiencia, el vínculo que se estableció en el grupo entre pacientes, coordinadores y tesistas, que, además, por ser un trabajo de finalización del trayecto de grado, marco un camino de primeros pasos en la profesión.

6.3 Otros tratamientos posibles

Sería interesante agregar otros tipos de técnicas como complemento de la terapia grupal, para ampliar los beneficios del tratamiento. Las mismas pueden ser técnicas conductuales de relajación y control de síntomas físicos, de contra condicionamiento para inhibir la respuesta de activación autónoma, induciendo una respuesta distinta, generalmente la relajación (Miro et al., 2011). Se pueden realizar también ensayos de conducta o *role playing*, en las sesiones grupales de exposición, para desensibilizar y modificar el estilo fóbico, por producirse en la ansiedad una hipersensibilidad a los estímulos (Clark & Beck, 2012).

Ortiz et al. (2019) alcanza otras propuestas de intervención:

-terapia de aceptación y compromiso (ACT) es ejercitarse en cambiar hacia una actitud permisiva, abierta y sin juicios hacia la emoción que surja, incluidas la ansiedad y pánico, y luego concentrarse en acciones basadas en valores.

-terapia focalizada en la emoción (EFT) que es un tratamiento basado en la evidencia para pacientes con depresión, y consiste en una escucha activa de las emociones consideradas como innatas y su modificación.

-psicoterapia psicodinámica focalizada en el pánico que se trata de identificar lo que contribuye al inicio del pánico y su persistencia.

- ejercicio aeróbico para mejorar las perturbaciones emocionales.
- reentrenamiento en respiración para cambiar la desregulación de la respiración.

La musicoterapia es otro tratamiento posible para este tipo de patologías. La música posee la herramienta de la capacidad de canalizar emociones, como también actuar en la relación que se establece entre paciente y terapeuta, como fuerza de cambio (Jiménez, 2017).

6.4 Futuras líneas de investigación

Es una herramienta prometedora el uso de dispositivos electrónicos. La realidad virtual y el uso de internet como nuevo medio de comunicación abren camino a un nuevo paradigma, como nueva línea de investigación para el trastorno de la agorafobia con o sin trastorno de pánico, siendo una técnica que se encuentra en estudio en la actualidad, especialmente para la exposición (García et al., 2011). Hay que tener en cuenta que es un método costoso, pero seguramente será de grandes beneficios para quien pueda adquirirlo. Y otra ventaja es que se necesitan menos sesiones para su eficiencia.

7 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrade González, N. (2005). La alianza terapéutica. *Clínica y Salud*, 16(1),9-29.
- Antona, C., & Garcia-López, L. J. (2008). Repercusión de la exposición y reestructuración cognitiva sobre la fobia social. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 40(2), 281-292.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM 5*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Bados López, A. (2004). *Agorafobia y ataques de pánico*. Madrid: Pirámide Ediciones.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (2012). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Belloch, A., Sandín, B., & Ramos, F. (2009). *Manual de Psicopatología Vol II*. España: Mc Graw Hill.
- Berrío García, N., & Luciano Restrepo, D. (2017). Instrumentos de evaluación del trastorno obsesivo compulsivo: revisión. *Revista Poiésis*, (32), 101-115.
- Bourne, E. (2015). *Ansiedad y Fobias*. Málaga: Sirio.
- Bulacio, J. M. (2006). *Factores inespecíficos en la Psicoterapia*. Buenos Aires: Akadia.
- Bulacio, J. M. (2011). *Ansiedad, estrés y práctica clínica*. Buenos Aires: Akadia.
- Caballo, V. (2007). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos, Vol.I*. Madrid: Siglo XXI de España Editores.
- Chambless, D. L., Caputo, G. C., Bright, P., & Gallagher, R. (2014). *ACQ Cuestionario de cogniciones agorafóbicas. Agoraphobic Cognitions Questionnaire*. España: Rojective.
- Chambless, D. L., Caputo, G. C., Bright, P., & Gallagher, R. (2014). *BSQ Cuestionario de sensaciones corporales. Body Sensations Questionnaire*. España: Rojective
- Chambless, D. L., Caputo, G. C., Jasin, S.E., Gracely, L. J., & Williams, C. (2014). *MI Inventario de movilidad para la agorafobia. The Mobility Inventory for agoraphobia*. España: Rojective
- Camuñas, N., Mavrou, I., & Tobal, J. (2019). Ansiedad y Tristeza-depresión: Una aproximación desde la teoría de la indefensión-desesperanza. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 24(1), 19-28.
- Carrión, O., & Bustamante, G. (2012). *Ataques de pánico y trastornos de fobia y ansiedad*. Buenos Aires: Editorial Galerna.

- Castro Solano, A. (2003). ¿Son eficaces las psicoterapias psicológicas? *Psicodebate*, 3, 59-90. <https://doi.org/10.18682/pd.v3i0.503>.
- Clark, D., & Beck, A. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. Madrid: Desclée de Brouwer.
- Cloninger, S. (2003). *En Teorías de la Personalidad*. México: Pearson Educación.
- Corbella, S., & Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de psicología*, 19(2), 205-221.
- Ferrer, L., Martín-Vivar, M., Pineda, D., Sandín, B., & Piqueras, J. (2018). Relación de la ansiedad y la depresión en adolescentes con dos mecanismos transdiagnósticos: el perfeccionismo y la rumiación. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 26(1), 55-74.
- Frank, J. D. (1977). *Salud y persuasión*. Buenos Aires: Troquel SA.
- García, E. S., Alcázar, A.I., & Olivares, P. J. (2011). Terapia de Exposición Mediante Realidad Virtual e Internet en el Trastorno de Ansiedad/Fobia Social: Una Revisión Cualitativa. *Terapia Psicológica*, 29(2), 233-243.
- Gomez, 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.
- González C., Eduardo C., de Greiff, E. A., & Avendaño Prieto, B. L. (2011). Comorbilidad entre ansiedad y depresión: evaluación empírica del modelo indefensión desesperanza. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 5(1), 59-72.
- Jarne, A. & Talam, A. (2009). *Manual de Psicopatología clínica*. España: Paidós.
- Jiménez I. C. (2017). Musicoterapia para el tratamiento de la ansiedad, depresión y somatizaciones Estudio de un caso. *Revista De Investigación En Musicoterapia*, 1, 85-105.
- Krause, M., de la Parra, G., Aristegui, R., Dagnino, P., Tomicic, A., & otros. (2006). Indicadores genéricos de cambio en el proceso psicoterapéutico. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(2), 299-325.
- Liebowitz, M.R. (1987). Modern Problems of Pharmacopsychiatry. *Social phobia*. (22), 141-173. doi:10.1159/000414022
- Miller, S.D., Hubble, M.A., & Duncan, B. L. (2007). Supershrinks: Learning from the fields most effective practitioners. *Psychotherapy Networker*, 31, 36-45.
- Millón, T., (1998). *MCMII-II Inventario Clínico Multiaxial de Millón II*. Madrid: Editor TEA Ediciones S.A.

- Miró, M. T., Pérez, L., Pérez, J., Rivero, A., González, M., De la Fuente, J., & Serrano, P. (2011). Eficacia de los tratamientos basados en mindfulness para los trastornos de ansiedad y depresión: una revisión sistemática. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 16*(1), 1-14.
- Mora, M. E. M., Sarti Gutiérrez, E.J., & Quintanar T.R. (2015). *La depresión y otros trastornos psiquiátricos*. México: Intersistemas.
- OMS (2012). *La Depresión*. 30 de enero 2020. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/index.html>.
- Ortiz, C., García, F., Farfallini, L. & Fernández Álvarez, H. (2019). *Conceptualización y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad: Guías clínicas*. Buenos Aires: Librería Akadia Editorial.
- Pérez-Acosta, Andrés M. (2005). Fundamentos de las Terapias de Exposición contra las Fobias: Una Propuesta Teórica Integradora de la Conducta de Evitación. *Terapia Psicológica, 23*(1),25-35.
- Perusini, J. N., & Fanselow, M. S. (2015). Neurobehavioral perspectives on the distinction between fear and anxiety. *Learning & Memory, 22*(9), 417–425.
- Reitan, R. M., & Wolfson, D. (2017). *TMT Trail Making Test: Test del trazado de un camino*. Dwarf: España.
- Rogers, C. (2002). *El proceso de convertirse en persona*. Buenos Aires: Editorial Paidós
- Rosenzweig S. (2002) Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration, 12*(1),5-9.
- Sadock, B., Sadock, J. & Ruiz, P. (2015). *Sinopsis de psiquiatría*. Madrid: Editorial Wolters Kluwer.
- Santibáñez Fernández, P. M., Mella, M. F., Chenevard, C.L., Espinoza Garcia, A.E., Ibarra Cáceres, D.E., & Müller Vergara, P. A. (2008). Variables Inespecíficas en Psicoterapia. Publication de la Sociedad Chilena de Psicología Clínica On-line versión ISSN 0718-4808. *Terapia Psicológica, 26*(1), 89-98.
- Sassaroli, S. & Lorenzini, R. (2002). *Miedos y fobias. Causas, características y terapias*. Barcelona: Paidós.
- Trevisan, F., Becco, L., Damiano, N., Menéndez, H., & Ostroque, L. (2006). Factores terapéuticos en terapia grupal. *Diagnosis publicación científica de la Fundación Prosam, 3*.
- Uribe Restrepo, M. (2008). Factores comunes e integración de las psicoterapias. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 37*(1),14-28.

- Urzúa, A., Arbach, K., Lourido, M., & Mas, N. (2010). La directividad en la relación terapéutica: análisis de la evidencia encontrada en investigación. *Terapia Psicológica*, 28(1),95-107.
- Wechsler, D. (2003) *Wechsler Intelligence Scale for Children, Fourth Edition. Administration and Scoring manual WISC-IV*. España: Tea Ediciones S.A.
- Winkler, M., Cáceres, C., Fernández I., & Sanhueza, J. (1989) Factores inespecíficos de la psicoterapia y efectividad del proceso terapéutico: Una sistematización. *Terapia Psicológica*, (11), 34-40.
- Zaidenberg, R. (2013). *Los factores terapéuticos en psicoterapia: la eficacia terapéutica desde la Práctica Basada en la Evidencia*. Manuscrito sin publicar. Universidad de Palermo, Buenos Aires.

8 ANEXO

Entrevista con la paciente, preguntas relevantes:

En realidad, yo siempre fui una chica que salía, hacia la vida que ahora empecé a hacer y de pronto por temas de ansiedad empecé a necesitar más clonazepam, empecé a necesitar más medicación, me empecé a sentir con mucha más ansiedad, tuve recaídas fuertes, dejé las medicaciones entonces.

¿Qué es lo que te pasaba?

No podía dormir de noche, bueno todo esto se fue mejorando, yo estaba con un psiquiatra, que en su momento me ayudó muchísimo, pero hasta cierto punto porque no pudo sacarme adelante, y empecé el tratamiento con el acompañándome con una ayudante que me acompañaba a salir de mi casa. No quería porque sabía que me iba a agarrar un ataque de pánico, sufrí ya varios ataques de pánico, entonces yo tenía miedo de salir a la calle a hacer una cuadra, hacer media cuadra. Yo deje las medicaciones de golpe.

Cuando decís ataques de pánico ¿qué te pasaba? ¿Qué sentías?

Sentía que se me desequilibraba toda la vida, sentía que me rompía en mil pedazos, así fui superando varios, taquicardia, el corazón, cuando me agarraban estos ataques, mareos, veía las cosas borrosas, bueno, no lograba salir. Tuve cuatro acompañantes terapéuticos que me ayudaban, pero yo tampoco lograba salir sola. Un día mi mama lo consulta con su psicólogo, y le dice necesito un lugar para que mi hija se sienta identificada. Yo no buscaba algo que ayudara mucho, sino algo que me ayudara un poquito nomas. Y como algo para sentirme identificada. No pensaba salir de eso. Hacia 5 años que no salía de mi casa, desde los 25 años, ahora tengo 30.

¿Y qué hacías en tu casa?

Nada. Bueno así comenzó todo. Fue la etapa más oscura de mi vida. Yo no me veía con futuro, no veía. Era todo negro. Fueron los peores años de mi vida.

¿En tu casa que te decían?

Me trataban con lastima, me miraban con lastima. No entendiéndome, como la sumisa, nunca fui así, todo lo contrario, mi hermana era la que salía y yo estaba encerrada todo el tiempo. Salía con mis papas nada más, a una plaza, a tomar algo. Y eso era para mí la felicidad.

¿Cuándo vos decías que tenías pánico, que pensabas?

Yo no pensaba, lo vivía, en el cuerpo, en síntomas.

¿Qué pensabas que te iba a pasar?

Miraba la vida de los demás y pensaba que bueno esa pareja, me quedaba sorprendida mirando la vida de los demás.

Si vos salías, ¿qué pensabas que te iba a pasar?

Que me iba a desmayar, que me iba a caer.

¿Pero nunca te paso?

Si, me paso porque no estaba bien medicada.

¿Te llegaste a caer?

No a caer, pero sí a marearme. Tenía miedo de que esto se repitiera siempre que yo saliera.

¿Y después?

Fueron esos 5 años hasta que mi mamá habla con su psicólogo y dice necesito un lugar para que mi hija pueda salir adelante. Entonces fui donde me recomendó, y tuve la primera entrevista con un psicólogo y bueno de ahí él me dijo que lo que yo tenía era una agorafobia, y bueno me derivó a una psicóloga, un psiquiatra y al grupo que me ayudaron mucho y a mí lo que me ayudó mucho, no sé si a otras personas esto les va a ayudar, yo empecé a tomar un antidepresivo. Lo que a mí me sacó adelante fue el antidepresivo.

¿Te sentías deprimida?

No diría eso, era una sumatoria de cosas que llevaba a eso, al encierro.

El antidepresivo fue algo que me llevo a la cima, por así decirlo, más otros remedios que es un combo. Pero no solo los remedios, sino el grupo, estar en contacto con gente, y ver que a otros le pasa lo mismo que a vos. Y ya el primer mes ya me fui de viaje a Mar del Plata con el grupo.

